

Atto Aziendale



AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE PESCARA

Regione Abruzzo

APRILE 2008::

INDICE

Capo I

L'Azienda USL Pescara

Art. 1 Denominazione, logo, sede legale, estensione territoriale e patrimoniopag. 5

Art. 2 Missionepag. 7

Art. 3 Visione, obiettivipag. 8

Capo II

Valori fondanti e principi aziendali

Art. 4 I valori fondantipag.10

Art. 5 Principi guida dell'organizzazionepag. 13

Capo III

Organi aziendali, organismi collegiali e uffici di staff direzionale

Art. 6 - Assetto Istituzionalepag. 18

Art. 7 Organi dell'Aziendapag. 18

Art. 8 Il Direttore Generalepag. 18

Art. 9 Il Collegio Sindacalepag. 19

Art. 10 Il Direttore Sanitario e la Direzione Sanitaria aziendalepag. 19

Art. 11 Il Direttore Amministrativopag. 20

Art. 12 Il Collegio di Direzionepag. 21

Art. 13 Il Consiglio dei Sanitaripag. 23

Art. 14 La Conferenza dei Sindacipag. 24

Art. 15 Uffici di staffpag. 25

Capo IV

Il Modello organizzativo ed il funzionamento del sistema di produzione dei servizi

Art. 16 Principi e criteri dell'attività aziendalepag.26

Art. 17 Modello di *commissioning*pag. 27

Art. 18 Gestione per processipag.28

Art. 19 Assetto organizzativo fondamentalepag. 29

Art. 20 Il Distrettopag. 29

Art. 21 Il Direttore di Distrettopag. 33

Art. 22 Articolazione Organizzativa del Distretto.....pag. 34

Art. 23 I Presidi Ospedalieri	pag. 37
Art. 24 Il Direttore del Presidio Ospedaliero	pag. 37
Art. 25 I Dipartimenti	pag. 39
Art. 26 Il Direttore di Dipartimento	pag. 41
Art. 27 Il Comitato di Dipartimento	pag. 43
Art. 28 Il Responsabile Assistenziale di Dipartimento	pag. 44
Art. 29 I Programmi Aziendali	pag. 44
Art. 30 Dipartimento del Farmaco	pag. 45
Art. 31 Il Dipartimento di Prevenzione	pag. 45
Art. 32 Il Dipartimento di Salute Mentale	pag. 46
Art. 33 Servizio Centralizzato di Psicologia e Psicoterapia	pag. 47
Art. 34 Dipartimento delle Professioni Sanitarie	pag. 47
Art. 35 Programma per le Dipendenze	pag. 48
Art. 36 L'Organizzazione Amministrativa	pag. 49

Capo V

Norme generali di conduzione dell'azienda

Art. 37 Competenze dei dirigenti	pag. 51
Art. 38 Attribuzione ai Dirigenti	pag. 53
Art. 39 Il Sistema delle deleghe	pag. 54

CAPO VI

Il Capitale professionale

Art. 40 L'Azienda ed i propri collaboratori	pag. 55
Art. 41 Procedure per assegnazione delle responsabilità	pag. 56
Art. 42 Attribuzione delle competenze	pag. 57
Art. 43 Revoca incarichi	pag. 58
Art. 44 Deleghe	pag. 59
Art. 45 Avocazione e autotutela	pag. 59
Art. 46 Recesso	pag. 59
Art. 47 Il conferimento degli incarichi	pag. 59
Art. 48 La formazione	pag. 60
Art. 49 I sistemi di valutazione del personale	pag. 60

Capo VII

Sistemi e strumenti di pianificazione, gestione, funzionamento e rendicontazione

Art. 50 I documenti programmatori e di pianificazione strategica	pag. 63
Art. 51 Il Bilancio di Missione	pag. 65
Art. 52 Principi generali del controllo interno	pag. 65
Art. 53 Il controllo di gestione	pag. 66
Art. 54 Il Controllo Strategico	pag. 66
Art. 55 Criteri e principi del sistema budgetario	pag. 67

Capo VIII

Le relazioni e la partecipazione

Art. 56 L'Azienda e il Cittadino	pag. 69
Art. 57 Ufficio relazioni con il pubblico	pag. 69
Art. 58 Carta dei Servizi	pag. 70
Art. 59 Le relazioni con le organizzazioni sindacali	pag. 70
Art. 60 Comitato di indirizzo dei rapporti tra ASL e Università	pag. 70
Art. 61 Il Comitato Etico	pag. 71
Art. 62 Norme finali e/o transitorie e di rinvio	pag. 72
Glossario essenziale	pag. 73

Allegato 1

Allegato 2

Allegato 3

Allegato 4

Allegato 5

Allegato 6

Allegato 7

Allegato 8

Capo I

L'Azienda USL Pescara

Art. 1 Denominazione, logo, sede legale, estensione territoriale e patrimonio

L'Azienda Unità Sanitaria Locale di Pescara (sigla AUSL n.5 – Regione Abruzzo) è lo strumento attraverso il quale la Regione Abruzzo assicura i livelli essenziali ed uniformi di assistenza nell'ambito territoriale della provincia di Pescara.

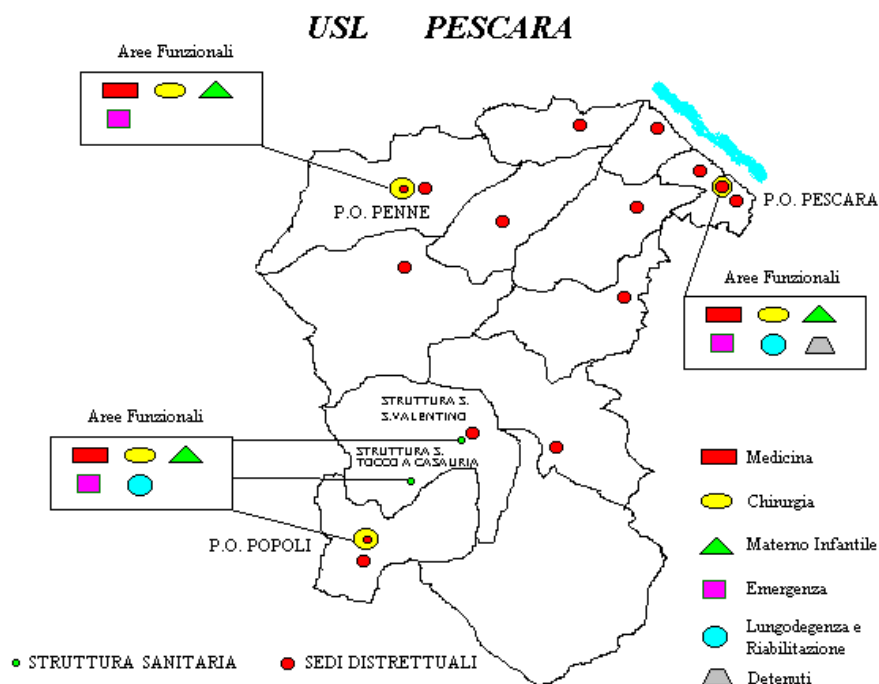
L'Azienda è stata istituita con legge regionale n.72 del 25 ottobre 1994; è dotata di personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale ai sensi delle vigenti disposizioni legislative nazionali e regionali. I principi e criteri per l'organizzazione ed il funzionamento e l'articolazione distrettuale dell'Azienda sono determinati dal presente atto aziendale.

Il logo dell'Azienda è:



La sede legale dell'Azienda è fissata a Pescara in Via Renato Paolini 47; il codice fiscale/partita IVA è 01397530682.

La dislocazione territoriale delle aree funzionali è rappresentata nella figura seguente:



Il cambiamento della sede legale, valutate le esigenze generali dell'Azienda, potrà essere disposto con atto formale del Direttore Generale, non soggetto a controllo, ai sensi di legge. Il legale rappresentante dell'Azienda è il Direttore Generale ai sensi dell'art.3, comma 6 del D.Lgs. n. 502/1992 e successive modificazioni ed integrazioni.

L'Azienda comprende l'intero territorio dei 46 Comuni sotto elencati.

COMUNE	KM ²	DENSITA' (abitanti /KM ²)	ABITANTI
PESCARA	33,62	3.646	122.577
SPOLTORE	36,74	450	16.546
CEPAGATTI	30,34	317	9.610
MOSCUFO	20,24	160	3.231
NOCCIANO	13,66	129	1.767
PIANELLA	46,84	166	7.788
ROSCIANO	27,83	114	3.161
CAPPELLE SUL TAVO	5,46	694	3.790
CITTA' S. ANGELO	61,95	210	13.025
ELICE	14,16	123	1.737
MONTESILVANO	23,39	1.849	43.258
BRITTOLI	15,81	25	397
CARPINETO DELLA NORA	23,28	31	728
CATIGNANO	17,04	87	1.488
CIVITAQUANA	21,78	62	1.351
CIVITELLA CASANOVA	31,77	64	2.042

COLLECORVINO	32,07	173	5.550
FARINDOLA	45,31	38	1.730
LORETO APRUTINO	59,55	129	7.672
MONTEBELLO DI BERTONA	21,30	52	1.101
PENNE	90,42	138	12.518
PICCIANO	7,43	185	1.375
VICOLI	9,38	47	437
VILLA CELIERA	12,57	68	849
ABBATEGGIO	15,71	28	447
ALANNO	32,51	114	3.709
BOLOGNANO	16,75	74	1.242
BUSSI SUL TIRINO	26,29	111	2.920
CARAMANICO	84,55	25	2.089
CASTIGLIONE A CASAURIA	16,65	55	910
CORVARA	13,71	21	289
CUGNOLI	15,95	103	1.642
LETTOMANOPPELLO	15,06	208	3.137
MANOPPELLO	39,48	154	6.091
PESCOSANSONESCO	18,46	30	553
PIETRANICO	14,50	41	593
POPOLI	34,34	163	5.607
ROCCAMORICE	24,65	41,0	1.021
SALLE	21,61	14	312
SCAFA	10,09	394	3.979
SERRAMONACESCA	23,89	25	591
S. EUFEMIA A MAIELLA	40,05	9	342
S. VALENTINO IN A.C.	16,35	119	1.947
TOCCO DA CASAURIA	29,9	95	2.826
TORRE DEI PASSERI	5,93	529	3.136
TURRIVALIGNANI	6,30	137	863

L'Azienda, quindi, presenta una popolazione al 01.01.2005 (dati ISTAT) di 307.974 abitanti distribuiti su una superficie di 1.224,67 Km² di territorio

Il patrimonio dell'Azienda è costituito da tutti i beni mobili ed immobili ad essa appartenenti secondo le risultanze a libro cespiti.

Art. 2 Missione

L'Azienda U.S.L. di Pescara concorre alla realizzazione della missione del Servizio Sanitario della Regione Abruzzo contribuendo alla promozione, mantenimento e miglioramento dello stato di salute, come diritto fondamentale della persona ed interesse della collettività, per la propria popolazione di riferimento e per l'insieme dei cittadini presenti nel territorio di competenza in condizioni di bisogno di assistenza. Assicura la disponibilità e l'accesso all'intera gamma di tipologie di assistenza, servizi e prestazioni compresi nei livelli essenziali

di assistenza, come definiti dalla programmazione nazionale, regionale e locale, interviene sulle patologie di particolare impegno assistenziale e rivolge la propria attenzione ai soggetti "fragili". Si avvale nella realizzazione della propria missione anche delle attività prodotte dall'insieme dei soggetti accreditati, secondo le caratteristiche qualitative e quantitative specificate dagli accordi e dai contratti di fornitura ed informando la propria attività a criteri di efficacia, di efficienza e di economicità.

L'Azienda realizza attività di ricerca e sviluppo dell'innovazione tecnologica ed organizzativa, in stretta connessione con le attività formative, per adeguare il processo produttivo agli standard professionali che l'Azienda esplicitamente adotta attraverso i livelli di responsabilità a ciò preposti, e per facilitare il trasferimento dei risultati della ricerca alla pratica professionale, anche attraverso la collaborazione con l'Università, condizioni necessarie per assicurare un'adeguata qualità tecnica alle prestazioni ed ai servizi erogati alla popolazione.

L'Azienda persegue l'integrazione fra le attività di assistenza sanitaria e gli interventi di natura sociale, in collaborazione con gli enti locali, nelle forme previste dalla legislazione e concordate localmente

La missione è sottoposta a verifica in relazione alle esigenze territoriali, alle modifiche della normativa nazionale ed al Piano Sanitario Regionale.

Art. 3 Visione, obiettivi

La visione strategica dell'Azienda è rivolta a perseguire la tutela della salute degli individui e della popolazione realizzando un sistema organizzativo capace di assicurare caratteristiche di appropriatezza, efficacia, adeguatezza e qualità ai servizi erogati ai cittadini rispetto ai loro bisogni e attese, orientato alla umanizzazione dell'assistenza e rivolto alla ricerca della soddisfazione del cittadino e degli operatori (promozione del senso di appartenenza all'azienda), in un contesto di ottimizzazione delle risorse disponibili. Per la realizzazione della sua prospettiva strategica l'Azienda deve ricercare ed offrire il contributo dell'insieme degli attori, istituzionali e non, capaci di migliorare il raggiungimento dei suoi obiettivi.

L'Azienda U.S.L. di Pescara, per orientare le proprie azioni, si configura come:

- un'organizzazione di tipo reticolare integrata nell'ambito territoriale di riferimento con le istituzioni locali, l'università e gli organismi sociali e non, impegnati in ambito sanitario e socio sanitario, con cui l'azienda intende rapportarsi per rendere disponibili alla popolazione servizi di qualità sostenibili nel tempo;

- un'organizzazione che cura il proprio capitale professionale e che sia capace di fornire opportunità di crescita e di sviluppo professionale alle competenze esistenti che sappiano distinguersi per capacità, autorevolezza e impegno;
- un'organizzazione che, a parità di opportunità qualitativo-economica, privilegi i rapporti con il contesto socio-economico del territorio di riferimento, nell'ambito di una più generale politica di alleanza per la salute e il benessere della popolazione.

Per il perseguimento della missione e la realizzazione della propria visione strategica, l'azione dell'Azienda si avvale di sinergie con le altre aziende sanitarie della Regione Abruzzo e con l'Università .

E al fine di realizzare economie di scopo e di scala finalizzate ad assicurare assistenza di elevata qualità a costi sostenibili a tutta la popolazione abruzzese, si intende, sviluppare un modello di rete sanitaria con sovraordinazione di uno dei nodi (modello Hub&Spoke) in relazione alle eccellenze per specifica disciplina.

Capo II

Valori fondanti e principi aziendali

Art. 4 I valori fondanti

I "valori fondanti" dell'A.U.S.L. di Pescara rappresentano i valori principali che orientano i comportamenti delle persone che lavorano nell'Azienda e che contribuiscono al raggiungimento della sua missione; costituiscono il comune ed esplicito punto di riferimento per la definizione dell'interesse generale dell'organizzazione aziendale e per la formulazione di giudizi di valore su ciò che sia giusto, migliore, preferibile, opportuno e compatibile.

I valori propri della visione sono declinati in principi guida di seguito esplicitati a cui far riferimento per definire la visione specifica dell'organizzazione che così assume le seguenti caratteristiche:

- Mette in primo piano il fine salute a cui intende contribuire, la specificità del bisogno assistenziale di cui è portatrice la persona a cui sono diretti i servizi, l'appropriatezza, l'efficacia, l'efficienza allocativa ed operativa delle risorse mobilitate e il loro rendimento.
- È consapevole, in ogni sua componente, della valenza etica e del contributo che il lavoro prodotto apporta o può apportare alla piena soddisfazione dei bisogni delle persone assistite e del fatto che a tal fine è necessario stimolare e riconoscere attivamente tale contributo.
- Garantisce la libertà di esercitare la scelta di espressione delle diverse responsabilità professionali favorendone la consapevolezza.
- Cura il proprio capitale professionale in modo che sia capace di fornire opportunità di crescita professionale e di carriera alle professionalità residenti che sappiano distinguersi per competenza, autorevolezza e impegno.
- Sviluppa la cooperazione, la collaborazione e l'alleanza con l'insieme dei soggetti interni ed esterni che possono contribuire agli obiettivi di miglioramento della salute e del benessere della popolazione residente e di miglioramento della qualità delle prestazioni e dei servizi resi alle persone che li utilizzano.

- È comprensibile e contestabile nelle sue decisioni, nella dinamica di funzionamento e nei suoi risultati rispetto ai cittadini e ad ogni altro soggetto o organo che ne abbia riconosciuto diritto
- È strumentale al perseguimento degli obiettivi di salute e degli obiettivi di servizio propri di una Azienda Sanitaria.
- Prevede l'integrazione con la rete dei sistemi sovra-aziendali e sovra-regionali, nazionali e internazionali, in particolare nei sistemi per i trapianti e i Centri per la prevenzione, diagnosi e terapia delle malattie rare.

4.1 Centralità del cittadino utente

Il sistema dei servizi dovrà concentrare l'attenzione, l'impegno e la pratica professionale sulla ricerca della soddisfazione del beneficiario (persona o servizio), sviluppando rapporti di fiducia e comprensione dei reciproci punti di vista nonché dei vincoli esistenti. Dovrà rendere facilmente disponibili e accessibili le informazioni necessarie ai beneficiari dei servizi per scegliere, orientarsi ed accedere alle prestazioni di cui hanno necessità ed impegnarsi nel miglioramento continuo della qualità dei servizi.

4.2 Affidabilità

L'Azienda agisce adeguando costantemente le azioni, i comportamenti ed il servizio prodotto e fissando priorità ed obiettivi correlati alle necessità della popolazione di riferimento.

Gli impegni vengono dichiarati a priori, nel quadro di una accorta politica di programmazione e pianificazione strategica, ed assunti limitatamente alle aree nelle quali si è in grado di assicurare, mantenere e sviluppare adeguati livelli di competenza. Gli impegni assunti sono rispettati, sia nei confronti dell'esterno che dell'interno, entro i tempi stabiliti.

- L'Azienda deve :
- assicurare la coerenza delle azioni e dei risultati rispetto agli impegni assunti;
- assicurare efficienza e tempestività nell'assolvimento degli impegni assunti;

4.3 Efficacia e Risultati

Il processo decisionale dovrà selezionare le azioni di dimostrata evidenza nella capacità di raggiungere gli obiettivi assistenziali od organizzativi dichiarati ed adeguare continuamente tipo e modo di intervento in funzione dei risultati raggiunti. Più in specifico dovrà:

- adottare un sistema di selezione interna ed esterna all'Azienda delle priorità di intervento secondo criteri espliciti e quanto più possibile condivisi;
- rendere espliciti e contestabili gli obiettivi, i tempi, i modi e gli strumenti per il loro perseguimento;
- fissare a priori gli strumenti e i criteri di verifica dei risultati e delle competenze.

4.4 Equità

L'Azienda dovrà garantire, a parità di bisogno e di competenza, pari e tempestivo accesso alle prestazioni del SSN, per assicurare alla popolazione di riferimento livelli di assistenza adeguati, appropriati e di buona qualità, economicamente sostenibili per la comunità.

L'Azienda deve applicare il principio di equità sia nei confronti dei cittadini che degli operatori.

Ciò deve comportare:

- il rispetto delle regole di funzionamento dell'azienda e del suo sistema di riferimento;
- l'adozione, a parità di condizioni, di uguali comportamenti;
- l'esplicitazione e le motivazioni dei comportamenti e delle decisioni assunte in relazione alle coerenze con l'interesse generale e con gli obiettivi aziendali.

4.5 Flessibilità

L'Azienda dovrà adeguare il comportamento professionale e organizzativo e l'uso delle risorse ai cambiamenti interni ed esterni ad essa, rendere sensibile e specifica l'azione e l'intervento al bisogno assistenziale o organizzativo a cui gli stessi devono dare risposta. Più in specifico:

- riconoscere l'importanza dei punti di vista di quanti contribuiscono o beneficiano, direttamente o indirettamente, ai o dei servizi;
- contestualizzare le regole e le procedure al fine di garantire la massima specificazione del comportamento;
- sviluppare la capacità di rispondere in condizioni non standard, e standardizzare le soluzioni estemporanee migliori;
- adeguare approcci e comportamenti professionali ed organizzativi alle evidenze di errore;
- favorire la revisione organizzativa in modo da minimizzare i rischi di ripetizione degli errori di processo.

4.6 Trasparenza e rendicontazione

L'Azienda dovrà garantire la libera circolazione delle idee e delle informazioni sulle procedure, sulle risorse e sui risultati, la visibilità e la comprensibilità del processo decisionale, internamente ed esternamente all'Azienda.

L'Azienda applica il principio della rendicontazione in particolare verso gli Organi di Governo Regionali e verso le Comunità Locali con i quali intende mantenere una costante relazione informativa sullo stato di avanzamento verso gli obiettivi e sul grado di loro raggiungimento.

Più in specifico, ciò significa:

- essere costantemente disponibile a confrontarsi, motivare e diffondere il proprio punto di vista e le ragioni delle decisioni;
- definire regole esplicite nell'acquisizione e nella cessione di servizi e prestazioni e diffonderne la conoscenza;
- informare costantemente sullo stato di avanzamento verso gli obiettivi e sul grado del loro raggiungimento.

Art. 5 Principi guida dell'organizzazione

La configurazione organizzativa dell'Azienda, le sue dinamiche di funzionamento e di relazione dovranno basarsi su alcuni principi guida che sono congruenti e funzionali ai valori dichiarati.

5.1 Governo clinico

Il governo clinico investe tutto il sistema dell'organizzazione sanitaria e interessa tanto l'ambito strategico, quanto quello strutturale ed operativo: infatti, accanto alla necessità di rendere tra loro compatibili/solidali la funzione (potere) manageriale e la funzione professionale (cioè di creare una partnership tra funzione/potere manageriale e funzione/potere professionale), vi sono anche le necessità di definire la struttura (il disegno organizzativo e funzionale) del governo clinico, precisando le responsabilità attribuibili a ciascun ambito di autonomia e di individuare gli strumenti che devono accompagnare i processi tesi ad assicurare, migliorare e valutare la qualità dei servizi.

Il governo clinico è una funzione fondamentale e tipica dei servizi sanitari, strettamente interconnessa con la mission, le strategie e gli obiettivi dell'azienda.

In particolare nell'ospedale e nel territorio: l'attività professionale è orientata dai bisogni di salute dei cittadini ed è diretta a soddisfare le aspettative degli utenti, in quanto giuste ed appropriate; al professionista è richiesto di confrontarsi con i bisogni, ma anche con il sistema organizzativo con il quale e per il quale, a livello tecnico, definisce il cosa, il perché e il come dell'offerta di cure.

L'appropriatezza delle pratiche cliniche e dei percorsi assistenziali costituisce il prerequisito di ogni azione.

La continuità assistenziale va perseguita e salvaguardata.

Il governo clinico ha come principale obiettivo la affidabilità del servizio sanitario.

Il governo clinico richiede che:

- siano posti in atto processi di miglioramento della qualità quali, in particolare, l'audit clinico;
- si ricorra ad una pratica clinica basata sull'evidenza, sia assicurata una infrastruttura per supportarla e vi sia una sistematica diffusione, all'interno dell'organizzazione, delle buone pratiche cliniche;
- siano posti in atto programmi di gestione e riduzione del rischio clinico;
- siano riconosciuti ed indagati in modo aperto gli eventi indesiderati e l'insegnamento da essi derivante sia prontamente messo in pratica per prevenire la ripetizione di errori.

Analogamente, i problemi derivanti da scarsa performance clinica siano precocemente riconosciuti e contrastati per prevenire pericoli per i pazienti. Si tragga insegnamento per la pratica clinica dai reclami dei pazienti.

I programmi di aggiornamento e sviluppo professionale siano coerenti con i principi del governo clinico, vi siano adeguati, affidabili e accurati sistemi di raccolta dei dati per il monitoraggio della qualità.

Oltre a queste azioni, dirette a migliorare e a valutare a posteriori la qualità della pratica corrente, il governo clinico beneficia dello strumento dell'accreditamento, finalizzato a dare garanzia a priori della qualità attesa.

5.2 Principio dell'integrazione delle funzioni e dei servizi aziendali

L'integrazione è una modalità stabile e irrinunciabile di funzionamento che assicura la composizione delle ragioni di prossimità e di accessibilità dei servizi con quelle di efficacia e di efficienza. L'integrazione dà la possibilità di produrre più servizi di migliore qualità con le

stesse risorse e di aumentare le risorse per l'assistenza diretta recuperandole dalla riduzione dei costi delle funzioni intermedie e di amministrazione generale.

L'integrazione può assumere diverse modalità di realizzazione:

- a) integrazione strutturale o concentrazione della funzione e/o della erogazione del servizio presso una sola delle potenziali sedi di erogazione;
- b) integrazione organizzativa e funzionale: mantiene una pluralità di sedi erogative, ma omogeneizza coordina ed integra le azioni in modo da garantire, a parità di ogni altra condizione, equità nei risultati. Può essere con o senza sovraordinazione di uno dei nodi rispetto agli altri.

L'integrazione aziendale consente di mettere in comune competenze o servizi presenti in una sede erogativa dell'Azienda o in uno dei livelli assistenziali, al fine di ottimizzare il rendimento delle risorse in servizi e/o al fine di integrare in un unico processo assistenziale competenze appartenenti a diversi segmenti aziendali.

Le tipologie di integrazione di tale genere sono:

- Integrazione ospedaliera
- Integrazioni distrettuale
- Integrazione ospedale/territorio.

5.3 Principio della non ridondanza

La ridondanza organizzativa è la duplicazione di un servizio che non è giustificato da un volume di prestazioni che satura la sue capacità produttive e/o da un miglioramento della sua accessibilità a servizi di adeguata qualità.

5.4 Principio della differenziazione delle vocazioni distintive

E' il bilanciamento del principio precedente e consiste nell'individuare per ognuno dei nodi erogativi chiamati ad assicurare prestazioni/servizi di base segmenti di specializzazione distintiva che impediscano al principio della non ridondanza di esitare nella concentrazione in un unico nodo erogativo.

5.5 Principio dell'inclusività

Fa riferimento alla realizzazione di condizioni organizzative che, ogni qualvolta sia tecnicamente possibile, consentano di erogare la prestazione/servizio su più nodi,

indipendentemente dalla dotazione strutturale ed esclusiva dell'insieme delle risorse necessitanti alla produzione delle prestazioni/servizi

5.6 Principio della partecipazione organizzativa

Ogni professionista e dirigente dell'Azienda deve poter partecipare al processo di individuazione delle strategie e ancor più delle soluzioni operative idonee a realizzare gli obiettivi. La partecipazione alla formazione delle decisioni non avviene quando tutti i punti di vista sono rappresentati nelle decisioni finali, bensì quando questa ne ha tenuto in debito conto. In altre parole, dal momento che è possibile, anzi auspicabile, che la ricchezza delle posizioni interne all'Azienda ne includa anche di incompatibili tra di loro, non è sempre possibile che tutte prevalgano. La selezione delle soluzioni possibili, a livello progettuale, avviene all'interno dei luoghi formali di discussione e decisione. Questi sono individuati negli organismi di governo delle varie articolazioni aziendali. Il sistema organizzativo deve stimolare la partecipazione alle decisioni di chi non ha responsabilità organizzative, mentre tale partecipazione è obbligatoria per chi ha responsabilità organizzative.

5.7 Integrazione socio-sanitaria

L'integrazione socio sanitaria ha assunto nel sistema delineato dal D.Lvo 19.06.1999 n. 229 rilevanza strategica e viene a collocarsi nell'ambito aziendale indefettibile punto di raccordo delle prestazioni sanitarie e delle azioni di protezione sociale; detta integrazione costituisce pertanto un fine istituzionale dell'Azienda.

Le attività sociali e quelle sanitarie si realizzano in modo integrato e trovano nel Distretto l'ambito e gli strumenti di effettiva integrazione.

Il direttore di distretto è tenuto ad assicurare l'effettiva attuazione del principio di integrazione delle attività sanitarie con quelle sociali .

In relazione alla programmazione e gestione delle attività e dei servizi socio-assistenziali eventualmente delegati, ciascun Distretto predispone e tiene una contabilità separata che confluisce in un distinto bilancio complessivo aziendale .

La gestione di dette funzioni ed attività, in relazione al principio delle intersettorialità degli interventi, è inquadrata nel programma delle attività territoriali di cui all'art. 3 quater, comma 3, del D.Lvo 502 /1992 .

Il coordinatore delle prestazioni socio-sanitarie è figura fiduciaria del Direttore Generale, scelto tra i Dirigenti Aziendali, cui compete il coordinamento complessivo aziendale delle attività delegate.

Il Coordinatore delle prestazioni socio-sanitarie partecipa al processo di pianificazione strategica, esercita le funzioni attribuite alla sua competenza e concorre con la formulazione di proposte e pareri alla formazione delle decisioni assunte dalla Direzione Generale .

Nell'esercizio delle funzioni di Coordinatore dei servizi sociali egli, in particolare, assume il supporto tecnico in materia sociale al Comitato dei Sindaci, il Governo delle politiche sociali dell'Azienda ed il rispetto degli impegni di pertinenza socio sanitaria assunti dall'Azienda .

Il Coordinatore delle prestazioni socio-sanitarie presidia, a livello aziendale, la realizzazione delle soluzioni organizzative territoriali finalizzate al raggiungimento della migliore integrazione socio-sanitaria, lo sviluppo degli interventi socio sanitari in maniera uniforme.

Capo III

Organi aziendali, organismi collegiali e uffici di staff direzionale

Art. 6 - Assetto Istituzionale

Il governo della sanità nel territorio di competenza dell'Azienda U.S.L. è la risultante delle relazioni tra tre soggetti fondamentali: Regione, Autonomie locali e Azienda, ognuno portatore di un definito ambito di responsabilità. La Regione, come responsabile delle procedure di programmazione e controllo necessitanti a creare le condizioni affinché le aziende realizzino l'uniformità delle garanzie corredate ai livelli essenziali di assistenza e al loro finanziamento. Le Autonomie Locali, quale soggetto che partecipa alla programmazione regionale e verifica l'andamento generale dell'attività con particolare attenzione al livello locale dei servizi, nonché alla valutazione dei risultati raggiunti dall'Azienda.

L'Azienda, come titolare dell'organizzazione dei servizi e dell' autonoma gestione delle risorse necessitanti all'erogazione dei medesimi.

Art. 7 Organi dell'Azienda

Come previsto dall'art.3 del D.Lgs. n. 502/1992 e successive modificazioni ed integrazioni, sono organi dell'Azienda il Direttore Generale, il Collegio Sindacale.

Art. 8 Il Direttore Generale

Il Direttore Generale è nominato dalla Regione e rappresenta legalmente l'Azienda.

Il Direttore Generale, coadiuvato dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo, con i quali costituisce la Direzione Strategica dell'Azienda, è responsabile della gestione complessiva e assicura il governo unitario dell'Azienda, nel rispetto dei principi d'imparzialità, buon andamento e trasparenza dell'amministrazione e dei criteri di efficacia, efficienza ed economicità.

Il Direttore Generale assicura, in coerenza con i principi, obiettivi, indirizzi e direttive definite dai diversi livelli di governo e di programmazione del sistema dei servizi sanitari, il perseguimento della missione aziendale, coadiuvato dall'attività degli organi e avvalendosi degli organismi e delle strutture organizzative dell'Azienda. Il Direttore Generale è altresì

responsabile della realizzazione dei programmi e dei progetti strategici, con riferimento agli obiettivi del piano sanitario regionale e del piano sociale regionale.

Per favorire il coordinamento tra le funzioni di governo aziendale e le strutture preposte alla gestione, il Direttore si avvale di specifiche posizioni di staff deputate alla verifica di coerenza tra le decisioni gestionali poste in essere dai dirigenti responsabili e gli obiettivi ed i vincoli indicati dalla programmazione aziendale, nonché di supervisione inerente la corretta attuazione delle decisioni stesse. Il Direttore nomina i dirigenti responsabili delle diverse articolazioni organizzative e attribuisce gli incarichi professionali, in conformità a quanto disciplinato dalle norme e dai contratti di lavoro.

Art. 9 Il Collegio Sindacale

Il Collegio Sindacale, nominato dal Direttore Generale ex art.3, comma 13 del D.Lgs. n.502/1992 e sue integrazioni e modifiche da ultimo con D.Lgs. n. 229/1999:

- verifica l'amministrazione dell'azienda sotto il profilo economico;
- vigila sull'osservanza della legge;
- accerta la regolare tenuta della contabilità e la conformità dei bilanci alle risultanze dei libri e delle scritture contabili, ed effettua periodicamente verifiche di cassa;
- relaziona periodicamente sui risultati dei riscontri eseguiti con la Regione, secondo le modalità indicate dalla L.R. 146/1996 e s.m.i.

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

I componenti del Collegio Sindacale, in quanto organi istituzionali esclusivi dell'Azienda, fermo restando il diverso livello di competenze e responsabilità ad essi assegnato dalla normativa, ispirano l'esercizio delle rispettive funzioni al principio della massima collaborazione e della sinergia operativa, favorendo costanti e reciproche forme di coinvolgimento e di consultazione con particolare riferimento alla fase istruttoria dei provvedimenti più incisivamente incidenti sul processo di programmazione e di gestione dell'Azienda.

Art. 10 Il Direttore Sanitario e la Direzione Sanitaria aziendale

Il Direttore Sanitario concorre, all'interno della Direzione Generale, al governo complessivo dell'Azienda garantendo che il sistema decisionale relativo alle politiche di sviluppo adottate,

l'individuazione delle azioni operative e la loro gestione, avvengano nel rispetto dell'obbligo di qualità tecnica, professionale e relazionale, secondo l'approccio del governo clinico.

Il Direttore Sanitario è responsabile del governo clinico, in riferimento ai processi clinico assistenziali, per patologie o popolazioni target. La politica complessiva della continuità delle cure e della loro qualità che a lui afferisce, si realizza tramite meccanismi di delega, che hanno per oggetto il perseguimento delle compatibilità del sistema curante e il governo dei percorsi.

La sua azione si articola a tre livelli: strategico, tattico ed operativo. Il primo attiene la formulazione di indirizzi per le politiche sanitarie, la operativizzazione della gestione del rischio clinico, la pianificazione e la formazione. Il secondo e terzo livello fanno riferimento alla formulazione di indirizzi per la produzione di prestazioni che assicurino globalità e continuità della presa in carico, nonché al supporto ai dipartimenti relativamente a competenze nell'ambito dell'assistenza infermieristica e tecnica, dell'assistenza farmaceutica e dell'organizzazione e valutazione dei servizi sanitari.

Il primo livello si sostanzia con l'essere componente della direzione strategica.

Il secondo ed il terzo trovano espressione attraverso la conduzione della Direzione Sanitaria dell'Azienda, intesa quale struttura organizzativa che conferisce coerenza d'azione alle differenti competenze tecniche che occorre mobilitare e coordinare per assicurare un sistema di produzione dell'assistenza integrato e rispettoso dei principi del governo clinico.

Inoltre il Direttore Sanitario Aziendale è il Referente per la promozione dei Progetti di Ricerca Scientifica.

La Direzione Sanitaria si avvale delle Direzioni di Presidio Ospedaliero e delle funzioni di staff necessarie a ricoprire adeguatamente la missione nei tre livelli sopra richiamati.

In caso di assenza od impedimento del Direttore Sanitario le sue funzioni sono svolte da un Direttore Medico, preposto ad una struttura complessa, scelto dal Direttore Generale su proposta del Direttore titolare.

Lo svolgimento di tale attività non costituisce in ogni caso mansione superiore.

Art. 11 Il Direttore Amministrativo

Il Direttore Amministrativo concorre, all'interno della Direzione Generale, al governo complessivo dell'Azienda, contribuendo ai processi di pianificazione strategica e garantendo la corretta definizione del sistema di governo economico-finanziario aziendale.

Dirige l'insieme dei servizi amministrativi, al fine di assicurare:

- il presidio alla funzione di governo economico-finanziario aziendale e garantire lo sviluppo di strumenti e procedure che consentano una corretta, completa e trasparente rappresentazione economico-finanziaria e patrimoniale dell'attività dell'Azienda;
- l'acquisizione delle risorse materiali, umane e strumentali occorrenti alla produzione dei servizi, assicurando il coordinamento e l'integrazione dei servizi amministrativi e tecnici su base aziendale; la legittimità degli atti e garantire l'efficacia, uniformità e semplificazione delle procedure di natura amministrativa, tecnica e logistica, così da garantire un efficace supporto alle strutture assistenziali. A tal fine la Direzione Amministrativa si avvale di strutture amministrative e tecniche semplici e complesse.

Al fine di assicurare un funzionamento unitario, coordinato ed integrato, che garantisca ai servizi che erogano assistenza un supporto efficace, tempestivo e con adeguato contenuto tecnico, le richiamate direzioni sono integrate in dipartimenti amministrativi.

Il Direttore Amministrativo sovrintende i Dipartimenti Amministrativi, cui afferiscono gli uffici amministrativi e tecnici aziendali; può avvalersi di un proprio staff secondo le esigenze riconosciute dalla Direzione Aziendale.

In caso di assenza od impedimento del Direttore Amministrativo le sue funzioni sono svolte da un Dirigente Amministrativo, preposto ad una struttura complessa, scelto dal Direttore Generale su proposta del Direttore titolare.

Lo svolgimento di tale attività non costituisce in ogni caso mansione superiore.

Art. 12 Il Collegio di Direzione

Il Collegio di Direzione è lo strumento tecnico del Direttore Generale che assicura la partecipazione dell'alta dirigenza ad orientare lo sviluppo dell'Azienda in modo coerente agli standard più avanzati di assistenza sanitaria, ai bisogni riscontrati nella popolazione e all'implementazione degli strumenti del governo clinico (tecniche di assicurazione e documentazione della qualità, gestione del rischio clinico, formazione continua e *audit*)

Il Collegio formula proposte e pareri per l'elaborazione delle strategie aziendali, l'organizzazione e lo sviluppo dei servizi, le attività di formazione, ricerca ed innovazione e per la valorizzazione e valutazione delle risorse professionali.

In particolare, il Collegio elabora proposte e pareri su:

- Linee strategiche per il governo locale del sistema dei servizi sanitari, elaborate dalla Direzione Generale sulla base degli indirizzi della Conferenza dei sindaci , nel rispetto del Piano Sanitario Regionale;
- Documenti aziendali di programmazione, organizzazione e rendicontazione periodica e regolamenti attuativi dell'Atto Aziendale;
- Organizzazione e sviluppo dei servizi sanitari, governo delle attività cliniche e valutazione dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi clinici, in un'ottica di appropriatezza delle prestazioni, continuità dell'assistenza e revisione sistematica della qualità;
- Programma aziendale di Formazione Permanente, che elabora e propone al Direttore Generale, in collaborazione con il direttore del dipartimento delle professioni infermieristiche e tecnico sanitarie e con i singoli dipartimenti nonché sulle attività didattiche;
- Programmi di ricerca, innovazione e sviluppo tecnologico ed organizzativo, cui correla appositi piani di formazione;
- Politiche di valorizzazione e sistemi di valutazione delle risorse umane e professionali, in collaborazione con il dipartimento interessato;
- Programma aziendale di Gestione del Rischio;
- Libera professione, anche al fine di individuare strumenti e modalità per il monitoraggio di tale attività e di valutazione dei tempi di attesa;
- Committenza ai soggetti privati accreditati, per la definizione della quantità, tipologia e qualità dei servizi/prestazioni da commissionare all'esterno;

Il Collegio di Direzione è composto dai seguenti membri di diritto, cui spetta il diritto di voto:

- Direttore Generale in qualità di Presidente, coadiuvato da un vicepresidente, scelto dal Collegio tra i membri di diritto;
- Direttore Amministrativo;
- Direttore Sanitario;
- Direttori di Dipartimento;
- un Direttore Medico di Presidio Ospedaliero;
- un Direttore di area distrettuale;
- il Direttore del Dipartimento delle Professioni Infermieristiche e tecnico sanitarie o in sua assenza un dirigente infermieristico;

- un Dirigente dell'area SPTA in assenza di relativi Dipartimenti;
- un medico convenzionato per le cure primarie;

Al Collegio possono inoltre essere invitati a partecipare, senza diritto di voto, esperti che si ritiene possano essere competenti nella trattazione di singoli argomenti.

Il sistema di funzionamento del Collegio di Direzione è disciplinato da apposito regolamento, elaborato dal Collegio ed adottato dal Direttore Generale.

In caso di decisioni del Direttore Generale assunte in difformità rispetto al parere del Collegio di Direzione, il Direttore Generale esplicita, all'interno delle motivazioni che sono alla base della formazione dell'atto, le ragioni della diversa valutazione, e le trasmette al Collegio.

Art. 13 Il Consiglio dei Sanitari

Il Consiglio dei Sanitari è organo elettivo dell'Azienda presieduto dal Direttore Sanitario o suo delegato.

La composizione, le modalità di elezione ed il funzionamento del consiglio sono disciplinate dal comma 12 del D.Lgs. n.502/1992 così come modificato da ultimo dal D.Lgs. n. 229/1999 nel seguente modo:

- n.6 direttori medici di strutture complesse;
- n.6 dirigenti medici;
- n.1 direttore medico di area distrettuale;
- n.1 dirigente medico veterinario;
- n.1 dirigente farmacista;
- n.1 dirigente biologo;
- n.1 dirigente chimico;
- n.1 dirigente fisico;
- n.1 dirigente psicologo;
- n.3 infermieri;
- n.1 ostetrica;
- n.1 tecnico di laboratorio;
- n.1 tecnico di radiologia;
- n.1 fisioterapista;
- n.1 tecnico della prevenzione;
- n.1 assistente sanitario;

- n.1 assistente sociale;
- n.1 dirigente sociologo;
- n.1 medico di medicina generale;
- n.1 pediatra di libera scelta;
- n.1 specialista ambulatoriale.

Il Consiglio fornisce parere obbligatorio, ma non vincolante, al Direttore Generale sulle attività tecnico-sanitarie anche sotto il profilo organizzativo e sugli investimenti ad esse attinenti.

In caso di decisione del Direttore Generale assunta in difformità rispetto al parere del Consiglio dei Sanitari, il Direttore Generale esplicita, all'interno delle motivazioni che sono alla base della formazione dell'atto, le ragioni della diversa valutazione e le trasmette al Consiglio.

Art. 14 La Conferenza dei Sindaci

La Conferenza dei Sindaci è l'organismo di rappresentanza degli enti locali insistenti sul territorio aziendale composto secondo le modalità stabilite dalla Regione (delibera G.R.A n.3879/C del 27 luglio 1995) ed ha le seguenti funzioni:

- Provvede alla definizione, nell'ambito della programmazione regionale, delle linee di indirizzo per l'impostazione programmatica dell'attività;
- Esamina il bilancio pluriennale di previsione ed il bilancio di esercizio e rimette alla Regione le relative osservazioni;
- Verifica l'andamento generale delle attività e contribuisce alla definizione dei piani programmatici trasmettendo le proprie valutazioni e proposte al direttore generale ed alla Regione;
- Designa un membro del Collegio sindacale dell'azienda;
- Esprime parere obbligatorio sul Programma delle attività territoriali, concorre alla verifica del raggiungimento dei risultati.

Il Direttore Generale adotta altresì, d'intesa con la Conferenza il Programma delle attività territoriali, limitatamente alle attività sociosanitarie e tenuto conto delle priorità stabilite a livello regionale.

L'Azienda concorre alla funzionalità della Conferenza supportandola tecnicamente, anche assicurando, direttamente o indirettamente, le risorse amministrative e tecniche necessitanti allo svolgimento dei compiti e delle funzioni proprie.

Art. 15 Uffici di staff

Gli uffici di staff, così come esplicitati nell'organigramma aziendale, costituiscono un'area che svolge attività di alta specializzazione ed opera al fianco della Direzione Generale; la loro azione è essenziale per un buon funzionamento dell'azienda, consentendo di migliorare l'efficacia e l'efficienza del governo aziendale.

Fanno parte degli uffici di Staff, le strutture organizzative o funzioni riportate nell'elenco delle strutture allegato al presente atto.

La definizione organizzativa e funzionale degli uffici di staff viene realizzata con provvedimenti successivi del Direttore Generale e può ricomprendere strutture complesse o semplici e incarichi professionali di particolare valenza.

Inoltre le Segreterie della Direzione Generale, Sanitaria e Amministrativa svolgono le proprie attività in modo omogeneo, integrato e coordinato.

Capo IV

Il Modello organizzativo ed il funzionamento del sistema di produzione dei servizi

Art. 16 Principi e criteri dell'attività aziendale

L'attività dell'Azienda è informata ai seguenti principi:

- principio di separazione delle responsabilità di governo, programmazione, indirizzo e controllo da quelle di produzione dell'assistenza e di organizzazione e gestione delle risorse a tal fine mobilitate, in un quadro di chiara determinazione delle autonomie e responsabilità della Direzione Generale e di quelle della Dirigenza e dei vari livelli operativi dell' Azienda, nella logica della responsabilizzazione diffusa e dell'autonomia gestionale delle singole articolazioni organizzative, con la massima valorizzazione della dirigenza e di tutte le risorse professionali;
- principio della responsabilità di rendicontazione, in base al quale, all'interno di un quadro preciso e trasparente delle responsabilità, ciascun soggetto titolare di funzioni di governo o gestione dell'Azienda, è tenuto a rendere conto a tutti i portatori di diritti, verso i quali l'attività aziendale è rivolta, dei risultati del proprio agire.

Le funzioni e le responsabilità di cui al comma precedente sono oggetto di specifica definizione con atto di organizzazione, con particolare riferimento agli ambiti di autonomia e responsabilità nella gestione tecnico-professionale, amministrativa e finanziaria del settore operativo di competenza, implicanti anche il potere di adottare atti aventi rilevanza esterna.

Il Direttore Generale, fatto salvo il principio di separazione sopra richiamato, può devolvere le proprie funzioni con riferimento ad ambiti settoriali di attività o all'adozione di singoli atti, secondo principi e modalità che faranno riferimento sia al principio dell'attribuzione sia a quello della delega, secondo le modalità esplicitate con apposito e successivo atto regolamentare.

Strumento fondamentale del sistema direzionale di programmazione e controllo è rappresentato dal 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. L'Azienda persegue le proprie finalità agendo mediante atti di diritto privato,

salvo nei casi in cui la legge le attribuisca espressamente poteri pubblicistici, come tali da esercitare nelle forme tipiche del procedimento amministrativo.

Gli atti di diritto privato sono retti dal principio di libertà delle forme, nei limiti previsti dal Codice Civile e dalle leggi speciali e nel rispetto dei principi di legalità, imparzialità, buon andamento e semplificazione delle attività aziendali.

Art. 17 Modello di commissioning

L'elemento che caratterizza maggiormente l'organizzazione dell'A.U.S.L. di Pescara è il superamento da parte del Distretto del doppio ruolo di committente e di produttore o meglio l'applicazione del modello di commissioning scelta.

La funzione di committenza racchiude in sé l'esercizio di quattro sottofunzioni concettualmente distinte. La prima è quella di fungere da tramite tra obiettivi e compiti assegnati all'Azienda e il Piano Annuale di Attività dell'azienda stessa. La seconda è quella di presiedere alla negoziazione degli accordi contrattuali con gli erogatori interni ed esterni. La terza è quella di garantire la compatibilità tra il Piano annuale di attività e la disponibilità delle risorse finanziarie. La quarta consiste nel monitoraggio, controllo e verifica dei risultati nei confronti di ciascun soggetto erogatore, anche a garanzia dei diritti di cui il cittadino è portatore.

L'A.U.S.L. di Pescara ha inteso distinguere i due ruoli su richiamati per assegnarli a due soggetti distinti dell'organizzazione aziendale al fine di:

- chiarire gli ambiti di responsabilità tra cliente (il Distretto, che si rende garante per i cittadini e per le Amministrazioni che li rappresentano dei risultati da raggiungere in termini di "obiettivi di salute" e delle risorse assegnate per raggiungerli) e fornitore (i Dipartimenti che rispondono della produzione e dell'efficienza/efficacia produttiva) in modo da equilibrarne le responsabilità;
- inserire committenti e produttori nella dinamica di programmazione e controllo in modo da tenere separate le funzioni di committenza (chi decide per chi, che cosa e quanto produrre) per poter agire efficacemente l'una (attraverso la programmazione strategica) e l'altra (attraverso la pianificazione operativa e il controllo di gestione) ;
- affidare ai committenti e ai produttori obiettivi comuni e relative responsabilità (pur se chiare e distinte per compiti e tipologia di risultati) con riguardo alla continuità

assistenziale e all'integrazione alla quale devono concorrere entrambi attraverso strumenti programmatori (gli uni) e gestionali adeguati (gli altri) .

Art. 18 Gestione per processi

L'altra peculiare caratteristica dell'organizzazione dell'A.U.S.L. di Pescara è l'ampio utilizzo di assegnare responsabilità di risultato ai processi organizzativi oltre che ai gestori di funzione.

L'intera metodologia è basata sui seguenti principi:

- la focalizzazione sui processi visti come catene di fornitori e clienti;
- l'allineamento continuo ai bisogni degli utenti;
- la necessità di mantenere sotto controllo le prestazioni del processo e le modalità con cui si svolge;
- interventi di riorganizzazione guidati da scelte di priorità;

Favorire la qualificazione dei processi organizzativi è conseguente all'obiettivo organizzativo dichiarato di utilizzare e promuovere il maggior numero di competenze umane e tecniche possibili. L'Azienda Sanitaria è un'organizzazione professionale complessa, in cui l'atto fondamentale è gestito e controllato dal professionista e le necessità della patologia e le nuove tecnologie trovano le adeguate risposte solo nella disponibilità dei professionisti stessi a definire un percorso efficace del paziente.

In questo spirito l'Azienda U.S.L. di Pescara oltre a definire funzioni opera per processi.

Nell'attività aziendale, infatti, è il processo che rende centrale la risposta alla domanda del cliente e permette di individuare i collegamenti necessari fra le attività, consentendo un miglioramento continuo, guidato dalla verifica analitica della prassi operativa.

Il termine processo ha vari significati:

- strumento di analisi dell'attività aziendale;
- elemento di interpretazione della gestione strategica dell'impresa;
- forma organizzativa, cioè luogo ove si concretizzano coordinamento e apprendimento

La definizione che adottiamo è: "processo come insieme di attività, tipicamente appartenenti a professionalità differenti, legate tra loro da flussi significativi di informazioni la cui combinazione permette di ottenere un output rilevante per l'impresa nella sua interezza, pertanto si rende opportuno che l'Azienda adotti un efficace sistema di I.C.T. cioè un sistema di Information, Communication e Technology.

In rapporto alla definizione di processo si chiarisce la terminologia utilizzata per atti la cui responsabilità ha valenza organizzativa:

- **Procedura** è un ciclo di operazioni fondamentali, interne ad una attività.
- **Percorso** è la migliore sequenza temporale e spaziale possibile, sulla base delle conoscenze tecnico scientifiche e delle risorse professionali e tecnologiche a disposizione, delle attività da svolgere per gestire una condizione patologica di un paziente o di un gruppo di pazienti.
- **Programma** è la formalizzazione dell'esigenza di un processo orizzontale o interazione di un percorso complesso, come obiettivo organizzativo da raggiungere.

Art. 19 Assetto organizzativo fondamentale

L'Azienda è articolata su sei Distretti territoriali ed è organizzata in Dipartimenti Ospedalieri, Territoriali e Programmi al cui interno sono presenti strutture organizzative complesse.

Limitatamente ad oggetti di particolare rilevanza aziendale o dipartimentale, rispetto ai quali è necessario l'apporto di più componenti organizzative e una responsabilità univoca, è possibile altresì prevedere forme di responsabilità trasversali all'Azienda, che compungano l'azione di strutture organizzative appartenenti a diversi dipartimenti o unità organizzative. Tali forme di responsabilità sono denominate "programma". In relazione al loro livello, aziendale o dipartimentale, tali responsabilità assumono rispettivamente la configurazione di struttura complessa o semplice.

Art. 20 Il Distretto

Il Distretto è l'articolazione territoriale fondamentale del governo aziendale ed il luogo della formulazione dei piani di committenza, che esprimono il fabbisogno di assistenza specialistica e territoriale, in forma residenziale, ambulatoriale e domiciliare. Punto privilegiato delle relazioni fra Azienda ed Enti Locali, in particolare per il settore delle cure primarie e dell'integrazione fra servizi sociali e sanitari. Nel distretto:

- è promossa e sviluppata la collaborazione con gli enti locali e con la popolazione e le sue forme associative, secondo il principio di sussidiarietà, al fine di ottenere una corretta rappresentazione delle necessità assistenziali e di elaborazione dei relativi programmi di intervento;

- è assicurata la produzione dell'assistenza primaria, attraverso i medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e medici di continuità assistenziale (anche mediante le strutture organizzative di cui all'art.6, lettera d) AA.CC.NN. Medici di Medicina Generale e Pediatri di libera scelta), l'accesso ai servizi specialistici ambulatoriali (così come definiti nel Programma delle Attività Territoriali Distrettuali) e ospedalieri, secondo le modalità e per le tipologie previste dai livelli essenziali di assistenza;

sono assicurati, inoltre, i seguenti servizi o attività:

- consultoriali per la salute dell'infanzia, della donna e della famiglia;
- di psicologia territoriale per il disagio psichico o rivolti a soggetti fragili;
- di assistenza domiciliare integrata;
- ambulatoriali specialistiche;
- Punto Unico di Accesso, servizio innovativo per l'accettazione del cittadino;
- Unità di Valutazione Multidimensionale;
- Coordinamento tra ospedale e territorio delle attività a favore delle demenze e delle non autosufficienze.

Il Distretto deve rappresentare per tutti i cittadini del proprio ambito territoriale il centro di riferimento per l'accesso a tutti i servizi dell'Azienda, così come in precedenza indicato, mentre l'ambito sociale diventa il riferimento territoriale per l'organizzazione e la fruizione dei servizi socio-assistenziali.

Nell'ottica del perseguimento delle finalità di distretto viene istituito per ciascun distretto, annualmente, un Programma delle Attività Territoriali Distrettuali.

Il Distretto attua le strategie aziendali sulla base del Programma delle attività territoriali, documento di programmazione che specifica:

- Tipologia, quantità, distribuzione e criteri di accessibilità ai servizi e alle prestazioni di assistenza primaria assicurati a livello di distretto;
- Prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, caratterizzate da specifica ed elevata necessità d'integrazione, nonché, se delegate dai Comuni, le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria;
- Tipologia e modalità di coordinamento tra le attività sanitarie distrettuali e quelle socio-sanitarie;
- Tipologia e modalità di coordinamento tra le attività sanitarie distrettuali e quelle dei dipartimenti e servizi, inclusi i presidi ospedalieri;

Come già espresso, in particolare, al Distretto viene affidato il ruolo di committente che deve:

- Concorrere alla funzione di indirizzo e programmazione strategica, sviluppando strategie di lungo termine attraverso una programmazione negoziata con gli Enti Locali, Privato Accreditato, Privato Sociale, Volontariato, - Conferenza Sanitaria Territoriale;
- Avere una funzione di coordinamento della rete dei servizi per garantire i processi di integrazione trasversale ai diversi produttori e per allineare gli obiettivi tra produttori e programmatori;
- Avere una funzione di garanzia di accessibilità verso l'esterno (utenza, istituzioni, stake holders);
- Porsi come "cliente" verso i produttori interni (Dipartimenti, Ospedale) ed esterni (altri produttori / fornitori);
- Avere una funzione di controllo strategico (rispondenza agli obiettivi economico – finanziari e alle attese – bisogni di salute – del cittadino);
- Avere la possibilità di governare la domanda (identificare i problemi di salute, governare programmando, valutare) e commissionare l'offerta più appropriata attraverso il governo delle risorse economiche ed umane: è titolare di budget che negozia con il Direttore Generale;
- Rispondere ai clienti esterni (utenti e Amministrazioni pubbliche deputate alla programmazione e controllo) e alla Direzione Generale dei risultati raggiunti, a partire dalla corretta valutazione dei bisogni, dalla valutazione/assegnazione delle attività e delle risorse necessarie al raggiungimento degli obiettivi di salute programmati, nonché dei risultati attesi afferenti alla "continuità assistenziale" e alla integrazione tra i servizi.

Il Programma delle Attività Territoriali è proposto, sulla base delle risorse assegnate e previo parere della Conferenza dei Sindaci, dal Direttore di Distretto ed è approvato dal Direttore Generale, d'intesa, limitatamente alle attività socio sanitarie, con la conferenza medesima e tenuto conto delle priorità stabilite a livello regionale.

L'Azienda individua le seguenti Aree Distrettuali che corrispondono agli ambiti territoriali al fine di realizzare un sistema integrato dei servizi sociali e sanitari:

- l'area Distrettuale di Pescara Nord;
- l'area distrettuale di Pescara Sud;
- l'area Distrettuale di Montesilvano;

- l'area Distrettuale Metropolitana;
- l'area Distrettuale Vestina;
- l'area Distrettuale Maiella-Morrone.

Ad ogni area Distrettuale sono assegnate risorse definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento ed è attribuita, con contabilità separata all'interno del bilancio dell'Azienda, autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria per l'espletamento delle funzioni di cui all'art. 3 quinquies del D.Lgs. n. 502/1992 e successive modifiche e integrazioni. L'area distrettuale provvede ad assicurare i servizi e le attività di cui all'art. 3 quinquies del D. Lvo. N. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, sulla base delle modalità specificate dall'art. 3 quarter, 2° comma del D. Lvo. stesso, garantendole, attraverso una propria organizzazione interna, articolata in strutture complesse e/o semplici.

Trovano inoltre collocazione funzionale nel Distretto le articolazioni organizzative del Dipartimento di Prevenzione, del Dipartimento di Salute Mentale, del Dipartimento Materno Infantile e i Servizi per le Dipendenze con particolare riferimento ai servizi alla persona nonché le funzioni "transmurale" dei Dipartimenti ospedalieri.

A livello di staff della Direzione di Distretto è previsto un livello di Coordinamento delle Professioni Sanitarie Distrettuali che assume la responsabilità gestionale ed organizzativa delle figure professionali del comparto, assicurandone una gestione integrata e flessibile, che rappresenta il riferimento per i Coordinatori delle varie aree. Questo ruolo è ricoperto da un Coordinatore delle Professioni Sanitarie proposto dal Direttore del Distretto e nominato dal Direttore Sanitario d'azienda in accordo con il Dipartimento delle Professioni Sanitarie Aziendali.

Uno dei Coordinatori delle Professioni Sanitarie Distrettuali assume responsabilità di Coordinatore delle Professioni Sanitarie Territoriali, partecipando al *Comitato tecnico aziendale delle Attività distrettuali*.

I diversi momenti di integrazione organizzativa, programmatica e operativa tra Distretto e Dipartimenti, in ambito aziendale, sono rappresentati da:

- **Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali (UCAD)**, cui partecipano, tra gli altri, i Responsabili dei Dipartimenti o loro delegati e che rappresenta la sede di programmazione del PAT;
- **Comitato Tecnico Aziendale delle Attività Distrettuali**;

- **Programma delle Attività Territoriali (PAT)** che deve essere considerato lo strumento operativo del Piano Sanitario Regionale, così come i Piani di Zona lo sono per il Piano Sociale Regionale;
- **Punto Unico di Accesso (PUA)** attivato a livello distrettuale.

Il Piano Sanitario Regionale prevede la istituzione di organi tecnico-rappresentativi a livello Aziendale per il coordinamento delle Funzioni Territoriali. Tali organi sono:

- Unità di Coordinamento delle Attività Distrettuali (UCAD)
- Collegio Aziendale Direttori di Distretto
- Comitato Tecnico Aziendale delle Attività Distrettuali

I compiti e i componenti di tali organismi sono esplicitati nel Capitolo 5.2.5 del P.S.R. 2008/2010.

Art. 21 Il Direttore di Distretto

Il Direttore di distretto è l'espressione territoriale del decentramento del governo aziendale e soggetto preposto alla rappresentazione delle politiche aziendali a livello locale e rappresenta la Direzione Generale nel rapporto con gli Enti Locali dell'ambito territoriale di competenza. E' garante della copertura della missione del distretto e della coerenza tra la programmazione dei servizi da assicurare alla popolazione e il finanziamento nonché del rispetto dei suoi vincoli economico-finanziari.

Al Direttore di Distretto sono assegnati compiti di governo del proprio ambito territoriale ed in particolare la cura delle relazioni con i Sindaci del comprensorio distrettuale di pertinenza e le funzioni previste dalla L.R. 5/2008 P.S.R. 2008/2010. Propone all'approvazione del Direttore Generale, previo parere della Conferenza dei Sindaci, il Programma delle Attività Territoriali, curandone la coerenza con il Piano Sociale per tutti gli aspetti concernenti l'integrazione socio-sanitaria.

Il Direttore di Distretto presiede e monitorizza la coerenza delle strutture organizzative operanti nel proprio territorio affinché sia assicurata la piena attuazione del Programma delle Attività Territoriali nonché l'integrazione tra l'insieme dei soggetti che sono chiamati alla sua concretizzazione.

Le responsabilità concernenti le attività ad alta integrazione socio-sanitaria è esercitata in coerenza con il coordinamento tecnico aziendale del Responsabile delle attività socio-sanitarie.

Il Direttore del Distretto è nominato dal Direttore Generale, secondo le modalità dell'art.3 sexies del D.Lgs. 502/92 e s.m.i..

Il Direttore di Distretto si avvale di una Unità di Coordinamento delle Attività Distrettuali, composta così come disposto dall'attuale P.S.R. 2008/2010.

Art. 22 Articolazione organizzativa del Distretto

La *line* produttiva del Distretto è strutturata in Unità Operative alle quali sono affidate le attività di produzione propria del macrolivello distrettuale. Dovrà prevedere le seguenti Unità Operative Complesse (UOC) a valenza interdistrettuale.

UOC Assistenza Primaria: con responsabilità gestionale ed organizzativa su assistenza sanitaria di base, specialistica ambulatoriale, assistenza integrativa e protesica.

UOC Assistenza Intermedia: con responsabilità gestionale ed organizzativa su cure domiciliari, residenziali, semiresidenziali e riabilitazione territoriale.

UOC Assistenza Consultoriale: con responsabilità gestionale e organizzativa sulle attività di Assistenza in gravidanza e al puerperio, di Prevenzione dell'IVG, di Prevenzione dei Tumori femminili, dello Spazio adolescenziale, di assistenza alla famiglia e del controllo della fertilità.

Per le attività di cui sopra ci si avvarrà di personale proprio in numero e competenze definite dalla pianta organica, anche in base al grado di decentramento delle attività.

AREA DISTRETTUALE	Superficie kmq	Residenti al 31.12.2004
PESCARA NORD	16,81	61289
PESCARA SUD	16,81	61289
METROPOLITANA	215.23	55757
CEPAGATTI	30,34	9610
CAPPELLE SUL TAVO	5,46	3790
CITTA' S. ANGELO	61,95	13025
MOSCUFO	20,24	3231
NOCCIANO	13,66	1767
SPOLTORE	36,74	16546
PIANELLA	46,84	7788
MONTESILVANO	23,39	43258
MONTESILVANO	23,39	43258
VESTINA	401.87	38975
ELICE	14.16	1737
BRITTOLI	15,81	397
CARPINETO DELLA NORA	23,28	728
CATIGNANO	17,04	1488
CIVITAQUANA	21,78	1351
CIVITELLA CASANOVA	31,77	2042
COLLECORVINO	32,07	5550
FARINDOLA	45,31	1730
LORETO APRUTINO	59,55	7672
MONTEBELLO DI BERTONA	21,3	1101
PENNE	90,42	12518
PICCIANO	7,43	1375
VICOLI	9,38	438
VILLA CELIERA	12,57	849

MAIELLA MORRONE	550.95	47407
BUSSI SUL TIRINO	26.29	2920
CASTIGLIONE A CASAURIA	17.04	1488
CORVARA	13.71	289
PESCOSANSONESCO	18.46	553
PIETRANICO	14.50	593
CARAMANICO	84.55	2089
ABBATEGGIO	15.71	447
CUGNOLI	15.95	1642
ROSCIANO	27.83	3161
LETTOMANOPPELLO	15.06	3137
MANOPPELLO	39.48	6091
ALANNO	32.51	3709
BOLOGNANO	16.75	1242
POPOLI	34,34	5607
ROCCAMORICE	24,65	1021
SALLE	21,61	312
SCAFA	10,09	3979
SERRAMONACESCA	23,89	591
S. EUFEMIA A MAIELLA	40,05	342
S. VALENTINO IN A.C.	16,35	1947
TOCCO DA CASAURIA	29,9	2826
TORRE DEI PASSERI	5,93	3136
TURRIVALIGNANI	6,3	863
AZIENDA USL PESCARA	1225,06	307.973

Art. 23 I Presidi Ospedalieri

I Presidi Ospedalieri costituiscono la struttura attraverso la quale si provvede all'erogazione delle prestazioni specialistiche diagnostiche e di ricovero.

L'integrazione tra le diverse strutture ospedaliere appartenenti al Presidio è garantita dall'organizzazione dipartimentale delle attività/unità operative e dall'unicità di governo assicurata dalla Direzione Medica del Presidio.

Al Presidio è attribuita autonomia organizzativa, economico-finanziaria con contabilità analitica e separata all'interno del bilancio dell'Azienda.

Per esercitare i compiti di cui al precedente comma il Presidio Ospedaliero dispone di strutture tecnico-amministrative di supporto, che costituiscono articolazioni organizzative dei corrispondenti Uffici e Servizi dell'Azienda, configurate secondo le dimensioni del Presidio, quali:

- l'Ufficio del Personale;
- l'Ufficio Tecnico;
- l'Ufficio Amministrativo Economico.

L'Azienda è articolata in tre Presidi Ospedalieri:

- Presidio Ospedaliero di Pescara;
- Presidio Ospedaliero di Penne;
- Presidio Ospedaliero di Popoli.

Le attività dei Presidi Ospedalieri vengono coordinate da un Coordinatore dell'Assistenza Ospedaliera cui è demandato il compito di supportare le attività delle Direzioni di Presidio e dei Dipartimenti al fine di rendere omogenei i comportamenti e gli indirizzi operativi in sintonia con gli elementi della programmazione regionale e delle indicazioni della Direzione Strategica.

Il Coordinatore dell'Assistenza Ospedaliera, attraverso le Direzioni di Presidio sovrintende le attività di gestione del rischio, di committenza interna, di valutazione dell'efficacia e dell'efficienza dei sistemi di produzione.

Il Coordinatore dell'Assistenza Ospedaliera si rapporta direttamente al Direttore Generale e al Direttore Sanitario di Azienda.

Art. 24 Il Direttore del Presidio Ospedaliero

Il Direttore del Presidio Ospedaliero è il garante, dell'erogazione integrata delle prestazioni sanitarie ed ospedaliere.

Il Responsabile del Presidio Ospedaliero risponde direttamente al Direttore Sanitario e svolge le seguenti attività:

- garantire, dal punto di vista igienico, organizzativo e gestionale, l'erogazione integrata delle prestazioni sanitarie ;
- rispondere dello sviluppo dei programmi di promozione della salute per le attività connesse all'assistenza ospedaliera;
- promuovere l'organizzazione dei Dipartimenti e svolgere una funzione di coordinamento tra le articolazioni organizzative del Presidio;
- supportare il Direttore Sanitario nello svolgimento delle sue funzioni relative al governo strategico aziendale, alla committenza interna;
- assicurare adeguati livelli di prestazioni e di volumi di attività affiancando il Direttore Generale nella concertazione degli obiettivi di budget con i soggetti individuati secondo le modalità previste nel presente atto;
- partecipare alla definizione ed al monitoraggio dei livelli di qualità delle prestazioni in collaborazione con i dipartimenti ospedalieri dirigendo le funzioni trasversali di supporto tecnico-sanitario, logistico;
- vigilare sulla sicurezza interna e la gestione dei rischi in collaborazione con l'Ufficio Prevenzione e Protezione per la sicurezza Interna;
- predisporre una relazione annuale con i programmi di lavoro, i percorsi organizzativi ed i risultati previsti come orientamento alla formulazione del budget ed alla definizione del Piano delle attività aziendali;
- predisporre la relazione annuale sui risultati del Presidio in relazione anche all'autonomia tecnico-funzionale ed economico-finanziaria;
- concorrere alla definizione delle politiche aziendali e garantire equità e trasparenza nella gestione delle risorse tecnologiche e professionali;

Il Direttore di Presidio Ospedaliero vigila sul rispetto dei requisiti previsti per l'accreditamento delle strutture e dei professionisti che operano nei Presidi Ospedalieri, nonché sulle condizioni relative alla sicurezza delle strutture e delle persone fisiche.

Art. 25 I Dipartimenti

Il Dipartimento è il modello organizzativo fondamentale dell'Azienda preposto alla produzione dei servizi e delle prestazioni assistenziali ed all'organizzazione ed alla gestione delle risorse necessarie alla produzione degli stessi nonché alla realizzazione del governo clinico

I Dipartimenti sono strutture complesse che aggregano una pluralità di strutture organizzative, complesse, ed assicurano la qualità dell'assistenza e la gestione unitaria delle risorse al fine di soddisfare gli obiettivi negoziati a livello aziendale, adottando soluzioni organizzative che garantiscano servizi rispondenti alle necessità assistenziali ed alle preferenze della persona, tecnicamente appropriati sul piano clinico ed organizzativo.

Si possono distinguere due tipologie di dipartimenti:

- strutturale che aggrega strutture aziendali con finalità di razionalizzare, in termini di efficacia ed efficienza ed economicità l'utilizzo delle risorse umane finanziarie e tecnologiche assegnate.
- funzionale che aggrega le strutture aziendali, che rimangono indipendenti tra loro, con la finalità di ottimizzare i percorsi assistenziali e garantire l'approccio multidisciplinare e la continuità delle cure, con particolare riguardo alle patologie complesse

L'A.U.S.L. di Pescara, per comporre adeguatamente le ragioni del decentramento territoriale delle prestazioni e dei servizi e quelle dell'unitarietà del loro governo predilige dipartimenti strutturali interaziendali, costruiti con l'aggregazione di unità operative e/o sedi erogative afferenti ai tre presidi ospedalieri aziendali e al territorio, al fine di favorire l'integrazione e l'omogeneizzazione su scala aziendale dei processi di produzione, erogazione ed accesso ai servizi. Le unità operative sono aggregate in dipartimenti secondo criteri di interdipendenza/complementarietà nell'ambito dei processi assistenziali (specifici target di popolazione, patologia/eziologia unificata) ovvero di affinità/omogeneità del sistema tecnico di riferimento (dipartimento di specialità o di area assistenziale omogenea) o nel rispetto della normativa regionale in materia .

I Dipartimenti hanno autonomia tecnico-professionale e gestionale, nei limiti degli obiettivi assegnati e delle risorse attribuite ed operano secondo il piano annuale di attività, gestendo le risorse negoziate .

I Dipartimenti sono la principale sede operativa di attuazione e di gestione delle attività relative al Governo Clinico.

Il ruolo di produttore è affidato sia ai Dipartimenti territoriali sia a quelli ospedalieri.

L'organizzazione dipartimentale è riconosciuta come "il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle Aziende sanitarie".

Gli obiettivi generali dell'organizzazione dipartimentale sono:

- favorire un governo unitario dell'assistenza;
- assicurare il governo clinico del sistema di produzione dei servizi sanitari;
- perseguire l'ottimizzazione dell'uso delle risorse e lo sfruttamento adeguato ed efficiente delle risorse tecnologiche;
- ricercare, realizzare, valutare le innovazioni organizzative capaci di sfruttare adeguatamente le innovazioni tecnologiche;
- promuovere il mantenimento e lo sviluppo delle conoscenze e delle competenze tecniche e professionali;
- facilitare la valorizzazione e la partecipazione degli operatori al processo decisionale relativo alle scelte strategiche, organizzative e gestionali;
- promuovere e sviluppare una pratica basata sull'appropriatezza d'uso della risorsa Ospedale promuovendo l'integrazione con le risorse professionali e i servizi del territorio;
- promuovere la riduzione delle liste d'attesa;
- garantire una corretta, continua e capillare informazione e comunicazione istituzionale interna ed esterna in collaborazione con gli uffici competenti;
- assicurare il processo di valutazione di qualità dell'assistenza;
- assicurare l'integrazione delle prestazioni sanitarie dipartimentali con le prestazioni sanitarie territoriali;
- promuovere e organizzare eventi di Educazione Continua in Medicina per tutto il personale;

L'organizzazione dei Dipartimenti è predeterminata nei casi specificamente previsti dalla Legge o da indicazioni regionali. Fuori da tali previsioni è possibile la creazione di altri Dipartimenti in relazione alle necessità di razionalizzare, in termini sia di efficienza che di economicità, i rapporti fra diverse strutture organizzative non altrimenti aggregabili.

I Dipartimenti dell'azienda sono riportati nel prospetto allegato al presente atto.

Art. 26 Il Direttore di Dipartimento

Il Direttore di Dipartimento ha responsabilità sia di tipo gestionale (“razionale e corretta programmazione e gestione delle risorse assegnate per la realizzazione degli obiettivi attribuiti”) che professionale in materia clinico-organizzativa (appropriatezza, qualità tecnica).

I “produttori”, la cui Direzione deve poter contare su competenze marcatamente manageriali, devono allora:

- Organizzare e pianificare la produzione (pianificazione operativa);
- Gestire il personale e le risorse materiali assegnate (gestione operativa);
- Controllare la produzione e i risultati ottenuti attraverso:
 - il controllo operativo di gestione;
 - il controllo di qualità tecnica;
 - il controllo di efficienza;
 - la misurazione delle performance di processo e l'analisi delle attività/del valore (qualità organizzativa e relazionale);
 - la valutazione di efficacia;
- Assicurare l'integrazione funzionale tra le unità operative e i programmi interni;
- Partecipare alla programmazione strategica attraverso la condivisione:
 - degli indirizzi strategici (le politiche dell'azienda);
 - dell'analisi della domanda (tipologia, volumi, trend, fattori critici di successo come il servizio atteso, la qualità attesa, i costi da sostenere);
 - dell'individuazione degli indicatori critici di performance (per valutare un buon prodotto/servizio al quale l'utente attribuisce un valore);
- Predisporre piani annuali di attività e di utilizzazione delle risorse da negoziare con la Direzione Generale nell'ambito della programmazione strategica aziendale (dove i committenti partecipano alla assegnazione di risorse in quanto titolari di budget per la parte di competenza e pertinenza);
- Rispondere alla Direzione Sanitaria del “governo clinico” e della effettiva partecipazione agli obiettivi di “continuità assistenziale” e di “integrazione” tra servizi a garanzia della stessa.

Ai sensi dell'art.17 bis comma 2 del D.Lvo. n. 502/1992 e successive modificazioni ed integrazioni, è nominato dal Direttore Generale tra i Direttori delle strutture complesse aggregate nel Dipartimento, sulla base di una terna di nominativi proposta dal Comitato di Dipartimento mediante sistema elettivo. Le modalità per l'individuazione del Direttore del Dipartimento di Prevenzione devono anche tener conto di quanto stabilito dall'art. 7 quater, primo comma del D.Lvo 502/92 e s.m.i.. Per la scelta dei nominativi da sottoporre al Direttore Generale ogni elettore ha facoltà di esprimere tre preferenze ed i tre nominativi più votati costituiranno la terna. Il Direttore del Dipartimento rimane titolare della struttura complessa cui è preposto.

La scelta del Direttore Generale viene effettuata sulla base della valutazione di un programma dipartimentale presentato dal candidato, secondo criteri espliciti e predefiniti, tra cui il possesso di particolari attitudini organizzativo-gestionali e capacità di coinvolgimento, valorizzazione e responsabilizzazione dei collaboratori.

Il Direttore di Dipartimento è tenuto a realizzare il proprio programma nell'arco del triennio di durata del proprio mandato ed è annualmente verificato relativamente allo stato di attuazione. L'incarico di Direzione di Dipartimento ha durata triennale rinnovabile una sola volta, previa verifica positiva.

La Direzione di Presidio contribuisce dal punto di vista gestionale al perseguimento degli obiettivi di governo clinico propri di ciascun Dipartimento Ospedaliero.

L'incarico di Direzione di Dipartimento comporta :

- a) in caso di dipartimento strutturale, l'attribuzione di responsabilità professionali e gestionali in ordine alla razionale e corretta programmazione e gestione delle risorse assegnate per la realizzazione degli obiettivi attribuiti. A tal fine, il Direttore del Dipartimento strutturale concorda con il Comitato di Dipartimento, annualmente e preventivamente, il Piano delle attività e negozia le risorse da utilizzare con il Direttore Generale, nell'ambito degli indirizzi strategici dell'azienda;
- b) in caso di dipartimento funzionale: l'attribuzione di responsabilità professionali in ordine alla ottimizzazione delle politiche assistenziali destinate a specifiche tipologie di assistiti e/o di patologie. Il Direttore del Dipartimento funzionale concorda con il Comitato di Dipartimento le linee guida operative ed i protocolli diagnostici-terapeutici tendenti a ottimizzare l'efficacia e la qualità delle prestazioni, nonché il Piano annuale delle attività tenendo conto degli obiettivi delle singole strutture operative e degli

indirizzi strategici aziendali. La responsabilità gestionale rimane in capo ai Direttori delle singole strutture afferenti al dipartimento che negoziano il budget direttamente con il direttore generale.

Il Direttore del Dipartimento è responsabile del raggiungimento degli obiettivi generali previsti dal precedente articolo.

Art. 27 Il Comitato di Dipartimento

Il Comitato di Dipartimento è l'organo collegiale di supporto al direttore di dipartimento che lo presiede. Esso è costituito da:

- i Direttori delle strutture complesse;
- i Dirigenti responsabili delle U.O. semplici a valenza Dipartimentale;
- i rappresentanti, quali membri eletti, della dirigenza medica non apicale in numero pari ad 1/3 delle strutture complesse arrotondato all'unità superiore, avendo cura di assicurare almeno un rappresentante;
- un rappresentante, quale membro eletto, della dirigenza sanitaria non medica (se presente nell'organico delle strutture appartenenti al dipartimento);
- un rappresentante, quale membro eletto, della dirigenza PTA (se presente nell'organico delle strutture appartenenti al dipartimento);
- Il Responsabile Assistenziale di Dipartimento;
- n.2 rappresentanti, quali membri eletti, del personale dell'area del comparto appartenenti alle U.O. afferenti al Dipartimento;

Le funzioni del Comitato del Dipartimento sono le seguenti:

- garantisce l'individuazione di modelli organizzativi coerenti per l'insieme delle strutture organizzative del dipartimento e favorisce iniziative per il miglioramento dell'integrazione tra le unità operative;
- definisce i criteri per l'individuazione delle priorità degli interventi di sviluppo delle risorse professionali, strutturali e tecnologiche, che il direttore propone all'attenzione del Collegio di Direzione, e ne assicura l'applicazione in sede di predisposizione del piano annuale delle attività; definisce i criteri per la individuazione dei fabbisogni prioritari di formazione e di ricerca e predispose i relativi piani annuali;
- propone la gestione delle attrezzature, dei presidi e delle risorse economiche assegnate all'area dipartimentale;

- fornisce indicazioni per la gestione del budget assegnato al Dipartimento;
- adotta, per le specifiche esigenze del Dipartimento, le linee-guida per un corretto indirizzo diagnostico-terapeutico;
- stabilisce i modelli per la verifica e la valutazione della qualità dell'assistenza data;
- propone, nell'ambito del budget assegnato i fabbisogni di risorse sia per il personale sia per la dotazione strumentale, valutandone le priorità ed il rapporto costi/benefici.

La composizione e le specifiche di funzionamento dei comitati sono disciplinate da apposito regolamento, adottato dal Direttore Generale.

Art. 28 Il responsabile Assistenziale di Dipartimento

Il Responsabile Assistenziale di Dipartimento ha la responsabilità gestionale del personale di assistenza assegnato al proprio Dipartimento. La sua attività è svolta per creare le condizioni che facilitano le attività assistenziali delle singole UU.OO. afferenti al Dipartimento.

Assicura la realizzazione e la continuità del processo di assistenza infermieristica, ostetrica, tecnico sanitaria e della riabilitazione, nonché del personale di supporto.

Il Responsabile Assistenziale di Dipartimento risponde al Direttore delle Professioni Sanitarie collabora con la Direzione del Dipartimento, partecipa al Comitato di Dipartimento. Il Responsabile Assistenziale di Dipartimento è nominato dal Direttore Generale, su proposta del Direttore delle Professioni Sanitarie sentito il parere del Direttore di Dipartimento, resta in carica per tre anni e può essere riconfermato.

Art. 29 I Programmi Aziendali

Il Programma aziendale è inteso come la configurazione organizzativa che assicura l'unitarietà della programmazione, dell'organizzazione e della valutazione di processi organizzativi o di percorsi assistenziali relativi ad aree problematiche, "target" di interesse particolare che richiedono competenze specifiche appartenenti ad unità operative diverse.

Il direttore di programma contribuisce, con un proprio budget, attraverso il coordinamento dei servizi e/o settori interagenti nella "linea di servizio", a definire e garantire, su scala aziendale o distrettuale, un'omogenea realizzazione della strategia aziendale nell'approccio alle "problematiche target" del programma e governa e garantisce, presidiando i punti di interazione tra servizi e/o settori, l'interdisciplinarietà degli interventi, attraverso l'integrazione organizzativo/funzionale tra livelli assistenziali ed entità organizzative diverse che risultano

sequenzialmente interdipendenti o reciproche al percorso assistenziale tipico (o auspicato) per la popolazione target del programma.

Art. 30 Dipartimento del farmaco

Il dipartimento è finalizzato all'impiego ottimale della risorsa farmaceutica.

Si articola in Assistenza Farmaceutica Territoriale ed Ospedaliera sui tre presidi, con le diverse competenze relative all'approvvigionamento, distribuzione e controllo dell'uso dei farmaci. Contribuisce al monitoraggio dell'uso e partecipa attivamente alle commissioni interprofessionali finalizzate all'individuazione delle linee guida e alla valutazione del loro impatto nella pratica clinica e della conformità di questa alle regolamentazioni tecniche e aventi forza di legge. Presiede al sistema di sorveglianza farmacologica.

Supporta i Direttori di Dipartimento e i professionisti che vi operano fornendo le competenze possedute all'interno dei dipartimenti. La formulazione delle politiche farmaceutiche, delle previsioni d'impiego, dei sistemi di monitoraggio è effettuata in collaborazione con i referenti dipartimentali della Direzione dell'assistenza farmaceutica. Le politiche farmaceutiche aziendali sfruttano la coerenza delle azioni realizzabile nei diversi *setting* operativi (ospedaliero e territoriale) e promuovono l'uso appropriato dei farmaci attraverso la diffusione delle evidenze scientifiche relative in contesti interdisciplinari e interprofessionali.

Art. 31 Il Dipartimento di Prevenzione

Il Dipartimento di Prevenzione è una struttura complessa dotata di autonomia tecnico professionale, organizzativa e contabile ed è organizzato per centri di costo e di responsabilità ai sensi dell'art.7-quater del D.Lgs. n. 502/1992 e successive integrazioni e modifiche.

Riguardo ad esso si richiama il disposto di cui all'art.29 della L.R.7/2002 così come modificato dall'art.99 della L.R. n. 15/2005, a sua volta modificata dall'art.6 della L.R. 20/2006.

I servizi del Dipartimento di Prevenzione trovano collocazione funzionale delle proprie articolazioni organizzative presso i Distretti.

Il Dipartimento di Prevenzione è una struttura operativa della Azienda alla cui missione contribuisce garantendo la tutela della salute collettiva, perseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e delle disabilità, tese al miglioramento della qualità

della vita a garanzia dei livelli essenziali di assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro.

I servizi hanno autonomia tecnica e operativa e si integrano e coordinano tra loro nell'ambito della programmazione degli interventi e delle risorse, in base a modelli e criteri stabiliti dal Comitato di Dipartimento.

Nell'organizzazione del Dipartimento di Prevenzione e dei Servizi che lo compongono, la funzione di vigilanza va considerata come strumento nell'ambito del complesso delle attività di prevenzione, a fianco della informazione, formazione e assistenza e di tutte le possibili attività di promozione della prevenzione stessa; pertanto è da escludere qualsiasi configurazione organizzativa che preveda la separazione delle funzioni di vigilanza da quelle complessive dei singoli servizi e del Dipartimento.

In ogni caso nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza l'attività di vigilanza e controllo dovrà essere svolta privilegiando la programmazione secondo priorità emergenti dall'analisi dei rischi e dei danni presenti nel territorio, coinvolgendo in modo integrato e coordinato le professionalità rappresentate all'interno dei servizi. Le attività svolte dal Dipartimento e dai singoli servizi che lo compongono dovranno seguire procedure omogenee sul territorio. Per il perseguimento di obiettivi di valenza dipartimentale dovranno essere predisposti appositi programmi e procedure di intervento che coinvolgano specifiche figure professionali dei servizi interessati.

Il Dipartimento di Prevenzione assicura, mediante accordi o convenzioni con gli Enti interessati, il coordinamento e l'integrazione delle proprie attività con la Provincia, con l'ARTA e con l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale.

Assicura inoltre nelle programmazioni dell'attività destinata alla tutela della salute e della sicurezza negli ambienti di lavoro, il raccordo con gli organismi paritetici di cui all'art.20 del D.Lgs. n. 626/94 e con le parti sociali.

Art. 32 Il Dipartimento di Salute Mentale

Il Dipartimento di Salute Mentale è la struttura preposta al coordinamento delle attività di prevenzione, cura e riabilitazione che l'Azienda rivolge alla tutela e alla promozione della salute mentale anche con l'utilizzo di specifici interventi psicologici nel territorio di competenza.

Il Dipartimento di Salute Mentale è una struttura organizzativa dotata di autonomia tecnico-gestionale.

Il Dipartimento di Salute Mentale persegue gli obiettivi presenti nel P.S.N. 2006/08, fra i quali:

- l'attivazione di programmi di individuazione precoce delle psicosi schizofreniche;
- lo sviluppo di forme di prevenzione dei disturbi mentali attraverso l'individuazione precoce di situazioni di rischio o disagio;
- il miglioramento della presa in cura dei pazienti;
- la realizzazione del sistema informativo in linea con il sistema informativo Nazionale per la salute mentale;
- l'implementazione, elaborazione, esecuzione e coordinamento di programmi riabilitativi per le persone sofferenti di disturbi mentali, garantendo la salvaguardia e la restituzione dei diritti fondamentali di cittadinanza;
- l'implementazione dei processi di qualità nei CSM;
- migliorare le capacità di risposta alle richieste di cura per i disturbi dell'umore.

Il Dipartimento di Salute Mentale è costituito dalle strutture, complesse e semplici, riportate nell'elenco generale delle strutture allegato al presente atto.

All'interno del D.S.M., l'U.O. di Neuropsichiatria Infantile si occupa di prevenzione, disagio precoce e cura dei disturbi neuropsichiatrici dell'età evolutiva e dell'adolescenza e del contesto socio - familiare

Art. 33 Servizio Centralizzato di Psicologia e Psicoterapia

Viene istituito, in via sperimentale, il Servizio Centralizzato di Psicologia e Psicoterapia. Tale struttura coordinerà funzionalmente tutti i dirigenti psicologi ed ha compiti di programmazione, indirizzo, promozione e valutazione. Il Coordinatore è scelto tra i dirigenti psicologi, con almeno cinque anni di servizio, dal Direttore Generale, tale servizio verrà allocato, vista la prevalenza attività territoriale, nel Dipartimento di Assistenza Territoriale

Art.34 Dipartimento delle Professioni Sanitarie

E' istituito il Dipartimento funzionale delle Professioni Sanitarie, disciplinate dalla legge n. 251 del 20/8/2000 che si articola nei servizi infermieristico-ostetrico, tecnico sanitario, di riabilitazione, tecnico della prevenzione e sociale professionale. Le figure professionali afferenti ai singoli servizi sono quelle specificate nel D.M. 29/3/2001. La Direzione dei singoli

servizi viene affidata dal Direttore Generale previo espletamento di apposita procedura concorsuale. A livello di aree Distrettuali, Presidi Ospedalieri, Dipartimenti si individuano referenti con funzioni di responsabilità. A livelli di servizi e UU.OO. si individuano referenti con funzioni di coordinamento. Limitatamente al Dipartimento di Prevenzione, si individuano referenti con funzioni di coordinamento a livello di UU.OO. laddove previste. La figura del Direttore di Dipartimento, come pure le modalità di funzionamento seguono la disciplina prevista per tutti gli altri Dipartimenti.

Con il Dipartimento delle Professioni Sanitarie l'A.U.S.L. di Pescara riconosce nella partecipazione dei professionisti alla determinazione del comportamento aziendale uno strumento indispensabile per il mantenimento ed il miglioramento della qualità e per assicurare la congruenza dei risultati dei processi assistenziali con la sua missione.

Il Responsabile del Dipartimento delle Professioni Sanitarie garantisce lo sviluppo dei processi e dei programmi di competenza e la divulgazione, la direzione e la valutazione del sistema di governo dell'assistenza; su delega del Direttore Sanitario Aziendale assume le responsabilità del governo clinico-assistenziale relativamente ai processi di nursing aziendali, nell'ambito dei programmi di assistenza.

Il Dipartimento delle Professioni Sanitarie, a livello decentrato, opera in posizione di staff nei Distretti e nei Presidi Ospedalieri rispetto ai relativi Direttori Responsabili assicurando la continuità assistenziale e presidiando i punti di integrazione delle reti di servizio in sintonia con la programmazione aziendale e dell'articolazione periferica di riferimento, svolge funzioni di pianificazione organizzativa e di direzione delle attività assistenziali.

L'Azienda, inoltre, individua per il personale Area Comparto, le posizioni organizzative che implicano lo svolgimento di funzioni con assunzione diretta di responsabilità e che corrispondono a funzioni aziendali caratterizzate da alto livello di competenza.

L'Azienda definisce, con apposito regolamento concertato con le OO.SS. di riferimento, criteri di individuazione, graduazione, attribuzione e valutazione delle posizioni organizzative. Le posizioni organizzative sono conferite, previa selezione interna, dal Direttore Generale.

Art. 35 Programma per le Dipendenze

Il Programma delle dipendenze è la struttura alla quale afferiscono tutti i servizi e le UU.OO. che operano nel settore delle dipendenze.

In particolare a detto programma, a carattere funzionale, che opera attraverso il coordinamento delle proprie strutture con i soggetti pubblici, privati e del privato sociale presenti nel territorio aziendale, compete:

- il coordinamento delle attività di prevenzione, cura e riabilitazione delle dipendenze patologiche ;
- il coordinamento e la razionalizzazione del budget tra le diverse strutture che afferiscono al programma;
- la formulazione di standard di gestione dei Servizi;
- il coordinamento tecnico organizzativo e funzionale del sistema dei servizi;
- il coordinamento delle attività di formazione degli operatori;
- il coordinamento dei progetti di prevenzione dalle dipendenze a carattere aziendale;
- la promozione ed il coordinamento delle attività, degli interventi e la valutazione dei risultati;
- l'osservatorio epidemiologico territoriale sulle dipendenze.

Il sistema dei servizi per le dipendenze è costituito da:

- Servizi per le Tossicodipendenze (Ser.T.) ai sensi del DPR309/90 e DM 444/90;
- Servizi di Alcoologia, ai sensi del DM 3/8/93;
- Enti Ausiliari iscritti all'Albo regionale istituito ai sensi della L.R. 37/93, attuativa della Legge 266/91 operanti nel settore delle dipendenze;
- Cooperative sociali operanti nel settore delle tossicodipendenze, di cui alla legge 381/91.
- Ufficio di coordinamento per la tutela della salute in ambito penitenziario (a cui è affidata la gestione e il controllo dei servizi sanitari negli istituti penitenziari D. Lvo 230/1999)

Art. 36 L'Organizzazione Amministrativa

La funzione amministrativa e tecnica svolta all'interno dell'azienda è organizzata in cinque dipartimenti che aggregano le strutture amministrative e tecniche individuate nell'elenco allegato al presente atto, la cui direzione è affidata ad un dirigente del ruolo amministrativo, tecnico o professionale.

La dipartimentalizzazione anche in area amministrativa consente una ottimizzazione delle risorse aziendali ed in particolare una migliore distribuzione delle competenze inerenti le

attività ospedaliere e le attività territoriali, così da rispettare la giusta rilevanza ed il ruolo rispetto all'interno dell'azienda.

Ogni dipartimento, quale aggregazione di strutture complesse, ricomprende funzioni specifiche al fine di garantire una omogeneità nelle procedure e soprattutto una maggiore efficienza e trasparenza nelle attività per le quali ogni servizio è preposto.

Al Dipartimento Risorse Umane ed Affari Generali, sono assegnate le funzioni degli Affari legali, della gestione delle risorse umane e del settore economico del personale;

al Dipartimento Risorse Economiche le funzioni del bilancio, del controllo di gestione e le funzioni informative e statistiche;

Il dipartimento tecnico ed approvvigionamenti è articolato nelle funzioni di acquisizioni di beni e servizi, gestione del patrimonio, gestione tecnica e gestione ingegneria clinica ed impianti;

Al Dipartimento Attività Amministrative Aree Territoriali, vengono attribuite le funzioni delle attività amministrative inerenti l'assistenza sanitaria di base e specialistica, i distretti sanitari di base/psichiatria/dipendenze e di prevenzione;

Infine il Dipartimento Amministrativo Aree Ospedaliere espleta funzioni amministrative che fanno capo alle Direzioni Sanitarie dei PP.OO. di Pescara, Penne, Popoli.

Le Direzioni di Dipartimento sono tenute a coordinare e vigilare tutta l'attività afferente ai vari servizi, ferme restando le precise **Responsabilità Gestionali** dei rispettivi Dirigenti titolari di struttura complessa; è peraltro riconosciuto il **potere di superiore gerarchico** in materia organizzativa e di distribuzione delle competenze, nonché sull'utilizzo delle risorse.

Sono individuati alcuni incarichi nuovi incarichi dirigenziali di livello professionale ma con compiti anche di tipo gestionale, rispondenti ad alcune prioritarie necessità rilevate ed assenti nella precedente organizzazione.

La configurazione organizzativa dell'intera area vuole consentire la realizzazione del principio secondo cui l'attività dirigenziale è connotata dal **binomio autonomia/responsabilità**, col quale si sottolinea che compete al dirigente di ciascuna unità organizzativa individuare gli strumenti più efficienti per svolgere le attività istituzionali di cui ne ha la piena responsabilità, garantendo ogni adempimento operativo necessario.

Gli incarichi dirigenziali, amministrativi e sanitari verranno attribuiti nel tempo in ragione delle disponibilità finanziarie e quando si realizzeranno le condizioni organizzative.

Capo V

Norme generali di conduzione dell'azienda

Art. 37 Competenze dei dirigenti

Le posizioni di responsabilità dell'A.U.S.L. di Pescara sono individuate con l'intento di superare una visione burocratica e mansionale delle stesse e per favorire, viceversa, il coinvolgimento, l'autonomia e la coerente contestabilità rispetto alla missione e visione aziendale. Si riportano di seguito gli scopi delle principali categorie di dirigenti.

In relazione alla soluzione organizzativa scelta il Direttore di Distretto assicura la copertura della missione del Distretto attraverso l'elaborazione del programma delle attività territoriali, l'esercizio della funzione di committenza relativa alla popolazione di riferimento e con particolare riferimento alla valutazione quantitativa e qualitativa dell'attività dei Dipartimenti di produzione e degli altri produttori pubblici e privati.

L'area della produzione ospedaliera fa capo al Direttore del Presidio Ospedaliero che assicura la copertura della missione del Presidio Ospedaliero attraverso l'elaborazione del piano di produzione sulla base delle caratteristiche risultanti dalle diverse committenze, il presidio dei punti di integrazione dell'assistenza ospedaliera con l'assistenza territoriale e la prevenzione collettiva, la valutazione quantitativa e qualitativa dell'attività dei Dipartimenti (il coordinamento del consiglio di direzione del Presidio), la direzione delle funzioni trasversali di supporto tecnico-sanitario, amministrativo e logistico.

Il Dipartimento è la struttura organizzativa di base per assicurare la produzione aziendale ed è costituita dal raggruppamento di una pluralità di Unità Operative Complesse. Il Direttore di Dipartimento assicura il raggiungimento degli obiettivi negoziati con la Direzione Generale attraverso la produzione di prestazioni e servizi centrati sul bisogno della persona, caratterizzati da elevati livelli di appropriatezza, di efficacia e di qualità tecnica, e attraverso la gestione efficiente delle risorse; promuove il mantenimento e lo sviluppo delle conoscenze e delle competenze professionali che a vario titolo e livello di responsabilità operano nell'ambito del Dipartimento attraverso iniziative di formazione -aggiornamento e di ricerca clinica.

Per gestire sempre più l'azienda come un sistema coordinato di processi in cui sistematicamente venga ricercato il massimo valore produttivo nella aggregazione delle

diverse competenze sono assegnati **obiettivi**. Questi assicurano lo sviluppo della consapevolezza fra gli attori delle attività coinvolte nel processo della importanza del lavoro in team e della ricerca del miglioramento continuo dei rapporti clienti -fornitori; analizzano, sperimentano ed implementano proposte organizzative per migliorare l'efficienza e l'efficacia del processo stesso assegnato ed assicurano gli obiettivi di processo concordati con i responsabili delle gestioni in fase di budget o di negoziazioni successive.

L'Unità Operativa è la struttura organizzativa complessa che aggrega al suo interno risorse caratterizzate dal riconoscersi in un sistema tecnico comune, definito dalla disciplina specialistica di riferimento. Il Responsabile di Unità produttiva assicura l'organizzazione e la direzione dell'unità operativa nel rispetto dei principi e degli indirizzi aziendali, degli obiettivi e dei criteri definiti nell'ambito del dipartimento di appartenenza al fine di garantire, nel rispetto degli standard professionali e delle linee guida di buona pratica clinica, la produzione delle attività assistenziali negoziate, il costante adeguamento delle conoscenze e delle competenze professionali necessitanti alla produzione di un'assistenza ad elevato grado di efficacia, di efficienza e di qualità, la crescita e l'autonomia professionale dei membri dell'équipe,

Infine l'Unità Operativa Semplice è la strutturazione organizzativa di una o più attività intra Unità Operativa definita in base sia alle caratteristiche del sistema di produzione che delle attività prodotte e finalizzata a massimizzare le caratteristiche di efficacia, efficienza e specificità del processo assistenziale .

Il Responsabile dell'U.O. Semplice deve assecondare e controllare il processo di sofisticazione e di sviluppo del sistema tecnico che caratterizza lo sviluppo delle tecniche e delle procedure sanitarie nello specifico campo di attività assegnato mantenendo aggiornato il patrimonio delle conoscenze e delle competenze necessarie all'applicazione delle stesse; governare la settorializzazione garantendo l'interazione e l'integrazione delle conoscenze, delle competenze tecniche e delle risorse con quelle proprie di altre unità organizzative interne od esterne all'Unità Operativa di appartenenza; assicurare che i servizi, le prestazioni, le tecniche e le procedure siano appropriati nell'uso e nella produzione.

L'azienda sanitaria che ha una attività tipica di servizio alle persone si fonda su incarichi di natura professionale che possono essere anche Incarichi professionali di alta specializzazione, di consulenza, di studio e ricerca, ispettivi, di verifica e di controllo.

Art. 38 Attribuzione ai Dirigenti

Alle articolazioni organizzative sono preposti Dirigenti a cui vanno affidate le relative funzioni dirigenziali. Per ciascuna funzione saranno individuate la missione, le specifiche aree di responsabilità, nonché le attribuzioni di competenze e di obiettivi.

Il conferimento degli incarichi dirigenziali e di responsabilità di struttura compete al Direttore Generale, che provvede con apposito atto, nel rispetto delle disposizioni di legge e delle norme contenute nei contratti collettivi di lavoro. A tutti i livelli di responsabilità legati all'esercizio della funzione di governo aziendale, sia clinico-assistenziale sia economico-finanziario, si applica il principio della contestabilità, vale a dire la chiara attribuzione di responsabilità e autonomia connesse ad una oggettiva valutazione.

La valutazione dei Dirigenti viene effettuata sulla base di criteri predefiniti che fanno riferimento al grado di coerenza esistente tra componenti dirigenziali e valori aziendali, alle capacità di natura tecnico-professionale, alla capacità di gestire con efficienza le risorse assegnate.

In particolare:

- i Direttori dei Presidi Ospedalieri, dei Distretti, dei Dipartimenti e delle unità operative complesse, nonché i Dirigenti delle Strutture Semplici, sono titolari di proprie attribuzioni nell'ambito delle funzioni operative rispettivamente assegnate. Essi esercitano tali funzioni, mediante l'adozione di atti di organizzazione e gestione, anche aventi rilevanza esterna, su delega del Direttore Generale e nei confini del proprio budget operativo negoziato, quindi nei limiti delle risorse assegnate allo scopo e delle direttive emanate;
- i predetti responsabili nell'ambito dei propri poteri autonomi di gestione possono adottare atti di diritto pubblico, che assumono la natura e il nome di provvedimenti amministrativi, o di diritto privato;
- copia di ciascun provvedimento viene trasmesso all'ufficio "di segreteria" della Direzione Generale per l'attività di verifica e controllo;
- le procedure di pubblicazione dei provvedimenti e le modalità con cui divengono efficaci sono definite con apposito Regolamento che disciplina i criteri di delega della spesa per l'organizzazione ed il funzionamento dell'Azienda.

- I Dirigenti di Struttura Semplice non afferenti a Unità Operative Complesse rispondono direttamente al Direttore di Dipartimento di riferimento, anche tramite regolamenti e protocolli.

Art. 39 Il Sistema delle deleghe

La delega nell'ambito della natura privatistica dell'Atto Aziendale e dei valori della collaborazione posti dalla programmazione sanitaria nazionale e regionale a fondamento del patto di "solidarietà per la salute", costituisce il presupposto per una migliore e negoziata definizione delle funzioni della dirigenza dell'area clinico-assistenziale ed economico-finanziaria, rappresenta lo strumento per l'affermazione della collaborazione effettiva della dirigenza con la Direzione aziendale, contribuisce al processo di valorizzazione e di responsabilizzazione della dirigenza stessa verso obiettivi predeterminati e condivisi, tende a realizzare modalità di governo e di gestione più articolate e flessibili, ispirate ad una visione "insiemistica" del governo aziendale affermando "il principio della contestabilità" in stretta correlazione a quello della valorizzazione e della responsabilizzazione.

Il Direttore Generale può delegare proprie funzioni al Direttore Amministrativo e al Direttore Sanitario.

Il Direttore Generale può altresì delegare i responsabili delle strutture organizzative all'adozione di specifici atti di propria competenza.

Con le stesse modalità utilizzate per l'attribuzione, il Direttore Generale può revocare le deleghe conferite.

Il conferimento di deleghe da parte del Direttore Generale è disposto con apposito atto; nello stesso sono indicati i criteri cui dovrà attenersi il delegato e gli eventuali limiti temporali della delega stessa.

Le procedure di delega sono definite con apposito regolamento.

Il Direttore Generale adotta il suddetto Regolamento per il decentramento delle funzioni amministrative e gestionali dell'Azienda.

Capo VI

La risorsa umana e professionale

Art. 40 L'Azienda ed i propri collaboratori

L'Azienda riconosce nel proprio personale una risorsa preziosa ed indispensabile per garantire un'assistenza efficace, appropriata, di buona qualità. Pertanto, l'Azienda costruisce un contesto organizzativo che sia in grado di individuare e valorizzare le capacità e le competenze dei propri collaboratori, ricercandone le potenzialità e permettendone lo sviluppo. Al tempo stesso, l'Azienda attende dai propri operatori un comportamento corretto e responsabile, nel rispetto dei valori aziendali e dei codici di comportamento, orientato al perseguimento della missione aziendale, con piena assunzione delle responsabilità correlate al proprio ruolo e costante impegno per elevare il contenuto in professionalità e qualità dei servizi.

L'Azienda si impegna a tutelare la sicurezza ed il benessere organizzativo in ambito lavorativo, interpretando in maniera attiva gli obblighi e i principi della normativa vigente.

La corretta gestione delle risorse umane è responsabilità diffusa e compete a tutti i responsabili di struttura organizzativa, ciascuno dei quali definisce, per il personale assegnato, piani di lavoro, obiettivi, percorsi formativi e di sviluppo professionale, valutazione periodica.

L'Azienda s'impegna a:

- Valorizzare le risorse umane e professionali;
- Conoscere le persone, riconoscerne le competenze, sostenerne lo sviluppo e la diffusione;
- Valorizzare l'apporto individuale e di gruppo, dare il giusto riconoscimento ai comportamenti che producono risultati positivi per la persona che usa i servizi, per l'efficacia, l'efficienza e il clima dell'organizzazione aziendale;
- ascoltare le opinioni e le ragioni degli altri, comprendendone i bisogni e le aspettative, valorizzandone l'apporto;
- rendere disponibili ai colleghi le informazioni possedute sul contesto, sui processi, sugli obiettivi, sulle prospettive di carriera;

- riconoscere espliciti ambiti di autonomia che sappiano consolidare e sviluppare il potenziale dell'organizzazione aziendale;
- rendere prioritariamente disponibili ai professionisti residenti le prospettive di carriera nell'ambito dell'organizzazione aziendale, ricorrendo al reclutamento di competenze esterne all'Azienda per posti di direzione ai casi di evidente maggior valore aggiunto rispetto alle disponibilità residenti in termini di autorevolezza e competenza professionale o ai casi in cui le pur esistenti competenze aziendali si dimostrano incapaci di comporre situazioni ad alto grado di conflittualità;
- stimolare la partecipazione dei colleghi alla individuazione degli obiettivi e alla valutazione del loro grado di raggiungimento;
- supportare il miglioramento professionale e organizzativo con adeguati percorsi formativi;
- adeguare i sistemi premianti all'importanza del ruolo assolto e al risultato prodotto.

L'Azienda, nel rispetto delle norme vigenti, assicura l'esercizio della libera professione intramuraria. Tale attività è disciplinata da apposito atto e monitorata dal Collegio di Direzione.

Art. 41 Procedure per assegnazione delle responsabilità

Descrizione delle responsabilità.

Alle articolazioni organizzative e comunque a quelle individuate anche con ulteriori specificazioni sono preposti dirigenti a cui verranno assegnate le relative funzioni dirigenziali.

Durata dei contratti

Tutti gli incarichi di funzione dirigenziale saranno attribuiti a termine, con facoltà di rinnovo, da un minimo di 3 ad un massimo di 5 anni, fatta eccezione per gli incarichi di direzione di struttura complessa, che andranno da un minimo di 5 ad un massimo di 7 anni, così come indicato dai rispettivi C.C.N.L. di riferimento.

Assegnazione incarichi

Per l'assegnazione degli incarichi di funzioni dirigenziali sarà espletata una procedura di selezione interna, a seguito della quale verrà redatta una lista di candidati in possesso di requisiti e di *skills* definiti dal profilo del ruolo, necessari in funzione dello specifico incarico, lista da sottoporre al Direttore Generale.

Nei valori dell'A.U.S.L. di Pescara è prioritario l'apprezzamento del capitale umano e professionale, che significa: conoscere le persone, riconoscerne le competenze, sostenerne lo sviluppo e la diffusione, valorizzare l'apporto individuale e di gruppo, dare il giusto riconoscimento ai comportamenti che producono risultati positivi per la persona che usa i servizi, per l'efficacia, l'efficienza e il clima dell'organizzazione aziendale.

In particolare si pone come obiettivo:

- rendere prioritariamente disponibili ai professionisti interni le prospettive di carriera nell'ambito dell'organizzazione aziendale.
- stimolare la partecipazione dei dirigenti alla individuazione degli obiettivi e alla valutazione del loro grado di raggiungimento
- supportare il miglioramento professionale e organizzativo con adeguati percorsi formativi
- adeguare i sistemi premianti all'importanza del ruolo assolto e al risultato prodotto.

Nell'A.U.S.L. di Pescara si chiede altresì:

- di volere ed essere capaci di adeguare il comportamento e l'uso delle risorse ai cambiamenti interni ed esterni all'Azienda, di riconoscere l'importanza dei punti di vista di quanti contribuiscono o beneficiano, direttamente o indirettamente, dei servizi.
- di contestualizzare le regole e le procedure al fine di garantire la massima specificazione del comportamento, di cambiare il proprio punto di vista e il proprio comportamento ad ogni evidenza di errore o di difetto, di non condizionare la realizzazione di un compito alla sua esclusiva coerenza con il ruolo ricoperto da chi la può assicurare.

Questi valori chiariscono la natura fiduciaria degli incarichi di funzioni dirigenziali e permettono di costruire griglie con cui individuare il dirigente al quale attribuire l'incarico.

Art. 42 Attribuzione delle competenze

L'A.U.S.L. di Pescara mediante il conferimento degli incarichi dirigenziali tende a realizzare modalità di organizzazione e di funzionamento delle proprie strutture coerenti con la riforma del Servizio Sanitario Nazionale e più in generale con la riforma della pubblica amministrazione, riconducibili ai principi di sussidiarietà, unitarietà, completezza, efficienza/efficacia, economicità, adeguatezza, qualità, centralità dell'utenza, valorizzazione e

responsabilizzazione delle risorse professionali, autonomia organizzativa e gestionale. In questo senso la delega delle funzioni dirigenziali è da intendersi nell'ambito del diritto privato come la negoziazione fra le parti di obiettivi da raggiungere, la delega delle attribuzioni per poter raggiungere tali obiettivi e la definizione della possibilità di verifica, anche con modelli fiduciari, del raggiungimento degli stessi.

Il Direttore Generale, previa sottoscrizione di un contratto tra le parti, attribuirà l'incarico dirigenziale nel quale dovranno essere individuati: la durata, il ruolo, gli obiettivi assegnati al dirigente, la retribuzione nei suoi elementi anche variabili.

Art. 43 Revoca incarichi

E' fatta espressa previsione che, nell'ipotesi in cui il dirigente nominato all'incarico di funzione dirigenziale di natura manageriale (con esclusione dei casi previsti esplicitamente dai contratti collettivi di lavoro) non abbia applicato i regolamenti aziendali, non abbia tenuto un comportamento rispondente ai valori aziendali (esposti nel presente atto) od ai principi di buona fede e correttezza, tanto nella realizzazione dei risultati quanto nella gestione dell'incarico affidato allo stesso (tenuto conto della mission e dell'area di responsabilità previsti nel manuale organizzativo), è data facoltà al Direttore Generale di risolvere il contratto di cui al punto precedente, revocando conseguentemente l'incarico di funzioni dirigenziali.

La revoca dell'incarico di funzione dirigenziale, motivata esclusivamente dal mancato raggiungimento dei risultati, trova disciplina nell'artt. 19 e ss. del D.Lvo n. 165/2001 e seguenti modifiche, oltre che dai C.C.N.L. delle diverse aree dirigenziali.

Art. 44 Deleghe

In considerazione di quanto previsto dall'art. 1 quater D.Lgs. n. 229/99 circa la concentrazione sulla figura del Direttore Generale di tutti i poteri di indirizzo, di gestione e di verifica, alcuni degli incarichi dirigenziali, conferiti secondo le procedure di cui sopra, saranno caratterizzati anche dall'attribuzione di specifiche funzioni e compiti di natura gestionale, di indirizzo e controllo, relativamente ai rispettivi ambiti di responsabilità. Da ciò sopra ne conseguirà, altresì, l'attribuzione diretta a tali dirigenti della competenza all'adozione degli atti connessi alle specifiche funzioni.

Il soggetto delegato ha la piena responsabilità, a qualsiasi effetto interno ed esterno all'azienda, degli atti compiuti. La Direzione Aziendale si riserva comunque la possibilità di

intervento diretto in caso di inerzia del delegato e di illegittimità o inopportunità dell'atto.

Gli incarichi di cui al precedente comma saranno individuati nel manuale delle "deleghe e delle funzioni", che dettaglierà le attribuzioni proprie di ciascuna funzione.

Art. 45 Avocazione e autotutela

In caso di ritardo o di mancato esercizio delle funzioni attribuite al dirigente, il Direttore Generale, con atto motivato, potrà avocare a sé gli atti di competenza del medesimo.

Art. 46 Recesso

Per tutte le ipotesi di recesso per parte aziendale, si rinvia alle disposizioni normative ed alla disciplina collettiva vigente al momento del recesso stesso.

Art. 47 Il conferimento degli incarichi

Il sistema di conferimento degli incarichi dirigenziali di direzione di struttura o professionali è disciplinato dal Direttore Generale con apposito atto, nel rispetto delle disposizioni di legge e delle norme contenute nei contratti collettivi di lavoro, valutando, tra l'altro:

- la natura e le caratteristiche dei programmi e degli obiettivi da realizzare;
- le attitudini personali e le capacità professionali, in relazione alle conoscenze e competenze specialistiche e all'esperienza già acquisita in precedenti incarichi, nonché le esperienze documentate di studio e di ricerca;
- la valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati e della professionalità espressa la capacità di governo e di sviluppo delle risorse professionali, la capacità di ottimizzazione d'uso delle risorse assegnate;
- la capacità di gestire i rapporti con le persone (utenti e loro prossimi, colleghi e collaboratori);
- la capacità di integrarsi con altre strutture organizzative che concorrono alla stessa linea di servizio.

Gli incarichi dirigenziali sono conferibili, a tempo determinato, anche a soggetti esterni all'Azienda, secondo le modalità e nei limiti di cui all'art. 15-septies del D.Lgs. 502/92 e ss.mm.

Gli incarichi sono conferiti con appositi contratti a tempo determinato, che ne disciplinano l'oggetto, i contenuti, la durata e la retribuzione.

Per il conferimento degli incarichi per i quali non sono previsti e/o disposti e/o specificamente prescritti dalla normativa vigente specifici iter procedurali devono parimenti essere previsti procedure di selezione di evidenza pubblica atte, da un lato, a dimostrare in forma trasparente e partecipata i requisiti dei partecipanti alla selezione e, dall'altro, a garantire la più ampia partecipazione alla selezione degli aventi titolo e diritto.

Le modalità di selezione verranno stabilite con apposito regolamento concertato con le OO.SS., come, parimenti, la individuazione delle strutture semplici e/o degli incarichi professionali viene concertata con le OO.SS. a seguito di appropriata proposta motivata dal Responsabile di Dipartimento, acquisito il parere del Direttore della Macroarticolazione aziendale laddove esistente, e del Direttore Sanitario Aziendale e del Direttore Amministrativo Aziendale.

Coerentemente con la dichiarata valorizzazione delle risorse umane, l'azienda si impegna a ricercare le professionalità necessarie al perseguimento degli obiettivi al proprio interno, anche attraverso percorsi formativi adeguati.

Art. 48 La formazione

L'azienda, allo scopo di migliorare le competenze e le abilità cliniche, tecniche e manageriali del personale dipendente e convenzionato, predispone annualmente un Piano formativo aziendale in collaborazione con le strutture aziendali competenti, in particolare la formazione diventerà di competenza dei Dipartimenti.

Il Piano formativo ha valenza annuale e prevede:

- un budget stabilito secondo la normativa vigente;
- gli obiettivi formativi specifici annuali e pluriennali derivanti dall'analisi dei bisogni;
- il progetto aziendale della formazione;
- pari opportunità di sviluppo per tutto il personale;
- il raccordo delle attività formative con lo sviluppo delle risorse.

Limitatamente al personale medico convenzionato i piani formativi saranno elaborati nel rispetto delle linee guida regionali in attuazione degli AA.CC.NN..

Art. 49 I sistemi di valutazione del personale

La valutazione del personale, strumento per il riconoscimento, lo sviluppo e la valorizzazione delle professionalità, è caratteristica essenziale del rapporto di lavoro e comprende la

valutazione delle attività professionali, delle competenze organizzative dei dirigenti e dei relativi risultati di gestione. Al fine di rendere la valutazione uno strumento partecipato di giudizio delle azioni del professionista, essa viene effettuata sulla base di criteri predefiniti e trasparenti, con cadenza annuale ed al termine dell'incarico assegnato.

Sono principi fondamentali del sistema di valutazione:

- trasparenza dei criteri, oggettività delle metodologie ed obbligo di motivazione della valutazione espressa;
- informazione e partecipazione del valutato, anche attraverso la comunicazione ed il contraddittorio;
- diretta conoscenza dell'attività del valutato da parte del valutatore di prima istanza, il quale effettua la proposta di valutazione, sulla quale l'organismo di verifica (seconda istanza) è chiamato a pronunciarsi.

Gli organismi collegiali preposti alle valutazioni e verifiche sono:

- i Collegi Tecnici, preposti alla valutazione di tutti i dirigenti alla scadenza dell'incarico loro conferito, in relazione alle attività professionali svolte ed ai risultati raggiunti e dei dirigenti al compimento del primo quinquennio di attività. La composizione dei Collegi è determinata in conformità con le norme contrattuali ed in coerenza con l'incarico oggetto di valutazione;
- Il Nucleo di Valutazione, che effettua la valutazione annuale sulla appropriata, efficace ed efficiente gestione delle risorse attribuite al dirigente di struttura complessa e di struttura semplice, nonché sul raggiungimento degli obiettivi generali ed individuali di tutti gli altri dirigenti e di tutti i dipendenti, anche al fine dell'attribuzione della retribuzione di risultato. I membri del Nucleo di Valutazione sono nominati con provvedimento del Direttore Generale tra professionisti di provata professionalità, interni ed esterni all'Azienda.

L'Azienda adotta appositi atti per definire competenze, criteri, modalità e procedure di effettuazione delle valutazioni da parte degli organismi previsti dagli istituti contrattuali.

L'approccio seguito si basa su un processo condiviso di "lettura" e analisi dei ruoli organizzativi, intesi come aspettativa di contributo di ciascuna persona nell'organizzazione, evidenziandone le finalità da conseguire e i profili di competenza (capacità e conoscenza). Su questa base si formalizza da un lato il processo di valutazione della posizione e dall'altro quello degli apporti di tipo professionale collegati alla gestione del relativo sviluppo.

La valutazione della posizione farà riferimento all'ampiezza (cioè estensione del ruolo), alla discrezionalità (cioè all'autonomia organizzativa del ruolo), all'innovazione (livello di originalità/pensiero creativo richiesto dal ruolo) e dalle relazioni (cioè la criticità delle relazioni interne ed esterne) ed infine alla responsabilità di risorse umane e di costi e ricavi collegata.

La valutazione delle prestazioni e di sviluppo delle risorse umane si basa sul rapporto capo collaboratore con una metodologia definita dal nucleo di valutazione e sull'utilizzo di strumenti che permettono la valutazione ponderata delle responsabilità, dei risultati ottenuti rispetto a quelli attesi e delle caratteristiche professionali.

Il procedimento per la valutazione è coordinato secondo il modello che annualmente viene definito anche tramite l'accordo con le rappresentanze dei lavoratori dal nucleo di valutazione che, ai sensi del D.Lvo 286/99 è organo proponente a cui il sistema organizzativo affida la dipendenza.

Capo VII

Sistemi e strumenti di pianificazione, gestione, funzionamento e rendicontazione

Art. 50 I documenti programmatori e di pianificazione strategica.

Le linee strategiche per il governo locale del sistema dei servizi sanitari vengono elaborate, sulla base degli indirizzi della Conferenza dei sindaci, dalla Direzione Generale, con la collaborazione degli organismi aziendali competenti e nel rispetto dei principi e degli obiettivi del Piano Sanitario Regionale. Sono documenti programmatori:

a) Il Piano Strategico. Il Piano strategico è adottato dal direttore generale in conformità agli indirizzi programmatici emanati dalla Regione e costituisce punto di riferimento per l'elaborazione del bilancio pluriennale di previsione, del budget e del bilancio economico preventivo annuale. Esso definisce le linee strategiche di sviluppo, gli obiettivi e gli indirizzi generali per la gestione delle Aziende ed è articolato in programmi e in progetti. Il Piano strategico evidenzia in particolare:

- a) i programmi di attività con specifico riferimento a quelle aggiuntive rispetto ai livelli uniformi di assistenza da assicurare;
- b) eventuali programmi di ridimensionamento e ristrutturazione dei servizi;
- c) il programma pluriennale degli investimenti finalizzati ai nuovi servizi da attivare e al potenziamento dei servizi già operanti;
- d) le politiche di sviluppo delle risorse umane e delle correlate professionalità;
- e) le fonti finanziarie ed economiche necessarie alla realizzazione degli obiettivi del Piano.

Il Piano strategico ha, di norma, durata triennale ed è aggiornato annualmente entro il 30 novembre, in relazione anche alla verifica dello stato di attuazione dei programmi. Entro il 30 novembre il Direttore generale trasmette il Piano strategico triennale, ovvero il suo aggiornamento annuale, alla Giunta regionale per l'approvazione.

b) Il Bilancio Pluriennale di Previsione. E' l'espressione in termini economico finanziari e patrimoniali delle scelte operate con il Piano Strategico ed evidenzia, in particolare, gli investimenti e la loro copertura finanziaria.

E' articolato per esercizio, con separata indicazione dei servizi socio-assistenziali, e viene aggiornato annualmente.

c) Il Piano Programmatico di Esercizio, costituito da:

I) Il budget.

II) Il bilancio economico preventivo annuale. Espone analiticamente, per l'anno solare successivo, la previsione del risultato economico dell'Azienda. E' redatto sulla base dello schema del bilancio pluriennale di previsione e corredato da una relazione illustrativa del Direttore Generale, che ne costituisce parte integrante. Nella relazione vengono, tra l'altro, indicati gli investimenti da attuarsi nell'esercizio, le prestazioni che si intendono erogare, i dati analitici relativi al personale e le articolazioni di budget con i corrispondenti obiettivi e risorse.

III) Il piano annuale di organizzazione. Specifica i criteri che guidano la progettazione organizzativa ed individua le articolazioni organizzative a cui corrispondono specifiche responsabilità e correlate autonomie, anche attraverso la loro rappresentazione nell'organigramma aziendale.

IV) Il piano annuale delle dinamiche complessive del personale. Viene predisposto nel rispetto dei seguenti criteri:

a) coerenza tra scelte di dimensionamento dell'organico e quantità e qualità dei servizi che l'Azienda intende erogare direttamente tramite proprie strutture;

b) compatibilità delle scelte di dimensionamento dell'organico con l'equilibrio economico e finanziario dell'azienda nel breve e nel lungo periodo. Esso contiene:

- l'analisi della situazione esistente;
- la dimensione quantitativa e qualitativa che si intende raggiungere nel personale, in relazione ai criteri di cui al comma precedente;
- la previsione delle variazioni in aumento e diminuzione nell'entità complessiva del personale;
- la previsione delle conseguenze economiche e finanziarie delle dinamiche programmate;

- le politiche generali del personale, ivi compresi i criteri generali per la mobilità intra-aziendale;
- il bilancio di esercizio;

Art. 51 Il bilancio di missione

L'Azienda redige annualmente un bilancio di missione con l'obiettivo di rendere pubblici i risultati raggiunti in rapporto agli obiettivi assegnati dalla regione . E' un documento strutturato, annuale, logicamente e funzionalmente coordinato con il bilancio di esercizio economico finanziario.

Art. 52 Principi generali del controllo interno

L'Azienda delinea un sistema di controllo interno articolato come segue:

- controllo di regolarità amministrativa e contabile al fine di garantire la legittimità, regolarità e correttezza dell'azione amministrativa;
- controllo di gestione per implementare adeguati e tempestivi interventi di ottimizzazione del rapporto tra costi e risultati al fine di migliorare l'efficacia, l'efficienza e l'economicità dell'azione amministrativa;
- valutazione della dirigenza allo scopo di valutare le prestazioni del personale con qualifica dirigenziale;
- controllo strategico ossia valutare le scelte di indirizzo politico assunte, in termini di congruenza tra risultati conseguiti e obiettivi predefiniti.

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

- le strutture preposte all'attività di controllo strategico rispondono direttamente alla Direzione Aziendale, in quanto si tratta di attività di supporto alla programmazione strategica e di indirizzo politico amministrativo di cui agli artt. 4, comma 1, lett. b) e c) e 14 del D.Lgs. n 165/2001. Le stesse strutture svolgono di norma anche l'attività di valutazione dei Dirigenti direttamente destinatari delle direttive emanate dagli organi di indirizzo politico amministrativo ed in particolare dal Direttore Generale;

- le strutture preposte al controllo di gestione e all'attività di valutazione dei Dirigenti, fermo restando quanto previsto dal punto precedente, dall'art. 15, comma 5 del D.Lgs. n. 502/1992 e dai vigenti CC.NN.LL. rispondono direttamente alla Direzione Aziendale e, nello svolgimento dei propri compiti, forniscono tutti gli elementi in proprio possesso ai Dirigenti posti al vertice della struttura interessata e al collegio tecnico previsto dal comma 5 art. 15 del D.Lgs. n. 502/1992, ai fini della valutazione ivi prevista;
- l'attività di valutazione dei Dirigenti utilizza i risultati del controllo di gestione;
- le funzioni dei precedenti punti sono esercitate in modo integrato;
- è fatto divieto di affidare verifiche di regolarità amministrativa e contabile a strutture addette al controllo di gestione, alla valutazione dei Dirigenti, al controllo strategico.

Art. 53 Il controllo di gestione

L'Ufficio provvede, in funzione strumentale all'attività di direzione e quindi in un'ottica collaborativa con la stessa direzione e le strutture aziendali ad essa collegate:

- alla analisi delle risorse utilizzate dai singoli centri di responsabilità nelle attività sanitarie e/o amministrative aziendali esercitate;
- al monitoraggio dei risultati dell'Azienda in riferimento alle capacità di rendimento, ai costi e alla qualità delle prestazioni;
- alla determinazione analitica degli scostamenti attraverso debita comparazione tra gli obiettivi programmatici espressi dal budget e i dati effettivi conseguiti;
- allo svolgimento dell'attività di reporting diretta a descrivere in termini quali-quantitativi l'andamento gestionale dei singoli centri di responsabilità aziendali;
- a compiere ogni altra attività prevista dall'Azienda nonché dalla vigente normativa nazionale e regionale.

Art. 54 Il Controllo Strategico

Le attività di valutazione e controllo strategico hanno l'obiettivo di valutare le scelte di indirizzo e programmazione effettuate dai competenti organi e contenute nelle direttive e negli atti.

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

Le strutture e i soggetti preposti all'attività di valutazione e controllo strategico riferiscono al Direttore Generale, con apposite relazioni sulle risultanze delle analisi effettuate. Essi, di norma, supportano il Direttore generale anche per la valutazione dei Dirigenti che rispondono direttamente al Direttore medesimo per il conseguimento degli obiettivi a questi assegnati.

Art. 55 Criteri e principi del sistema budgetario

Al fine di realizzare una gestione efficace ed efficiente delle risorse dell'Azienda e di responsabilizzare in questo tutta la struttura aziendale, viene adottata la "metodica" del budget operativo.

Attraverso tale metodica, che diviene sistema corrente di gestione dell'Azienda, si intende pervenire, con una periodicità annuale, alla definizione delle scelte di programmazione, alla formulazione di previsioni relativamente ai risultati da conseguire, alle attività da realizzare, ai fattori produttivi da utilizzare, alle risorse finanziarie da acquisire e da impiegare, agli investimenti da compiere.

La formulazione del budget è un processo nel quale sono coinvolti tutti i centri di responsabilità, con diversi livelli di negoziazione, ma costituisce, altresì, un fondamentale strumento di aggregazione dell'intero personale aziendale, prima nella definizione degli obiettivi generali ed operativi poi nel raggiungimento dei risultati. Affinché tale processo assicuri i risultati sperati è necessario che gli obiettivi pianificati dalla Direzione Aziendale vengano condivisi con i livelli organizzativi sottostanti ovvero, che gli obiettivi di breve periodo individuati dalle singole unità organizzative, rientrino nell'ambito dell'indirizzo aziendale e che siano negoziati con l'alta dirigenza.

Il documento di budget si inserisce all'interno del processo di programmazione e controllo di gestione permettendo la traduzione dei programmi di medio e lungo periodo in piani di azione annuali tramite l'attribuzione degli obiettivi aziendali alle strutture organizzative ed alla

conseguente trasformazione degli indirizzi di carattere globale in obiettivi puntuali negoziati con i titolari degli stessi.

Il controllo periodico del raggiungimento degli obiettivi è svolto dal Direttore Generale, sulla base dei dati elaborati e delle valutazioni di andamento forniti dal Controllo di Gestione, avvalendosi, in seconda istanza, degli altri Uffici di controllo previsti.

Con apposito Regolamento sono disciplinati la procedura, le competenze e i criteri per la formazione del budget, inoltre, vengono stabiliti i meccanismi e gli strumenti di monitoraggio delle attività svolte, ed i criteri per la valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati raggiunti.

Capo VIII

Le relazioni e la partecipazione

Art. 56 L'Azienda e il Cittadino

L'Azienda USL di Pescara garantisce la partecipazione del cittadino, quale titolare del diritto alla tutela della salute, alle scelte generali di politica sanitaria, alla programmazione delle attività, all'organizzazione ed alla valutazione dei servizi fruiti, favorendone l'espressione anche in relazione all'individuazione delle priorità ed alla elaborazione di proposte di programmi di intervento, tesaurizzando la segnalazione di eventuali disservizi o di suggerimenti per il miglioramento della qualità dell'accessibilità, dell'accoglienza e del servizio fornito.

L'azienda utilizza l'audit civico quale strumento metodologico di analisi critica-sistematica-propositiva mirante ad instaurare un rapporto di collaborazione tra l'azienda ed i cittadini finalizzato a favorire il miglioramento della qualità dei servizi socio sanitari assistenziali.

In linea con i contenuti del protocollo d'intesa Stato regioni del 28.03.2006, con le priorità stabilite dal P.S.N. 2006-2008 e dal D.G.R. n. 710/06 impronta la propria azione alla riduzione delle liste d'attesa, prevedendo interventi efficaci a tal fine.

Art. 57 Ufficio Relazioni con il Pubblico e Ufficio Stampa

L'URP, Ufficio Relazioni con il Pubblico, individua adeguati strumenti per l'ascolto dell'utenza e per la comunicazione con i cittadini e le associazioni di volontariato e di tutela dei diritti, anche al fine di verificare, all'interno del sistema qualità dell'Azienda, la percezione della qualità delle prestazioni erogate. Si prevedono delegazioni dell'U.R.P. presso i tre presidi ospedalieri con competenze anche per i distretti.

Viene istituito inoltre il Comitato della Comunicazione che si occupa della stesura del Piano della Comunicazione/Informazione e ne fanno parte il Responsabile dell'URP, il Dirigente Responsabile dell'Ufficio Stampa e i Referenti della Comunicazione di ciascun macrostruttura, esso è presieduto dal Direttore Generale o da un suo delegato. L'Ufficio Stampa è istituito ai sensi della Legge n.150 del 07/06/2000.

Art. 58 Carta dei Servizi

La Carta dei Servizi è l'espressione formale del patto sulla qualità dei servizi offerti e sul loro costante miglioramento, stipulato tra l'Azienda e i cittadini. L'Azienda diffonde la Carta e ne aggiorna con sistematicità il contenuto al mutare della tipologia o delle condizioni di erogazione dei servizi in essa

Art. 59 Le relazioni con le organizzazioni sindacali

L'Azienda riconosce nelle forme di rappresentanza organizzata dei lavoratori un interlocutore fondamentale per l'Azienda ed assicura alle rappresentanze sindacali collettive, attraverso un sistema stabile e strutturato di relazioni sindacali, mediante l'introduzione di un protocollo, un adeguato confronto, partecipazione e coinvolgimento.

Il sistema di relazioni sindacali deve contemperare l'obiettivo di tutela degli interessi professionali degli operatori con l'esigenza dell'Azienda di elevare la qualità, l'efficacia e l'efficienza dei servizi erogati alla popolazione.

Le relazioni sindacali utilizzano, in accordo con quanto previsto nei contratti collettivi nazionali ed in relazione agli argomenti trattati, gli strumenti operativi della corretta gestione dell'informazione, della contrattazione integrativa aziendale, della consultazione e della concertazione in riferimento alla contrattazione collettiva.

Art. 60 Comitato di indirizzo dei rapporti tra AUSL e Università

E' organismo paritetico, composto dai rappresentanti della azienda e dell'università ed è presieduto dal Direttore Generale o da un suo delegato. Svolge un ruolo di supporto tecnico per l'attuazione dei protocolli d'intesa Regione /Università finalizzati all'assistenza, la ricerca e la didattica e l'orientamento.

Rivolge particolare attenzione alla facoltà di Medicina, Psicologia e Scienze Sociali e segue il processo di emancipazione delle professioni infermieristiche, tecnico-sanitarie, ostetriche, riabilitative, educative e tecniche della prevenzione. Per le prime è sede di Polo Didattico del Corso di Laurea in Infermieristica

Art. 61 Il Comitato Etico, il Comitato per il Buon Uso del Sangue e il Comitato per il Controllo delle Infezioni Ospedaliere

Il Comitato Etico è una Struttura indipendente, costituita da membri medici e non-medici, che discende dall'applicazione del D.M. 18/03/1998 ed è deputato, con apporto interdisciplinare e di preferibile provenienza esterna all'Azienda, a garantire l'osservanza dei principi etici espressi dalla Dichiarazione di Helsinki (così come recepita dalla Direttiva N°91/507/CE, fatta propria dal D.M. del 15/07/1997 e dalle successive norme nazionali), al fine di tutelare i diritti, la sicurezza ed il benessere dei cittadini, specialmente dei soggetti vulnerabili coinvolti in uno studio clinico.

Dell'applicazione di detta protezione fornisce pubblica attestazione di garanzia, ed è, altresì, garante del rispetto della Persona in tutti gli ambiti in cui opera l'Azienda.

In tal senso, se richiesto dal Direttore Generale fornisce *pareri-raccomandazioni* di indirizzo su specifiche problematiche di rilevanza etica connesse alle attività assistenziali, ai compiti istituzionali del Personale Medico, Sanitario e Tecnico, all'accertamento ed al giudizio circa gli eventuali conflitti riguardanti le funzioni di ricerca, sviluppo, innovazione tecnologica e/o organizzativa dell'Azienda.

Il Comitato per il Buon Uso del Sangue a valenza aziendale istituito ai sensi della Legge 4/5/1990 (così come adeguato alla Direttiva 2002/98/CE con Decreto Legislativo 19/08/2005, N°191). Rappresenta un importante strumento per la tutela del cittadino e per l'esercizio della professione sanitaria nell'ambito della Medicina Trasfusionale essendo deputato a garantire l'applicazione delle norme di qualità e sicurezza del sangue umano e dei suoi componenti, al fine di assicurare un elevato livello di protezione della salute umana, nell'ambito dei processi di raccolta, controllo, lavorazione, conservazione, distribuzione ed assegnazione, qualora, gli stessi siano destinati alla trasfusione.

Il Comitato per il Controllo delle Infezioni Ospedaliere è un organismo aziendale istituito in attuazione della Circolare Ministeriale N°52 del 1985 deputato all'applicazione delle regole e delle misure di igiene, all'osservazione continua dei fenomeni, all'analisi ed interpretazione dei dati finalizzati alla prevenzione degli stessi fenomeni, allo scopo di ridurre la loro incidenza nel prolungamento delle degenze per conseguire risparmio economico e, soprattutto, realizzare il miglioramento della qualità dell'assistenza e l'accreditamento delle strutture sanitarie aziendali.

Il loro funzionamento è disciplinato e ratificato da Regolamenti interni.

Art. 62 Norme finali e/o transitorie e di rinvio

I regolamenti di funzionamento degli organismi citati nel presente atto andranno redatti e proposti alla approvazione del Direttore Generale, acquisito il parere dei Direttori delle Macrostrutture e dei Dipartimenti interessati.

Il presente documento riporta le UU.OO. Complesse e le UU.OO. Semplici riconosciute al momento dell'adozione dell'atto, ivi comprese quelle strutture, con le stesse caratteristiche di cui sopra, vacanti dell'assegnatario.

Nell'ambito del dipartimento Chirurgico verrà valorizzata l'attività sui soggetti stomizzati ai sensi della L.R. 37/2004

Ulteriori innovazioni organizzative, fatto salvo l'obbligo di concertazione, di condivisione e di partecipazione delle decisioni secondo i modi descritti saranno oggetto di aggiornamento dell'atto stesso.

Ai sensi dell'attuale P.S.R. il Servizio di Medicina di Comunità non viene riconfermato. Pertanto la S.S. a valenza dipartimentale di Medicina di Comunità, verrà trasformata in una struttura semplice a valenza dipartimentale di coordinamento dei consultori allocata nell' area distrettuale, più idonea a recepire, sia quanto espresso nel Piano Sanitario Regionale sia successivi atti riorganizzativi che questa azienda adotterà in merito, mentre le funzioni, quali la promozione della salute, l'educazione alla salute e gli screening oncologici e non, vengono ricompresi nelle funzioni del Servizio di Igiene Epidemiologia e Sanità pubblica.

Per quanto non contemplato nel presente Atto Aziendale, si rinvia alle leggi fondamentali di riforma del Servizio Sanitario Nazionale (D.Lvo n. 502/1992 e successive modificazioni e integrazioni), dell'organizzazione amministrativa e del pubblico impiego (D.Lvo n. 165/2001 e successive modificazioni e integrazioni), alle leggi regionali di riordino del Servizio Sanitario Regionale, alla Legge Regionale 5/2008, "Un sistema di garanzie per la salute" Piano Sanitario Regionale 2008/2010, ai contenuti dei Contratti Nazionali di lavoro e regionali dei dipendenti del SSN, dei MM.GG., P.L.S., Specialisti ambulatoriali, Continuità Assistenziale e 118.

Il presente documento è redatto ai sensi e per gli effetti dell'art 3, comma 1, del D.Lvo n. 502/1992, come modificato dall'art. 3, comma 1 bis, del D.Lvo n. 229/1999.

Glossario essenziale

Accreditamento

Processo teso al miglioramento della qualità, attraverso il quale si verifica e si controlla che le strutture e i servizi sanitari posseggano i necessari requisiti strutturali e operativi e raggiungano i risultati previsti dagli standard.

L'accreditamento si applica solo alle strutture e ai servizi sanitari hanno già avuto l'autorizzazione al funzionamento, cioè che posseggono i requisiti minimi per l'esercizio delle attività sanitarie. L'accreditamento esplicita le condizioni di qualità e di uniformità dei servizi garantite in tutta la regione.

Appropriatezza

Condizione che si realizza quando al paziente "giusto" viene reso il servizio giusto, al momento giusto e nella giusta quantità. Il consumo di risorse collegato all'erogazione di un servizio può risultare inappropriato per diversi motivi: perché viene resa una prestazione non efficace; perché non viene resa una prestazione efficace; perché la prestazione, pur efficace, viene resa in quantità non adeguata alle necessità della persona; perché la prestazione viene resa ad un livello assistenziale superiore o inferiore alle necessità della persona.

La variabilità di consumo di risorse sanitarie da parte delle popolazioni che risiedono nelle diverse aree geografiche della regione, quando non è giustificata da fattori demografici ed epidemiologici (età più avanzata, situazioni patologiche più frequenti, ecc.) depone per un uso inappropriato delle risorse.

Audit clinico

Iniziativa condotta da clinici per migliorare la qualità e gli outcome della assistenza attraverso una revisione tra pari di carattere strutturato, con cui i clinici esaminano la propria attività e i propri risultati, confrontandosi con standard espliciti, e, se necessario, la modificano.

Molto usato nel Regno Unito, in altri Paesi anglofoni e in Olanda come strumento per il monitoraggio di standard professionali (tecnici e relazionali) nella erogazione delle cure.

Audit della Qualità

Esame sistematico e indipendente mirato stabilire se le attività svolte per la qualità e i risultati ottenuti sono in

accordo con quanto stabilito e se quanto stabilito viene attuato efficacemente e risulta idoneo al conseguimento degli obiettivi.

1. Uno degli scopi della verifica ispettiva della qualità è quello di valutare l'esigenza di azioni correttive e miglioramenti; tale verifica non va confusa con le attività di sorveglianza e collaudo effettuate per controllare un processo e accettare un prodotto.

2. Gli audit della qualità si possono effettuare per esigenze interne od esterne; vengono eseguiti da personale coinvolto nei settori oggetto di verifica.

Si distinguono audit di processo, di prodotto, di sistema.

Benchmarking

Tecnica manageriale che consiste nel confrontare il vissuto della propria azienda/organizzazione con quello delle aziende migliori al fine di razionalizzare obiettivi, strategie e processi e raggiungere l'eccellenza individuando i fattori critici di successo ed elementi guida (enabler). Il confronto avviene alla pari su risultati e processi di produzione

Configurazione organizzativa

Architettura organizzativa adottata nella struttura organizzativa

Gestione del rischio

Sistematica identificazione, valutazione e promozione di azioni tese alla riduzione dei rischi per il paziente e il personale sanitario.

Gestione del rischio clinico

Sistematica identificazione, valutazione, comunicazione e riduzione delle possibilità e probabilità di danni o lesioni a pazienti per effetto di errori imputabili al sistema curante e ai professionisti che vi operano.

Governo Clinico

Funzione aziendale posta in capo al Direttore Sanitario dedicata ad assicurare qualità, efficienza tecnico - operativa e distribuzione appropriata dei servizi. Si avvale di infrastruttura organizzativa e di strumenti operativo - gestionali. Assicura l'adozione di sistemi di garanzia e la realizzazione di attività di miglioramento e il controllo della qualità dei prodotti sanitari, in riferimento alla produzione propria della Azienda Sanitaria o acquisiti da altri erogatori. "

Indagine di gradimento

Indagine finalizzata ad individuare gli aspetti/elementi del prodotto/servizio considerati più importanti per gli utenti e il grado di soddisfazione degli stessi (anche in confronto con altre realtà). Essa consente di realizzare la logica del market-in (l'utente entra nell'organizzazione e contribuisce a guidare lo svolgimento delle attività e dei processi) nella valutazione critica della propria organizzazione e delle proprie prestazioni in quanto contribuisce

alla individuazione delle criticità interne rispetto all'obiettivo "soddisfazione dell'utente".

Knowledge management

Gestione della produzione, accumulo, disponibilità all'uso e condivisione di dati, informazioni e conoscenze all'interno di una organizzazione, e loro pubblicizzazione all'esterno.

Linee Guida cliniche

Raccomandazioni finalizzate ad assicurare qualità dell'assistenza attraverso indirizzi di politica assistenziale e consigli pratici non ambigui relativamente ad uno specifico problema di salute.

Medicina basata sulle prove di efficacia

Assistenza al singolo paziente definita sulla base della migliore integrazione possibile fra prove di efficacia, esperienza clinica degli operatori, preferenze del paziente stesso. L'approccio si basa sulla capacità di reperire e valutare criticamente le informazioni scientifiche e di valutarne l'applicabilità al singolo paziente e al contesto operativo in cui il professionista opera.

Miglioramento continuo

Approccio alla Qualità proiettato verso il superamento delle difettosità (qualità negativa) e l'aggiunta di valore (qualità positiva), alla ricerca di nuovi e più soddisfacenti output.

La cultura della qualità evidenzia due modalità di approccio al miglioramento: la prima è costituita da un cambiamento radicale e veloce, così come si realizza mediante il ricorso a tecniche quali il Business Process re-engineering.

La seconda modalità è rappresentata dal miglioramento "a piccoli passi" che maggiormente recupera il concetto del process management e utilizza le tecniche che vi sono correlate: coinvolgimento del personale, utilizzo degli strumenti del Problem Solving, benchmarking, ecc..

Le condizioni organizzative orientano l'approccio con l'uno o l'altro di questi strumenti/metodologie che si integrano reciprocamente in funzione dell'obiettivo del miglioramento.

Mission

Motivo per cui una organizzazione (azienda o sua articolazione), un processo, una azione esiste, è agita, viene prodotta. Per l'organizzazione è la ragione d'essere: ciò che essa sceglie di fare per rendersi visibile all'esterno e per soddisfare i bisogni (le richieste) dei suoi utenti.

Monitoraggio

Misurazioni ripetute e continuative di una varietà di indicatori, operate per identificare potenziali problemi, per presidiare un fenomeno, per misurare l'evoluzione e il miglioramento.

PDCA

Il 'ciclo PDCA' rappresenta la sequenza logica del 'pianificare (plan), realizzare (do), verificare (check), re-agire (act) per i consolidare o migliorare i risultati ottenuti. Elaborato concettualmente e operativamente da Deming, costituisce lo strumento base dell'approccio alla qualità mediante il Miglioramento Continuo. All'interno di ognuna delle fasi può essere realizzato un ulteriore ciclo di PDCA.

Percorsi clinico assistenziali

Piani che disegnano le tappe fondamentali nella assistenza di pazienti affetti da specifiche condizioni cliniche e descrivono i risultati attesi.

Performance

Espressione concreta e misurabile attraverso appositi indicatori, delle azioni compiute e dei risultati ottenuti da singoli soggetti o da équipes. In ambito organizzativo, le performance riguardano la risposta a precisi mandati e ad ambiti di lavoro riconosciuti, in funzione della realizzazione del servizio/prodotto.

Piano della Qualità

Documento che descrive la struttura organizzativa, le risorse e le sequenze di attività (processi) e le procedure per raggiungere gli obiettivi prefissati di qualità.

Presidio Ospedaliero

Il presidio ospedaliero è costituito dall'insieme di tutte le strutture di una azienda sanitaria in cui si erogano prestazioni di tipo ospedaliero. Tali strutture, inserite nella rete delle strutture assistenziali che contribuiscono al processo di cura, sono caratterizzate dall'approccio multiprofessionale e polispecialistico e affrontano patologie medico -chirurgiche che, per acuzie o complessità diagnostico-terapeutica o intensità del bisogno assistenziale, non sono trattabili in regime domiciliare, ambulatoriale, residenziale o semi residenziale. Garantisce la produzione di prestazioni appropriate, secondo le caratteristiche di qualità e quantità specificate negli accordi di fornitura e per le funzioni/modalità assistenziali previste dalla programmazione regionale.

Procedure

Insieme di azioni professionali finalizzate ad un obiettivo (D.P.R. 14/1/97). In generale: 'maniera specifica con cui viene compiuta' una attività.

Nota: Scopo delle procedure nel modello di riferimento del Sistema Qualità ISO è garantire l'efficacia e l'efficienza del Sistema Qualità, consentendo riproducibilità e la trasferibilità del 'come si fa' specifico.

Una procedura deve esprimere che fa, cosa fa, come viene fatto, dove, quando, perché e chi è il responsabile delle attività descritte

Programma

Risposta organizzata per eliminare o ridurre uno o più problemi. La risposta include uno o più obiettivi, lo svolgimento di una o più attività e il consumo di risorse (*WHOj*;

Da un punto di vista organizzativo si definisce '**programma**' una configurazione organizzativa che assicura unitarietà di programmazione, organizzazione, valutazione per processi organizzativi in aree problematiche o percorsi assistenziali per popolazioni bersaglio che necessitano del contributo coordinato ed integrato di una pluralità di competenze appartenenti a Unità Operative o settori di attività diverse. Un programma può essere intra o interistituzionale.

Qualità

Insieme delle proprietà e delle caratteristiche di un prodotto e/o di un servizio che gli conferiscono la capacità "di soddisfare bisogni espliciti o impliciti del fruitore.

Servizio

Ciò che risulta da una relazione basata su uno scambio economico, informativo, operativo, emotivo, affettivo, sostenuto da una sostanziale interdipendenza fra i protagonisti della relazione. Dalla significatività di tale interdipendenza si può misurare la dimensione della qualità. Nelle organizzazioni la relazione è sempre a tre: utente, professionista, contesto organizzativo. Il livello di tale relazione presuppone una negoziazione fra i tre "attori".

Stabilimento Ospedaliero

Articolazione del Presidio Ospedaliero in cui si erogano prestazioni di tipo ospedaliero.

Standard

Valore assunto o auspicato da un indicatore su di una "scala" di riferimento. Valore soglia: valore predeterminato dell'indicatore che divide in due sotto insiemi di diverso significato l'insieme dei possibili valori dell'indicatore stesso.

Standard di prodotto

Connotazione di un prodotto/servizio attraverso la definizione di sue caratteristiche, delle relative misurazioni (indicatori) e dei livelli di accettabilità (standard). I prodotti/servizi di per se stessi sono qualitativamente neutri: assumono connotazione nello sviluppo della relazione utente/fornitore rispetto ai tre elementi dell'enunciato: caratteristiche, loro misurazione, standard.

Standard di prodotto è perciò statisticamente definibile come il valore atteso, monitorato attraverso indicatori, per i prodotti/servizi intesi come l'effetto di attività tecnicamente ed economicamente determinate (performance). Ciò significa declinare il prodotto/servizio nelle caratteristiche di qualità misurabili che lo contraddistinguono come premessa ad una relazione significativa fornitore/utente.

Visto dinamicamente il termine rappresenta il livello accettabile (date determinate condizioni organizzative) dei prodotti/servizi che vengono offerti ed esprime in modo sintetico tutto il percorso che porta alla definizione di tale livello.

La definizione dello standard di prodotto rappresenta la premessa per l'avvio delle operazioni di miglioramento continuo (intervenendo sui processi di produzione); il miglioramento è possibile solo se ha un riferimento in una situazione documentata di partenza.