

Atto Aziendale

ASL Cagliari

APPROVATO/ELIMINARE

PREMESSA	3
-----------------	----------

TITOLO I - ELEMENTI IDENTIFICATIVI E CARATTERIZZANTI L'AZIENDA

SOCIO-SANITARIA LOCALE n. 8 CAGLIARI	5
Art.1 - L'Azienda Socio-sanitaria locale n. 8 Cagliari	5
Art.2 - Sede legale, sede operativa e logo	5
Art.3 - Il patrimonio	6
Art. 4 - <i>Mission</i> e visione dell'Azienda	6

TITOLO II - IL SISTEMA AZIENDALE

Art. 5 - Modalità di partecipazione dei cittadini alle scelte della politica Sanitaria	8
Art. 6 - Governo clinico ed integrazione socio-sanitaria	9
Art.7 – Formazione e valorizzazione del personale	10
Art.8 – Programmazione e controllo	11
Art.9 - Sistema di gestione per <i>budget</i>	13

TITOLO III – L'ASSETTO ISTITUZIONALE DELL'AZIENDA

Art.10 – Il Direttore Generale	15
Art. 11 – Il Collegio Sindacale	17
Art.12 – Il Collegio di Direzione	18
Art.13 – Il Direttore Sanitario	21
Art. 14 – Il Direttore Amministrativo	22
Art. 15 – Il Direttore dei servizi socio-sanitari	23
Art.16 -Il Consiglio delle professioni sanitarie	25
Art.17 – Il Comitato di Dipartimento	27



Art. 18 - L'Organismo Indipendente di Valutazione	29
TITOLO IV – L'ORGANIZZAZIONE AZIENDALE	
Art. 19 – Il modello dipartimentale	31
Art. 20 - Le strutture e funzioni di staff della Direzione Aziendale	32
Art. 21 - Le strutture e le funzioni della tecnostruttura amministrativa	34
Art. 22 – Assistenza territoriale, Distretti e i Dipartimenti Territoriali	35
Art. 23 – Assistenza ospedaliera- organizzazione sanitaria dei Presidi Ospedalieri	46
Art. 24 - I Dipartimenti	47
Art. 25 - L'attività libero professionale intramuraria (ALPI)	49
Art. 26 - Il <i>Bed Management</i>	49
Art.27 - <i>Operating room management</i> (ORM)	50
TITOLO V – TUTELA DEL CITTADINO E RELAZIONI AZIENDALI	
Art.28 - Relazioni con i cittadini	52
Art. 29 - Le relazioni con gli Enti Locali	53
Art. 30 - Relazioni con le altre Aziende del Sistema Sanitario Regionale e con le Università.	54
TITOLO VI – NORME FINALI E TRANSITORIE	
Art. 31 – Norme finali e di rinvio	56

PREMESSA

Con la Legge Regionale n. 24 dell'11 settembre 2020, concernente *"Riforma del sistema sanitario regionale e riorganizzazione sistematica delle norme in materia. Abrogazione della Legge Regionale n. 10 del 2006, della Legge Regionale n. 23 del 2014 e della Legge Regionale n. 17 del 2016 e di ulteriori norme di settore"*, è stato delineato il processo di riforma e riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale che, nel ridisegnare l'assetto complessivo, ha istituito le otto Aziende Socio-Sanitarie locali (ASL), l'Azienda regionale della salute (ARES), costituite a decorrere dal 1° gennaio 2022 e confermato il precedente assetto composto dall'Azienda di rilievo nazionale ed alta specializzazione "G. Brotzu" (ARNAS), le Aziende ospedaliero-universitarie di Cagliari e Sassari (AOU), l'Azienda regionale dell'emergenza e urgenza della Sardegna (AREUS) e l'Istituto Zoo profilattico della Sardegna (IZS).

Con tale intervento, si è delineato un nuovo modello di organizzazione del Servizio Sanitario Regionale più vicino ai bisogni della popolazione, che ha modificato il precedente assetto organizzativo incentrato su un'unica Azienda per l'intero territorio regionale, e al contempo, salvaguardato gli effetti positivi di un sistema di *governance* unitaria relativamente ad alcuni aspetti di gestione. La caratteristica fondamentale del nuovo modello si traduce nel collocamento strategico delle scelte decisionali e manageriali il più vicino possibile ai bisogni dei cittadini, al fine di garantire in modo ottimale i livelli di assistenza sanitaria. Molteplici fattori, in *primis* le caratteristiche del territorio, le vie di comunicazione e la scarsa densità abitativa, hanno reso indispensabile la ristrutturazione dell'intero sistema dei servizi socio sanitari, per assicurare un'erogazione di qualità degli stessi, omogenei in tutto il territorio e in particolar modo nei piccoli centri urbani ubicati lontano dalle strutture sanitarie principali.

Difatti, la tutela della salute si attua anche attraverso organizzazioni dotate di una struttura tale da poter individuare i molteplici bisogni dei cittadini.

La ASL è dotata di personalità giuridica pubblica e autonomia organizzativa, amministrativa, tecnica, patrimoniale, contabile e di gestione tale da consentire al Direttore Generale di governare complessivamente le Strutture ed i servizi sociosanitari.

L'azione amministrativa delle ASL è integrata dall'azione dell'Azienda Regionale della Salute (ARES) che svolge, per conto di tutte le Aziende Sanitarie pubbliche regionali le funzioni di cui all'art. 3 comma 3 della L.R. 24/2020. Un assetto che consente al *management* pubblico di svolgere la propria attività focalizzandosi sull'organizzazione dei servizi, oltre che sull'attenta verifica dell'effettiva rispondenza ai bisogni della popolazione.

L'Atto Aziendale individua le strutture operative dotate di autonomia gestionale e tecnico-professionale soggette a rendicontazione analitica, le competenze dei loro responsabili e inoltre disciplina l'organizzazione delle ASL secondo il modello dipartimentale, rappresentando lo strumento attraverso il quale l'Azienda determina il proprio assetto organizzativo ed il proprio funzionamento, per garantire il perseguitamento degli obiettivi e le scelte organizzative e gestionali della ASL.

Il fine primario dell'Azienda, è la realizzazione e l'attuazione di un sistema efficiente ed efficace, capace di fornire servizi sanitari e socio-sanitari nel rispetto del principio di universalità e appropriatezza della domanda e dell'offerta assistenziale, attraverso l'analisi sistematica dei bisogni della popolazione e assicurando il collegamento tra assistenza territoriale e ospedaliera.

Al fine di garantire un'offerta qualitativamente e quantitativamente adeguata, la ASL pone in essere un'organizzazione volta alla presa in carico del cittadino, affinché lo stesso non percepisca il passaggio tra i diversi livelli assistenziali, in termini di differente qualità delle risposte ai propri bisogni.

TITOLO I - ELEMENTI IDENTIFICATIVI E CARATTERIZZANTI L'AZIENDA
SOCIO-SANITARIA LOCALE n. 8 CAGLIARI

Art.1 - L'Azienda Socio-sanitaria locale n. 8 Cagliari

Con il presente atto l'Azienda Sanitaria Locale n. 8 di Cagliari determina la propria organizzazione e il proprio funzionamento, delineando gli ambiti della propria autonomia imprenditoriale ed organizzativa, nel rispetto della normativa vigente. Garantisce l'erogazione dei servizi per la tutela della salute e dei bisogni socio-sanitari dei cittadini per il territorio di propria competenza.

Art.2- Sede legale, sede operativa e logo

La sede legale dell'Azienda è stabilita nel comune di Cagliari, con indirizzo nel Viale Poetto, 12, mentre la sede operativa è attualmente stabilita nella Cittadella della Salute, sita in Cagliari, via Romagna, 16 - padiglione H.

Il sito ufficiale dell'Azienda è www.nuovo.aslcagliari.it., ed eventuali modificazioni sono parimenti disposte con atto del Direttore Generale.

In base alla normativa vigente, l'Azienda assolve gli obblighi di pubblicazione degli atti e dei provvedimenti amministrativi, oltre che tutti gli obblighi relativi alla trasparenza, per mezzo del proprio sito web.

Il logo Aziendale, adottato nell'ambito di un progetto di comunicazione istituzionale è il seguente:





La simbologia del logo si caratterizza per la presenza della croce rossa, simbolo internazionalmente usato per identificare le attività mediche; mantiene il riferimento regionale alla bandiera dei quattro mori, mentre il cuore rappresenta la cura dedicata al cittadino. Al logo così costituito si affianca il nome della ASL di Cagliari.

Art.3 – Il patrimonio

Il patrimonio dell’Azienda è costituito da tutti i beni mobili e immobili, ad essa appartenenti come risultanti dal libro dei cespiti, nonché da tutti i beni comunque acquisiti nell’esercizio delle proprie attività o a seguito di atti di liberalità. Attualmente tali beni sono in transito dall’Azienda per la Tutela della Salute in liquidazione, che li detiene in virtù del trasferimento dalla cessata ATS.

L’Azienda dispone del proprio patrimonio secondo il regime della proprietà privata, nel rispetto della normativa nazionale e regionale in materia.

L’Azienda riconosce valenza strategica al patrimonio di sua proprietà, identificando nel medesimo uno strumento per il potenziamento e la qualificazione strutturale e tecnologica dell’offerta dei servizi.

Art. 4 – *Mission* e visione dell’Azienda

L’Azienda persegue la tutela della salute e la promozione del benessere dei cittadini e della collettività, attraverso l’attuazione delle politiche sanitarie e socio-sanitarie, promuovendo l’attivazione di un sistema organizzativo orientato al rispetto dei principi di appropriatezza, efficacia, adeguatezza e qualità dei servizi e dei livelli essenziali di assistenza (LEA). L’Azienda, nella realizzazione delle azioni finalizzate al perseguimento degli obiettivi, deve assicurare la centralità dei bisogni della persona, integrando i servizi socio-assistenziali con la promozione delle attività di prevenzione, cura e riabilitazione e delineando una propria strategia in linea con la pianificazione nazionale e regionale.

Al fine di svolgere compiutamente tale attività, l’Azienda si confronta con gli Enti locali e coinvolge gli altri soggetti pubblici e privati, portatori di interessi in ambito sanitario.

In quest’ottica appare evidente che la storica dicotomia tra assistenza territoriale e ospedaliera, deve ritenersi superata, sposando la logica di salvaguardia della centralità del cittadino e del soddisfacimento dei suoi bisogni, con particolare riguardo alla presa in carico. Tale tipologia di assistenza consiste in una sequenza cronologica di interventi che garantiscono la continuità e l’essenzialità dei servizi, orientando il paziente ed i suoi familiari nel programma assistenziale più appropriato ed efficace.

La *mission* dell’Azienda consiste nella tutela della salute e nella promozione del benessere del cittadino, che è garantita mediante servizi appropriati e interventi diretti alla gestione dei suoi bisogni, con una particolare attenzione alla qualità clinica e sanitaria dei servizi erogati e alla continuità dei percorsi di cura diagnostico-terapeutici ed assistenziali. L’azione dell’Azienda è fondata sui principi di uguaglianza, imparzialità, efficienza, efficacia, economicità e partecipazione.

Compito fondamentale dell’Azienda è quello di curare il rapporto di fiducia con i cittadini, modificando il paradigma della visione medico-centrica dell’organizzazione aziendale con quella paziente-centrica, anche attraverso la comprensibilità e la trasparenza degli atti con gli *stakeholder*.

L’azienda al fine di garantire livelli di qualità dei propri servizi, orienta il proprio sviluppo verso una logica di opportunità di crescita professionale delle proprie risorse umane, nel rispetto delle attitudini, capacità e competenze dei singoli.

TITOLO II – IL SISTEMA AZIENDALE

Art. 5 - Modalità di partecipazione dei cittadini alle scelte della politica Sanitaria

L'organizzazione aziendale, con costante attenzione, riconosce la centralità del cittadino nell'ambito della definizione dei propri processi e dell'erogazione dei servizi sanitari. L'Azienda ritiene che, attraverso il pieno coinvolgimento dei cittadini e/o dei loro rappresentanti, questi, da soggetti beneficiari passivi dell'assistenza sanitaria possano divenire soggetti attivi, in grado di partecipare attivamente e consapevolmente alle scelte delle politiche sanitarie che si traducono nella realizzazione di servizi di qualità. L'accesso e l'utilizzo dei servizi offerti sono condizionati dalla conoscenza che i cittadini hanno del funzionamento e delle caratteristiche dei servizi stessi, pertanto appare di fondamentale importanza il coinvolgimento di tali soggetti che possono offrire significativi contributi attraverso vere e proprie forme di partecipazione. La politica di centralità del cittadino deve essere perseguita dall'Azienda mediante un'adeguata comunicazione, informazione e partecipazione. Al fine di favorire l'utilizzo appropriato dei servizi e delle prestazioni sanitarie e ottenere un consenso effettivamente informato sui trattamenti ricevuti, l'informazione deve essere tempestiva e precisa, tale da consentire ai cittadini l'esercizio della facoltà di scelta sui servizi stessi. La partecipazione rappresenta dunque uno strumento essenziale per la definizione degli obiettivi di salute e consente scelte operative condivise, al fine di garantire la corretta partecipazione dei cittadini alle scelte della politica sanitaria dell'Azienda. In un'ottica di *governance* condivisa, il coinvolgimento dei cittadini si esplica attraverso modalità di interazione con gli stessi, al fine di proporre al *Management* e ai responsabili delle Strutture sanitarie, raccomandazioni sul coinvolgimento dei cittadini stessi (individui, gruppi di volontariato, associazioni di pazienti, comunità locali) nella programmazione, erogazione e valutazione dei servizi sanitari.

La trasparenza necessita la previsione di strumenti atti a rendere più visibili le azioni, le decisioni, le *performance* e i risultati dell’Azienda, mediante i meccanismi dell’informazione, comunicazione, consultazione e forme di ascolto dei cittadini.

Il sopraggiungere di alcuni fattori, quali l’invecchiamento della popolazione, le nuove tecnologie biomediche e le disuguaglianze di salute, impone la reingegnerizzazione delle politiche sanitarie, in termini di prestazioni e di modalità di fornitura di servizi. Il confronto tra gruppi di cittadini e responsabili dell’Azienda può rappresentare una forma di resoconto alla popolazione, dei risultati conseguiti nella gestione dei servizi sanitari, dell’attività di promozione della salute e in termini di bilancio economico e di contrasto alle malattie. La modalità di partecipazione dei cittadini così prevista, favorisce una maggiore consapevolezza dei propri diritti nonché l’acquisizione di conoscenze di carattere organizzativo, finanziario, politico e clinico, tali da comportare un maggiore controllo dello stato di salute della collettività.

Art. 6 - Governo clinico ed integrazione socio-sanitaria

Per migliorare l’assistenza e le prestazioni erogate è decisivo il coinvolgimento attivo e responsabilizzato della totalità degli operatori sanitari. A tal fine l’Azienda adotta la strategia del governo clinico inteso come ricerca continua e attiva della massima appropriatezza dei comportamenti professionali e conseguenti prestazioni erogate e in considerazione delle risorse disponibili. La strategia del governo clinico, basato sull’appropriatezza, permette di orientare i comportamenti professionali agli effettivi bisogni dell’utenza, focalizzando l’attenzione sulla produzione e sulle prestazioni al fine di garantire il miglioramento della qualità. Il governo clinico presuppone contesti che favoriscano l’assunzione di comportamenti professionali individuali e di *équipe*.

L’Azienda assicura i livelli essenziali di assistenza (LEA) nel territorio attraverso i Distretti ed i Dipartimenti territoriali, i quali operano in maniera integrata con la rete ospedaliera, con il sistema dell’emergenza e urgenza e con il sistema integrato dei servizi alla persona. Si deve inoltre promuovere lo sviluppo di strumenti e modalità assistenziali in grado di

assicurare sul territorio la continuità dei percorsi di cura. L'Azienda persegue, nella sua programmazione e nella gestione del governo clinico, la continuità dei percorsi di cura, quale presa in carico globale dell'assistito ed integrazione di tutti i momenti del percorso (prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione), attraverso l'uso integrato ed appropriato delle risorse necessarie, sia umane, che strumentali ed economiche.

Appare necessario, al fine di attuare la gestione del governo clinico, regolamentare i rapporti tra le strutture pubbliche e quelle private accreditate e contrattualizzate, affinché il cittadino possa esercitare il proprio diritto di libera scelta. Il Distretto socio-sanitario è l'articolazione organizzativa dei Piani Unitari dei Servizi alla Persona (PLUS) e rappresenta il fulcro dell'integrazione tra assistenza sanitaria e assistenza sociale.

Art.7 – Formazione e valorizzazione del personale

L'Azienda riconosce il valore delle proprie risorse umane e promuove la valorizzazione delle stesse attraverso l'organizzazione dei percorsi formativi. L'Azienda ritiene che la formazione continua e l'aggiornamento garantiscano l'acquisizione di nuove competenze, conoscenze, opportunità e capacità che arricchiscano il patrimonio dei singoli individui ed accrescano la professionalità degli operatori con un significativo ritorno in termini di motivazione personale. Al fine di promuovere la partecipazione attiva nei processi aziendali, la ASL crea le condizioni per coinvolgere tutte le figure professionali presenti, in un'ottica di condivisione degli obiettivi e delle finalità, nella programmazione e nei processi aziendali e nella condivisione delle informazioni e delle competenze acquisite. Inoltre attraverso la politica di valorizzazione del patrimonio professionale si promuove un percorso di cambiamento e miglioramento dei servizi a favore dei cittadini. Per l'Azienda le risorse professionali rappresentano il fattore caratterizzante la stessa, la quale riconosce loro, essenzialità del lavoro svolto e promozione della collaborazione nell'ottica del rispetto dei ruoli e delle funzioni.

La valorizzazione delle risorse umane e professionali si sviluppa nel rispetto della normativa e dei CCNL.

Art.8 – Programmazione e controllo

L'Azienda attraverso il metodo della pianificazione strategica articola tale processo mediante l'individuazione degli obiettivi prioritari di intervento, nel rispetto della programmazione sanitaria nazionale e regionale e prevedendo corrispondenza fra gli obiettivi individuati e le decisioni organizzative.

Il sistema di Programmazione e Controllo è un processo unitario e dinamico strutturato su più livelli che coinvolge tutti i centri di responsabilità. Supporta le esigenze di governo e gestione attraverso la programmazione che determina la corretta previsione delle attività e delle risorse necessarie al raggiungimento degli obiettivi, in linea con il processo di razionalizzazione della spesa sanitaria ed il controllo, che ne consente la puntuale misurazione. In tale ambito assumono una rilevanza strategica, oltre che la normativa di riferimento, il Piano Sanitario Nazionale ed il programma sanitario regionale annuale e triennale, con i quali vengono definiti i progetti e le risorse utili per il raggiungimento di tali obiettivi.

Tale modello di programmazione aziendale si fonda sull'integrazione fra gli indirizzi generali, dettati dalla Regione e dalla Direzione Strategica, e le proposte provenienti dai centri operativi.

Il processo di pianificazione è articolato in fasi successive ed integrate:

- la fase della programmazione che individua le aree di bisogno;
- la valutazione e definizione delle risorse necessarie al raggiungimento degli obiettivi nel rispetto del vincolo delle risorse disponibili;
- l'attuazione dei programmi predisposti;
- la verifica dei risultati attraverso il confronto fra obiettivi e risultati ottenuti (analisi degli scostamenti);
- la valutazione dei risultati conseguiti.

Il processo di programmazione dà attuazione agli obiettivi previsti dalla pianificazione strategica mediante l'individuazione delle modalità tecniche ed organizzative necessarie per il conseguimento degli stessi.

L'Azienda al fine di definire gli obiettivi e la pianificazione strategica utilizza i sistemi gestionali aziendali. L'attività di *budgeting* orienta l'organizzazione all'effettivo conseguimento degli obiettivi definiti in sede di programmazione, mediante comportamenti volti alla realizzazione delle strategie e degli obiettivi stabiliti. Il tutto nel rispetto dei criteri di efficienza, efficacia ed economicità dell'azione amministrativa e dei risultati prefissati.

Attraverso il processo di *reporting* invece si realizza il confronto tra gli obiettivi stabiliti ed i risultati conseguiti. L'azienda, attraverso la pianificazione strategica, il controllo direzionale ed il controllo operativo, realizza l'integrazione tra la Direzione Generale e le strutture organizzative, coinvolgendo tutti i livelli strutturali ai quali si chiede senso di responsabilità nella partecipazione ai percorsi, quale strumento fondamentale per il raggiungimento degli obiettivi.

Ai sensi all'art. 39 comma 2, della L. R. 24/2020, il Direttore Generale entro il quindici novembre di ogni anno, sulla base del finanziamento ripartito a norma dell'art. 38 della L.R. 24/2020, adotta il bilancio preventivo economico annuale e pluriennale, composto dai documenti previsti dall'art. 25 del D.L. n. 118 del 2011 e ss.mm.ii., contestualmente all'adozione del Programma sanitario annuale e del Programma sanitario triennale.

Il piano del fabbisogno del personale è allegato al bilancio preventivo economico annuale e pluriennale e ne costituisce parte integrante.

Il Piano delle *Performance*, costituisce un documento, il quale, in coerenza con il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio, individua gli indirizzi, gli obiettivi strategici e gli indicatori necessari alla misurazione e valutazione della *performance* dell'intera Azienda, nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale con i rispettivi indicatori. Il Piano definisce dunque gli elementi fondamentali "Obiettivi, Indicatori e Target" su cui si baserà poi la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della *Performance* organizzativa e individuale.

Il Piano delle *Performance* è adottato dal Direttore Generale entro il 31 gennaio.

Il Piano Triennale di prevenzione della corruzione e trasparenza (PTPCT) è il documento programmatico con cui questa Azienda individua il proprio grado di esposizione al rischio di corruzione e indica gli interventi organizzativi volti a prevenire lo stesso.

L'individuazione e la conseguente programmazione di misure per la prevenzione della corruzione rappresentano la parte fondamentale del PTPCT. A tal riguardo questa Azienda valuta e gestisce il rischio corruttivo, analizzando il contesto, valutando il rischio ed il trattamento dello stesso.

Il Piano Triennale di prevenzione della corruzione e trasparenza è adottato dal Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) entro il 31 gennaio.

Il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) costituisce un documento programmatico triennale, che ha l'obiettivo di garantire la massima semplificazione, sostenere una visione integrata e complessiva dei diversi assi di programmazione, garantire la qualità e la trasparenza dei servizi per i cittadini e per le imprese e la progressiva reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso, nel rispetto del D.Lgs 150/2009 e della L. 190/2012.

Il Piano Integrato di Attività e Organizzazione è adottato dal Direttore Generale entro il 31 gennaio.

Tale atto rappresenta uno strumento di sintesi che raccoglie in una visione coordinata i diversi piani che in precedenza erano approvati separatamente.

Art.9 - Sistema di gestione per *budget*

Il sistema di gestione per *budget* è lo strumento attraverso il quale l'Azienda definisce l'attuazione dei programmi ed il raggiungimento efficace ed efficiente degli obiettivi aziendali, nel rispetto delle risorse previste. Per una corretta gestione del *budget* è necessario definire i centri di responsabilità per il controllo di gestione, a tal fine l'Azienda struttura l'organizzazione aziendale in unità di *budget* denominate centri di responsabilità, i quali corrispondono ad uno o più centri di costo assegnati.

Il sistema di gestione per *budget* prevede una separazione delle responsabilità di programmazione e controllo da quelle di gestione delle attività. Il sistema del *budget* per il raggiungimento degli obiettivi permette di confrontare periodicamente i risultati raggiunti in relazione agli obiettivi previsti e porre in essere un'eventuale azione correttiva.

Il raggiungimento degli obiettivi di *budget* comporta il conseguimento della retribuzione di risultato e della produttività collettiva così come previsto dalla contrattazione collettiva nazionale ed integrativa.

A ciascun centro è preposto un dirigente responsabile della struttura organizzativa corrispondente, il quale gode di autonomia e responsabilità in ordine alla gestione delle risorse umane, finanziarie e strumentali, oltre che al conseguimento degli obiettivi annualmente assegnati.

Il Direttore Generale, con cadenza annuale, tenuto conto degli obiettivi regionali, avvia il processo di gestione budgetaria al fine di esplicitare in maniera chiara e concreta, a tutti i livelli di responsabilità, i risultati attesi, le azioni e le risorse necessarie. La definizione delle fasi e dei soggetti coinvolti nel processo di *budget* è stabilita in apposito regolamento aziendale, il quale indica le modalità con cui rendere effettiva la massima partecipazione e la gestione degli obiettivi diffusi e integrati fra i differenti livelli e ambiti di responsabilità.

TITOLO III – L’ASSETTO ISTITUZIONALE DELL’AZIENDA

Art.10 – Il Direttore Generale

Il Direttore Generale è l’organo di governo dell’Azienda, al quale sono riservate la responsabilità di gestione, di rappresentanza legale e la responsabilità complessiva dell’Azienda (art. 3 D.lgs. 502/92 e ss.mm.ii.). Assicura il perseguitamento della *mission* aziendale coadiuvato dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo che costituiscono la Direzione Strategica Aziendale e ha il compito di impostare e regolare l’assetto organizzativo ed il funzionamento dell’Azienda, oltre che di governare il sistema delle relazioni della struttura.

Il Direttore Generale è coadiuvato dal Direttore dei servizi socio-sanitari per le attività espressamente previste al successivo art. 15 del presente Atto Aziendale.

Il Direttore Generale è responsabile della gestione complessiva dell’Azienda e vi provvede mediante la pianificazione strategica, la definizione della programmazione dell’attività aziendale e degli obiettivi da attuare, nonché attraverso la verifica della rispondenza dei risultati di attività e di gestione rispetto agli indirizzi stabiliti.

Il Direttore Generale, nell’ambito del perseguitamento del fine istituzionale attribuito all’Azienda, esercita le relative funzioni attraverso l’adozione di provvedimenti amministrativi e atti di diritto privato aventi rilevanza esterna. Le deliberazioni del Direttore Generale devono essere assunte con il preventivo parere del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo e, ove previsto dalla legge, dal Direttore dei servizi socio-sanitari.

Il rapporto di lavoro del Direttore Generale è regolato dalla normativa nazionale e regionale vigente in materia. Il Direttore Generale assicura la realizzazione dei programmi e dei progetti strategici in coerenza e con riferimento alle previsioni del Piano socio-sanitario Regionale e degli atti di programmazione regionali e aziendali ed assicura

il coordinamento tra le attività dei distretti e il PLUS, avvalendosi per quest’ultimo del Direttore dei servizi socio-sanitari che fa parte dello *staff* di direzione aziendale.

È demandata al Direttore Generale l’adozione dei seguenti atti:

- nomina, sospensione e decadenza del Direttore Sanitario, del Direttore Amministrativo e del Direttore dei servizi socio-sanitari;
- nomina dei componenti del Collegio sindacale, su designazione delle amministrazioni competenti, e prima convocazione del Collegio;
- adozione dell’Atto aziendale e regolamenti interni;
- nomina dei Direttori dei Dipartimenti e delle strutture complesse, nomina dei responsabili delle strutture semplici dipartimentali e semplici, eventuale sospensione e revoca delle nomine;
- conferimento, sospensione e revoca degli ulteriori incarichi;
- indizione delle elezioni dei componenti del Consiglio delle professioni sanitarie;
- atti relativi alla programmazione economico-finanziaria, e di bilancio previsti dalla normativa vigente e ogni altro atto riguardante la definizione di obiettivi, priorità, piani, programmi e direttive generali per l’attività aziendale;
- atti di disposizione del patrimonio, eccedenti l’ordinaria amministrazione;
- individuazione delle risorse umane, materiali ed economico-finanziarie da destinare ai dipartimenti;
- definizione degli incarichi di collaborazione esterna;
- nomina dei componenti del Collegio tecnico e dell’O.I.V.;
- approvazione di accordi di lavoro integrativi aziendali;
- pianificazione strategica e controllo di gestione dell’azienda;
- atti di assunzione del personale.

Il Direttore Generale può delegare proprie specifiche funzioni con riferimento a particolari obiettivi, determinati ambiti settoriali di attività o singoli atti o procedimenti al Direttore Sanitario, al Direttore Amministrativo, al Direttore dei servizi socio-sanitarie

e ai Direttori di struttura complessa. I termini ed i contenuti della delega devono essere portati a conoscenza del Collegio Sindacale, del Collegio di Direzione e dei soggetti delegati, nonché resi pubblici nelle forme di legge e di regolamento. Il delegato ha la piena responsabilità, per qualsiasi effetto interno ed esterno all'Azienda, delle determinazioni adottate in virtù dell'attribuzione della delega, le quali sono disciplinate secondo le norme previste per i corrispondenti atti del Direttore Generale. Il Direttore Generale può, con atto motivato, avocare a sé le attribuzioni delegate, nonché intervenire direttamente in caso di inerzia del delegato e di illegittimità o inopportunità della determinazione adottata, fatti salvi gli eventuali ulteriori provvedimenti che ritenga di adottare in conformità alle normative di legge, regolamentari e contrattuali vigenti, secondo la gravità del caso.

Le deliberazioni del Direttore Generale e gli atti adottati su delega del medesimo sono pubblicati nell'albo dell'Azienda entro dieci giorni dalla loro adozione e per quindici giorni consecutivi attraverso l'albo pretorio *on-line* dell'Azienda ASL Cagliari reperibile nel sito *web* aziendale www.nuovo.aslcaliari.it.

Ai sensi della normativa vigente, gli atti non soggetti al controllo preventivo della Regione sono immediatamente esecutivi, mentre gli atti sottoposti al controllo preventivo della Regione vengono trasmessi contestualmente alla loro pubblicazione e nelle more del controllo regionale tali atti non sono esecutivi.

Art. 11 – Il Collegio Sindacale

Il Collegio Sindacale è l'organo aziendale, di cui all'art. 3-ter del D.Lgs. n. 502/92 e ss.mm.ii., che vigila sull'osservanza delle leggi e dei regolamenti e verifica la regolarità amministrativa-contabile dell'Azienda. Esso è nominato dal Direttore Generale ed è composto da tre membri di cui uno designato dal Presidente della Regione, uno dal Ministro dell'Economia e delle Finanze e uno dal Ministro della Salute, e dura in carica tre anni. Nella consapevolezza del contesto in cui opera, valuta l'adeguatezza della

struttura organizzativa dell'Azienda per gli aspetti del sistema di controllo interno e del sistema amministrativo-contabile, con particolare riferimento all'affidabilità di quest'ultimo nel rappresentare correttamente i fatti di gestione.

Il Collegio sindacale:

- verifica l'amministrazione dell'Azienda sotto il profilo economico;
- vigila sull'osservanza della legge;
- accerta la regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili, ed effettua periodicamente verifiche di cassa;
- riferisce, almeno trimestralmente alla Regione e comunque ogni qualvolta essa lo richieda, sui risultati del riscontro eseguito, denunciando immediatamente i fatti se vi è fondato sospetto di gravi irregolarità;
- trasmette periodicamente e, comunque, con cadenza almeno semestrale, una propria relazione sull'andamento dell'attività della ASL al Sindaco del capoluogo di provincia.

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

Nella prima seduta, convocata dal Direttore Generale, il Collegio Sindacale elegge tra i propri componenti il presidente, che provvede alle successive convocazioni; nel caso di cessazione per qualunque causa del presidente la convocazione spetta al componente più anziano di età fino all'integrazione del Collegio e all'elezione del nuovo presidente.

Le sedute del Collegio Sindacale sono valide quando è presente la maggioranza dei componenti; il componente che, senza giustificato motivo, non partecipa a due sedute consecutive, decade dall'incarico.

Art.12 – Il Collegio di Direzione

Il Collegio di Direzione è l'organo dell'Azienda, costituito ai sensi dell'art. 17 del Dlgs. 502/92 e ss.mm.ii., deputato a supportare la Direzione aziendale nel perseguitamento

della *mission* aziendale, concorre al governo clinico-aziendale, inteso come programmazione, governo e valutazione delle attività aziendali e clinico sanitarie; partecipa alla pianificazione delle attività aziendali e assicura il coinvolgimento di tutte le figure professionali presenti nell'Azienda, orientando lo sviluppo ai bisogni della popolazione, agli standard più avanzati di assistenza sanitaria e di integrazione socio-sanitaria e all'implementazione degli strumenti del governo clinico.

Si raccorda con gli altri organi aziendali, formula proposte e pareri per l'elaborazione delle strategie, l'organizzazione e lo sviluppo dei servizi, partecipa all'elaborazione del programma aziendale di formazione continua del personale.

Il Collegio di Direzione, esercita il suo potere di proposta per:

- estendere la cultura e la pratica di un corretto governo delle attività di governo clinico;
- prevenire l'instaurazione di condizioni di conflitto di interessi tra attività istituzionale ed attività libero professionale;
- favorire la gestione delle liste di prenotazione delle prestazioni;
- garantire il miglioramento continuo della qualità delle prestazioni e dei servizi;
- promuovere una cultura collaborativa nei confronti delle altre Aziende sanitarie, in particolare con riguardo alla mobilità intra-regionale e allo sviluppo della rete dei servizi.

Inoltre il Collegio di Direzione concorre:

- alla definizione del sistema di risposta ai bisogni della popolazione, mediante la produzione ed erogazione diretta e il ricorso a servizi e prestazioni resi da altri soggetti erogatori, pubblici e privati;
- al rispetto dell'equilibrio tra le dimensioni clinica ed economica del governo aziendale, con riguardo alla produzione/erogazione di prestazioni e servizi;
- alla valutazione interna dei risultati conseguiti in relazione agli obiettivi prefissati;

- allo sviluppo organizzativo e gestionale, con particolare riferimento all'individuazione di indicatori di risultato clinico-assistenziale e di efficienza, nonché dei requisiti di appropriatezza e di qualità delle prestazioni;
- a favorire l'integrazione tra l'assistenza territoriale (collettiva e distrettuale) ed ospedaliera;
- alla definizione degli atti di programmazione, compresi gli eventuali piani di riequilibrio della gestione.

Ha, inoltre, facoltà di esaminare e valutare i documenti gestionali ed economici, previsti dal sistema informativo sanitario nazionale e da quello regionale, e relazionare sulle tematiche più rilevanti e significative.

Ai componenti del predetto Collegio non è corrisposto alcun emolumento, compenso, indennità o rimborso spese.

Il Collegio di Direzione, presieduto dal Direttore Generale, salvo delega al Direttore Sanitario o al Direttore Amministrativo per la trattazione di temi rientranti nella loro specifica competenza, si riunisce di norma una volta al trimestre ed è così composto:

- Direttore Sanitario e Direttore Amministrativo
- Direttore dei Servizi socio-sanitari
- Direttore dei Presidi ospedalieri
- Direttori dei Distretti
- Direttori dei Dipartimenti territoriali
- Direttore del servizio delle professioni sanitarie infermieristiche ed ostetriche, ovvero il Direttore delle professioni tecnico sanitarie, se competente per le materie trattate.

Possono essere chiamati a partecipare alle sedute del Collegio di Direzione:

- I dirigenti facenti parte dello *staff* della direzione generale
- I direttori delle strutture complesse, in rapporto a specifici temi oggetto di discussione.

In riferimento all'esame istruttorio degli argomenti all'esame del Collegio di Direzione, questo potrà essere svolto mediante gruppi di lavoro.

Il funzionamento del Collegio di Direzione è esplicitato attraverso l'adozione di un apposito regolamento.

Art.13 – Il Direttore Sanitario

Il Direttore Sanitario, nominato dal Direttore Generale (art. 3 D.lgs. 502/92 e ss.mm.ii.), concorre al governo aziendale coadiuvando lo stesso Direttore Generale e partecipando alla definizione delle linee strategiche delle politiche aziendali finalizzate alla garanzia di equità nell'opportunità di accesso e raggiungimento del miglior rapporto efficacia/efficienza e qualità nell'allocazione delle risorse e nella erogazione dei servizi sanitari.

Il rapporto di lavoro del Direttore Sanitario è regolato dalla normativa nazionale e regionale vigente in materia.

Il Direttore Sanitario è responsabile del governo clinico e con la formulazione di proposte e pareri, alle decisioni della Direzione Generale ed al governo aziendale, concorre e partecipa ai processi di pianificazione strategica e di programmazione aziendale, nonché alle attività di controllo nell'ambito della Direzione aziendale e degli organismi collegiali di cui fa parte; inoltre, sovrintende alla direzione dei servizi sanitari ai fini organizzativi ed igienico-sanitari.

Il Direttore Sanitario, in collaborazione con i Direttori di Dipartimento, di Distretto, di Presidio e con il Direttore dei Servizi Socio-Sanitari, sovrintende alla funzione di tutela della salute attraverso il perseguitamento dei LEA, e promuove l'accesso tempestivo e appropriato ai servizi, la continuità dell'assistenza, l'integrazione dei percorsi assistenziali fra servizi territoriali e ospedali, oltre che l'appropriatezza e la qualità delle prestazioni acquisite da soggetti terzi.

Al Direttore Sanitario sono attribuite le seguenti specifiche competenze:

- partecipa al processo di programmazione e controllo dell’Azienda, nell’ambito della direzione aziendale e degli organismi collegiali di cui fa parte;
- monitora il livello dei servizi e delle prestazioni erogate;
- verifica l’accesso tempestivo ed appropriato ai servizi sanitari;
- presidia la continuità dell’assistenza e dell’integrazione dei percorsi assistenziali;
- sovrintende rispetto alla funzione di produzione ed erogazione e della promozione della sicurezza di cittadini e operatori, in collaborazione con le direzioni mediche di presidio;
- effettua il coordinamento dei Direttori dei Dipartimenti sanitari, con riferimento all’organizzazione e appropriatezza della produzione di servizi e prestazioni, monitoraggio e verifica del volume e della qualità e risultati dell’attività assistenziale, nell’ambito degli indirizzi strategici generali dell’Azienda;
- presiede il Consiglio delle Professioni Sanitarie;
- sovrintende alle attività di sperimentazione clinica e di ricerca sanitaria;
- individua, all’interno dell’Azienda, competenze e relative responsabilità tecnico professionali di supporto ai competenti servizi amministrativi per l’acquisizione di beni e servizi necessari alle attività di assistenza;
- collabora con il Direttore Generale al fine di individuare le migliori professionalità aziendali per il corretto funzionamento delle strutture.

Il Direttore Sanitario può essere delegato dal Direttore Generale a specifiche funzioni con riferimento a particolari obiettivi, determinati ambiti settoriali di attività o singoli atti o procedimenti.

Art. 14 – Il Direttore Amministrativo

Il Direttore Amministrativo è nominato dal Direttore Generale e lo coadiuva ai sensi dell’art. 3 del D.lgs. 502/92 e ss.mm.ii..

Il Direttore Amministrativo è responsabile del governo economico e amministrativo dell’Azienda e partecipa alla definizione delle linee strategiche della stessa, avendo cura di verificare e garantire la compatibilità economica e assicurare l’equilibrio complessivo del bilancio.

Il Direttore Amministrativo concorre ai processi di pianificazione strategica e di programmazione aziendale, nonché alle attività di controllo nell’ambito della Direzione aziendale e degli organismi collegiali di cui fa parte, cura gli aspetti giuridici, economici e finanziari assicurando strumenti e procedure uniformi e semplificate, che portino ad una gestione amministrativa, economica e finanziaria corretta, completa e trasparente.

Il Direttore Amministrativo in conformità agli indirizzi generali di programmazione ed alle disposizioni del Direttore Generale, assicura la correttezza, completezza e trasparenza dei processi di formazione dei documenti rappresentativi delle dinamiche economiche, finanziarie e patrimoniali, oltre che la legittimità degli atti ed il corretto assolvimento delle funzioni di supporto tecnico, amministrativo e logistico. Definisce gli orientamenti operativi delle strutture assegnate al governo economico-finanziario aziendale e garantisce lo sviluppo e l’implementazione delle strutture che presidiano i servizi di supporto alle attività direzionali.

Art. 15 – Il Direttore dei servizi socio-sanitari

Il Direttore dei servizi socio-sanitari è nominato dal Direttore Generale ed è scelto fra coloro che hanno esperienza di qualificata attività di dirigenza nei servizi socio-sanitari (art. 34 L.R. 24/2020).

Il Direttore dei servizi socio-sanitari supporta la Direzione aziendale, partecipa al processo di pianificazione strategica anche attraverso la formulazione di proposte di programmazione e di governo dei processi di integrazione socio-sanitaria ed esprime il parere sulle deliberazioni del Direttore Generale nelle materie di propria competenza.

Il Direttore dei servizi socio-sanitari fa parte dello staff di direzione e svolge, tra gli altri, i seguenti compiti:

- presidia la funzione socio-sanitaria e garantisce l'omogeneità sul territorio dell'attuazione delle strategie aziendali, attraverso il coordinamento funzionale delle attività socio-sanitarie dell'Azienda;
- verifica la realizzazione di soluzioni organizzative finalizzate al raggiungimento della migliore integrazione socio-sanitaria, anche al fine della necessaria uniformità aziendale;
- garantisce le connessioni tra l'Azienda e gli altri soggetti istituzionali per la costruzione del nuovo sistema di *governance*, legato agli obiettivi di salute e benessere e specificatamente alla tematica della non autosufficienza;
- partecipa alla programmazione, alla definizione ed alla realizzazione del PLUS;
- promuove lo sviluppo del sistema informativo della rete dei servizi socio-sanitari;
- collabora all'implementazione del sistema di accreditamento dei servizi socio-sanitari e dei percorsi di miglioramento della qualità dei servizi domiciliari, semiresidenziali e residenziali per pazienti anziani e disabili.

Il Direttore dei servizi socio-sanitari può essere delegato dal Direttore Generale a specifiche funzioni con riferimento a particolari obiettivi, determinati ambiti settoriali di attività o singoli atti e procedimenti. Le modalità di retribuzione del Direttore di cui trattasi, sono stabilite con atto deliberativo del Direttore Generale.

L'attività principale del Direttore dei servizi socio-sanitari è quella di garantire ai cittadini, una presa in carico globale sia dal punto di vista sanitario, che socio-sanitario.

Rientra tra i compiti del Direttore, quello di costruire, controllare, sorvegliare ed eventualmente proporre modifiche circa i percorsi di cura degli assistiti; l'obiettivo è quello di fare in modo che il paziente non percepisca il passaggio tra i diversi livelli assistenziali, in termini di differente qualità delle risposte ai propri bisogni.

Art.16 -Il Consiglio delle professioni sanitarie

Il Consiglio delle professioni sanitarie è organismo consultivo-elettivo della ASL. Esprime pareri e formula proposte nelle materie di competenza. È un organismo attraverso il quale gli operatori sanitari partecipano alla realizzazione e condivisione del governo aziendale, atto a migliorare la qualità delle prestazioni, l'integrazione fra i professionisti, favorire l'interazione e l'ascolto, oltre che promuovere iniziative tese a garantire percorsi di presa incarico globale dei pazienti.

Il Consiglio è costituito da componenti individuati mediante procedura elettiva che assicura la presenza delle diverse parti garantendo la rappresentanza di tutte le professioni sanitarie.

Il Consiglio delle professioni sanitarie esprime il parere obbligatorio, ai sensi della normativa vigente, sulle seguenti materie:

- programma sanitario triennale e annuale, ivi compresi i programmi relativi agli investimenti;
- relazione sanitaria aziendale;
- programma pluriennale e annuale di formazione.

Il parere è espresso entro il termine di quindici giorni dal ricevimento degli atti da parte della presidenza, trascorso il quale, il parere si intende acquisito come positivo; gli atti eventualmente assunti in difformità al parere espresso dal Consiglio devono necessariamente essere motivati.

Le funzioni di segreteria del Consiglio delle professioni sono garantite dalla struttura competente per gli Affari Generali.

Il Consiglio delle professioni sanitarie è costituito con atto del Direttore Generale e dura in carica tre anni; le elezioni del nuovo Consiglio sono indette dal Direttore Generale nei sessanta giorni antecedenti la data di scadenza del Consiglio ed hanno luogo entro trenta giorni antecedenti la data di cessazione. La struttura competente per gli Affari Generali si occupa dell'espletamento delle elezioni.

All'atto dell'indizione delle elezioni vengono fissati le sedi e gli orari delle votazioni, dopodiché si costituisce l'ufficio elettorale, la cui attività è coordinata dalla struttura Affari Generali; nei quindici giorni antecedenti la data delle elezioni, la struttura Affari Generali deposita presso l'ufficio elettorale l'elenco dei soggetti che hanno diritto di voto, attivo e passivo, per ogni categoria professionale, dandone adeguata pubblicità. A conclusione delle votazioni, i seggi elettorali costituiti eseguono pubblicamente lo spoglio delle schede e redigono il verbale delle elezioni.

Risultano eletti, per le singole categorie professionali, i candidati che hanno riportato il maggior numero di voti, a parità di numero di voti risulta eletto il candidato più anziano per età.

In conformità alla normativa vigente, il Consiglio delle Professioni Sanitarie è formato da 10 membri, così composto:

- a) il Direttore sanitario, che lo presiede, ne dispone la convocazione e la verbalizzazione delle sedute, conservando i relativi atti in forma digitale;
- b) quattro componenti dirigenti medici operanti nei presidi ospedalieri;
- c) quattro componenti dirigenti medici extra ospedalieri di cui: due dirigenti medici operanti nel territorio, un dirigente medico-veterinario, un medico convenzionato (scelti tra i medici della medicina generale e della continuità assistenziale, della pediatria di libera scelta e della specialistica ambulatoriale);
- d) un componente appartenente alle altre professioni sanitarie;
- e) fa parte di diritto del Consiglio il Presidente dell'Ordine dei Medici della Provincia o un suo delegato, senza diritto di voto.

L'elezione avviene a scrutinio segreto e ciascun elettore, appartenente alle categorie indicate nelle predette lettere b) e c), ed aventi diritto di voto, indica nella propria scheda un numero di nominativi pari alla metà dei componenti appartenenti alla propria categoria. Riguardo al personale dipendente, hanno diritto di voto e sono eleggibili esclusivamente i dipendenti assunti con contratto a tempo indeterminato. In caso di dimissioni o cessazione di un componente elettivo si provvede alla sua sostituzione secondo l'ordine che è risultato dall'ultima votazione.

Art.17 – Il Comitato di Dipartimento

Il Comitato di Dipartimento è un organo collegiale di supporto al Direttore del Dipartimento e nello svolgimento delle attività professionali e gestionali, in ordine alla corretta e razionale gestione delle risorse assegnate per la realizzazione degli obiettivi attribuiti al dipartimento stesso (ai sensi del comma 2, art.17-bis del D.lgs. n. 502/92 e ss.mm.ii.):

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

Il Comitato è composto:

- dai Direttori delle strutture complesse e semplici a valenza dipartimentale che compongono il Dipartimento;
- dal responsabile del personale sanitario non medico, ove presente;
- da due rappresentanti del personale medico (uno medico e uno veterinario nel Dipartimento di Prevenzione), ovvero del personale dirigente SPTA secondo la tipologia di Dipartimento;
- da due rappresentanti del personale dirigente sanitario laureato non medico, ove presente;
- da due rappresentanti del restante personale del comparto.

Il Comitato *de quo* è convocato dal Direttore del Dipartimento con le modalità previste dal regolamento di Dipartimento.

Lo stesso regolamento specifica:

- che è consentita la partecipazione alle sedute del Comitato del personale del Dipartimento e dei dirigenti dell’Azienda, nei casi in cui tale partecipazione è ritenuta utile per la trattazione degli argomenti all’ordine del giorno;
- le forme e i criteri di collegamento con gli altri Dipartimenti aziendali e i Distretti, e con i Dipartimenti di altre Aziende del sistema sanitario regionale.

Il Comitato dura in carica tre anni; il Direttore Generale indice le elezioni per i componenti nei sessanta giorni antecedenti la data di cessazione del precedente Comitato e nomina la commissione elettorale, la quale provvede a predisporre le liste del personale, distinte per ruolo e profilo, che opera nel Dipartimento, oltre che la gestione delle attività di organizzazione dei seggi elettorali.

La SC Valorizzazione delle risorse umane gestisce le procedure di cui sopra e assicura che le stesse vengano espletate entro trenta giorni dalla data di cessazione del precedente Comitato. L’elezione avviene a scrutinio segreto e ciascun elettore, tra gli aventi diritto appartenenti alle categorie sopra indicate, indica nella propria scheda una preferenza nominativa per un rappresentante della propria categoria. Risultano eletti i rappresentanti più votati per ciascuna delle suddette categorie; in caso di parità di voti tra più rappresentanti, è eletto il più giovane di età. In caso di dimissioni o cessazione di un componente elettivo si provvede alla sua sostituzione secondo l’ordine che è risultato dall’ultima votazione. In merito al personale dipendente, hanno diritto di voto e sono eleggibili esclusivamente i dipendenti assunti con contratto a tempo indeterminato.

Il Comitato di Dipartimento deve riunirsi almeno una volta ogni trimestre al fine di esprimersi in modo formale in merito alla programmazione delle attività (piano annuale delle attività dipartimentali) e al *budget* assegnato. Concorre, inoltre, al monitoraggio e alla verifica delle attività, oltre che alla nomina del Direttore del Dipartimento per cui propone una terna di nominativi, individuata con voto a scrutinio segreto, secondo cui ciascun membro può indicare un solo candidato.

Il Comitato opera per assicurare la partecipazione di tutte le categorie professionali operanti nel Dipartimento, ai processi relativi alla programmazione delle attività, e a

quelli relativi alla definizione dell'assetto organizzativo e gestionale del Dipartimento; per la partecipazione alle tematiche più importanti, si procede con conferenze di servizi, o soluzioni equivalenti. Qualora il Comitato non dovesse procedere alla designazione della terna necessaria alla nomina del Direttore, la Direzione aziendale formalizza l'inadempienza riferita a un atto dovuto, e indica un termine per provvedere, decorso il quale assume i provvedimenti sostitutivi necessari.

Art. 18 - L'Organismo Indipendente di Valutazione

L'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance (OIV), costituito ai sensi dell'art. 14 del D.lgs. 27/10/2009 n. 150 e ss.mm.ii., è un organismo collegiale nominato dal Direttore Generale, costituito da tre componenti esterni all'Azienda, di comprovata esperienza professionale, di cui uno con funzioni di Presidente che svolge funzioni di controllo.

Sono assegnati all'OIV i seguenti compiti:

- monitora il funzionamento complessivo del Sistema di Valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni ed elabora una relazione annuale sullo stato dello stesso;
- comunica tempestivamente le criticità riscontrate ai competenti organi interni di governo e di amministrazione, nonché alla Corte dei Conti e al Dipartimento della funzione pubblica;
- valida la relazione sulla *performance*, assicurandone la visibilità attraverso la pubblicazione sul sito istituzionale dell'amministrazione e garantisce la correttezza dei processi di misurazione e valutazione, nonché dell'utilizzo delle premialità di cui al sopraccitato decreto legislativo, dai contratti collettivi nazionali, dai contratti integrativi, dai regolamenti interni all'Azienda, nel rispetto del principio di valorizzazione del merito e della professionalità;

- propone, sulla base del sistema di misurazione e valutazione della *performance*, all’organo di indirizzo politico-amministrativo, la valutazione annuale dei dirigenti di vertice e l’attribuzione ad essi dei premi previsti;
- è responsabile della corretta applicazione delle linee guida, delle metodologie e degli strumenti predisposti dal Dipartimento della funzione pubblica;
- promuove e attesta l’assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all’integrità di cui al titolo II del D.lgs. n. 150/2009;
- verifica i risultati e le buone pratiche di promozione delle pari opportunità.

I componenti dell’OIV durano in carica tre anni e possono essere rinnovati per una sola volta.

Il Direttore Generale, in caso di mancata accettazione dell’incarico da parte dei soggetti individuati o di rinuncia allo stesso, si riserva la possibilità, entro la scadenza triennale originariamente prevista per l’OIV, di conferire incarichi sostitutivi ad ulteriori candidati in possesso dei requisiti prescritti per una durata non superiore alla suddetta scadenza.

Le modalità di svolgimento delle funzioni dell’OIV sono disciplinate da specifico Regolamento. L’OIV si avvale, per il suo funzionamento, delle risorse umane messe a disposizione dell’amministrazione per la misurazione della *performance*.

L’OIV svolge la sua attività collegialmente ed opera in piena autonomia; si riunisce su convocazione del Presidente, che ne fissa l’ordine del giorno tenendo conto delle esigenze aziendali derivanti dalle scadenze di carattere istituzionale, e può riunirsi tutte le volte che lo ritiene necessario anche in videoconferenza. In relazione al processo di misurazione e valutazione si specifica che la Direzione Generale su proposta dell’OIV, valuta la *performance* organizzativa ed individuale dei dipendenti e adotta la graduatoria finale di merito derivante dal processo di misurazione e valutazione.

TITOLO IV – L’ORGANIZZAZIONE AZIENDALE

Art. 19 – Il modello dipartimentale

L’organizzazione dipartimentale così come previsto dall’art. 17 bis del D. Lgs n. 502/92, e ss.mm.ii., rappresenta il modello ordinario di gestione operativa delle attività aziendali.

Il Dipartimento costituisce tipologia organizzativa e gestionale volta a dare risposte unitarie, flessibili, tempestive, razionali ed esaustive rispetto ai compiti assegnati, nell’ottica di condivisione delle risorse. Tale articolazione aziendale, aggrega strutture organizzative omologhe, omogenee, affini o complementari che persegono comuni finalità e pur conservando ciascuna la propria autonomia clinica e professionale, sono tra loro interdipendenti nel raggiungimento degli obiettivi e nell’utilizzo delle risorse. Lo scopo del Dipartimento è quello di assicurare la corretta gestione amministrativa, economica ed un corretto governo clinico, nell’ottica di condivisione degli obiettivi e delle risorse. Pertanto, esso si configura come articolazione organizzativa di coordinamento per lo svolgimento integrato di funzioni complesse. Il Dipartimento ha il compito di realizzare gli obiettivi specifici assegnatigli dalla Direzione Generale.

Il Dipartimento concorre attraverso le strutture aggregate al perseguitamento degli obiettivi di salute comune. All’interno di tale modello sono presenti i Dipartimenti strutturali ed i Dipartimenti funzionali. I Dipartimenti strutturali sono costituiti dall’aggregazione di almeno tre strutture complesse articolabili in strutture semplici e in strutture semplici dipartimentali (ove previste), in base all’art.17 *bis*, comma 2, del D.lgs. n. 502/1992 e ss.mm.ii. e all’art. 16, comma 3, lett. f, della L.R. n. 24/2020. Sono dotati di autonomia tecnico-professionale nonché di autonomia gestionale, nei limiti degli obiettivi e delle risorse assegnate. Compito principale del Dipartimento strutturale è incentrare l’azione sul miglioramento dell’utilizzo delle risorse in maniera efficiente, in particolar modo delle risorse professionali. Il Direttore del Dipartimento strutturale ha la diretta gestione del *budget* dipartimentale, attraverso il quale garantisce anche l’efficacia dei servizi e delle prestazioni offerte. L’individuazione delle strutture

complesse e semplici dipartimentali che si aggregano in Dipartimento, è giustificata dalla dimensione funzionale e/o economica dell'attività da erogare. Obiettivo principale del Dipartimento funzionale è l'organizzazione, la razionalizzazione, il coordinamento e l'aggiornamento delle attività delle proprie strutture che possono trovarsi aggregate verticalmente in Dipartimenti strutturali. Il fine primario consiste nel promuovere e verificare l'efficacia delle prestazioni erogate e l'ottimizzazione delle procedure operative e la corretta ed ottimale gestione dei percorsi assistenziali, necessari a massimizzare l'efficacia e la qualità della prestazione. L'organizzazione dei Dipartimenti ed il loro funzionamento sono disciplinati da appositi regolamenti. Il Direttore di Dipartimento è nominato dal Direttore Generale e mantiene la titolarità della struttura complessa cui è preposto, assume la responsabilità in ordine alla corretta realizzazione degli obiettivi previsti ed il coordinamento di tutte le strutture, al fine di favorire il miglioramento delle prassi gestionali e amministrative. Gestisce i processi trasversali volti ad ottimizzare qualitativamente e quantitativamente l'assistenza sanitaria e socio-sanitaria in aree di attività omogenee rivolte al paziente al fine di contribuire allo sviluppo del governo clinico.

Art. 20 - Le strutture e funzioni di staff della Direzione Aziendale

Lo staff della Direzione Generale è preposto alla programmazione ed al supporto alle funzioni strategiche aziendali. È allocata presso lo *staff*, la figura del Direttore socio-sanitario.

Nello Staff della Direzione Generale è prevista l'istituzione di Strutture e funzioni, che assicurano il supporto alla *governance* aziendale.

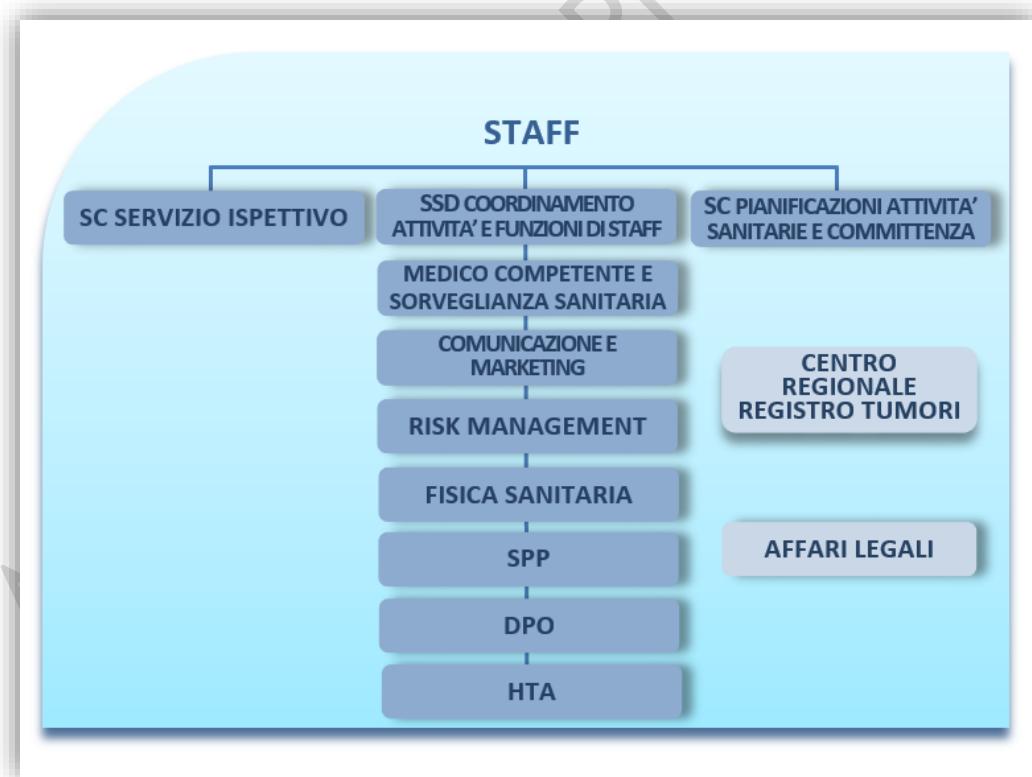
Il Dipartimento di staff è articolato nel seguente modo:

- **SC Pianificazione Attività Sanitarie e Committenza**
- **SC Servizio Ispettivo**

- **SSD Coordinamento Attività e Funzioni di Staff**

Funzioni:

- Medico competente e sorveglianza sanitaria
- *Risk management*
- Comunicazione e *marketing*
- Servizio Prevenzione e Protezione (SPP)
- DPO (Data Privacy Officer)
- *Health technology assessment* (HTA)
- Fisica Sanitaria
- **Funzione Affari Legali**
- **Centro regionale registro tumori**



Art. 21 - Le strutture e le funzioni della tecnostruttura amministrativa

La tecnostruttura amministrativa supporta la Direzione Strategica nei processi amministrativi e nelle attività, tecniche, amministrative, organizzative e gestionali, strumentali alle strutture organizzative dell’Azienda, raccordandosi inoltre con lo *Staff* di direzione, al fine di garantire l’ottimizzazione dei vari processi organizzativi dell’Azienda per lo sviluppo di prestazioni ed erogazione dei servizi, nel rispetto dei principi di efficienza ed efficacia dell’azione amministrativa.

La tecnostruttura amministrativa è istituita in organizzazione dipartimentale con la costituzione del Dipartimento attività amministrativa e tecnica, composta dalle seguenti strutture complesse:

- **SC Controllo di Gestione**

Funzioni:

- Flussi
- *Performance*
- Contabilità analitica
- Cup

- **SC Acquisti di beni e servizi**

- **SC Valorizzazione risorse umane**

Funzioni:

- Gestione giuridica rapporto di lavoro
- Acquisizione risorse umane
- Formazione
- Rilevazione attività di lavoro

- **SC Bilancio**

Funzioni:

- Ciclo attivo
- Ciclo passivo
- Contabilità generale e bilancio

- **SC Ufficio tecnico e Patrimonio**
- **SSD Affari generali - Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) e rapporti con ICT**



Art. 22 – Assistenza territoriale, Distretti e i Dipartimenti Territoriali

a) I Distretti

L’ Azienda, ai sensi dell’art. 37 della L.R. 24/2020 assicura i livelli essenziali di assistenza nel territorio, istituendo ed organizzando i Distretti ed i Dipartimenti territoriali i quali operano in maniera integrata con la rete ospedaliera, l’Azienda dell’emergenza-urgenza e con il sistema integrato dei servizi alla persona. Compito principale dell’assistenza territoriale è garantire le varie fasi di assistenza al cittadino: prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione.

Il Distretto svolge l’importante compito di garantire l’integrazione sanitaria e socio-sanitaria, individua gli obiettivi da perseguire, fornisce risposte chiare e costanti alle esigenze sanitarie e socio-sanitarie della popolazione per il soddisfacimento dei loro bisogni garantendo il rispetto dei LEA, con un approccio rivolto al miglioramento dei

percorsi di cura e di presa in carico del malato, all'assistenza dei soggetti fragili e delle persone con disabilità, cercando di offrire un'assistenza più vicina al contesto di vita del paziente, organizzando, coinvolgendo e coordinando le diverse figure professionali presenti sul territorio: MMG, PLS, specialisti ambulatoriali, infermieri, assistenti sociali, medici di continuità assistenziale. Il Distretto contribuisce alla missione dell'Azienda assicurando alla popolazione i servizi e le prestazioni secondo criteri di equità, accessibilità e appropriatezza dei servizi. Coordina inoltre le scelte di programmazione e partecipa alla gestione degli interventi definiti in ambito di PLUS.

I Distretti collaborano con i Comuni e sono dotati di autonomia tecnico-gestionale, economico-finanziaria nell'ambito delle risorse assegnate, e di contabilità analitica separata all'interno del bilancio aziendale secondo quanto previsto dal D. Lgs. n. 502/1992 e ss.mm.ii. e dall' art. 37 della L.R. n. 24/2020.

L'articolazione territoriale dei Distretti è la seguente:

- **Distretto 1 Cagliari - Area Vasta** che comprende i Comuni di: Cagliari, Settimo San Pietro, Selargius, Quartucciu, Monserrato, Sestu, Ussana, Monastir, Nuraminis;
- **Distretto 2 - Area Ovest** che comprende i Comuni di: Assemini, Decimomannu, Elmas, Uta, Decimoputzu, Vallermosa, Villasor, Villaspeciosa, San Sperate, Capoterra, Sarroch, Pula, Villa San Pietro, Domus De Maria, Teulada e Siliqua;
- **Distretto 3 Quartu-Parteolla** che comprende Comuni di: Quartu S. Elena, Burcei, Dolianova, Donori, Maracalagonis, Serdiana, Sinnai e Soleminis;
- **Distretto 4 Sarrabus-Gerrei** che comprende i Comuni di: Muravera, San Vito, Villaputzu, Castiadas, San Nicolò Gerrei, Armungia, Ballao, Silius, Villasalto e Villasimius;
- **Distretto 5 Sarcidano Barbagia di Seulo e Trexenta** che comprende i Comuni di: Isili, Senorbì, Escalaplano, Escolca, Esterzili, Gergei, Nuragus, Nurallao, Serri, Seulo, Villanovatulo, Nurri, Orroli, Sadali. Senorbì, Suelli, San Basilio, Goni, Mandas, Ortacesus, Barrali, Sant'Andrea Frius, Siurgus Donigala, Gesico, Guamaggiore, Guasila, Selegas, Pimentel e Samatzai.

Il Distretto articola l'organizzazione dei propri servizi in ragione delle caratteristiche del territorio ed assicura in base al D.Lgs. n. 502/92 e alla L.R. 24/2020, le seguenti funzioni:

- il governo unitario globale della domanda di salute espressa dalla comunità locale;
- la presa in carico del bisogno del cittadino, individuando i livelli appropriati di erogazione dei servizi;
- la gestione integrata, sanitaria e sociale, dei servizi, anche collaborando alla predisposizione e realizzazione del PLUS;
- l'appropriato svolgimento dei percorsi assistenziali attivati dai medici di medicina generale, dai pediatri di libera scelta e dai servizi direttamente gestiti, per le competenze loro attribuite dalla programmazione regionale e locale;
- la promozione, anche in collaborazione con il dipartimento di prevenzione, di iniziative di educazione sanitaria e di informazione agli utenti;
- la fruizione, attraverso gli sportelli unici di accesso, dei servizi territoriali sanitari e socio-sanitari, assicurando l'integrazione con i servizi sociali e con i servizi ospedalieri;
- l'attuazione dei protocolli diagnostico-terapeutici e riabilitativi adottati dall'Azienda;
- operare in coordinamento con le indicazioni del Direttore dei servizi socio-sanitari.

Le Strutture costituenti i Distretti sono aggregate in un Dipartimento funzionale.



Il Distretto, inoltre, deve garantire le seguenti funzioni:

- assistenza di base attraverso le cure primarie;
- assistenza specialistica ambulatoriale;
- cure domiciliare integrate (CDI);
- cure palliative domiciliari (CPD) in coordinamento con la SSD Terapia del dolore;
- cure termali;

- infanzia, adolescenza, famiglia e consultori;
- disabilità e non autosufficienza (assistenza territoriale residenziale e semiresidenziale);
- assistenza riabilitativa;
- assistenza protesica;

Il Distretto gestisce le Case della Comunità ed ha la responsabilità della presa in carico della persona. Le Case della Comunità coordinano, in un'ottica di riorganizzazione e di qualità, i servizi sanitari territoriali, comprendendo i vari *setting* assistenziali di MMG, PLS, medici specialistici, infermieri, psicologi, assistenti sociali e altre figure sanitarie, e si articolano attraverso i seguenti servizi:

- Sportello Unico di Accesso (SUA) che individua il bisogno del cittadino;
- Unità di Valutazione Territoriale (UVT) per la valutazione multidimensionale delle necessità del paziente a seguito della valutazione preliminare viene distinto il bisogno semplice dal bisogno complesso e solo quest'ultimo presuppone la valutazione multidimensionale del bisogno del paziente e la presa in carico globale della persona da parte dell'*équipe* multiprofessionale della Unità di Valutazione Territoriale (UVT);
- Servizi dedicati alla tutela della donna e del minore e attenzione ai bisogni della famiglia.

In linea con la pregressa normativa regionale, la citata L.R. n. 24/2020 ha declinato la Casa della Comunità in “Casa della Salute”, definendola come la struttura ausiliaria territoriale del Sistema Sanitario regionale, che raccoglie l’offerta extra-ospedaliera del Servizio Sanitario, integrata con il servizio sociale. L’art. 44 comma 1, della sopracitata Legge sancisce che “la Regione, con l’obiettivo di qualificare l’assistenza territoriale al servizio della persona, di integrare i processi di cura e di garantire la continuità assistenziale, individua nella Casa della Salute la struttura che raccoglie in un unico spazio l’offerta extra-ospedaliera del Servizio Sanitario, integrata con il servizio sociale, in grado di rispondere alla domanda di assistenza di persone e famiglie con bisogni complessi”.



ASLCagliari

Le Case della Comunità, afferenti al Distretto, sono luoghi dove l'integrazione socio-sanitaria è pensata in modo da non essere solo funzionale, ma anche strutturale e fisica, con la condivisione degli spazi e la promozione del lavoro di *equipe* multidisciplinare.

Le Case della Comunità operano per conseguire i seguenti obiettivi:

- appropriatezza delle prestazioni attraverso percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali, presa in carico globale e orientamento di pazienti e famiglie;
- riconoscibilità e accessibilità dei servizi;
- unitarietà e integrazione dei servizi sanitari e sociali;
- semplificazione nell'accesso ai servizi integrati.

ASL	Distretto	Comune	Attive	In attuazione
ASL CAGLIARI	Cagliari area Vasta	Monserrato		1
	Cagliari area Ovest	Pula	1	
	Quartu Parteolla	Quartu S. Elena		1
	Quartu Parteolla	Burcei		1
	Sarrabus Gerrei	San Nicolò Gerrei		1
	Sarcidano Barbagia di Seulo Trexenta	Mandas	1	
	Sarcidano Barbagia di Seulo Trexenta	Senorbì		1

Case della comunità attive ed in attuazione della Regione Sardegna



ASL Cagliari

Azienda Sanitaria	Distretto	Comune	Numero CdC
ASL CAGLIARI	Cagliari area Vasta	Cagliari - Via Romagna	1
	Cagliari area Vasta	Cagliari – Via Quesada	1
	Cagliari area Vasta	Monastir	1
	Cagliari area Vasta	Sestu	1
	Cagliari area Ovest	Assemini	1
	Cagliari area Ovest	Decimomannu	1
	Cagliari area Ovest	Villasor	1
	Cagliari area Ovest	Capoterra	1
	Cagliari area Ovest	Teulada	1
	Quartu Parteolla	Sinnai	1
	Quartu Parteolla	Dolianova	1
	Sarrabus Gerrei	Muravera	1
	Sarrabus Gerrei	Villasimius	1
	Sarcidano Barbagia di Seulo Trexenta	Isili	1
	Sarcidano Barbagia di Seulo Trexenta	Sadali	1

Programmazione regionale delle case della comunità-Linea di finanziamento PNRR M6C1

Azienda Sanitaria	Distretto	Comune	Numero CdC
ASL CAGLIARI	Cagliari area Vasta	Cagliari	1

Programmazione regionale delle case della comunità-Linea di finanziamento fondi FESR-FSE-FR

Con la L.R. 24/2020, art. 45, è stato istituito l’Ospedale di comunità (OsCo), un presidio che funzionalmente congiunge l’ospedale per acuti alla rete assistenziale territoriale e assicura cure appropriate attraverso un’assistenza sanitaria protetta, limitata nel tempo (periodi medio-brevi), che non necessita di un ricovero in ospedale per acuti, ma tale da non poter comunque essere garantito a domicilio.



ASL Cagliari

Tale assistenza inoltre evita i ricoveri inappropriati in ospedale e supporta la fase di dimissione dalle strutture di ricovero, garantendo cure ed assistenza a pazienti con stati di salute complessi.

Azienda Sanitaria	Distretto	Comune	Numero OdC
ASL CAGLIARI	Cagliari area Vasta	Cagliari	1
	Cagliari area Vasta	Cagliari	1

Programmazione regionale degli Ospedali di comunità-Linea di finanziamento PNRR M6C1

Azienda Sanitaria	Distretto	Comune	Numero OdC
ASL CAGLIARI	Cagliari area Vasta	Sestu	1
	Cagliari area Ovest	Elmas	1
	Cagliari area Ovest	Decimomannu	1
	Cagliari area Ovest	Siliqua	1
	Cagliari area Ovest	Capoterra	1
	Quartu Parteolla	Sinnai	1
	Sarrabus Gerrei	Muravera	1
	Sarcidano Barbagia di Seulo Trexenta	Isili	1

Programmazione regionale degli Ospedali di comunità-Linea di finanziamento fondi FESR

Presso il Distretto operano, inoltre, le Centrali Operative Territoriali (COT). Le COT svolgono la funzione di coordinamento e collegamento dei vari servizi sanitari territoriali, attraverso lo scambio di informazioni tra gli operatori sanitari.

Le COT inoltre curano il coordinamento degli interventi sanitari e socio-sanitari, indirizzando per il tramite degli operatori sanitari i pazienti nei luoghi di cura appropriati e tra i vari livelli clinico-assistenziali proponendo le diverse soluzioni operative, sulla base degli indirizzi del Direttore del Distretto. Quest'ultimo detta gli indirizzi sulla base dei percorsi stabiliti dal Direttore dei servizi socio-sanitari.

Azienda Sanitaria	Distretto	Comune	Numero COT
ASL CAGLIARI	Cagliari Area Vasta	Cagliari	1
	Cagliari Area Ovest	Assemini	1
	Quartu Parteolla	Quartu Parteolla	1
	Sarcidano, Barbagia di Seulo, Trexenta	Isili	1

Programmazione regionale delle Centrali operative territoriali – linea di finanziamento PNRR M6C1

Azienda Sanitaria	Distretto	Comune	Numero COT
ASL CAGLIARI	Sarrabus Gerrei	Muravera	1

Programmazione regionale delle Centrali operative territoriali – linea di finanziamento fondi FESR

Il Direttore del Distretto viene nominato dal Direttore Generale, svolge le funzioni previste dalla normativa vigente e assicura il corretto funzionamento delle attività sanitarie ed amministrative del Distretto attraverso la verifica ed il controllo dei servizi. Si avvale di un ufficio di coordinamento delle attività distrettuali, composto dai rappresentanti delle figure professionali che operano nei servizi distrettuali. Tale ufficio elabora il piano delle attività distrettuali, sulla base della programmazione attuativa locale.

In ogni Distretto è istituito il Comitato di Distretto socio-sanitario, composto dai Sindaci dei comuni o loro delegati che elegge al proprio interno il presidente con deliberazione adottata a maggioranza dei componenti. I compiti attribuiti sono previsti dall'art. 3 *quater*, commi 3 e 4, del D.Lgs. 502/92, e ss.mm.ii.. Il Comitato esprime parere obbligatorio sul programma delle attività distrettuali, proposto dal direttore del Distretto

e approvato dal Direttore Generale, d'intesa per la parte relativa alle attività socio-sanitarie, con il comitato stesso. Il comitato inoltre verifica l'andamento delle attività del Distretto e formula al Direttore Generale osservazioni sull'organizzazione e sulla gestione dei servizi e delle strutture distrettuali.

Le modalità di elezione, convocazione e funzionamento del Comitato sono stabilite con regolamento.

b) I Dipartimenti Territoriali

Secondo quanto previsto dall'art 37 della L.R 24/2020 sono istituiti i seguenti Dipartimenti strutturali territoriali:

b.1) Dipartimento di Prevenzione

Il Dipartimento di Prevenzione assicura la tutela della salute collettiva negli ambienti di vita e di lavoro, assicura le azioni volte alla promozione della salute e prevenzione delle malattie e delle disabilità per individuare ed eliminare le cause di malattie di origine ambientale, umana ed animale articolato ai sensi dell'art. 7 *quater*, comma 2, del D.lgs. n 502/92 e ss.mm.ii..

Il Dipartimento di Prevenzione è composto dalle seguenti strutture complesse (SC):

- **SC Igiene e Alimenti e della Nutrizione (SIAN)**
- **SC Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche (SIAPZ)**
- **SC Igiene della Produzione, Trasformazione, Commercializzazione Conservazione e Trasporto degli Alimenti di origine Animale e loro derivati (SIAOA)**
- **SC Igiene e Sanità Pubblica** che assicura anche la funzione di Medicina Legale
- **SC Prevenzione e Promozione della Salute**
- **SC Salute e Ambiente**
- **SC Sanità Animale (SA)**
- **SC Servizio e Sicurezza negli ambienti di lavoro (SPRESAL)**
- **SC Centro Donna**



b.2) Dipartimento di salute mentale e delle dipendenze (DSMD)

Il Dipartimento di salute mentale ha il compito di porre in essere tutte le azioni tese a garantire i livelli di assistenza per la tutela della salute mentale ed assicurare la prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione nel campo della salute mentale e delle dipendenze. Garantisce percorsi ed interventi, attraverso la connessione con le altre strutture territoriali ed ospedaliere e rappresenta l'integrazione tra il territorio e l'ospedale e tra l'assistenza ambulatoriale e quella di tipo residenziale/semiresidenziale. Tra i compiti del Dipartimento rientrano, l'elaborazione, la gestione e la valutazione dei programmi di cura specifici per diagnosi e per condizione di fragilità.

Il Dipartimento di salute mentale e delle dipendenze è composto dalle seguenti strutture (SC):

- **SC Centro di salute mentale 1 - Cagliari**
- **SC Centro di salute mentale 2 – Quartu Sant’Elena**
- **SC Centro di salute mentale 3 – Assemini, Senorbì, Isili, Muravera - REMS**
- **SC Disturbi alimentari** connessa funzionalmente con la **SC Prevenzione e Promozione della salute**
- **SC Alcool Correlati gioco d’azzardo patologico (GAP)**
- **SC Servizi psichiatrici di diagnosi e cura ospedalieri (SPDC)**
- **Servizio sanitario dipendenze 1 (SERD1) – Area Metropolitana**
- **Servizio sanitario dipendenze 2 (SERD2) - Cagliari Area Vasta**
- **SC Neuropsichiatrica infantile Universitaria**
- **SSD Psichiatria forense**
- **SSD Riabilitazione residenziale e semiresidenziale psichiatrica**



- **SSD Disturbi pervasivi dello sviluppo**



b.3) Dipartimento Integrazione Territorio-Ospedale

Il Dipartimento garantisce l'integrazione tra le strutture territoriali e quelle ospedaliere, poiché in considerazione delle diverse necessità assistenziali e di cura, in un quadro sempre più complesso di patologie croniche e della necessità di presa in carico del paziente, l'attività svolta dalle strutture ospedaliere non è appropriata per garantire una risposta ottimale nelle fasi cliniche successive alle acuzie.

Attraverso tale integrazione con i servizi ospedalieri, si assicura ai cittadini un luogo di incontro tra i diversi livelli di assistenza, affinché gli stessi non ne percepiscano il passaggio, in termini di differente qualità delle risposte ai propri bisogni.

Il Dipartimento Integrazione Territorio e Ospedale è composto dalle seguenti strutture (SC):

- **SC Cure integrate domiciliari**
- **SC Cure palliative e *Hospice***
- **SC Diabetologia territoriale**
- **SC Riabilitazione territoriale ed ospedaliera**
- **SC Prestazioni socio-sanitarie**
- Funzione presa in carico
 - URP
 - Cure mediche non urgenti numero unico 116117
 - Omogeneizzazione delle funzioni esercitate dalle centrali operative territoriali (COT)
- **SSD Endocrinologia**

- **SSD Endocrinologia pediatrica**
- **SSD Diabetologia pediatrica**
- **SSD Medicina penitenziaria**

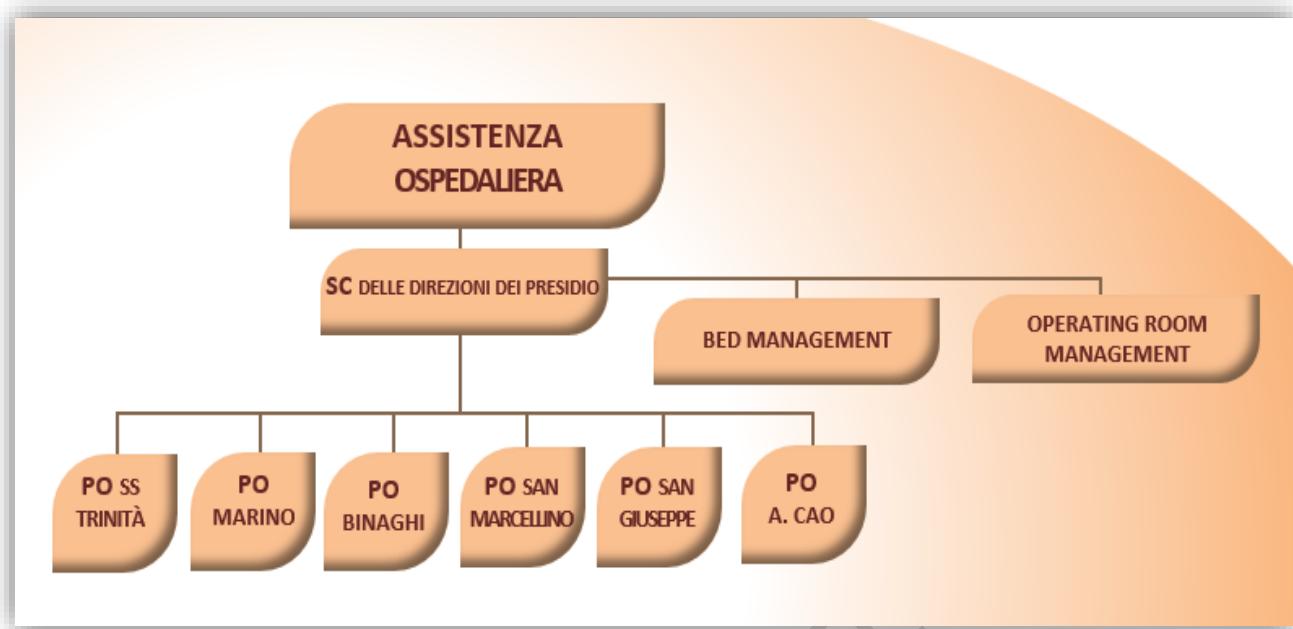


Art. 23 – Assistenza ospedaliera- organizzazione sanitaria dei Presidi Ospedalieri

La Legge regionale n. 24/2020 con l'abrogazione della L.R. 17/11/2014, n. 23 ha eliminato l'organizzazione della rete ospedaliera in presidi ospedalieri unici di area omogenea e l'eventuale ripartizione in più stabilimenti. I Presidi ospedalieri garantiscono le prestazioni incluse nei livelli essenziali di assistenza (LEA). La rete ospedaliera attualmente vigente è stata approvata con il documento n. 16 del Consiglio regionale nella seduta del 25 ottobre 2017.

Il modello di rete ospedaliera è articolato nei seguenti Presidi Ospedalieri:

- PO "A. Cao" Microcitemico
- PO Marino
- PO SS. Trinità
- PO Binaghi
- PO "San Giuseppe" Isili
- PO "San Marcellino" Muravera



È prevista una struttura complessa denominata SC delle Direzioni dei Presidi. Per ogni Presidio, singolo o associato, è individuato con deliberazione del Direttore Generale, un responsabile di Presidio.

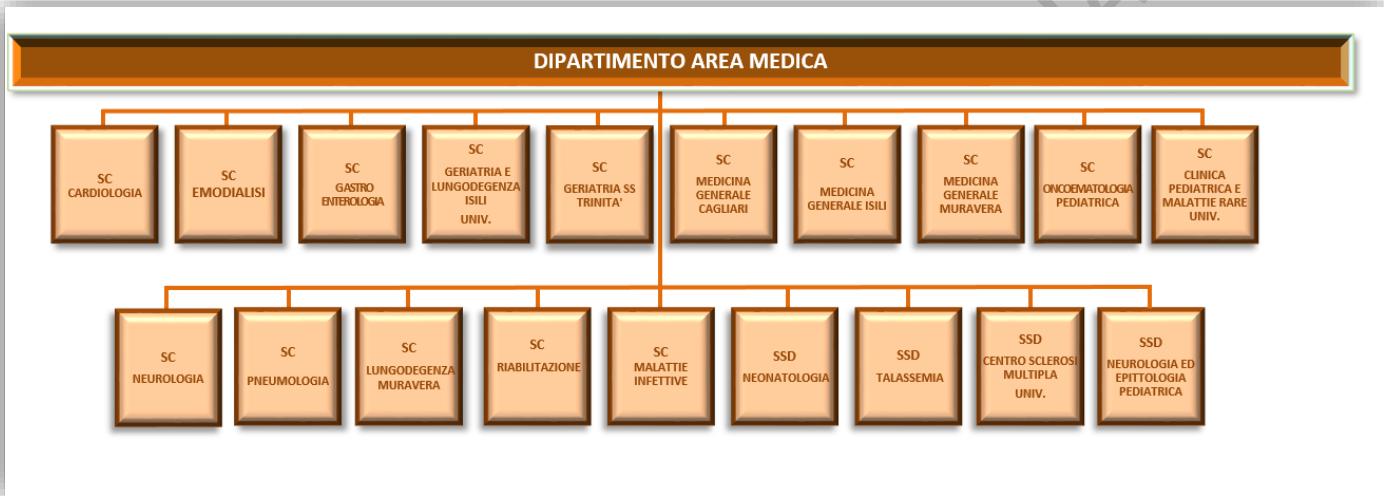
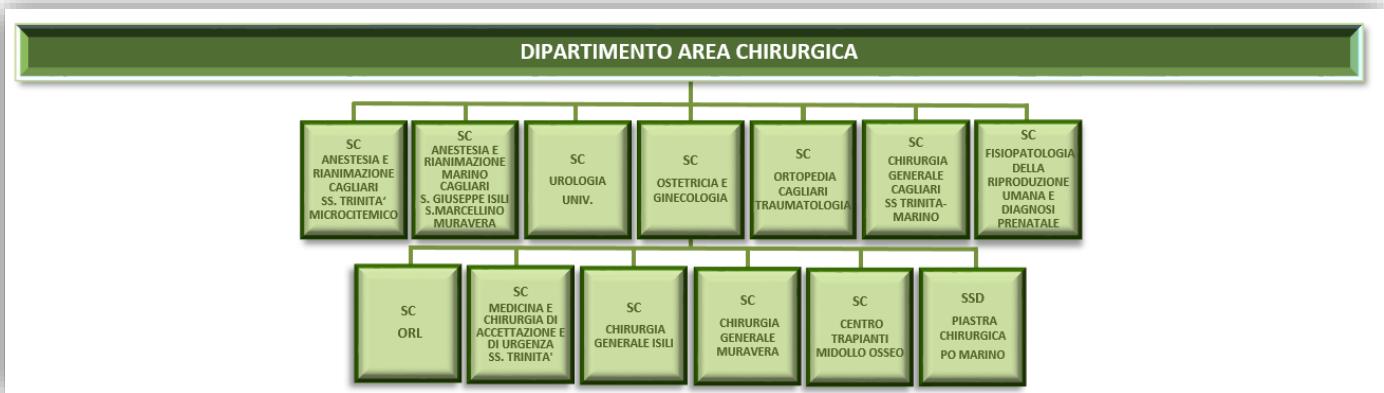
Art. 24 - I Dipartimenti

L'Azienda si articola nei seguenti Dipartimenti strutturali:

- Dipartimento area chirurgica
- Dipartimento area medica
- Dipartimento medicina di laboratorio e patologia clinica
- Dipartimento di radiologia e farmacia
- Dipartimento attività sanitarie



ASLCagliari





Art. 25 - L'attività libero professionale intramuraria (ALPI)

L' ALPI è un sistema che garantisce un'offerta assistenziale per il cittadino il quale potrà liberamente scegliere se usufruire di tali prestazioni sanitarie.

La Libera Professione *Intramoenia* garantisce un miglioramento dell'assetto organizzativo dei servizi nel rispetto della normativa in materia e delle disponibilità finanziarie dell'Azienda.

L'Azienda inoltre attua misure idonee a garantire il coordinamento fra l'attività istituzionale e la libera professione intramuraria con riguardo alla gestione dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche ambulatoriali e mettendo a disposizione dei cittadini le competenze, la professionalità e le risorse tecnologiche, strutturali ed organizzative, consentendo inoltre un accesso celere e conseguente riduzione delle liste d'attesa.

L'Azienda definisce le modalità organizzative per l'esercizio dell'attività libero professionale intramuraria mediante apposito regolamento.

Art. 26 - Il *Bed Management*

Il *Bed Management* prevede una gestione efficiente dei posti letto, per garantire l'appropriatezza dei ricoveri, al fine di assicurare e semplificare sia le attività di ricovero per i pazienti che accedono tramite il Pronto Soccorso, che la fase di dimissione dei pazienti. Garantisce in termini di tempo la salvaguardia della salute dei pazienti, la qualità delle cure ed il supporto ai processi in cui trova piena applicazione la centralità del paziente. In un contesto in cui la richiesta di interventi per quadri clinici urgenti

diventa sempre più complessa, è necessario individuare un modello gestionale ed organizzativo che possa dare una risposta al sovraccarico dei Pronto Soccorso attraverso una strategia di organizzazione e coordinamento degli accessi e delle dimissioni.

Per attuare tale modello organizzativo, basato su una corretta gestione dei posti letto, è necessario che venga integrata la funzione delle COT con l'assistenza ospedaliera, potendo così offrire al paziente un adeguato ed appropriato percorso clinico-assistenziale. L'organizzazione dei posti letto consente dunque una corretta gestione dei flussi all'interno dei Presidi Ospedalieri, il cosiddetto *patient flow* inteso come la movimentazione del paziente all'interno della struttura sanitaria, dall'ingresso alla successiva dimissione.

All'interno del *Bed Management* viene individuata la figura del *Bed Manager*, la cui *mission* è quella di garantire una corretta gestione dei posti letto.

Il *Bed Manager* assicura il coordinamento delle azioni che possano portare ad un utilizzo ottimale dei posti letto.

Art.27 -*Operating room management (ORM)*

La gestione delle sale operatorie aziendali (ORM) è la disciplina che studia l'organizzazione della sala operatoria. L' ORM operativo fa riferimento a tutte quelle azioni mirate all'ottimizzazione dell'efficienza operativa dell'unità chirurgica, ovvero la massimizzazione del numero dei casi chirurgici che possono essere eseguiti durante una giornata e la conseguente minimizzazione delle risorse necessarie. L' ORM svolge inoltre una funzione strategica, occupandosi di tutte le attività decisionali di lungo termine riguardanti la sala operatoria. Nell'ambito della riorganizzazione operativa e gestionale dell'Azienda è prevista la figura di un referente, denominato *Operating Room Manager*, che dovrà verificare e ottimizzare i percorsi di gestione e di occupazione degli spazi chirurgici al fine di massimizzare la risposta assistenziale.

Il referente ORM opera al fine di garantire i seguenti standard:

- la sicurezza del paziente all' interno degli spazi chirurgici;
- il controllo dell'accesso da parte delle *equipes* alla sala operatoria, così che i pazienti possano essere operati in maniera tempestiva;
- l'efficienza nell'utilizzo dei luoghi, del personale e del materiale della sala operatoria;
- il controllo della corretta tempistica nella gestione della sala operatoria e la segnalazione di eventuali ritardi per i pazienti;
- la quantificazione del numero di prestazioni eseguite all'interno delle sale operatorie e la quantificazione del gradimento dei pazienti e del personale della sala operatoria.

L'*Operating Room Manager*, deve gestire sia le piastre operatorie polifunzionali, che sale operatorie di piccole dimensioni mono-specialistiche, fornendo tutte le competenze utili a garantire l'organizzazione e gli strumenti per l'ottimizzazione del percorso chirurgico, con particolare attenzione alle attività intra e peri-operatorie.

L'ORM è in grado di porre in essere tutte le azioni mirate all'ottimizzazione dell'efficienza operativa dell'unità chirurgica, attraverso la massimizzazione del numero dei casi chirurgici che possono essere eseguiti durante una giornata con contestuale minimizzazione delle risorse necessarie.

TITOLO V – TUTELA DEL CITTADINO E RELAZIONI AZIENDALI

Art.28 - Relazioni con i cittadini

L'Azienda garantisce la tutela della salute dei cittadini ed indirizza la propria azione e le proprie scelte organizzative e gestionali nel rispetto della centralità della persona e dei suoi bisogni e si estrinseca attraverso l'esercizio dei diritti fondamentali spettanti ai cittadini.

L'Azienda assicura la partecipazione del singolo e delle associazioni e organizzazioni di promozione sociale, garantendo le attività di ascolto e di proposta nella definizione delle prestazioni socio-sanitarie e nella organizzazione dei servizi offerti e di controllo della qualità dei servizi, a fine di porre il cittadino nella condizione di effettuare una scelta consapevole, garantendo l'esercizio del consenso informato ed il rispetto della riservatezza.

La Carta dei servizi, è il documento con il quale questa Azienda assolve i compiti di informazione, tutela e partecipazione, nel rispetto degli indicatori e degli standard di qualità prestabiliti.

Inoltre, attraverso il sito web, fornisce al cittadino informazioni e aggiornamenti sulle attività svolte, sull'accesso ai servizi ed ogni informazione e comunicazione prevista dalla normativa vigente in materia di obblighi di comunicazione e trasparenza.

L'Azienda assicura la corretta e tempestiva informazione, la comunicazione e la partecipazione attraverso:

- l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) che assicura la comunicazione e l'informazione tra la ASL, gli utenti ed i vari attori coinvolti, dal cui confronto consegue il miglioramento dei servizi resi e l'eliminazione delle cause di eventuali disservizi. L'URP gestisce reclami e segnalazioni sui fatti che comportano un impedimento alla normale fruizione dei servizi, fornisce informazioni sulle modalità di erogazione e funzionamento degli stessi, sullo stato dei procedimenti in corso ed ogni informazione inerente al procedimento stesso, nel rispetto del diritto di accesso e di partecipazione

di cui alla L. 241/1990 e ss.mm.ii. e propone soluzioni per il miglioramento delle attività;

- l’Ufficio di pubblica tutela (UPT), ai sensi dell’art.25 della L.R. 24/2020, è istituito a tutela del bisogno di salute dei cittadini e dei loro diritti nella fruizione dei servizi e delle prestazioni sociali, sanitarie e socio-sanitarie. Garantisce trasparenza, partecipazione e il miglioramento della qualità del servizio nel rispetto della centralità della persona.

Art. 29 - Le relazioni con gli Enti Locali

Alla definizione della programmazione regionale e attuativa locale partecipano nelle varie forme previste dalla normativa in materia gli Enti Locali. La partecipazione di questi ultimi ai processi e alle scelte del governo aziendale risulta di fondamentale importanza al fine di dare attuazione ai percorsi di integrazione delle politiche sanitarie e sociali, attraverso il loro coinvolgimento, sia nella fase di adozione del piano dei servizi sanitari e socio-sanitari.

La Conferenza territoriale sanitaria e socio-sanitaria, così come previsto dagli artt. 33 e 35 della L.R. 24/2020, partecipa alla programmazione attuativa locale ed è composta dai rappresentanti legali degli Enti Locali ricompresi nell’ambito territoriale della ASL.

Si riunisce almeno due volte l’anno. La presidenza della Conferenza territoriale sanitaria e socio-sanitaria è composta dal Presidente della Provincia o dall’Assessore competente delegato, o dal legale rappresentante dell’ente territoriale di riferimento, dai Presidenti dei comitati di Distretto e dal Sindaco del capoluogo di Provincia, ricadenti nell’ambito territoriale della ASL con funzioni di rappresentanza.

La suddetta Presidenza dispone gli adempimenti di rito, tra cui: l’individuazione dell’ordine del giorno, la convocazione delle riunioni, l’organizzazione dei lavori della Conferenza, la verifica dell’effettiva attuazione delle decisioni assunte.

La Conferenza esprime i pareri di propria competenza entro il termine di venti giorni dal ricevimento degli atti, trascorsi inutilmente i quali si intendono acquisiti come favorevoli. Entro il 30 giugno di ogni anno si verifica il raggiungimento degli obiettivi previsti dal Piano locale unitario dei servizi (PLUS) e dalla programmazione attuativa locale ed entro il medesimo termine del terzo anno dall'adozione del PLUS, la Conferenza ha il compito di deliberare gli indirizzi per la nuova programmazione locale, analizzando i risvolti finanziari per la ASL e per gli altri soggetti che hanno sottoscritto il PLUS. Inoltre, la Conferenza esprime pareri in riferimento al programma sanitario annuale e sanitario triennale, adottato dal Direttore Generale entro il 15 novembre di ogni anno, il quale motiverà le ragioni dell'eventuale discostamento dai pareri resi dalla Conferenza.

La partecipazione degli Enti Locali è assicurata anche mediante il Comitato di Distretto; in ogni Distretto, comprendente più Comuni, è istituito il Comitato di Distretto socio-sanitario, composto dai Sindaci dei Comuni o loro delegati, che ha il compito di eleggere il Presidente con deliberazione adottata a maggioranza dei componenti. I compiti attribuiti sono previsti dall'art. 3 *quater*, commi 3 e 4, del D.lgs. 502/92, e ss.mm.ii..

Il Comitato esprime parere obbligatorio sul programma delle attività distrettuali, proposto dal Direttore del Distretto e approvato dal Direttore Generale, di intesa con il Comitato stesso per la parte relativa alle attività socio-sanitarie.

Oltre a ciò, il Comitato verifica l'andamento delle attività del Distretto e formula osservazioni sull'organizzazione e sulla gestione dei servizi delle strutture distrettuali al Direttore Generale.

Art. 30 - Relazioni con le altre Aziende del Sistema Sanitario Regionale e con le Università.

L'Azienda per la realizzazione degli obiettivi della programmazione regionale garantisce la più ampia collaborazione con le Aziende del Servizio Sanitario Regionale (l'ARNAS G. Brotzu, le AOU di Cagliari e Sassari, l'AREUS e le AA.SS.LL.) al fine di supportare i processi



di integrazione volti allo sviluppo della rete assistenziale di attività di servizi sanitari efficaci ed efficienti, in modo coordinato e coerente.

L’Azienda inoltre assicura la collaborazione con le Aziende Ospedaliere-Universitarie e con le Università per favorire l’attività di ricerca e formazione (attività di ricerca, didattica, percorsi formativi e tirocini delle professioni sanitarie).

L’Azienda si avvale dei servizi tecnico-amministrativi prodotti dall’Azienda di servizi ARES in riferimento alle attività riservate alla stessa dalle disposizioni regionali.

APPROVAZIONE PRELIMINARE

TITOLO VI – NORME FINALI E TRANSITORIE

Art. 31 – Norme finali e di rinvio

Per quanto non espressamente previsto dal presente Atto di autonomia aziendale, si rinvia alle leggi nazionali vigenti in materia di Servizio Sanitario Nazionale e di Pubblico Impiego, alle Leggi Regionali vigenti di riordino del Servizio Sanitario Regionale, ai Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro della Sanità.

Per quanto attiene le strutture in transito verso altre Aziende, sulla base delle indicazioni dell'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale e dal doc. 16, si rileva che le seguenti strutture saranno allocate presso le Aziende individuate dai provvedimenti regionali:

- Ortopedia e microchirurgia ricostruttiva;
- Clinica Ortopedica;
- Unità spinale.

Si specifica inoltre che sono già ricomprese nel presente Atto le strutture in transito da altre Aziende:

- Centro per i disturbi pervasivi dello sviluppo;
- Diabetologia e malattie dismetaboliche.

