



**Giunta Regionale**  
**Direzione Generale Famiglia e**  
**solidarietà sociale**

Ai Direttori Generali delle  
Aziende Sanitarie Locali

**Il Direttore Generale**

Ai Direttori Sociali delle  
Aziende Sanitarie Locali

*Data: 31/07/2006*

Al Comune di Milano  
Servizi Socio Sanitari

*Protocollo: G1.2006.0012547*

p.c. Al Direttore Generale  
Dr. Carlo Lucchina  
DG Sanità  
Regione Lombardia

LORO SEDI

**Circolare n°. 23 del 31/07/2006**

**Circolare n°. 5 del 31/07/2006** della Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale

**Oggetto: primi indirizzi per i Piani di Organizzazione e Funzionamento Aziendali delle ASL**  
**Dipartimento ASSI – Anno 2006**

## **PREMESSA**

La presente circolare costituisce un documento anticipatorio delle linee guide in base alle quali dovranno essere sviluppati i Piani di Organizzazione e Funzionamento Aziendale. Essa si pone in linea di continuità con i precedenti provvedimenti regionali e, alla luce dell'attività di verifica condotta anche con il coinvolgimento dei Direttori Sociali delle ASL sui modelli organizzativi sviluppatisi dal 2003, intende fornire le prime indicazioni per la riorganizzazione dell'area socio sanitaria.

Obiettivo degli indirizzi e delle prossime linee guida è prioritariamente quello di individuare gli elementi che consentono di governare e presidiare in modo più efficace le funzioni afferenti all'Asl in particolare al Dipartimento ASSI, lasciando all'autonomia organizzativa della singola azienda individuare il modello più idoneo a rispondere alle funzioni richieste dalla regione; per questo motivo non verrà individuato il modello a cui le ASL dovranno rispondere, ma verranno indicate una serie di soluzioni possibili.

Di conseguenza, la verifica regionale si baserà sulla valutazione dell'adeguatezza del modello che ogni ASL individuerà a rispondere agli obiettivi regionali

Data questa premessa, appare opportuno richiamare i punti fermi da cui partire e che sono costituiti da una parte dal quadro normativo vigente, dall'altra dalle esperienze realizzate.

La legislazione regionale vigente, avente ad oggetto il riordino del servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali, è riconducibile alla **legge 31/1997** ed in particolare ai seguenti articoli:

- art 7: natura ed organi della ASL;
- art 8: organizzazione delle ASL relativa al Dipartimento per le attività socio-sanitaria integrate (ASSI);
- art. 9: il distretto;
- art. 10: il direttore amministrativo, il direttore sanitario, il direttore sociale ed i responsabili delle strutture.

La legge prevede, tra gli altri punti, l'adozione del **piano del organizzazione e del piano strategico** secondo precise modalità, disponendo che la Giunta definisca i principi per l'aggiornamento e l'integrazione dei piani delle Aziende.

Il regolamento n. 1 del 1999 riprende, poi, quanto previsto dall'art. 8, indicando l'articolazione funzionale ed organizzativa del Dipartimento ASSI.

La Regione, con Dgr. n. 14049 del 8 agosto 2003, ha emanato le **linee guida per l'adozione dei POFA**, fornendo principi e criteri per la riorganizzazione delle ASL, secondo quanto previsto dal PSSR 2002-2004. In particolare, tali linee hanno previsto per il Dipartimento ASSI la possibilità, nel primo triennio, di sperimentare nuovi e diversi modelli organizzativi per arrivare ad una revisione del modello di organizzazione e funzionamento.

I principali obiettivi strategici indicati dalle linee guida sono:

- rafforzamento delle funzioni di programmazione, acquisto e controllo (PAC) del sistema socio-sanitario;
- sperimentazione di forme di esternalizzazione graduale dei servizi e delle prestazioni;
- distinzione tra organi preposti alle funzioni di governo/controllo e organi preposti alle funzioni di produzione/erogazione delle prestazioni;
- attribuzione ad una struttura facente capo alla Direzione Sociale delle funzioni PAC e distrettualizzazione delle funzioni di produzione ed erogazione di servizi e prestazioni;
- potenziamento delle garanzie di informazione e di supporto ai cittadini per esercitare il diritto di libertà di scelta.

Gli obiettivi indicati derivavano dalle linee strategiche di un *welfare* lombardo:

- più leggero e con maggiore flessibilità dei servizi;
- più dinamico per il potenziamento della domiciliarità rispetto all'istituzionalizzazione;
- maggiormente sostenibile e con una crescita compatibile con le risorse economiche;

che ha comportato:

- la ridefinizione del ruolo delle ASL;
- la realizzazione di un nuovo sistema di accreditamento e di tariffazione;
- la revisione del sistema della residenzialità;
- lo sviluppo della domiciliarità;
- l'introduzione di nuovi strumenti di governance (ad es. i Piani di Zona od il Tavolo del III Settore);
- un nuovo sistema dei controlli.

Le ASL hanno provveduto ad emanare i Piani con differenti tipologie di organizzazione e la Giunta regionale li ha approvati tutti entro il maggio del 2004. Con l'emanazione dei POFA, le ASL hanno rivisto le funzioni e gli aspetti organizzativi e, in linea con gli obiettivi strategici definiti dalla citata Dgr, hanno iniziato un percorso di cambiamento ed innovazione.

Si è, infatti, introdotto un nuovo modello di governo delle reti del *welfare* sociosanitario e sociale, centrato sulle funzioni di regolazione, programmazione, coordinamento ed indirizzo, con la verifica dell'attuazione di tali funzioni sul territorio e nel quale il cittadino è visto come punto di riferimento di tutta l'organizzazione dei servizi.

In coerenza con i percorsi già attivati, il Programma Regionale di Sviluppo (PRS) dell'VIII legislatura evidenzia la necessità di portare a compimento il **processo di aziendalizzazione** delle ASL, tema ripreso nel DPEFR dove la regolazione dei rapporti tra i diversi partner del sistema sociosanitario e sociale trova risposta anche attraverso il completamento della **riorganizzazione dei Dipartimenti ASSI**.

Con Dgr. n. 1374 del 14 dicembre 2005, relativa alle "Regole di gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'anno 2006", le ASL devono predisporre un **documento programmatico** relativo alle politiche adottate anche in campo sociosanitario. La Giunta Regionale con Dgr n. 2592 del 24 maggio 2006 ha approvato la proposta di PSSR 2006-2008, da inviare al Consiglio regionale, prevedendo i **POFA** come **strumenti** per la concreta definizione dell'organizzazione e del funzionamento aziendale.

## **Il Ruolo delle ASL**

Il nuovo ruolo delle ASL, concentrato sul governo e la programmazione, deve essere rafforzato, prevedendo anche una riorganizzazione dopo una puntuale analisi e valutazione dell'organizzazione e delle funzioni fino ad ora individuate ed attuate. Tutto ciò deve considerare sia gli aspetti positivi da potenziare e consolidare, sia – e soprattutto - quelli critici da far emergere e risolvere.

Pertanto, in continuità con i precedenti indirizzi e in considerazione delle importanti modifiche introdotte nel sistema di *governance*, dei servizi alla persona dall'attuazione della legge 328/00, attraverso i PdZ, è necessario che vi sia un'evoluzione del sistema dei servizi sociosanitari e sociali, per arrivare alla piena realizzazione di un sistema di *welfare community* e per la concretizzazione dei principi di sussidiarietà e libera scelta.

Il primo atto che si impone è dunque una ridefinizione del ruolo delle ASL, ed in particolare dell'area socio-sanitaria, rispetto a tre funzioni fondamentali:

- la programmazione, l'acquisto e il controllo;
- la regolazione del sistema;
- l'antenna sui bisogni del territorio.

### **1. Programmazione, Acquisto e Controllo**

Già le linee guida del 2003 identificavano il Dipartimento PAC quale livello organizzativo a cui demandare le funzioni di programmazione, acquisto e controllo di tutte le prestazioni di assistenza specialistica. All'interno di un sistema che vede da una parte l'accento sulla pluralità di offerta in risposta ai bisogni, secondo meccanismi previsti dalle procedure di accreditamento, dall'altra il principio della libera scelta del cittadino nell'accesso ai servizi, la funzione PAC rappresenta uno dei punti cardini attraverso il quale l'ASL svolge la sua funzione principale di tutela della salute dei cittadini.

Le esperienze sinora maturate hanno mostrato alcune criticità che hanno messo in luce i punti di debolezza sui cui lavorare nei prossimi piani organizzativi, e in particolare:

- Il raccordo tra un dipartimento PAC dell'ASL ed una funzione PAC del dipartimento ASSI all'interno di un disegno programmatico complessivo;
- l'attività sociosanitaria svolta a livello distrettuale ed il coordinamento che la Direzione Sociale deve svolgere;
- la reale tutela del cittadino in un sistema caratterizzato dalla pluralità dell'offerta;
- il cambiamento dei ruoli e le nuove competenze richieste agli operatori.

Ne discende che nella definizione del modello organizzativo aziendale l'orientamento a promuovere e incrementare una funzione di programmazione acquisto e controllo dovrà tradursi in una articolazione organizzativa che sia in grado di assicurare:

- la **programmazione integrata** con gli altri soggetti ed all'interno della stessa ASL prevedendo uno stretto raccordo delle funzioni strategiche e trasversali legate alla programmazione, acquisto e controllo;
- il **controllo e il governo della domanda e dell'offerta** sanitaria e sociosanitaria, anche attraverso strumenti quali l'osservatorio epidemiologico, i flussi e i sistemi informativi; a questo livello si inseriscono le attività di autorizzazione e accreditamento considerate come strumenti di regolazione degli accessi del privato al sistema dell'offerta;
- la **contrattazione/acquisto di servizi e prestazioni**, attraverso meccanismi di negoziazione;
- adeguate **forme di controllo a tutela del cittadino**, attraverso il controllo dell'appropriatezza della qualità delle prestazioni erogate e della conformità delle strutture erogative, attraverso strumenti quali i sistemi di *internal auditing* e di *reporting*;
- lo sviluppo di **nuovi ruoli e competenze professionali** rispetto alla presa in carico del bisogno mediante funzioni di reale orientamento e consulenza che assicurino a tutti i cittadini pari opportunità di accesso al sistema sociosanitario, aiutandoli nell'analisi dei loro bisogni ed orientandoli nell'individuazione delle risposte adeguate.

Il dipartimento ASSI, che in questi anni ha sviluppato una cultura dell'integrazione dei bisogni in una logica di "rete", deve considerare la funzione PAC così come sopra identificata, in quanto opportunità per la *governance* del territorio e per la risposta ai bisogni del cittadino, nel pieno rispetto della sua libera scelta e della normativa vigente.

## **2. Funzioni di regolazione del sistema**

Nello scenario istituzionale che si è andata configurando negli ultimi anni e che si conferma anche nel presente, l'ASL, ed in particolare la Direzione Sociale, deve assumere sempre più un ruolo di governo del sistema dei servizi e della programmazione locale, partecipando attivamente anche alle scelte dei Comuni associati e facendosi promotore di strategie di razionalizzazione ed integrazione fra il sistema sanitario e sociale. In quest'ottica, si inserisce anche il raccordo, in forma stabile e continuativa, con le rappresentanze locali del Terzo Settore.

Questo ruolo di "regia" deve avvenire in un quadro nel quale l'ASL assume funzioni di regolazione del sistema attraverso:

- la **programmazione, la progettazione e la realizzazione** della rete dei servizi sociosanitari, attraverso lo strumento dell'accredimento;
- la **collaborazione con i comuni nella programmazione** della rete locale dei servizi sociali. Una funzione specifica della Direzione Sociale è quella di promuovere ogni forma di azione volta a garantire ai cittadini fragili la continuità assistenziale che va dal sistema sociale a quello sanitario e viceversa; perché questo sia possibile è necessario che anche i livelli distrettuali, oltre ai compiti gestionali, assumano capacità di programmazione locale. E' in base a tale principio che vanno lette anche le funzioni attribuite dalla l.r. 31/97 alla Conferenza dei Sindaci e dell'Assemblea dei Sindaci, la scelta della Regione Lombardia di far coincidere gli ambiti dei Piani di Zona con l'ambito distrettuale e la Manifestazione d'Intesa da parte dell'ASL ai Piani di Zona quale strumento di verifica di coerenza dei PdZ con la programmazione regionale e con la programmazione di distretto;
- l'esercizio delle funzioni di **vigilanza e controllo** relativamente alla rete sociosanitaria così come esplicitato nelle funzioni di PAC.

Il ruolo di regolazione del sistema è uno dei nodi critici del sistema di *welfare community* e, affinché l'ASL e la Direzione Sociale e il Dipartimento ASSI possano svolgere incisivamente tale funzione, occorre attivare azioni di relazione e coordinamento rispetto ai soggetti esterni (in particolare i Comuni) e alle articolazioni interne (in primis i Distretti, che si caratterizzano come "area sistema")

e “area della produzione”, interfaccia degli Uffici di Piano e luogo della programmazione integrata dei servizi); inoltre, è necessario gestire una posizione di equilibrio tra il rispetto delle competenze proprie di ogni soggetto e la “regia” complessiva del sistema.

### **3. Antenna rispetto ai bisogni del territorio**

Le funzioni di PAC, regia, regolazione del sistema, delle prestazioni e le eventuali funzioni di erogazione diretta all'interno di un sistema di “libera scelta”, richiedono che l'ASL sappia leggere i bisogni del territorio, arrivando ad attivare un circuito informativo a tutti i livelli di programmazione (locale, zonale e regionale) affinché la programmazione sia sempre più vicina alle realtà territoriali.

Identificare l'ASL come “antenna” dei bisogni del territorio è possibile e perseguibile se si utilizzeranno metodi e strumenti compatibili con:

- il **coinvolgimento** di soggetti e “**portatori di interessi**” nei processi di definizione delle politiche programmatiche e di verifica e valutazione;
- la gestione dei **flussi** e dei **sistemi informativi** capaci di tradurre i “dati” in “informazioni”;
- l'individuazione di **indicatori** in grado di rappresentare i fenomeni del territorio e le modalità di risposta attivate, fornendo strumenti di anticipazione delle emergenze.

La capacità di andare oltre i confini aziendali per interagire con il territorio individuandone esigenze e risorse è un'altra caratteristica che l'ASL deve saper sviluppare per poter effettivamente esercitare il ruolo di antenna del mutamento sociale, costruendo, attraverso meccanismi partecipativi, un modello di sviluppo "sostenibile" rispetto ai bisogni della persona. Perché questo ruolo sia effettivamente ricompreso nelle funzioni aziendali, occorre che siano presenti, sviluppate e sostenute le attività relative a:

- processi di relazione e di comunicazione indispensabili per la mobilitazione del capitale sociale;
- analisi della domanda socio-sanitaria e socio-assistenziale;
- sviluppo analisi epidemiologiche;
- costruzione indicatori sensibili e finalizzati alla programmazione.

Da quanto sopra indicato si evince che il ruolo delle ASL, identificate sempre più come realtà territoriali di programmazione e di verifica attente alla qualità e alla soddisfazione dei bisogni, richiede come premessa indispensabile la strutturazione di modelli organizzativi che da un lato siano orientati alla funzione PAC in modo sempre più esplicito e dall'altro che ben evidenzino che è indispensabile investire su competenze del personale differenti da quelle necessarie per la erogazione diretta delle prestazioni. Ciò necessita da un lato della esplicitazione delle conoscenze e delle capacità necessarie e dall'altro la messa a punto di un piano di formazione finalizzato alla piena realizzazione della funzione PAC.

### **Obiettivi aziendali**

Alla luce del ruolo identificato delle ASL e in continuità con le precedenti linee guida e con il completamento del sistema di *welfare* in atto, le ASL sono chiamate a valorizzare e rafforzare alcuni aspetti importanti della loro organizzazione e delle loro attività. In particolare:

- **costruzione e realizzazione di Piani aziendali in linea con gli obiettivi strategici della Regione** perseguendo una maggiore dinamicità e flessibilità organizzativa e attivando maggiori e sempre più consolidate connessioni con le altre ASL e con il territorio; a tal fine è opportuno porre in atto processi di partecipazione allargata in cui gli interventi progettati dovranno realizzarsi secondo una politica di costante condivisione con gli attori locali;
- **completamento e rafforzamento delle funzioni PAC del sistema socio-sanitario** attraverso:

- l'introduzione del sistema di remunerazione per budget;
  - l'ampliamento dell'accreditamento anche con il governo del sistema delle relazioni e dei rapporti;
  - l'individuazione di indicatori condivisi per la rappresentazione dell'evoluzione del sistema istituzionale e delle relazioni verso l'esterno;
  - il potenziamento della formazione e l'accompagnamento degli attori del sistema all'interno del più ampio percorso di riorganizzazione intrapreso;
- **perseguimento della separazione delle funzioni di governo/programmazione dalle funzioni di produzione/erogazione dei servizi e delle prestazioni** individuando nei distretti il luogo della produzione e attivando sinergie e raccordi trasversali tra dipartimenti e distretti funzionali al conseguimento degli obiettivi regionali all'interno del sistema di *welfare* lombardo;
  - **sviluppo del processo di esternalizzazione dei servizi e delle prestazioni** considerando le potenzialità effettive presenti sul territorio e valorizzando il patrimonio delle risorse umane, professionali e gestionali; tale processo deve essere necessariamente governato attraverso la valutazione della qualità e dell'appropriatezza dei servizi e delle prestazioni rese;
  - **potenziamento dell'informazione e dell'orientamento al cittadino** garantendo appieno la libera scelta del cittadino e rafforzando il rapporto fiduciario e trasparente che lega l'ASL al territorio di cui è parte, anche attraverso lo sviluppo di specifiche funzioni di *case management*.

## Proposte di organizzazione

L'esperienza acquisita in questi anni e la necessità di promuovere efficaci cambiamenti organizzativi, non consigliano di individuare un unico e rigido modello organizzativo e operativo. L'autonomia della ASL, le esperienze che ciascuna azienda ha maturato, così come le difficoltà e differenze riscontrate, devono essere bene considerate nel momento della progettazione organizzativa. Occorre valutare alcuni elementi caratterizzanti del modello organizzativo, ma le singole scelte devono tenere conto delle specificità di ciascuna azienda.

Tra gli elementi da considerare al fine della progettazione organizzativa dell'area socio sanitaria della ASL occorre valutare il tema della differenziazione organizzativa e il tema della integrazione.

E' necessario che la riprogettazione organizzativa:

- identifichi modalità di differenziazione che sappiano anche valorizzare le competenze professionali, promuovere la capacità di risposta ai bisogni, la focalizzazione sull'analisi di natura epidemiologica. E' opportuno valutare la creazione di unità organizzative che abbiano competenze distintive, in grado di divenire punto di riferimento per la erogazione delle prestazioni.
- valuti attentamente i processi di integrazione anche attraverso una forte attenzione alle caratteristiche della azienda sanitaria locale, alla presenza di esperienze già in atto, alla presenza di professionalità in grado di sviluppare un' azione verso gli obiettivi. E' cioè necessario non duplicare le funzioni e i compiti, ma individuare le corrette modalità per realizzare un coordinamento fattivo coinvolgendo positivamente le esperienze di successo già presenti. E' poi indispensabile sviluppare un' azione forte e attenta ad integrarsi con gli altri dipartimenti della azienda sanitaria locale e, in particolare, con il dipartimento PAC. Inoltre, sia i processi di integrazione che quelli di differenziazione, non si realizzano soltanto con la definizione della struttura organizzativa, ma anche attraverso l'approntamento di adeguati meccanismi operativi, progettazione di procedure, di piani di azione, di sistemi di valutazione e così via.

In questa direzione appare indispensabile non solo l'individuazione delle unità organizzative, delle relazioni gerarchiche tra queste e delle relazioni funzionali, ma anche la rivisitazione delle procedure operative, dei piani di azione, dei sistemi di programmazione e valutazione per favorire specializzazione e coordinamento.

Risulta altresì necessario operare per **valorizzare professionalità**, investendo sulla formazione e sulla capacità di apprendere degli operatori, permettendo, così, di dotarsi di una organizzazione, all'interno dei vincoli oggi, che presenti una coerenza tra gli obiettivi che persegue e le professionalità presenti. Un buon piano di riorganizzazione non può non essere accompagnato ad un coerente piano di formazione e tutoraggio degli operatori.

Tenendo in considerazione quanto detto, al fine di conseguire gli obiettivi indicati appaiono validi vari **modi organizzativi e diverse strutture organizzative**. In via generale la riorganizzazione deve soddisfare almeno i seguenti elementi caratterizzanti:

- deve essere ben delineata una funzione di **programmazione**, che sappia essere attenta ai bisogni e sia in grado di coinvolgere in modo opportuno gli erogatori, i soggetti istituzionale e tutti gli altri soggetti portatori di bisogni e di capacità di offerta;
- sappia sviluppare, in maniera forte una azione di **acquisto** delle prestazioni in un contesto dove molte attività sono budgettizzate su indicazione regionale, sappia cioè comprendere le specificità degli erogatori, valorizzare le loro distintive capacità, definire modalità di integrazione dell'offerta, indirizzare i processi di erogazione delle prestazioni, ecc.;
- oltre alla vigilanza, sviluppi un vero e proprio sistema di **controllo** particolarmente rivolto alla qualità delle prestazioni, alla soddisfazione degli utenti sempre considerando le specificità degli erogatori;
- coordini in modo efficiente le residuali **attività produttive** al fine di migliorare le performance qualitative e quantitative.

Queste funzioni non sono necessariamente unità organizzative, ma devono trovare un adeguato contenuto organizzativo e devono essere specificamente chiarite le attribuzioni e le responsabilità a ciascuna unità organizzativa delle funzioni qui delineate.

Con riferimento alle **relazioni gerarchiche** occorre poi considerare la necessità:

- che le funzioni di acquisto e controllo socio sanitarie siano coordinate con le funzioni di programmazione e controllo del dipartimento PAC aziendale;
- che le funzioni di acquisto e quelle di vigilanza e controllo siano svolte in integrazione;
- di evitare che le funzioni di acquisto e controllo e le funzioni di coordinamento della produzione siano tra loro gerarchicamente dipendenti;
- di evitare che la programmazione sanitaria e le funzioni di coordinamento della produzione siano gerarchicamente dipendenti;
- che la programmazione socio sanitaria e la programmazione della ASL siano fortemente integrate

E' conseguentemente importante sviluppare oltre a un organigramma coerente con queste indicazioni anche **meccanismi operativi** che rafforzino queste indicazioni e in particolare:

- politiche e procedure aziendali che definiscano specificamente le modalità di erogazione diretta delle prestazioni, sicuramente al fine di garantire i requisiti dell'accreditamento, ma anche per migliorare la qualità delle erogazioni;
- politiche e procedure aziendali di acquisto delle prestazioni al fine di valutare le modalità contrattualizzate.
- Modalità che permettano di coordinare il processo di programmazione a livello aziendale

## **I ruoli organizzativi**

Particolare rilevanza assumono alcuni ruoli organizzativi che andranno a delinarsi all'interno della riorganizzazione ed in particolare:

- il direttore sociale
- la responsabilità della funzione acquisto e controllo
- la responsabilità nella erogazione delle prestazioni

### **1. Il direttore sociale**

Ovviamente le attribuzioni normative del direttore sociale sono invariate. E', invece, necessario ben focalizzare il suo ruolo all'interno della direzione strategica dell'ASL, così che sia evidente il ruolo di supporto a tutti i processi strategici: non vi è dubbio che la prima integrazione per realizzare qualità e servizi efficaci avviene a quel livello. Occorre poi insistere sul ruolo di coordinamento a livello territoriale rivolto all'area socio sanitaria e socio assistenziale, che si può riassumere nei termini di promozione, coordinamento e sviluppo.

In particolare si sofferma l'attenzione su questi aspetti:

- **promozione:** favorire innovazione, rapporto con non profit, promuovere la capacità di risposta;
- **coordinamento:** individuare modalità di azione che favoriscono coordinamento a livello territoriale e tra i soggetti erogatori (valutazione per migliorare);
- **sviluppo:** sperimentare ed incentivare nuove modalità per erogare i servizi, progettare innovazione, ecc.;

Tali funzioni devono essere svolte attraverso un adeguato staff di personale che sia in grado, da un lato di promuovere la programmazione sociosanitaria e, dall'altro di favorire il coordinamento nei piani di zona.

### **2. La responsabilità della funzione di acquisto e controllo**

Come già specificato occorre sviluppare una importante azione di coordinamento in questa area. Il responsabile ha perciò ampie funzioni che fanno riferimento a:

- **Budget:** negoziare (laddove possibile) il budget e valutare l'andamento delle attività rispetto al bisogno ed alle priorità;
- **Acquisto:** formulare i contratti rispettando impegni regionali e volontà di innovazione; anche nella esperienza sanitaria si è messo in luce il ruolo fondamentale dei contratti per il processo di cambiamento ed, in particolare, per l'integrazione con gli altri servizi (continuità assistenziale) e il miglioramento della qualità del servizio;
- **Controllo:** verificare periodicamente i volumi e la qualità del servizio, oltre alle attività di vigilanza.

### **3. La responsabilità nella erogazione delle prestazioni**

Il responsabile della erogazione delle prestazioni deve, innanzitutto, sviluppare un forte orientamento al servizio, cioè una particolare attenzione non solo ai contenuti tecnici della prestazione, ma anche all'utente e ai suoi specifici bisogni. In particolare il responsabile del servizio deve essere in grado di:

- governare i **meccanismi operativi** di erogazione del servizio, sia tecnici che relazionali;
- valutare gli **impatti sui bisogni espressi**;
- valutare in modo costante la **soddisfazione dell'utente**;
- promuovere in modo sistematico le **capacità e le competenze degli operatori**.

## Contenuti del progetto di riorganizzazione

Il progetto di riorganizzazione deve contenere, anche se non necessariamente approvati, i seguenti specifici aspetti:

1. le **responsabilità degli operatori**, definite in job description, personalizzate per i dirigenti e per famiglie professionali per gli altri operatori. Le job description saranno coerenti con il nuovo assetto organizzativo;
2. un **piano** per la **dotazione organica** dell'ASL per quanto attiene all'area socio sanitaria. Il piano contiene il numero, il tipo e le qualifiche richieste del personale, i criteri per l'assegnazione e la riassegnazione del personale alle unità operative e la possibilità di trasferimento delle responsabilità da un soggetto ad un altro, fermo restando gli attuali limiti indicata dalla normativa nazionale, regionale e dai conseguenti atti di indirizzo;
3. il **piano di formazione** del personale per il primo anno e i meccanismi per la riformulazione del piano medesimo

## Tempi di realizzazione

Considerato che il documento di organizzazione deve corrispondere ad un reale processo di riorganizzazione aziendale che consenta di raggiungere gli obiettivi in termini di effettivo cambiamento e riorientamento delle funzioni aziendali, i tempi di realizzazione della progettazione, processo che iniziato già nel mese di marzo 2006, sono i seguenti:

1. definizione della struttura organizzativa, dei contenuti dei ruoli organizzativi, delle relazioni gerarchiche e delle principali relazioni funzionali, entro il 30 ottobre;
2. definizione delle procedure di budget, acquisto e controllo dei servizi, entro il 30 novembre.
3. definizione di altre procedure aziendali (programmazione, valutazione, monitoraggio, ecc. ) entro il 30 novembre.

Le ASL, entro il 30 ottobre, delibereranno la riorganizzazione, che verrà inizialmente valutata dalle D.G. Famiglia. Tale riorganizzazione, eventualmente modificata ed integrata, sarà approvata dalla Giunta solo dopo l'emanazione della d.g.r. relativa alle linee guida, nell'ottica di dare attuazione concreta al percorso svolto.

IL DIRETTORE GENERALE  
(Umberto Fazzone)

Responsabile del procedimento  
(Cristina Colombo)