



Azienda Sanitaria Universitaria Integrata del Trentino

Atto aziendale

Azienda sanitaria universitaria integrata del Trentino
Via Degasperi 79 • 38123 • Trento
www.asuit.tn.it

ATTO AZIENDALE

INDICE

CAPO I. L’Azienda Sanitaria Universitaria Integrata del Trentino.....	1
Premessa.....	1
Art. 1. Elementi identificativi e caratterizzanti.....	1
Art. 2. Patrimonio.....	2
Art. 3. Principi, missione e valori.....	2
Art. 4. Fondamenti della cultura organizzativa in ASUIT.....	4
CAPO II. I Sistemi di gestione.....	7
Art. 5. Il Sistema di Pianificazione e Programmazione.....	7
Art. 6. Il Sistema di gestione economico-finanziaria e patrimoniale e di rendicontazione.....	8
Art. 7. Il Sistema di monitoraggio dei dati e di misurazione della Performance.....	8
Art. 8. Il Sistema dei Controlli.....	9
Art. 9. I Sistemi di gestione del Personale.....	10
Art. 10. Il Sistema di gestione della Salute e sicurezza delle lavoratrici e dei lavoratori.....	11
Art. 11. Il Sistema di gestione della Qualità.....	12
Art. 12. Il Sistema di gestione della Sicurezza delle cure.....	13
Art. 13. Il Sistema di gestione della Protezione dei dati personali e della Cybersicurezza.....	14
Art. 14. Il sistema di gestione della trasformazione digitale.....	15
Art. 15. Il Sistema di gestione delle Tecnologie sanitarie.....	15
Art. 16. Il Sistema di comunicazione interna ed esterna.....	16
CAPO III. Gestione e sviluppo delle attività di ricerca e supporto alla didattica.....	17
Art. 17. Obiettivi strategici della ricerca.....	17
Art. 18. Il/La Responsabile Scientifico/a.....	17
Art. 19. Modello organizzativo e coordinamento del supporto alla ricerca sanitaria clinica e organizzativa.....	18
Art. 20. Attività di supporto alla didattica.....	19
Art. 21. Coinvolgimento del Personale e Promozione della ricerca e del supporto alla didattica	19
Art. 22. Gestione di Infrastrutture, risorse e dati.....	20
CAPO IV. Rapporti istituzionali.....	20
Art. 23. Rapporti con l’Università di Trento.....	20
Art. 24. Rapporti con le Istituzioni e gli altri soggetti del Servizio Sanitario Provinciale.....	21
Art. 25. Rapporti con le Rappresentanze delle lavoratrici e dei lavoratori e delle professioni	22
Art. 26. Rapporti con la società e la cittadinanza.....	22
CAPO V. Organi Aziendali.....	22
Art. 27. Organi Aziendali.....	23
Art. 28. Il/La Direttore/Direttrice Generale.....	23
Art. 29. Il Consiglio di Direzione.....	24
Art. 30. Il Collegio Sindacale.....	28
Art. 31. Il Collegio per il governo clinico.....	28

Art. 32. Il Comitato di Indirizzo.....	29
CAPO VI. Organismi Aziendali.....	30
Art. 33. Organismi Aziendali.....	30
Art. 34. La Commissione mista conciliativa.....	30
Art. 35. Il Nucleo di valutazione.....	31
Art. 36. Il Collegio tecnico.....	31
Art. 37. Il Comitato dei Garanti.....	32
Art. 38. Il Comitato Unico di Garanzia.....	32
Art. 39. Il Comitato Valutazione Sinistri.....	32
Art. 40. Il Comitato etico per la pratica clinica.....	33
CAPO VII. Il modello organizzativo aziendale.....	33
Art. 41. Fondamenti del modello organizzativo aziendale.....	33
Art. 42. Le Articolazioni organizzative fondamentali.....	35
Art. 43. Il Dipartimento di Prevenzione.....	37
Art. 44. I Distretti.....	37
Art. 45. Il Servizio Ospedaliero Provinciale.....	38
Art. 46. I Dipartimenti assistenziali e i Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI).....	38
Art. 47. Le Strutture Abilitanti.....	42
a. Il Dipartimento di Governance.....	42
b. I Dipartimenti tecnico-amministrativi.....	43
c. Strutture abilitanti di Staff al Consiglio di direzione.....	44
Art. 48. I meccanismi di integrazione e coordinamento.....	44
a. il Coordinamento della Sanità Territoriale.....	46
b. Il Comitato Direttivo.....	47
c. Le Reti Cliniche.....	47
d. Le Reti Professionali Locali e i Tavoli di sviluppo della Salute e Benessere di Comunità.....	48
CAPO VIII. Norme transitorie.....	49
Art. 49. Norme transitorie.....	49

CAPO I. L'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata del Trentino

Premessa

1. Il presente Atto aziendale (di seguito "atto") disciplina l'**organizzazione** e il **funzionamento** dell'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata del Trentino (di seguito "Azienda" o "ASUIT"), definendone articolazioni, livelli di responsabilità, strategie e strumenti di coordinamento e integrazione, funzioni e attività di governo e modalità di partecipazione ad esse degli operatori. L'Atto definisce, inoltre, la cornice organizzativa delle attività integrate con l'Università di Trento (di seguito "UniTrento"), nel rispetto degli strumenti di raccordo e delle intese previste dalla normativa vigente.
2. L'Atto è **adottato** dal/dalla Direttore/Direttrice generale, sentito il parere del Consiglio di direzione e del Collegio per il governo clinico e **trasmesso** alla Provincia. Per la parte relativa ai Dipartimenti ad Attività Integrata (di seguito DAI) e alle strutture complesse che li compongono, l'atto è adottato d'intesa con il/la Rettore/Rettrice. Ai sensi del "Protocollo di intesa tra la Provincia autonoma di Trento e l'Università di Trento per lo svolgimento delle attività assistenziali, didattiche e di ricerca", di data 30/01/2026, al fine dell'acquisizione dell'intesa, il/la Direttore/Direttrice generale dell'Azienda trasmette al/alla Rettore/Rettrice di UniTrento la proposta di atto aziendale per la parte relativa ai DAI e alle strutture complesse a direzione universitaria che li compongono. In caso di mancata intesa, la proposta di atto aziendale è discussa dal Comitato di coordinamento, al fine del raggiungimento dell'intesa medesima.

Art. 1. Elementi identificativi e caratterizzanti

1. L'Azienda Universitaria Integrata del Trentino è **istituita** con legge provinciale 9 dicembre 2025, n. 8 - che ha modificato la legge provinciale 23 luglio 2010, n. 16 "Tutela della salute in provincia di Trento" (di seguito "l.p. 16/2010") - e nasce dalla trasformazione dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari ("APSS") istituita con legge provinciale 1° aprile 1993 n. 10.
2. ASUIT:
 - a. è dotata di **personalità giuridica** di diritto pubblico e di **autonomia** imprenditoriale, organizzativa, amministrativa, patrimoniale, finanziaria e tecnica;
 - b. è un **ente strumentale** della Provincia Autonoma di Trento (di seguito PAT);
 - c. è preposta alla **gestione coordinata delle attività sanitarie e socio-sanitarie** per l'intero territorio provinciale, sulla base di quanto definito dalla programmazione provinciale, nonché dagli indirizzi e dalle disposizioni della Giunta provinciale (art. 27, comma 2, della l.p. 16/2010);
 - d. garantisce lo svolgimento in modalità integrata di attività assistenziali, didattiche e di ricerca necessarie a consentire l'espletamento delle funzioni istituzionali dell'Università di Trento, di seguito denominata "**attività integrata**".



3. La **sede legale** di ASUIT è a Trento, in Via Degasperi n. 79 e l'ambito territoriale ~~di interesse~~ coincide con il territorio della provincia di Trento.
4. L'**identità visiva** di ASUIT è regolata dal "Manuale di immagine coordinata". Il logo ufficiale simboleggia l'integrazione tra la componente sanitaria e la componente accademica. La sua forma deriva da una composizione modulare che fonde, in una croce, i simboli e i colori presenti negli stemmi degli Enti costitutivi (fuoco e sole dell'Università di Trento, aquila della Provincia Autonoma di Trento e croce dell'Azienda sanitaria). Il logo è così rappresentato:



5. Il sito web istituzionale dell'Azienda è il seguente: www.asuit.tn.it

Art. 2. Patrimonio

1. Il **patrimonio** di ASUIT è costituito da tutti i beni, materiali e immateriali, che concorrono allo svolgimento delle attività aziendali e al perseguimento delle sue finalità istituzionali, ivi compresi eventuali beni messi a disposizione a titolo gratuito da UniTrento. La gestione patrimoniale dei beni immobili e mobili dell'Azienda è disciplinata dall'art. 41 della l.p. 16/2020. Eventuali trasferimenti o messa a disposizione a titolo gratuito di beni immobili di proprietà di UniTrento sono assoggettati a preventiva autorizzazione del/della Rettore/Rettrice e disciplinati con appositi atti di intesa.
2. Il **valore economico** complessivo di ASUIT è determinato dal valore del *capitale finanziario* e da quello del *capitale intellettuale*, costituito quest'ultimo dalle risorse umane rappresentate dal personale dipendente (aziendale e universitario) e convenzionato, dal *capitale strutturale*, e cioè le strutture fisiche e tecnologiche, le conoscenze e la cultura organizzativa, e dal *capitale relazionale*, inerente alle relazioni tra ASUIT e tutte le parti interessate al funzionamento del Servizio Sanitario Provinciale (di seguito SSP), quali cittadini, istituzioni, partner, fornitori, associazioni di volontariato.

Art. 3. Principi, missione e valori

1. ASUIT crea **valore pubblico** promuovendo e tutelando la salute delle cittadine e dei cittadini, sia in forma individuale che collettiva, garantendo i servizi e le attività comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza (di seguito LEA) definiti dalla normativa nazionale, a favore degli iscritti al Servizio Sanitario Nazionale (di seguito SSN) e in quelli aggiuntivi, previsti dalla normativa provinciale, a favore delle iscritte e degli iscritti al SSP residenti nella provincia di Trento.
2. ASUIT esercita funzioni e attività di **assistenza** (promozione della salute, prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione, palliazione), di **ricerca** biomedica e sanitaria, di formazione e di sostegno e ausilio alla **didattica**, in stretta integrazione con l'Università di Trento e in

coordinamento con le istituzioni del territorio. ASUIT si configura come luogo privilegiato per lo sviluppo integrato di assistenza, didattica e ricerca per il miglioramento della tutela della salute pubblica, lo svolgimento di attività didattica per la formazione e la crescita qualitativa dei/delle specializzandi/e, nonché dei/delle professionisti/e sanitari/e, lo sviluppo dell'innovazione organizzativa e tecnologica del servizio sanitario provinciale e il potenziamento della ricerca sanitaria, biomedica e medico-clinica necessarie a consentire l'espletamento delle funzioni istituzionali di UniTrento, di seguito denominata attività integrata.

3. ASUIT si ispira ai **principi** definiti dall'art. 2, comma 3, della l.p. 16/2010 e ss.mm.:
 - a) universalità, equità e solidarietà;
 - b) dignità e libertà della persona;
 - c) centralità del cittadino, titolare del diritto alla salute;
 - d) uguaglianza sostanziale e accessibilità ai servizi su tutto il territorio provinciale;
 - e) continuità assistenziale e approccio unitario ai bisogni di salute secondo criteri di appropriatezza, efficacia e sicurezza;
 - e bis) promozione della formazione, della ricerca, dell'innovazione e della sperimentazione sanitaria;
 - f) promozione e valorizzazione della partecipazione degli enti locali, delle associazioni sociali e sindacali, dei cittadini, dei pazienti e degli operatori sanitari al servizio sanitario provinciale;
 - g) economicità, efficienza gestionale e responsabilizzazione del cittadino.

4. ASUIT traduce i principi sopra indicati all'interno delle azioni di governo ad ogni livello o articolazione, orientando la produzione di servizi alle cittadini e ai cittadini al rispetto dei seguenti **valori**:
 - a) **Universalità e uguaglianza:** ASUIT si impegna ad azzerare qualsiasi forma di discriminazione, sia essa basata su genere, età, origine etnica, religione, disabilità, orientamento sessuale o condizione socio-economica, perseguendo le pari opportunità di accesso alle cure per tutta la cittadinanza.

 - b) **Accessibilità e continuità delle cure:** ASUIT persegue la semplificazione dell'accesso ai servizi e la modulazione del linguaggio in base all'*health literacy* dell'utenza. Mira a garantire, compatibilmente con la sostenibilità economica ed organizzativa, la maggior prossimità possibile dei servizi alle/ai pazienti e alle loro famiglie e una distribuzione quanto più omogenea possibile dei servizi di primo accesso sull'intero territorio provinciale. ASUIT persegue, inoltre, la continuità e chiarezza dei percorsi di cura, in particolare per persone con condizioni di fragilità e di malattie croniche e degenerative.

 - c) **Diritto di scelta, libertà e sostenibilità:** ASUIT riconosce la centralità delle legittime esigenze e aspettative della cittadinanza e tutela la libertà personale di scegliere il servizio che meglio risponda alle esigenze, compatibilmente con la sostenibilità economica ed organizzativa delle scelte effettuate, promuovendo anche la responsabilizzazione della popolazione nell'utilizzo dei servizi erogati grazie al finanziamento pubblico.

- d) **Cure centrate sulla persona e sulla famiglia, alleanza terapeutica:** nell'erogazione dell'assistenza, i/le professionisti/e sanitari/e si ispirano ai principi delle cure centrate sulla persona e sulla famiglia. In particolare, essi ascoltano e rispettano le prospettive e le scelte, comunicano in modo chiaro per favorire la partecipazione efficace alle cure e alle attività di ricerca, costruiscono alleanza terapeutica per rendere quanto più possibile l'utente principale protagonista della propria salute, riconoscono la centralità del rapporto personale e di fiducia tra cittadino/a e professionisti/e come elemento fondante della relazione di cura. Sviluppano, inoltre, percorsi di cura ispirati a strategie di medicina personalizzata, come la medicina di genere e la medicina di precisione, compatibili con la normativa vigente e la sostenibilità economica ed organizzativa.
- e) **One Health, promozione della salute e prevenzione:** ASUIT adotta un approccio integrato e unificante che mira a equilibrare e ottimizzare in modo sostenibile la salute delle persone, degli animali e degli ecosistemi. ASUIT persegue, inoltre, la promozione della salute in tutte le occasioni di contatto con i/le cittadini/e, in contesti ospedalieri, distrettuali così come in tutti i contesti di vita della Persona come il mondo del lavoro, della scuola e del tempo libero. In tale prospettiva, ASUIT riconosce la prevenzione come funzione strategica trasversale ai diversi livelli di assistenza, da integrare sistematicamente nella pianificazione aziendale, nelle scelte allocative, nei percorsi clinico-assistenziali e nei sistemi di valutazione degli esiti.
- f) **Partecipazione e accountability:** ASUIT riconosce nell'ascolto e nel coinvolgimento dei/delle cittadini/e, sia come singoli/e che in forma associativa, una componente fondamentale per il miglioramento continuo dei servizi, sostenendo la loro inclusione nei processi di determinazione delle politiche e dei cambiamenti di carattere strutturale e organizzativo che introducono nuovi modelli di erogazione delle cure. Il Bilancio di Missione e tutti i canali di comunicazione istituzionale sono strumenti essenziali per far conoscere a cittadini/e e stakeholder il grado di raggiungimento degli obiettivi di salute perseguiti da ASUIT, i risultati della ricerca scientifica prodotta e le innovazioni cliniche e organizzative adottate.

Art. 4. Fondamenti della cultura organizzativa in ASUIT

1. ASUIT è costituita da una rete di persone che, attraverso l'integrazione di ruoli, competenze, strutture e tecnologie, mirano a raggiungere e soddisfare le aspettative delle parti interessate al più elevato livello.
2. Affinché il modello organizzativo riesca a perseguire la missione e i valori sopra esplicitati, ASUIT adotta i seguenti **approcci di funzionamento interno:**
 - a. **Governance diffusa e partecipativa:** ASUIT adotta un sistema di governance che connette in modo unitario i processi-assicurando la chiara definizione degli obiettivi, la responsabilizzazione diffusa, anche attraverso sistemi espliciti di attribuzione di competenze e di responsabilità e il coinvolgimento strutturato dei/delle professionisti/e nelle decisioni a tutti i livelli dell'organizzazione.
 - b. **Qualità, miglioramento continuo, appropriatezza e integrazione:** ASUIT adotta un

sistema di gestione per la qualità che integra a tutti i livelli organizzativi principi, strumenti organizzativi e pratiche professionali per garantire l'appropriatezza e il valore delle cure per i/le cittadini/e. In ASUIT la qualità è intesa come componente intrinseca del lavoro quotidiano di tutte le strutture e di tutti/e i/le professionisti/e, finalizzata a trasformare la cultura organizzativa in senso proattivo, allo scopo di soddisfare al più alto livello possibile le esigenze e le aspettative della cittadinanza e degli stakeholder. A tal fine attua strategie di governance finalizzate ad una periodica e strutturata analisi dei bisogni e dei risultati di salute nella popolazione, alla rivalutazione dei modelli assistenziali, alla promozione della diffusione di buone pratiche, alla responsabilizzazione sul perseguimento di risultati di eccellenza, anche attraverso l'ascolto dei/delle professionisti/e e della cittadinanza nonché il confronto sistematico con altre organizzazioni e sistemi sanitari, sociosanitari e sociali, anche attraverso l'adesione ad accreditamenti volontari di eccellenza.

- c. **Rischio clinico e sicurezza delle cure:** ASUIT adotta un approccio sistemico e partecipativo volto non solo a mitigare i rischi noti ma anche ad anticipare e gestire i rischi emergenti, trasformando le criticità in opportunità di miglioramento continuo della performance aziendale e della patient experience. A tal fine, adotta un sistema di gestione del rischio (risk management) inteso come processo metodico e proattivo volto all'identificazione, analisi, valutazione, trattamento e monitoraggio dei rischi che possono compromettere la qualità e la sicurezza dell'assistenza; persegue la promozione e il consolidamento di una cultura della sicurezza diffusa e partecipata a tutti i livelli dell'organizzazione, fondata sulla consapevolezza dei potenziali pericoli e sull'adozione di pratiche basate sulle migliori evidenze scientifiche.
- d. **Salute e sicurezza delle lavoratrici, dei lavoratori e degli ambienti:** ASUIT persegue l'integrazione della tutela della salute, della sicurezza e del benessere dei/delle propri/e professionisti/e in ogni aspetto della gestione aziendale riconoscendoli/e come valori strategici per il successo, l'efficienza e la qualità dei servizi erogati. A tal fine: adotta un sistema strutturato per la gestione della sicurezza dei/delle lavoratori/lavoratrici basato su una pluralità di parti datoriali, sulla capillarità e diffusione delle responsabilità e sul coinvolgimento attivo dei/delle lavoratori/lavoratrici e dei/delle loro rappresentanti per la sicurezza; promuove iniziative volte a creare ambienti di lavoro positivi, inclusivi e supportivi quali quelle orientate a un migliore equilibrio tra vita professionale e privata, al contrasto dello stress lavoro-correlato, al miglioramento della comunicazione interna e alla risoluzione tempestiva e costruttiva dei conflitti.
- e. **Valorizzazione dei/delle professionisti/e:** ASUIT riconosce la centralità della persona, considerando il capitale umano e l'insieme delle sue competenze come elementi fondamentali per l'eccellenza, la sostenibilità e l'evoluzione del sistema salute. A tal fine adotta strategie per promuovere la crescita professionale e il miglioramento continuo delle competenze anche attraverso politiche anche innovative di sviluppo e di formazione, promuovendo una cultura di apprendimento continuo. ASUIT si attiva per garantire l'equità di genere e contrastare qualsiasi forma di discriminazione.
- f. **Health Technology Assessment (HTA):** nella valutazione delle tecnologie sanitarie materiali (es. attrezzature, farmaci, dispositivi, ...) e immateriali (es. modelli organizzativi, Percorsi Preventivi Diagnostici Terapeutici Assistenziali Riabilitativi - di

seguito PPDTAR -, ...), ASUIT mira a diffondere l'azione a tutti i livelli di un approccio basato sui principi dell'HTA che integri i principi di efficacia, efficienza, economicità, appropriatezza e sostenibilità nel lungo periodo.

- g. **Innovazione e ricerca:** ASUIT considera l'innovazione e la ricerca come contributi determinanti al miglioramento dell'assistenza, sia sul piano clinico sia su quello organizzativo. A tal fine, grazie all'integrazione con UniTrento e a collaborazioni strutturate con altre realtà, definite in appositi accordi, adotta sistemi finalizzati a:
- supportare l'ideazione e la conduzione di progetti di ricerca nonché l'accesso a finanziamenti, l'adesione a partenariati e reti di innovazione e ricerca;
 - sviluppare sistemi di Digital Health (es. interoperabilità dei dati, big data, intelligenza artificiale, ..) a supporto della progettazione, implementazione e revisione dei processi clinico-assistenziali e tecnico-amministrativi, nonché delle attività di ricerca;
 - creare e diffondere una cultura dell'innovazione;
 - supportare la ricerca traslazionale e la diffusione dei risultati nella pratica.
- h. **Semplificazione e digitalizzazione:** ASUIT orienta la riprogettazione organizzativa alla semplificazione dei processi decisionali e di produzione di servizi anche tramite l'utilizzo di nuove tecnologie e lo sviluppo dell'informatizzazione e automazione dei sistemi gestionali nonché ad un uso consapevole e virtuoso dell'Intelligenza Artificiale.
- i. **Trasparenza e legalità:** ASUIT opera secondo criteri di trasparenza, giustizia, legalità e di prevenzione e contrasto ad ogni forma di corruzione e di condizionamento da influenze indebite. A tal fine ASUIT adotta e implementa rigorosi codici di condotta, modelli organizzativi e procedure interne (come quelli previsti nella sezione Anticorruzione e trasparenza del Piano Integrato di Attività e Organizzazione - di seguito PIAO) per identificare, limitare e monitorare i rischi di illecito, assicurando l'integrità del proprio operato e la fiducia della cittadinanza e delle istituzioni. Il rispetto delle normative vigenti è valore etico centrale per la governance aziendale.
- j. **Protezione dei dati personali e cybersecurity:** ASUIT garantisce la riservatezza, l'integrità e la disponibilità delle informazioni per soddisfare le attività alle quali è preposta, attraverso misure tecniche e organizzative solide, quali l'adozione di protocolli di sicurezza informatica e la piena conformità alla normativa nazionale ed europea, a tutela dell'utenza, del personale e della ricerca. ASUIT promuove e sviluppa, inoltre, una cultura professionale e organizzativa volta ad orientare i comportamenti e le attività dei/delle professionisti/e al rispetto delle disposizioni in materia di protezione nel trattamento dei dati personali.

3. Al fine di rendere operativi gli approcci di funzionamento interno di cui all'articolo precedente e supportarne l'adozione a tutti i livelli aziendali, possono essere definiti specifici **Sistemi di gestione** che descrivono le direttive strategiche, le strutture aziendali di riferimento dei relativi processi, gli eventuali organismi di supporto, le modalità di coinvolgimento e responsabilizzazione dei diversi livelli aziendali e dei/delle professionisti/e finalizzate ad una implementazione quanto più diffusa possibile dell'approccio.

CAPO II. I Sistemi di gestione

Art. 5. Il Sistema di Pianificazione e Programmazione

1. L'Azienda, nel rispetto e sulla base dei principi e degli obiettivi di pianificazione e programmazione provinciale, elabora e definisce gli **obiettivi strategici** di medio-lungo periodo e gli obiettivi operativi di breve periodo attraverso gli strumenti di pianificazione e programmazione previsti dalla normativa, in una logica di sistema e di condivisione degli obiettivi con tutti i soggetti interni ed esterni all'Azienda e nell'ottica integrata del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance organizzativa ed individuale.
2. La **pianificazione Strategica** definisce l'indirizzo aziendale nel lungo termine, individuando gli obiettivi di miglioramento e le strategie di sviluppo, nel rispetto della mission aziendale. Essa è esplicitata nel *Programma di Sviluppo Strategico*, adottato dal Direttore Generale previo parere del Consiglio di Direzione (art. 28, comma 2 lettera b, l.p. 16/2010).
3. La **programmazione aziendale** è definita nel *Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO)*, documento di durata triennale, a scorrimento annuale, adottato dal Consiglio di Direzione (art. 29, comma 1, l.p. 16/2010), in coerenza con il piano provinciale per la salute e la programmazione sanitaria e socio-sanitaria provinciale. Il PIAO è un documento unico di programmazione basato su una lettura trasversale e integrata dei processi, degli obiettivi e dei rischi, volta a cogliere le interdipendenze tra programmazione strategica, performance, prevenzione della corruzione, organizzazione e digitalizzazione. È volto a garantire la qualità e la trasparenza dell'attività aziendale, il miglioramento costante dei servizi a cittadinanza e imprese e la progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi. Assicura l'integrazione della programmazione assistenziale, didattica e di ricerca in accordo con il Comitato di coordinamento secondo quanto previsto dal Protocollo d'Intesa tra Provincia e UniTrento.
4. La **programmazione operativa** è definita annualmente attraverso il *processo di budget* quale principale strumento di attuazione nel breve periodo delle scelte strategiche, in coerenza con la programmazione provinciale, con la pianificazione strategica e la programmazione aziendale nonché con le progettualità di sviluppo delle diverse strutture aziendali. Rappresenta lo strumento di responsabilizzazione delle entità organizzative verso il raggiungimento degli obiettivi assegnati in relazione alle risorse affidate.
5. La **pianificazione e la programmazione economica, finanziaria e patrimoniale** avvengono attraverso i *bilanci di previsione annuale e pluriennale*. Il bilancio pluriennale dell'Azienda ha efficacia temporale corrispondente a quella del bilancio pluriennale della Provincia. Il Consiglio di direzione adotta e trasmette alla Provincia il Bilancio di previsione annuale e pluriennale entro il 15 dicembre di ogni anno.

Art. 6. Il Sistema di gestione economico-finanziaria e patrimoniale e di rendicontazione

1. La **gestione economica, finanziaria e patrimoniale** dell'Azienda è informata ai principi del d. lgs. 118/2011, del codice civile e delle direttive provinciali, tenendo conto di quanto previsto dal D.M. del 24.05.2019 relativamente ai modelli di rappresentazione contabile. Alla luce di eventuali nuovi riferimenti normativo – contabili, per la tenuta della contabilità economico-patrimoniale degli enti del SSN, la Provincia impartisce le direttive propedeutiche all'Azienda per l'applicazione della nuova normativa di riferimento, nonché il primo periodo contabile di entrata in vigore dello stesso.
2. L'Azienda rileva e monitora i fatti di gestione attraverso un sistema di contabilità generale di tipo economico-patrimoniale, integrato con un sistema di contabilità analitica per centri di responsabilità e centri di costo, atto a consentire analisi comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati, a supporto delle decisioni operative e strategiche.
3. La **sostenibilità economico-finanziaria e patrimoniale** dell'Azienda è presidiata attraverso la rilevazione di tutti gli accadimenti economici nel sistema informativo amministrativo contabile aziendale. Tali rilevazioni garantiscono il monitoraggio dell'andamento aziendale.
4. Gli strumenti di **rendicontazione** sono disciplinati dall'art. 39 della l.p. 16/10 e consistono nel *bilancio di esercizio* e il *bilancio di missione*, che evidenziano rispettivamente il valore economico, il valore sociale ed assistenziale generato dall'Azienda e dai progetti e programmi di ricerca sanitaria. A completamento della rendicontazione, l'Azienda trasmette alla Giunta provinciale, allegata al bilancio di esercizio, le relazioni del/della Direttore/Direttrice generale e del Collegio sindacale. (art. 39 LP 16/2010).

Art. 7. Il Sistema di monitoraggio dei dati e di misurazione della Performance

1. L'Azienda riconosce il **valore dei dati e delle informazioni** e ne promuove l'utilizzo sistematico a supporto delle decisioni a tutti i livelli per finalità di programmazione, monitoraggio e valutazione. I dati raccolti dai software gestionali sono sistematizzati, strutturati e integrati in una solida base dati (master data analitico), fungendo da riferimento univoco per l'invio e il presidio dei flussi informativi e dei dati interni ed esterni.
2. Il sistema di reporting direzionale assicura un **flusso informativo** costante e tempestivo alla Direzione generale e agli organi di governo per il monitoraggio dell'andamento gestionale. L'Azienda garantisce flussi informativi corretti, completi e tempestivi internamente ed esternamente (a interlocutori provinciali e nazionali) per interpretare i fenomeni sanitari e valutare qualità e adeguatezza dell'assistenza.
3. Sulla base dei flussi informativi utilizzati, il **Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance** definisce indicatori e metodologie per la verifica periodica dei risultati clinico-assistenziali, di impatto didattico-scientifico, di economicità in coerenza con le finalità istituzionali. Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance agisce sia a livello strategico ed organizzativo sia a livello individuale. Il sistema di misurazione e

valutazione della performance adottato comprende l'utilizzo sistematico di strumenti di benchmarking nazionale, a supporto dei processi decisionali strategici e operativi.

Art. 8. Il Sistema dei Controlli

1. Il sistema dei controlli dell'Azienda è strutturato per garantire il raggiungimento degli obiettivi aziendali nel rispetto dei principi di legalità, efficienza e efficacia. Tale sistema si articola in **controlli interni** e **controlli esterni**.
2. I **controlli interni** riguardano:
 - a) il controllo strategico sull'**andamento complessivo della gestione aziendale** effettuato dal Consiglio di direzione tramite il riesame periodico dei principali processi e progetti aziendali, condotto collegialmente in sede di Comitato direttivo;
 - b) il controllo sulla **regolarità amministrativa** e contabile, secondo quanto previsto dal codice civile e dalla l.p. 16/2010, di competenza del Collegio Sindacale;
 - c) il monitoraggio del funzionamento dell'intero **ciclo della performance** da parte del Nucleo di valutazione e la valutazione della dirigenza da parte del Nucleo di valutazione e dei Collegi tecnici;
 - d) il **controllo di gestione aziendale**, quale strumento finalizzato alla definizione del processo di budget per il perseguimento degli obiettivi aziendali, nonché per l'analisi e la verifica dei risultati conseguiti in relazione alle risorse impiegate, assicura i dati e le informazioni necessarie alle articolazioni organizzative aziendali per una gestione consapevole dell'area di rispettiva responsabilità e costituisce lo strumento di verifica degli scostamenti in rapporto agli obiettivi assegnati, anche ai fini della adozione di misure correttive;
 - e) le attività strutturate di verifica, monitoraggio, vigilanza e audit sistematico di **appropriatezza** e qualità dell'assistenza e delle prestazioni erogate;
 - f) l'identificazione, nella sezione Anticorruzione e trasparenza del PIAO, per ciascuna attività aziendale dei potenziali **rischi di corruzione o di maladministration**, l'individuazione delle misure più idonee per la prevenzione e la mitigazione di tali rischi e il controllo/monitoraggio sulla corretta applicazione delle misure stesse;
 - g) il controllo in materia di **antiriciclaggio**, attraverso specifica procedura aziendale, di competenza del Soggetto gestore per le segnalazioni sospette di ipotesi di riciclaggio, anche con il supporto della rete dei/delle referenti;
 - h) i controlli di **resa del conto** di competenza degli agenti contabili;
 - i) la funzione di **internal audit**, quale meccanismo di controllo interno volontario finalizzato all'attuazione di buone pratiche aziendali relative alle verifiche ed al monitoraggio dei processi aziendali.
3. Di seguito si riportano i principali **controlli esterni**:
 - a) la Provincia valuta l'operato dell'Azienda e del/della Direttore/Direttrice generale in relazione al raggiungimento degli **obiettivi annuali assegnati**, sulla base di indicatori di qualità ed efficienza. Con riferimento agli obiettivi relativi all'attività integrata, la valutazione è effettuata secondo la procedura stabilita dal Protocollo d'intesa stipulato tra Provincia e UniTrento (art. 6 bis, comma 2, lettera g), art. 13, comma 3, l.p. 16/2010 e art. 4, comma 1, Protocollo d'intesa);
 - b) l'Azienda partecipa a programmi di **autorizzazione e accreditamento istituzionale**, nonché a programmi volontari di qualità, volti all'accreditamento professionale e alla

gestione per la qualità totale, secondo modelli validati a livello internazionale ed alla certificazione delle proprie strutture e sistemi di gestione in rapporto a standard elaborati da organizzazioni indipendenti e società scientifiche, allo scopo di migliorare costantemente i servizi offerti ai propri stakeholder;

- c) il controllo sulla **gestione finanziaria** è effettuato annualmente dalla Corte dei Conti;
- d) un ulteriore controllo sull'attività dell'Azienda è esercitato dalla cittadinanza mediante l'**accesso civico**.

Art. 9. I Sistemi di gestione del Personale

1. L'Azienda adotta una politica di gestione delle **risorse umane** che le riconosce sia il **fattore fondamentale e strategico** per la costruzione di un Sistema Salute realmente rispondente ai bisogni della cittadinanza, sia l'elemento essenziale per una piena integrazione tra assistenza, didattica e ricerca. Tale politica è basata sui criteri di valorizzazione del capitale umano, sviluppo delle competenze, chiarezza dei mandati e delle responsabilità, promozione e tutela del benessere organizzativo, engagement dei/delle professionisti/e, pari opportunità nelle evoluzioni di carriera, coinvolgimento attivo nell'organizzazione del lavoro, riconoscendo in tutti questi aspetti elementi essenziali anche per il trattenimento e l'attrattività delle risorse umane.
2. Al fine di sviluppare il **contributo specifico di ogni professionista**, la pianificazione, l'allocatione delle risorse umane, la gestione degli istituti contrattuali, l'assegnazione degli obiettivi, la valutazione e lo sviluppo del personale, sono esercitati quanto più possibile da figure professionali omogenee per profilo.
3. ASUIT si dota di un **sistema di incarichi dirigenziali (gestionali e professionali)** coerente con le previsioni della contrattazione collettiva vigente, comprensivo delle procedure di attribuzione, conferma e revoca degli stessi. All'interno di tale sistema, si collocano anche gli incarichi attribuiti a personale universitario impegnato in attività assistenziale.
4. La gestione e lo sviluppo dei/delle collaboratori/collaboratrici sono attività fondamentali di ciascun/a **Responsabile** di risorse umane. In esse, l'assegnazione degli **obiettivi** e la **valutazione** (annuale e periodica) sono considerati processi strategici per valorizzare il singolo contributo al raggiungimento dei risultati di salute, a cui concorre l'entità organizzativa per la quale presta il proprio operato, nonché per le attività di didattica e di ricerca laddove previste. L'Azienda adotta per questo sistemi equi e trasparenti per la valutazione nonché per lo sviluppo delle competenze e delle prestazioni.
5. Lo **sviluppo** dei/delle professionisti/e è inteso come l'insieme delle strategie ed azioni che permettono la crescita delle competenze specialistiche e/o trasversali richieste dai contesti in cui essi operano. La **formazione** è riconosciuta come leva strategica di sviluppo del singolo e dell'organizzazione, unitamente alle diverse occasioni di apprendimento e di crescita tra professionisti/e, sia formalizzati che non formalizzati (es. discussione di casi, debriefing, affiancamento, ...). ASUIT promuove percorsi di crescita e riconoscimento del merito che sviluppano, sostengono e valorizzano l'**eccellenza** nelle funzioni di assistenza, didattica e ricerca.
6. Attraverso l'ascolto attivo e la presa in carico delle **aspettative** dei/delle propri/e collaboratori/collaboratrici, ciascun/a Responsabile realizza un equilibrio dinamico tra le

necessità di conciliazione vita-lavoro, le attese di sviluppo, le attività necessarie a realizzare gli obiettivi assegnati all'entità organizzativa, la promozione dell'innovazione e della ricerca.

7. ASUIT attua politiche e strategie per il rispetto del principio di **equità di genere** quali, a titolo di esempio:
- *l'equilibrio nei ruoli di responsabilità* per favorire l'accesso delle donne alle posizioni apicali: criteri di selezione trasparenti e meritocratici che favoriscano il superamento del divario di genere nelle nomine dei diversi ruoli di responsabilità e organizzazione del lavoro;
 - *la conciliazione vita familiare-lavoro*: consolidamento delle azioni già ampiamente operative in azienda, quali asilo nido aziendale di Trento ed eventuale estensione del servizio ad altri contesti, flessibilità oraria, smart working e sviluppo di ulteriori azioni a sostegno del caregiving multidirezionale e intergenerazionale (verso i/le figli/e e verso i genitori), estensione della promozione della genitorialità ai padri per scardinare gli stereotipi di cura;
 - *il contrasto alle discriminazioni*: protocolli rigidi contro le molestie sul luogo di lavoro e la diffusione della conoscenza della possibilità di rivolgersi alla/al Consigliera/Consigliere di Fiducia.

Le azioni dirette alla garanzia dell'equità di genere vengono svolte anche con il contributo del Comitato Unico di Garanzia (CUG) e dal confronto con le Organizzazioni Sindacali e verranno valutate anche tutte le proposte che da essi provengono.

Art. 10. Il Sistema di gestione della Salute e sicurezza delle lavoratrici e dei lavoratori

1. L'Azienda persegue la salute e sicurezza delle lavoratrici e dei lavoratori sia nel pieno **rispetto della normativa vigente**, sia orientando le proprie azioni ad un modello di "**Total Worker Health**", secondo cui il benessere del personale di ogni tipologia (aziendale e universitario, sanitario e tecnico-amministrativo) è riconosciuto come prerequisito essenziale per l'eccellenza nelle prestazioni rivolte alla cittadinanza, nella didattica e nella produzione scientifica. Il modello prevede politiche, programmi e pratiche che integrano la prevenzione dai rischi per la salute e sicurezza nei luoghi di lavoro con la promozione delle azioni per un più ampio benessere della lavoratrice e del lavoratore, considerando l'ambiente di lavoro nel suo complesso, fisico, organizzativo e sociale.
2. Il/La Direttore/Direttrice generale adotta il sistema di gestione della **Salute e Sicurezza delle lavoratrici e dei lavoratori** e periodicamente lo aggiorna individuando, in particolare:
 - *i/le datori/datrici di lavoro*, le funzioni e responsabilità in relazione ai diversi contesti aziendali e le modalità di identificazione e trasmissione di responsabilità dei/delle loro Delegati/e;
 - *i/le dirigenti e preposti/e nell'ambito dei ruoli* aziendali;
 - ruoli e funzioni delle *strutture aziendali* che coordinano e gestiscono i diversi aspetti del sistema come il Servizio Prevenzione e protezione, la struttura del Medico competente, il/la Responsabile Tecnico/a della Sicurezza Antincendio, l'Esperto/a di Radioprotezione e Medico Autorizzato;

- modalità di redazione e trasmissione di *strumenti operativi* come il Documento di Valutazione dei Rischi (DVR) e Documento di Valutazione dei Rischi da Interferenza (DUVRI) e di monitoraggio periodico dei rischi specifici;
 - modalità di diffusione delle responsabilità e del coinvolgimento attivo dei/delle *rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza*;
 - modalità di pianificazione e realizzazione della *formazione* orientata alla salute e alla sicurezza delle lavoratrici e dei lavoratori;
 - modalità di definizione e aggiornamento dei *piani di emergenza* ed evacuazione e designazione degli/delle addetti/e alla prevenzione incendi e al primo soccorso;
 - iniziative volte a creare *ambienti di lavoro positivi, inclusivi e supportivi* quali quelle orientate a un migliore equilibrio tra vita professionale e privata, al contrasto dello stress lavoro-correlato, al miglioramento della comunicazione interna e alla risoluzione tempestiva e costruttiva dei conflitti.
3. ASUIT consolida e sviluppa il proprio impegno prioritario nella prevenzione e nel contrasto degli **agiti aggressivi a danno degli/delle operatori/operatrici**. Tale strategia si articola attraverso un sistema integrato di azioni, consolidato dal confronto costante con le Organizzazioni Sindacali, le Autorità Locali e le Forze dell'Ordine. In coerenza con le linee di indirizzo nazionali e provinciali, ASUIT implementa e aggiorna periodicamente il Piano per la Prevenzione degli atti di violenza nell'organizzazione sanitaria (PREVIOS) contenente il sistema integrato di interventi su processi, strutture, tecnologie e formazione.

Art. 11. Il Sistema di gestione della Qualità

1. Il sistema di gestione per la qualità di ASUIT esprime la capacità dell'Azienda di soddisfare in modo equilibrato e trasparente le legittime esigenze e aspettative di tutte le parti interessate, collegando il concetto di **qualità** alla produzione di **valore**.
2. ASUIT promuove e consolida un'organizzazione orientata all'appropriatezza, al valore e alla trasparenza nei confronti della cittadinanza e di tutti gli stakeholder.
3. In questa prospettiva, il sistema qualità è orientato a massimizzare il **valore sanitario e sociale** declinato, in coerenza con l'approccio Value-Based Healthcare (VBHC), nelle sue dimensioni allocativa, tecnica, personale e sociale. Tale impegno si realizza attraverso il miglioramento misurabile degli esiti di salute, la garanzia nell'accesso e nell'impiego delle risorse, appropriatezza clinico-organizzativa e il costante allineamento con i diritti, i valori e le preferenze delle persone e delle comunità assistite.
4. Questo orientamento si fonda su un'analisi periodica e strutturata dei **bisogni** e dei **risultati** di salute della popolazione, che guida la valutazione e la revisione continua dei modelli assistenziali, delle tecnologie e dei percorsi di cura, promuove la gestione della conoscenza, l'integrazione tra professionisti/e, strutture e livelli di cura e consente di ottimizzare la qualità dei servizi offerti e delle cure erogate.
5. Per rendere sistematico il miglioramento continuo della qualità, l'Azienda progetta, realizza, mantiene, documenta e riesamina periodicamente, ai diversi livelli organizzativi, il proprio sistema di gestione per la qualità, che comprende assetti organizzativi,

responsabilità, risorse, infrastrutture, processi, procedure, comportamenti e sistemi di incentivazione, in modo da garantire il funzionamento coordinato ed efficace dei servizi.

6. ASUIT riconosce che la **promozione della cultura della qualità e del miglioramento continuo** richiede il coinvolgimento sistemico e strutturato di tutte le articolazioni aziendali e la partecipazione attiva di tutti/e i/le professionisti/e. La responsabilità per la qualità è condivisa da tutte le strutture e da tutto il personale, mentre la direzione aziendale esercita un ruolo di indirizzo e guida, definendo e condividendo strategie e obiettivi, sostenendo l'implementazione e la gestione del cambiamento e curando la valutazione periodica dei risultati.
7. Nell'ambito del sistema di gestione della qualità aziendale, la valutazione è parte integrante del **processo ciclico di miglioramento continuo (Plan-Do-Check-Act)**, in cui i risultati delle misurazioni e delle analisi, in particolare di disservizi reali o potenziali e di criticità o aree di miglioramento, orientano la pianificazione, l'implementazione e il riesame di processi e attività.
8. L'Azienda aderisce, oltre a **programmi di autorizzazione e accreditamento** istituzionali, anche a programmi di accreditamento internazionale volontario al fine di diffondere una cultura di crescita continua verso standard riconosciuti.
9. L'Azienda cura i controlli di appropriatezza e le **verifiche tecnico-sanitarie** nelle strutture istituzionalmente accreditate e convenzionate, nonché i controlli periodici degli appalti di fornitura al fine di perseguire e potenziare la qualità anche delle attività affidate a terzi.

Art. 12. Il Sistema di gestione della Sicurezza delle cure

1. La **sicurezza delle cure** è assunta come valore fondante e priorità rispetto a tutti i processi e i setting di erogazione dell'assistenza e viene perseguita attraverso un approccio sistemico e partecipativo che promuove il coinvolgimento attivo degli/delle operatori/operatrici, la multidisciplinarietà e il coordinamento tra tutte le componenti professionali e i team curanti.
2. ASUIT adotta un sistema strutturato di gestione del rischio clinico e di promozione della sicurezza del/della paziente, inserito in una **strategia complessiva di governance integrata** orientata alla qualità e alla centralità della persona.
3. In tale quadro, l'Azienda attua un **sistema di risk management proattivo**, volto a identificare, analizzare, valutare, trattare e monitorare in modo complessivo, integrato e continuativo i rischi clinici, trasformando le criticità in opportunità di miglioramento degli esiti clinico-assistenziali e dell'esperienza del/della paziente.
4. Il modello aziendale per la sicurezza delle cure si **fonda** su un'organizzazione che apprende, sul ruolo attivo della leadership, su una cultura della sicurezza "giusta ed equa" che favorisce la segnalazione degli errori, su una gestione integrata e trasparente dei dati e dei sistemi di reporting, su un approccio proattivo alla prevenzione del danno e sulla partecipazione responsabile di pazienti e cittadini/e.
5. All'interno del sistema integrato di gestione del rischio clinico, un'attenzione particolare e diffusa è posta alla prevenzione, sorveglianza e controllo delle **Infezioni Correlate**

all'Assistenza (ICA). Con deliberazione del/della Direttore/Direttrice generale vengono definite la composizione e le finalità specifiche del Comitato Aziendale per la sorveglianza e il controllo delle Infezioni correlate ai Processi Assistenziali (Cipass), organismo tecnico-scientifico a cui è affidata la pianificazione strategica e il coordinamento della rete dei/delle professionisti/e impegnati/e nelle diverse articolazioni aziendali in questo ambito.

Art. 13. Il Sistema di gestione della Protezione dei dati personali e della Cybersicurezza

1. La **protezione dei dati personali** costituisce un elemento essenziale nel rapporto di fiducia tra un ente sanitario e i/le cittadini/e. Il rispetto della privacy e della riservatezza è infatti indispensabile affinché gli/le utenti si sentano protetti quando conferiscono informazioni sensibili riguardanti la propria salute.
2. In tale prospettiva, e con riferimento all'insieme dei dati trattati, l'Azienda opera nel pieno rispetto del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali e alla libera circolazione degli stessi, nonché del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 ("Codice in materia di protezione dei dati personali") e successive modifiche e integrazioni.
3. In coerenza con il **principio di responsabilizzazione (accountability)**, l'Azienda adotta e mantiene misure tecniche e organizzative idonee a garantire – e dimostrare – che i trattamenti di dati personali siano effettuati nel rispetto della normativa vigente. Tali misure sono definite tenendo conto della natura dei dati, delle finalità perseguite, del contesto operativo e dei rischi per i diritti e le libertà degli/delle interessati/e.
4. Il sistema di **gestione della privacy** è strettamente collegato agli adempimenti in materia di sicurezza informatica. In questo ambito, l'Azienda sviluppa politiche e procedure per la sicurezza delle informazioni e assicura la disponibilità di sistemi aggiornati per la gestione del rischio informatico relativo ai dati, ai sistemi e alle infrastrutture.
5. Il sistema di sicurezza informatica programma e realizza interventi tecnici e organizzativi finalizzati a ridurre i rischi informatici, monitorando costantemente le minacce alla sicurezza e le potenziali vulnerabilità. ASUIT struttura un sistema di gestione per la **cybersicurezza**, individuando ruoli e responsabilità anche finalizzate alla definizione del punto di contatto unico con l'Agenzia per la cybersicurezza nazionale. Obiettivo del sistema è identificare tempestivamente minacce, vulnerabilità e rischi informatici, così da proteggere adeguatamente i dati da compromissioni, alterazioni o accessi non autorizzati.
6. Entrambi i sistemi – privacy e sicurezza informatica – garantiscono l'aggiornamento periodico delle misure tecniche e organizzative, raccolte in specifiche **policy aziendali** che definiscono ruoli, responsabilità, procedure e strumenti necessari a una gestione conforme dei dati, dei sistemi e delle infrastrutture.
7. L'Azienda si impegna a mantenere tali sistemi in continua evoluzione, adeguandoli agli aggiornamenti normativi, tecnologici e organizzativi, al fine di assicurare la massima protezione dei dati personali.

8. La sicurezza delle cure e la riservatezza non sono in contrapposizione, ma interagiscono per garantire che il/la paziente si senta sicuro sia nel ricevere trattamenti clinici adeguati sia nel condividere informazioni sensibili.

Art. 14. Il sistema di gestione della trasformazione digitale

1. Con il termine **Trasformazione Digitale** si indicano tutte le strategie e attività per la trasformazione dei processi aziendali dallo stato analogico (o di obsoleta informatizzazione) ad un nuovo livello, basato in via esclusiva su piattaforme digitali, nel quale il processo è caratterizzato da una forte evoluzione di performance, sia qualitativa che quantitativa.
2. ASUIT pianifica e applica la trasformazione digitale sia ai processi produttivi (es. produzione di prestazioni sanitarie, ...), sia ai processi abilitanti (es. economico-finanziari, gestione del personale, ...), sia ai processi che supportano la governance, l'integrazione e l'evoluzione dei sistemi organizzativi.
3. ASUIT, nel rispetto della titolarità dei dati, pone particolare attenzione:
 - all'**integrazione** tra applicativi al fine di garantire comunicazione e interconnessione con tutti i soggetti (es. medicina di assistenza primaria, strutture convenzionate, ...);
 - all'allineamento dei propri sistemi informativi aziendali con l'**evoluzione digitale** del SSN;
 - all'**interoperabilità** dei dati per consentire ai/cittadini/e di disporre della propria storia clinica, in contesti sia provinciali che extra-provinciali, attraverso piattaforme trasversali provinciali e nazionali, come il fascicolo sanitario elettronico;
 - all'**accesso digitale** dell'utenza ai servizi sanitari, anche attraverso applicazioni mobili, al fine di semplificare la fruizione delle prestazioni e la continuità dei percorsi di cura.
4. Nell'evoluzione dei processi attraverso la trasformazione digitale, ASUIT integra sistemi di **Intelligenza Artificiale** anche attraverso la realizzazione di piattaforme dati che consentano l'applicazione di agenti di Intelligenza Artificiale e di automazioni, al fine di ottimizzare il tempo che il personale può dedicare alla relazione di cura e incrementare il valore delle prestazioni prodotte.
5. La definizione delle **priorità** e la **pianificazione** degli interventi avviene tenendo conto delle criticità emergenti e dell'evoluzione tecnologica, nel rispetto della normativa e delle risorse disponibili, nonché delle sinergie con i competenti dipartimenti provinciali, con l'Università di Trento e con altri enti di ricerca e sviluppo nel campo delle tecnologie digitali.

Art. 15. Il Sistema di gestione delle Tecnologie sanitarie

1. L'Azienda disciplina i processi decisionali relativi alla selezione, acquisizione, utilizzo, monitoraggio e dismissione delle **tecnologie sanitarie** (incluse tecnologie per prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, attrezzature, dispositivi medici, vaccini, farmaci, procedure e sistemi organizzativi) mediante un sistema aziendale strutturato di gestione delle tecnologie, fondato su competenze multidisciplinari e sull'impiego di

evidenze scientifiche in termini di efficacia, sicurezza, appropriatezza nonché impatto organizzativo, economico, etico e sociale, estendendo tale approccio anche ai processi clinico-assistenziali e ai modelli organizzativi in cui le tecnologie sono inserite.

2. A tal fine, l'Azienda adotta **procedure formalizzate** per l'analisi del fabbisogno, la valutazione comparativa delle soluzioni disponibili, la verifica delle condizioni di utilizzo sicuro e appropriato e il controllo delle performance nel tempo assicurando il raccordo con i processi organizzativi, informativi e di gestione del rischio e della qualità.
3. L'Azienda riconosce che l'**innovazione tecnologica** comprende, oltre all'introduzione di nuove tecnologie, anche il disinvestimento da tecnologie e servizi obsoleti o a basso valore aggiunto, inteso come insieme di decisioni volte a concentrare le attività su interventi che generano il *maggior valore per pazienti e popolazione*, focalizzare cultura e competenze, ridurre i rischi e migliorare il posizionamento futuro dell'organizzazione.
4. Per l'introduzione delle innovazioni tecnologiche sono previsti specifici percorsi regolati, che ne assicurano la valutazione pragmatica e tempestiva mediante l'utilizzo di **metodi e strumenti di Health Technology Assessment (HTA)**, la loro coerente integrazione nei processi gestionali e clinico-assistenziali e il collegamento con i programmi, le reti e le procedure di riferimento a livello nazionale e sovra-aziendale. ASUIT collabora con UniTrento per sviluppare attività congiunte di HTA.
5. Rientrano nell'ambito del sistema aziendale di gestione delle tecnologie sanitarie le attività di **farmacovigilanza** e di **vigilanza sui dispositivi medici**, finalizzate a garantire la sicurezza, la qualità e l'appropriatezza d'uso dei farmaci e dei dispositivi impiegati nei processi assistenziali, secondo quanto disciplinato da specifiche procedure aziendali.

Art. 16. Il Sistema di comunicazione interna ed esterna

1. ASUIT riconosce la **comunicazione quale funzione strategica di governo** atta a garantire trasparenza, accessibilità dei servizi e valorizzazione della missione integrata di assistenza, ricerca e didattica. La comunicazione aziendale è finalizzata a promuovere la salute, a consolidare il rapporto di fiducia con la cittadinanza e a diffondere il valore scientifico generato dall'integrazione con UniTrento.
2. La **comunicazione istituzionale** di ASUIT è *diffusa* (ogni operatore/operatrice è parte attiva del processo), *proattiva* (orientata a valorizzare le attività e le best practice) e *innovativa* (attraverso l'uso di strumenti e canali di comunicazione all'avanguardia). Le attività di comunicazione e informazione sono coordinate dalla direzione generale, attraverso strutture dedicate in staff che assicurano la coerenza tra flussi informativi interni ed esterni, valorizzano le best practice e favoriscono il coinvolgimento attivo di tutto il personale.
3. La **comunicazione interna** garantisce in modo strutturato un flusso informativo unitario e bidirezionale tra tutti i livelli organizzativi aziendali e universitari. ASUIT promuove l'utilizzo di strumenti per favorire la rapida circolazione delle informazioni e il coinvolgimento delle risorse umane nella vita aziendale.

4. La **comunicazione esterna** valorizza, in raccordo con UniTrento, l'identità e il ruolo di ASUIT, promuovendo l'offerta di servizi, i percorsi di cura e i risultati dell'attività assistenziale, scientifica e formativa. Le attività sono realizzate nel rispetto dei principi di pubblicità, trasparenza e correttezza dell'informazione, con l'obiettivo di rafforzare la fiducia della cittadinanza e la reputazione di ASUIT.

CAPO III. Gestione e sviluppo delle attività di ricerca e supporto alla didattica

Art. 17. Obiettivi strategici della ricerca

1. ASUIT riconosce l'attività di ricerca in ambito sanitario e socio-sanitario come una **funzione istituzionale strategica**, essenziale per il perseguimento dei suoi obiettivi di salute e per l'accrescimento delle competenze e della qualità e sostenibilità dei servizi, in coerenza con il modello di integrazione tra assistenza, didattica e ricerca.
2. La ricerca è **orientata** a:
 - a) promuovere l'innovazione clinico-assistenziale;
 - b) favorire lo sviluppo e la diffusione delle conoscenze scientifiche e tecnologiche;
 - c) garantire e promuovere il miglioramento continuo di qualità, sicurezza, eticità e trasparenza dei processi di produzione di evidenze scientifiche;
 - d) ottimizzare il patrimonio informativo e conoscitivo dei servizi sanitari, fornendo soluzioni a problemi specifici e concreti e producendo informazioni utili a indirizzare positivamente le scelte dei diversi decisori;
 - e) favorire il trasferimento delle conoscenze scientifiche nella pratica clinica e l'innovazione di modelli, percorsi e interventi assistenziali.
3. ASUIT promuove la ricerca in **collaborazione con l'Università degli Studi di Trento e altri enti di ricerca** a livello provinciale, nazionale e internazionale.
4. ASUIT garantisce, ai fini dell'attività di ricerca in ambito sanitario e socio-sanitario, la trasparenza e la corretta rendicontazione delle risorse ricevute.

Art. 18. Il/La Responsabile Scientifico/a

1. La promozione, l'indirizzo strategico e il coordinamento di sistema delle attività di ricerca svolte congiuntamente da ASUIT e Università sono affidati al/alla **Responsabile Scientifico/a**, nominato/a dal/dalla Direttore/Direttrice generale d'intesa con il/la Rettore/Rettrice di UniTrento, tra persone in possesso di comprovata competenza. Il/La Responsabile Scientifico/a opera d'intesa con il/la Direttore/Direttrice generale e con il/la Presidente della Scuola di medicina e chirurgia, garantendo l'allineamento strategico tra gli obiettivi aziendali e quelli universitari.
2. Il/La **Responsabile Scientifico/a**:

- sviluppa, coordina e valuta la ricerca sanitaria in ambito aziendale, assicurandone la coerenza con la pianificazione strategica e le priorità assistenziali;
- garantisce la trasparenza nella gestione dei fondi destinati alla ricerca;
- cura la diffusione delle informazioni su bandi e opportunità di finanziamento, sulle modalità di accesso ai fondi e sui risultati dell'attività di ricerca;
- promuove progetti di ricerca e iniziative di gestione di conoscenza in ambiti di particolare rilevanza strategica;
- individua le prospettive di sviluppo, promuove, realizza e amplia partnership nazionali, europee e internazionali con università, enti di ricerca e partner industriali;
- nell'ambito degli obiettivi strategici aziendali e universitari, promuove lo sviluppo della ricerca sanitaria anche tramite il supporto alle attività di didattica e formazione volte all'integrazione operativa degli operatori del Servizio sanitario provinciale o mediante attività di tutorato clinico.

Art. 19. Modello organizzativo e coordinamento del supporto alla ricerca sanitaria clinica e organizzativa

1. ASUIT assicura il **coordinamento unitario delle attività di ricerca sanitaria** mediante un modello integrato che coinvolge le strutture operative, i servizi trasversali, gli organismi e i meccanismi di integrazione che promuovono un'efficace governance scientifica.
2. Il coordinamento della ricerca è orientato ad assicurare una **gestione omogenea e tempestiva** delle fasi di progettazione, conduzione e monitoraggio di studi e progetti, garantendo l'applicazione coerente delle norme e buone pratiche di riferimento e l'integrazione funzionale con le attività assistenziali e didattiche. Esso persegue il miglioramento della qualità metodologica e organizzativa della ricerca, l'efficientamento dei processi amministrativi e autorizzativi e la massima valorizzazione dei risultati della ricerca a beneficio dei servizi sanitari.
3. A livello operativo il sistema aziendale per la ricerca si articola nelle seguenti **macro-funzioni**:
 - a) supporto tecnico-amministrativo;
 - b) consulenza metodologica e statistica;
 - c) gestione operativa delle attività di ricerca;
 - d) Segreteria tecnico-scientifica del Comitato etico territoriale.
4. Il **Nucleo ricerca e progetti finanziati**, assicura il coordinamento operativo e il supporto tecnico-amministrativo alle attività di ricerca svolte in azienda, agendo in stretto raccordo e integrazione con le funzioni di consulenza metodologica e statistica e il coordinamento delle attività operative.
5. La **consulenza metodologica** e statistica è garantita da figure afferenti al Nucleo ricerca e progetti finanziati e da professionisti di altri servizi/UU.OO. aziendali. In ambiti che necessitano competenze avanzate il supporto è garantito da personale di UniTrento o direttamente o messo a disposizione tramite specifici accordi.
6. La **gestione operativa delle attività di ricerca** è assicurata dal/dalla responsabile scientifico/a di progetto o dal/dalla principal investigator di uno studio, in collaborazione

con il team di/delle professionisti/e coinvolti/e sulle attività in oggetto. Le funzioni di supporto alla gestione dei dati della ricerca e delle specifiche piattaforme elettroniche, nonché alle attività valutative della ricerca, anche integrate con le valutazioni sull'assistenza, sono affidate ai/alle data manager aziendali.

7. Presso ASUIT possono essere istituiti **Laboratori o Gruppi di ricerca** per coordinare e facilitare le relazioni e aggregare competenze e progettualità, anche afferenti a unità operative e dipartimenti diversi, su specifici ambiti di ricerca clinica e di sviluppo dell'innovazione tecnologico-organizzativa, in sinergia con i laboratori congiunti ASUIT–UniTrento, nonché mediante idonei collegamenti con altre strutture di ricerca e assistenza e con il settore industriale.
8. La **Segreteria tecnico-scientifica del Comitato etico territoriale (CET)** è la struttura tecnica deputata all'attività di istruttoria, validazione, gestione e archiviazione della documentazione relativa a sperimentazioni/studi sulla base di procedure operative interne, compresa la gestione delle procedure sottomesse attraverso il Clinical Trials Information System (CTIS). Svolge attività di organizzazione delle sedute, verbalizzazione e interfaccia con ricercatori/ricercatrici, promotori e autorità regolatorie e supporta il CET negli aspetti procedurali, amministrativi ed economici. E' garantita una collocazione organizzativa che ne garantisca l'indipendenza rispetto alle strutture di supporto alla attività di ricerca.
9. ASUIT si impegna a conseguire il massimo livello di **integrazione tra le strutture e funzioni di supporto alla ricerca aziendali e universitarie**, superando ogni dualismo amministrativo e legale, al fine di facilitare i processi e ottimizzare l'utilizzo delle risorse e le ricadute assistenziali dall'attività di ricerca. A tal fine le modalità operative di coordinamento e integrazione tra le unità di supporto alla ricerca sono definite all'interno di Accordi Attuativi tra ASUIT e UniTrento.

Art. 20. Attività di supporto alla didattica

1. Per il miglioramento della tutela della salute pubblica, lo svolgimento di attività didattica per la formazione delle specializzande, degli specializzandi e dei/delle professionisti/e sanitari/e, la crescita qualitativa della formazione dei/delle professionisti/e sanitari/e, ASUIT promuove, in collaborazione con UniTrento, **attività di supporto alle attività di didattica** e formazione volte al raggiungimento dei principi di valorizzazione e rispetto delle competenze, di autonomia professionale e di integrazione operativa degli/delle operatori/operatrici del SSP.

Art. 21. Coinvolgimento del Personale e Promozione della ricerca e del supporto alla didattica

1. L'attività di ricerca è sviluppata attraverso il coinvolgimento delle **competenze del personale di ASUIT e del personale universitario**.
2. ASUIT si impegna a promuovere la ricerca clinica, traslazionale e organizzativa in modo da renderla parte integrante dell'attività aziendale **per tutti/tutte i/le professionisti/e (universitari/e e non universitari/e)**. A tal fine, ASUIT assicura equivalenti opportunità e

modalità di partecipazione alle attività di ricerca a tutto il personale e valuta l'introduzione di spazi e tempi dedicati alla ricerca anche per il personale non universitario tramite obiettivi individuali, attività di aggiornamento professionale o altri meccanismi di riconoscimento e valorizzazione dell'attività svolta.

3. Il personale del Servizio sanitario provinciale (SSP) può partecipare alla **didattica** di UniTrento svolgendo attività di docenza, di tutorato e altre attività formative, nel rispetto dell'ordinamento didattico dei corsi di studio della Scuola di Medicina, delle attività integrative e dei competenti Organi accademici.
4. L'attività di supporto alla didattica del personale del SSP può avvenire con incarico formale da parte di UniTrento (professore/professoressa a contratto, conferenziere/a o conduttore/conduttrice di laboratorio), mediante attività di co-docenza in qualità di esperto/a per brevi interventi, o mediante attività di tutorato clinico.

Art. 22. Gestione di Infrastrutture, risorse e dati

1. ASUIT promuove forme stabili di collaborazione con UniTrento e altri enti di ricerca per la **condivisione anche di infrastrutture e piattaforme scientifiche**.
2. ASUIT promuove la costituzione di **laboratori di ricerca congiunti** con UniTrento o con altri Enti di ricerca quali infrastrutture condivise finalizzate allo sviluppo di attività interdisciplinari, all'uso ottimale delle attrezzature scientifiche e all'integrazione tra ricerca e assistenza.
3. Le **convenzioni** disciplinano modalità operative, responsabilità e copertura dei costi connessi alla messa a disposizione di personale, servizi e competenze tra ASUIT, UniTrento e altri Enti di ricerca.
4. L'Azienda si impegna a migliorare i percorsi interni per la **fruibilità e l'utilizzo dei dati clinici** prodotti nell'ambito delle attività assistenziali anche ai fini di ricerca, nel rispetto delle normative vigenti in materia di privacy e trattamento dei dati sanitari.
5. Nella gestione delle infrastrutture di ricerca e dei dati, l'Azienda favorisce lo sviluppo di progetti che utilizzano **tecniche di data science e intelligenza artificiale** per l'analisi di grandi moli di dati clinici e amministrativi, adottando adeguati meccanismi di governance dei dati e degli algoritmi.
6. ASUIT e UniTrento definiscono mediante gli accordi attuativi le modalità di gestione dei **brevetti** e degli **altri prodotti** della proprietà intellettuale derivanti da attività di ricerca.

CAPO IV. Rapporti istituzionali

Art. 23. Rapporti con l'Università di Trento

1. A seguito della costituzione di ASUIT, quale Azienda Sanitaria Universitaria, particolare rilievo assume il rapporto con l'**Università di Trento**. Il Protocollo d'Intesa tra Provincia e

Università e gli atti successivi per la regolamentazione dell'azione integrata disciplinano le principali azioni a supporto delle funzioni istituzionali di **didattica e ricerca integrata** e stabilisce i principi di **governance congiunta**, inclusa la previsione di un **obbligo di intesa** per le modifiche di carattere strutturale e organizzativo relative alle attività integrate. Al fine di dare attuazione a quanto previsto nel protocollo d'intesa e per coordinare le rispettive attività, l'Azienda e UniTrento possono sottoscrivere appositi **accordi attuativi** (art. 6 bis, comma 3, l.p. 16/2010).

2. Il rapporto con UniTrento si caratterizza anche per lo sviluppo della **Scuola di medicina e chirurgia**, sulla base del mandato e secondo la programmazione stabilita dalla Giunta provinciale. E' previsto, inoltre, un progressivo incremento della collaborazione anche in relazione ai **Corsi di Laurea e alla formazione universitaria post-base delle Professioni sanitarie**.
3. L'Azienda riconosce il valore della collaborazione anche con altri **enti universitari e di ricerca** del proprio territorio e di altre Province e Regioni italiane, anche al fine di promuovere il miglioramento continuo delle proprie attività, nonché la ricerca clinica ed organizzativa.
4. Il **Comitato di coordinamento**, previsto dal Protocollo di intesa, promuove l'esercizio della programmazione congiunta e garantisce il coordinamento tra la programmazione provinciale e le attività integrate di assistenza, didattica e ricerca. Il/la Direttore/Direttrice Generale di ASUIT è componente del Comitato di coordinamento.

Art. 24. Rapporti con le Istituzioni e gli altri soggetti del Servizio Sanitario Provinciale

1. ASUIT, nel perseguimento delle proprie finalità istituzionali, assicura la coerenza con la programmazione provinciale e ricerca il costante raccordo con la **Provincia Autonoma di Trento**; promuove altresì l'interazione con i **Comuni e le Comunità** istituite ai sensi della legge provinciale n. 3 del 2006.
2. ASUIT intrattiene rapporti con **altri enti** appartenenti al territorio provinciale e di altre Province e Regioni italiane, tra cui Aziende sanitarie locali, Aziende ospedaliere, Istituti di ricerca, Università, Ministeri, Agenzie regionali per la sanità, anche al fine di promuovere il miglioramento continuo delle proprie attività.
3. Ai fini della realizzazione della missione e degli obiettivi istituzionali, ASUIT collabora con gli **organismi collegiali** istituiti dalla l.p. 16/2010 in provincia di Trento nei modi definiti dalla normativa.
4. ASUIT riconosce il ruolo svolto dalle **strutture sanitarie e sociosanitarie accreditate**, nei confronti delle quali svolge un'attività di committenza coerente con le politiche e gli obiettivi del Servizio sanitario provinciale attraverso specifici rapporti di convenzione; assicura inoltre il coinvolgimento dei soggetti convenzionati nei principali percorsi assistenziali dei pazienti, anche attraverso il coinvolgimento nelle attività in particolare dei Dipartimenti e delle Reti cliniche.

Art. 25. Rapporti con le Rappresentanze delle lavoratrici e dei lavoratori e delle professioni

1. L'Azienda riconosce nelle forme di **rappresentanza organizzata delle lavoratrici e dei lavoratori** un interlocutore fondamentale della dinamica aziendale e si impegna a creare le condizioni per un confronto proficuo e trasparente con le rappresentanze sindacali, al fine di ricercare un equilibrio tra le attese e le aspirazioni degli/delle operatori/operatrici, le finalità dell'Azienda e i vincoli imposti dal contesto vigente.
2. L'Azienda riconosce il ruolo fondamentale degli **Ordini professionali** come interlocutori fondamentali che concorrono alla tutela della salute individuale e collettiva grazie in particolare alla promozione dell'indipendenza, dell'autonomia, della responsabilità, della qualità tecnico-professionale, della funzione sociale, della salvaguardia dei principi etici, dei/delle professionisti/e nell'esercizio professionale.

Art. 26. Rapporti con la società e la cittadinanza

1. L'Azienda riconosce e valorizza il ruolo delle diverse tipologie di **aggregazione sociale**, con particolare riferimento alle organizzazioni non lucrative di utilità sociale, alle cooperative sociali, alle fondazioni e alle associazioni di volontariato; in quest'ottica, l'Azienda promuove forme di collaborazione sistematica, valorizzando il contributo di tali realtà nella progettazione e nella valutazione dei percorsi assistenziali.
2. Tramite interventi mirati di informazione, comunicazione ed educazione sanitaria l'Azienda sostiene il **coinvolgimento responsabile dei/delle cittadini/e e degli/delle utenti** nelle scelte di salute.
3. Al fine di far conoscere a cittadini e stakeholder il grado di raggiungimento degli obiettivi di salute perseguiti dall'Azienda e le innovazioni cliniche e organizzative adottate, l'Azienda diffonde il **bilancio di missione** e utilizza **tutti i canali di comunicazione istituzionale** adeguando contenuti e forme dell'informazione ai/alle diversi/e destinatari/e.
4. La **qualità percepita** dei servizi e le performance aziendali sono inoltre monitorate attraverso strumenti diversificati, quali i questionari di gradimento, l'audit civico e l'attività della Commissione mista conciliativa nonché attraverso la gestione strutturata delle segnalazioni ricevute da cittadini/e e operatori/operatrici.
5. In conformità con la l.p. 16/2010, l'Azienda assicura inoltre un costante flusso informativo e il coinvolgimento attivo della **Consulta provinciale per la salute** e di tutti gli stakeholder, favorendo occasioni di confronto e partecipazione; viene altresì garantito un confronto costante con la **Consulta per le politiche sociali** prevista dalla normativa provinciale.

CAPO V. Organi Aziendali

Art. 27. Organi Aziendali

1. Sono organi dell'Azienda:
 - il/la Direttore/Direttrice generale;
 - il Consiglio di direzione;
 - il Collegio sindacale;
 - il Comitato di indirizzo
 - il Collegio per il governo clinico.

Art. 28. Il/La Direttore/Direttrice Generale

1. Il Direttore generale è l'organo di vertice della struttura organizzativa aziendale. Il/La Direttore Generale è nominato dal/dalla Presidente della Giunta Provinciale d'intesa con il/la Rettore dell'Università degli Studi di Trento; i requisiti per la nomina sono previsti dalla normativa nazionale. Il/La Direttore/Direttrice generale è il/la legale rappresentante dell'Azienda; a lui/lei spetta la responsabilità complessiva della gestione e ne assicura il regolare funzionamento.
2. Fermi restando i **compiti** attribuiti agli altri organi, spettano al/alla Direttore/Direttrice generale:
 - l'esercizio delle funzioni di gestione dell'Azienda e l'adozione dei relativi atti, in particolare nelle materie di amministrazione generale, di indirizzo, pianificazione e controllo, nel rispetto dei principi di legalità, trasparenza, imparzialità, nonché nei criteri di efficacia, efficienza e economicità della gestione. Nelle altre materie il/la Direttore/Direttrice generale esercita le proprie funzioni, di norma, attribuendole ai/alle direttori/direttrici delle Articolazioni Organizzative Fondamentali (di seguito AOF) dell'Azienda e agli/alle altri/e responsabili di struttura aziendale, in relazione alla rispettiva sfera di competenza e secondo quanto stabilito dal presente atto o mediante atti deliberativi di individuazione delle declaratorie di ciascuna struttura;
 - l'adozione dell'Atto aziendale, previo parere del Consiglio di direzione e del Collegio per il Governo Clinico, e l'adozione del Programma di sviluppo strategico. Per la parte relativa ai DAI e alle strutture complesse che li compongono, l'atto aziendale è adottato d'intesa con il/la Rettore/Rettrice.

Le deliberazioni sono adottate dal/dalla Direttore/Direttrice generale previo parere del/della Direttore/Direttrice sanitario/a, del/della Direttore/Direttrice amministrativo/a, del/della Direttore/Direttrice per l'integrazione socio-sanitaria e del/della Direttore/Direttrice assistenziale, salvo ragioni di urgenza.
3. Il/La Direttore/Direttrice generale **nomina** il/la Direttore/Direttrice sanitario/a, il/la Direttore/Direttrice amministrativo/a, il/la Direttore/Direttrice assistenziale, il/la Direttore/Direttrice per l'integrazione socio-sanitaria, e i/le direttori/direttrici delle Articolazioni organizzative fondamentali dell'Azienda. Sentito il Consiglio di direzione, nomina i/le direttori/direttrici dei Dipartimenti assistenziali e i/le direttori/direttrici di

Dipartimento tecnico – amministrativo. Sentito il Consiglio di direzione e d’intesa con il/la Rettore/Rettrice nomina i/le direttori/direttrici dei Dipartimenti ad Attività Integrata.

4. In caso di **vacanza, assenza o impedimento** del/della Direttore/Direttrice generale, le sue funzioni sono esercitate da un direttore del Consiglio di direzione munito di delega del/della Direttore/Direttrice generale oppure, in difetto di delega, dal/dalla direttore/direttrice più anziano/a per età.
5. Il/La Direttore/Direttrice generale è **coadiuvato** nello svolgimento delle sue funzioni dal/dalla Direttore/Direttrice amministrativo/a, dal/dalla Direttore/Direttrice sanitario/a, dal/dalla Direttore/Direttrice per l’integrazione socio-sanitaria e dal/dalla Direttore/Direttrice assistenziale.

Art. 29. Il Consiglio di Direzione

1. Il Consiglio di direzione è composto dal/dalla Direttore/Direttrice generale, dal/dalla Direttore/Direttrice amministrativo/a, dal/dalla Direttore/Direttrice sanitario/a, dal/dalla Direttore/Direttrice per l’integrazione socio-sanitaria e dal/dalla Direttore/Direttrice assistenziale.
2. Il Consiglio di direzione elabora e verifica le strategie aziendali ed i programmi di sviluppo e di organizzazione dei servizi, assicurando il concorso dei diversi punti di vista tecnici e professionali dei suoi membri; adotta il bilancio di previsione, il PIAO, il bilancio di esercizio e il bilancio di missione; esprime un parere sull’atto aziendale e sul programma di sviluppo strategico.
3. Il Consiglio di Direzione è la sede privilegiata ove si verifica il rispetto dei valori aziendali e dove si elaborano le azioni finalizzate alla realizzazione della mission aziendale. A tal fine definisce:
 - le **strategie ed i programmi aziendali**, sulla base degli atti di pianificazione nazionale e provinciale, rispetto ai quali garantisce il monitoraggio e controllo;
 - le **risorse**, gli investimenti e la conseguente programmazione produttiva;
 - l’**organizzazione** strutturale aziendale, in attuazione dell’atto aziendale;
 - l’equilibrio tra risorse impiegate e **qualità** dei risultati ottenuti, con l’obiettivo di contribuire alla promozione, al mantenimento ed al recupero delle condizioni di salute della cittadinanza;
 - le esigenze relative alla **formazione universitaria di base e post-base** dei professionisti sanitari in raccordo con le strutture provinciali e universitarie.

Ciascun/a componente apporta le funzioni specifiche del proprio ruolo al fine di un coordinamento complessivo delle decisioni aziendali.

4. Il/La **Direttore/Direttrice sanitario/a**, ai sensi dell’art. 29, comma 2, l.p. 16/2010, dirige i servizi sanitari, coordinando lo svolgimento degli interventi di promozione della salute e di prevenzione, cura e riabilitazione delle malattie; sovrintende all’attuazione delle attività cliniche, secondo le linee stabilite dal collegio per il governo clinico previsto dall’articolo 31 del presente atto. Garantisce la continuità dei percorsi assistenziali, disponendo in ordine ai controlli di efficacia delle prestazioni erogate e di efficienza dei servizi gestiti.

Il/La Direttore/Direttrice sanitario/a governa gli interventi di promozione della salute e di prevenzione, cura e riabilitazione delle malattie, garantisce la continuità dei percorsi assistenziali ed è responsabile della governance clinica complessiva, intesa come l'insieme delle attività volte ad assicurare l'appropriatezza, la qualità clinica e la sicurezza delle prestazioni erogate.

Nello specifico, il/La Direttore/Direttrice sanitario/a:

- esercita un ruolo di coordinamento generale e di integrazione delle strutture organizzative sanitarie anche al fine di sviluppare strumenti innovativi per la gestione delle attività;
- individua, congiuntamente agli/alle altri/e Direttori/Direttrici del Consiglio di Direzione, gli obiettivi generali e specifici di produzione e assicura il monitoraggio e la verifica del volume e della qualità assistenziale nel rispetto delle linee di indirizzo del/della Direttore/Direttrice generale;
- assicura il coordinamento tra i Distretti, il Dipartimento di prevenzione e il Servizio Ospedaliero Provinciale (di seguito SOP), in particolare per le prestazioni sanitarie e ad esse correlate;
- supervisiona le AOF nelle loro funzioni di coordinamento dei/delle Direttori/Direttrici di Dipartimento assistenziali e i DAI nella loro funzione di programmazione e pianificazione delle attività sanitarie assistenziali, formative e di ricerca assicurando l'applicazione di criteri di organizzazione, gestione e valutazione omogenei, efficienti ed efficaci;
- sovrintende al processo di negoziazione di budget delle AOF;
- promuove percorsi assistenziali valorizzando il modello di erogazione dell'assistenza centrato sul/sulla paziente e sull' integrazione tra servizi;
- sovrintende ai rapporti istituzionali con i/le professionisti/e convenzionati/e e strutture sanitarie convenzionate;
- sostiene le strategie di governo delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero ospedaliero
- sovrintende al modello di sviluppo per la sicurezza delle cure e per la gestione del rischio clinico;
- favorisce la didattica e la ricerca in collaborazione con UniTrento e facilita l'accesso alle attività di didattica e di ricerca degli/delle operatori/operatrici di ASUIT non in convenzione con UniTrento.

5. Il/La **Direttore/Direttrice amministrativo/a**, ai sensi dell'art. 29, comma 4, l.p. 16/2010, sovrintende e coordina l'esercizio delle attività tecnico-amministrative, con particolare riferimento alle attività necessarie per il controllo di gestione dell'azienda e per il miglioramento e il controllo di qualità dei servizi.

Il/La Direttore/Direttrice amministrativo/a assicura il funzionamento del sistema di governo economico-finanziario aziendale e garantisce che i sistemi e le strutture tecnico-amministrative supportino le attività di erogazione dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria

Il/La Direttore/Direttrice amministrativo/a, in particolare:

- esercita un ruolo di integrazione delle strutture organizzative tecnico amministrative al fine di sviluppare strumenti innovativi per la gestione delle attività;

- presidia l'esercizio delle attività tecnico-amministrative, con particolare riferimento alle attività necessarie per il controllo di gestione dell'Azienda e per il miglioramento e il controllo di qualità dei servizi;
- individua, congiuntamente agli/alle altri/e Direttori/Direttrici del Consiglio di Direzione, gli obiettivi generali e specifici di produzione e assicura il monitoraggio e la verifica del volume e della qualità assistenziale nel rispetto delle linee di indirizzo della Direzione generale;
- è garante della correttezza, completezza e trasparenza dei processi di formazione dei documenti rappresentativi delle dinamiche economiche, finanziarie e patrimoniali dell'Azienda;
- sovrintende il processo di negoziazione di budget delle strutture amministrative e tecniche;
- individua gli obiettivi generali e specifici dell'attività amministrativa e tecnico professionale, aziendale garantendo la qualità della stessa in termini di buon andamento, imparzialità, pubblicità ed efficacia;
- assicura i flussi informativi di supporto alle attività gestionali per i diversi livelli di governo aziendale;
- garantisce la legittimità degli atti di gestione nell'ambito delle competenze/responsabilità delegate ai/alle dirigenti;
- sovrintende al coordinamento delle attività amministrative territoriali e ospedaliere.

6. Il/La **Direttore/Direttrice per l'integrazione socio-sanitaria** sovrintende e coordina le iniziative dell'azienda a valenza socio-sanitaria, nonché le relazioni con i soggetti accreditati per le attività domiciliari, semiresidenziali e residenziali.

Il/La Direttore/Direttrice per l'integrazione socio-sanitaria, in particolare:

- sovrintende ai processi di pianificazione e programmazione delle attività socio-sanitarie previste nei livelli di assistenza nazionali e provinciali favorendo l'equità nella risposta ai bisogni socio-sanitari in tutto il territorio provinciale con particolare riferimento alle aree:
 - infanzia adolescenza e famiglia;
 - adulti con disabilità e fragilità
 - salute mentale e dipendenze;
 - anziani/e e grandi anziani/e;
- contribuisce alla definizione degli obiettivi generali e specifici di produzione di prestazioni socio-sanitarie, in relazione delle indicazioni della programmazione provinciale e della normativa nazionale in materia; in particolare, collabora alla definizione annuale delle Direttive socio-sanitarie provinciali e delle Direttive sulle RSA e i Centri diurni e ne garantisce l'applicazione e il monitoraggio;
- sovrintende i rapporti con le strutture accreditate sociosanitarie e con tutti i soggetti (pubblici e privati, ivi comprese le associazioni di volontariato e gli enti del terzo settore) che concorrono all'erogazione di prestazioni sociosanitarie ai/alle cittadine;
- presidia il monitoraggio e la verifica del volume e della qualità e dell'equità delle prestazioni socio-sanitarie erogate sia da realtà aziendali che da soggetti convenzionati con ASUIT;
- sovrintende le attività sociosanitarie dei Distretti e dei Dipartimenti a valenza territoriale e transmurale relative a:

- le funzioni di accesso e di continuità dei percorsi socio-sanitari previsti dalla normativa vigente;
- lo sviluppo e il monitoraggio della collaborazione tra Servizi socio-assistenziali e Servizi sanitari aziendali ed extra aziendali all'interno dei diversi setting di assistenza territoriale (es. consultori, comunità diurne e residenziali, ambulatori, cure domiciliari, case della comunità, ...)
- assicura il collegamento con i servizi sociali delle Comunità di Valle istituite ai sensi della l.p. 3/2006 e con i loro organismi di coordinamento;
- rappresenta l'Azienda nei rapporti con il terzo settore, le associazioni di cittadini/e impegnati nelle attività a valenza sociosanitaria;
- sostiene l'innovazione nel campo dell'erogazione dei servizi sociosanitari e dei determinanti della salute garantendo il raccordo sistematico tra le attività a valenza sociosanitaria e le funzioni istituzionali di ricerca e didattica, in stretta sinergia con UniTrento.

7. Il/La **Direttore/Direttrice assistenziale** ai sensi dell'art. 29, comma 4, l.p. 16/2010 e ss.mm., sovrintende e coordina il governo delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione, che svolgono attività di prevenzione, assistenza, cura o riabilitazione, con particolare attenzione allo sviluppo della qualità, alla collaborazione interdisciplinare e al lavoro di equipe e garantendo, in coordinamento con il/la Direttore/Direttrice sanitario/a, la continuità dei percorsi assistenziali che coinvolgono le suddette professioni sanitarie.

Il/La Direttore/Direttrice Assistenziale, in particolare, a tal fine:

- esercita un ruolo di coordinamento generale e di integrazione delle **strutture coinvolte nella gestione e sviluppo delle professioni sanitarie** anche al fine di sviluppare strumenti innovativi per la gestione delle attività;
- sovrintende ai processi di pianificazione, programmazione e verifica delle attività in particolare di quelle che coinvolgono le professioni infermieristiche, ostetriche, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione nonché gli/le operatori/operatrici di supporto;
- promuove processi di integrazione, e sviluppo condiviso tra le attività delle professioni sanitarie ai diversi livelli e le funzioni di **ricerca e didattica**;
- facilita, attraverso processi di confronto e negoziazione, la definizione e l'aggiornamento condiviso degli **standard organizzativi** e dei **fabbisogni** delle professioni sanitarie e degli/delle operatori/operatrici di supporto, in coerenza con i LEA e con la programmazione provinciale concorrendo, in accordo con il Consiglio di Direzione, il Dipartimento Risorse Umane, le Direzioni Professioni Sanitarie, le direzioni di AOF competenti, alla definizione delle **priorità di allocazione delle risorse** delle professioni sanitarie e degli/delle operatori/operatrici di supporto;
- presidia la ideazione e attuazione di **modelli organizzativi innovativi** anche correlandoli a **istituti contrattuali** di gestione e sviluppo delle professioni sanitarie;
- promuove e sostiene la progettazione e implementazione di **modelli organizzativi innovativi** anche attraverso lo sviluppo di competenze avanzate dei/delle professionisti/e;
- assicura il **contributo complessivo dei/delle professionisti/e sanitari/e alla gestione aziendale** anche presidiando la partecipazione di professionisti/e afferenti alle Direzioni professioni sanitarie alle Reti clinici, alla stesura dei Percorsi Preventivi Diagnostici Terapeutici Assistenziali Riabilitativi (PPDTAR), ai sistemi di gestione aziendale, ai

Comitati di Dipartimento, ad altri Comitati e ad ogni altro organismo o meccanismo di integrazione o coordinamento che contribuisca a realizzare l'unitarietà dell'azione organizzativa aziendale;

- contribuisce al presidio della **continuità delle cure** e delle transizioni tra strutture;
- concorre per quanto di competenza al **miglioramento complessivo delle prestazioni aziendali**, ivi comprese le azioni di riduzione dei tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale;
- promuove lo sviluppo delle attività di **ricerca** e di **didattica** di interesse delle professioni sanitarie.

Art. 30. Il Collegio Sindacale

1. Il Collegio sindacale è **composto** da cinque membri, designati e nominati secondo quanto previsto nell'art. 30 della Legge provinciale sulla tutela della salute in provincia di Trento.
2. Le modalità di funzionamento del Collegio sindacale sono stabilite con **regolamento interno**, approvato dai componenti del Collegio e recepito con atto del Direttore generale.
3. **Il Collegio sindacale:**
 - a) verifica l'amministrazione dell'azienda sotto il profilo economico;
 - b) vigila sull'osservanza delle leggi;
 - c) esamina i bilanci di previsione annuali e pluriennali;
 - d) accerta la regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio di esercizio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili ed effettua periodicamente verifiche di cassa;
 - e) redige la relazione al bilancio di esercizio;
 - f) verifica l'attuazione delle direttive della Giunta provinciale sotto il profilo economico e riferisce alla Giunta, anche su richiesta, sui risultati del riscontro eseguito;
 - g) trasmette alla Giunta, almeno ogni trimestre, una relazione sull'andamento dell'attività;
 - h) vigila sull'adeguatezza dei sistemi di controllo interno relativi alla gestione economico-contabile.
4. Il Collegio sindacale si avvale nell'espletamento dei propri lavori del **supporto** di un funzionario, designato dal/dalla Direttore/Direttrice generale, anche al fine di garantire il collegamento con le strutture aziendali.

Art. 31. Il Collegio per il governo clinico

1. Il Collegio per il governo clinico è un organo aziendale **composto** dal/dalla Direttore/Direttrice sanitario/a, che lo presiede, dal/dalla Direttore/Direttrice assistenziale, dal/dalla Direttore/Direttrice amministrativo/a, dal/dalla Direttore/Direttrice per l'integrazione socio-sanitaria, dal/dalla Responsabile scientifico/a, dai/dalle direttori/direttrici delle AOF, dai/dalle direttori/direttrici dei Dipartimenti assistenziali e ad attività integrata, da un/a dirigente per ciascuna delle aree della dirigenza delle professioni sanitarie, da un/a rappresentante dell'area della psicologia clinica, nonché da un/a rappresentante per le restanti aree della dirigenza sanitaria. È integrato da tre medici di medicina generale e da tre pediatri di libera scelta in rappresentanza degli ambiti territoriali e da due Specialisti/e ambulatoriali convenzionati/e, a garanzia del concreto coinvolgimento

di tali figure professionali nei processi organizzativi ed operativi dell'Azienda. I rappresentanti delle aree della dirigenza delle professioni sanitarie, dell'area della psicologia clinica e delle restanti aree della dirigenza sanitaria, nonché i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta e gli/le specialisti/e ambulatoriali convenzionati, sono individuati dal/dalla Direttore/Direttrice generale sulla base di documentata esperienza nell'ambito delle tematiche trattate dal Collegio del governo clinico, accertata sulla base della valutazione comparata dei curricula presentati dagli/dalle interessati/e a seguito di richiesta di manifestazione di interesse.

2. Come previsto dall'art. 36 della l.p. 16/2010, il Collegio partecipa alla **programmazione delle attività** di ASUIT, incluse le attività integrate, e concorre allo sviluppo organizzativo e gestionale dell'Azienda, con particolare riferimento all'individuazione di indicatori di risultato clinico-assistenziale e di efficienza, nonché dei requisiti di appropriatezza e di qualità delle prestazioni. Il Collegio partecipa alla **valutazione interna dei risultati** conseguiti dall'Azienda in relazione agli obiettivi fissati ed è consultato obbligatoriamente dal Direttore generale su tutte le questioni attinenti al governo delle attività cliniche. Esprime inoltre parere sull'**approvazione dell'atto aziendale**. Ai fini dell'esercizio delle proprie competenze, il Collegio assicura un costante collegamento con le strutture aziendali.
3. Il Collegio per il governo clinico **si riunisce** in seduta plenaria di norma una volta a trimestre e comunque, ogni qualvolta venga convocato dal/dalla presidente. Qualora le tematiche oggetto delle riunioni del Collegio per il governo clinico siano particolarmente rilevanti per lo sviluppo strategico dell'Azienda vi partecipa anche il/la Direttore/Direttrice generale.
4. Il Collegio per il governo clinico adotta un proprio **regolamento di funzionamento** recepito con deliberazione del/della Direttore/Direttrice generale. Il Collegio si avvale nell'espletamento dei propri lavori di una funzione di segreteria, individuata dal Consiglio di direzione. Il Collegio per il governo clinico può istituire al proprio interno delle **commissioni ad hoc** con il compito di definire proposte e progetti relativi a specifici ambiti dei servizi aziendali.
5. Le **proposte** del Collegio per il governo clinico vengono sottoposte al Consiglio di direzione da parte del presidente del Collegio. Il Consiglio di direzione può chiedere **parere** al Collegio per il governo clinico in relazione a decisioni relative alle tematiche di competenza o altre questioni sulle quali ritenga necessario un confronto con i componenti del Collegio.

Art. 32. Il Comitato di Indirizzo

1. Il Comitato di indirizzo è **composto** da un numero massimo di cinque membri, designati e nominati secondo quanto previsto nell'art. 30 bis della l.p. 16/2010 e dall'art. 10 del Protocollo d'intesa tra Provincia e UniTrento:
 - il/la Presidente della Scuola di Medicina e Chirurgia;
 - il/la Dirigente generale del Dipartimento provinciale competente in materia di salute;
 - un membro designato dalla Provincia;
 - un membro designato da UniTrento;
 - un membro designato dall'Azienda.

I membri designati dalla Provincia, da UniTrento e dall'Azienda devono essere in possesso dei requisiti previsti dall'art. 30 bis della l.p. 16/2010. L'incarico di membro del comitato di

indirizzo ha durata quadriennale, rinnovabile per un ulteriore quadriennio. Ai componenti del comitato di indirizzo spetta un'indennità nella misura stabilita dalla Giunta provinciale nel rispetto dei criteri previsti dalla normativa statale per i componenti del collegio sindacale.

2. Il Comitato è nominato dalla Giunta Provinciale e il/la **Presidente** è individuato dalla Provincia d'intesa con il/la Rettore/Rettrice di UniTrento tra i membri del comitato: convoca il comitato di indirizzo, lo presiede e ne fissa l'ordine del giorno. Il/La Direttore/Direttrice generale partecipa ai lavori del comitato di indirizzo, senza diritto di voto.
3. Ai sensi di quanto previsto dall'art. 30 bis della l.p. 16/2010, il comitato di indirizzo:
 - propone iniziative e misure per assicurare la *coerenza della programmazione* dell'attività assistenziale svolta nei dipartimenti ad attività integrata (DAI) con la programmazione didattica e scientifica dell'Università di Trento;
 - verifica inoltre la *corretta attuazione* della programmazione dell'attività integrata;
 - fornisce supporto al/alla Direttore/Direttrice generale, se richiesto dallo stesso, nello svolgimento delle funzioni che riguardano l'attività integrata;
 - esprime un parere sugli *atti fondamentali di programmazione* dell'azienda per gli aspetti relativi all'attività integrata;
 - assicura il *monitoraggio* sulla corretta attuazione del protocollo d'intesa per l'attività integrata;
 - svolge le *ulteriori funzioni* eventualmente previste dal protocollo d'intesa per l'attività integrata.

CAPO VI. Organismi Aziendali

Art. 33. Organismi Aziendali

1. A supporto degli organi di governo sono istituiti **organismi collegiali** con funzioni di consulenza e garanzia. Nel presente atto aziendale sono disciplinati gli organismi espressamente previsti dalla legislazione provinciale e nazionale e quelli la cui istituzione è ritenuta di particolare rilevanza strategica, pur non essendo previsti dalla norma.
2. Ogni organismo adotta un proprio **regolamento di funzionamento**, recepito con deliberazione del/della Direttore/Direttrice generale. Tale regolamento interno disciplina in modo specifico l'organizzazione, le competenze dei diversi ruoli, le procedure operative e le modalità di interazione con gli altri organismi aziendali e con l'esterno, garantendo l'efficacia e l'efficienza delle attività svolte.

Art. 34. La Commissione mista conciliativa

1. La Commissione mista conciliativa è istituita a garanzia della **partecipazione dei cittadini, delle cittadine e delle loro associazioni** per la valutazione della qualità dei servizi sanitari offerti dall'Azienda dal punto di vista dell'utenza.

2. I **componenti** sono nominati con deliberazione del Direttore generale garantendo l'adeguata rappresentanza delle associazioni di volontariato.
3. Alla Commissione è affidato l'esame delle **segnalazioni** pervenute tramite le associazioni di volontariato e tutela della cittadinanza, anche al fine della formulazione di proposte all'Azienda in merito ad interventi di carattere organizzativo dei quali si sia evidenziata l'opportunità a seguito di tale valutazione. È affidato altresì l'esame "in seconda istanza" delle problematiche sollevate dai cittadini che non hanno trovato risposta soddisfacente da parte dell'Ufficio rapporti con il pubblico.

Art. 35. Il Nucleo di valutazione

1. Il Nucleo di valutazione effettua la verifica sul raggiungimento degli obiettivi derivanti dal processo di budget.
2. Il Nucleo di valutazione è **composto** da tre membri esterni all'Azienda, nominati dal/dalla Direttore/Direttrice generale, scelti in relazione all'elevata professionalità ed esperienza, maturata nel campo del management sanitario, della valutazione delle performance e della valutazione del personale delle amministrazioni pubbliche.
3. Il Nucleo di valutazione ha il **compito** di supportare il Consiglio di direzione in relazione alle seguenti tematiche:
 - a) la verifica iniziale della coerenza degli obiettivi annuali programmati delle strutture aziendali con le direttive di budget aziendali;
 - b) la valutazione intermedia e finale sui risultati complessivi della gestione aziendale;
 - c) la valutazione degli obiettivi affidati ai/alle dirigenti e l'attribuzione ad essi/e della retribuzione di risultato;
 - d) il monitoraggio del funzionamento complessivo del sistema della valutazione e della trasparenza e integrità dei controlli interni.
4. Costituisce, inoltre, organismo di **valutazione di seconda istanza** sulle valutazioni annuali dei dirigenti. Fino alla definizione di un'unica metodologia di valutazione della **dirigenza del ruolo amministrativo, tecnico e professionale** da parte della Giunta provinciale, per i/le dirigenti appartenenti a tale area, la valutazione è effettuata dal medesimo Nucleo di valutazione. Il Nucleo è competente anche per la valutazione, in seconda istanza, dei/delle **docenti universitari inseriti/e in assistenza**.
5. Il Nucleo attesta l'assolvimento degli obblighi in materia di **trasparenza**, secondo la vigente normativa in materia.

Art. 36. Il Collegio tecnico

1. Il **Collegio tecnico** è preposto alla valutazione periodica dei/delle dirigenti, attinente alle attività professionali, ai risultati raggiunti, al livello di partecipazione ai programmi di formazione continua e al rispetto degli obblighi comportamentali. Tali valutazioni sono effettuate al termine dell'incarico e comunque con la cadenza periodica stabilita dalla contrattazione collettiva provinciale. Il Collegio è competente anche per la valutazione dei/delle docenti universitari/e inseriti in assistenza.

2. Al Collegio tecnico spetta in particolare la *valutazione di seconda istanza dei/delle dirigenti*, in rapporto all'attività professionale condotta nel periodo di riferimento, effettuata tenuto conto degli esiti delle verifiche annuali.
3. La *composizione, il funzionamento e le modalità di valutazione* del Collegio tecnico sono definite con apposite linee guida aziendali nel rispetto dei principi, delle garanzie e delle tutele stabiliti dalla Legge e dalla contrattazione collettiva di lavoro.

Art. 37. Il Comitato dei Garanti

1. Il Comitato dei Garanti istituito a tutela della trasparenza e correttezza dei procedimenti di **recesso anticipato** dell'Azienda dal rapporto di lavoro dei dirigenti esprime parere preventivo circa la valutazione della sussistenza, nei casi specifici sottoposti, dei presupposti del recesso. La composizione è definita con deliberazione del Direttore generale.
2. Il Direttore generale nomina, d'intesa con il Rettore di UniTrento, il Comitato dei Garanti, previsto dall'articolo 5, comma 14, del D.Lgs. n. 517/1999, che si esprime nei casi di adozione dei provvedimenti di sospensione dall'attività assistenziale per gravissime mancanze ai doveri d'ufficio dei professori e dei ricercatori universitari.

Art. 38. Il Comitato Unico di Garanzia

1. Il Comitato Unico di Garanzia è istituito al fine di promuovere un ambiente lavorativo caratterizzato dal rispetto del principio di **pari opportunità** e di contrastare qualsiasi forma di **discriminazione** e di **violenza** morale o psichica sulle lavoratrici e sui lavoratori.
2. Le *competenze e la composizione* di tale organismo sono stabilite dall'art. 17 della L.P. n. 13/2012 e ss.mm.ii.. I componenti sono nominati con deliberazione del/della Direttore/Direttrice generale garantendo una composizione paritetica fra componenti di nomina aziendale e componenti designati da ciascuna delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello di amministrazione; per quanto possibile, è assicurato l'equilibrio tra i generi
3. Il Comitato ha compiti *propositivi, consultivi e di verifica* all'interno dell'amministrazione.

Art. 39. Il Comitato Valutazione Sinistri

1. Il **Comitato Valutazione Sinistri**, previsto dall'art. 15 del D.M. n. 232 del 15 dicembre 2023, è organismo tecnico a composizione multiprofessionale incaricato di fornire un apporto alla direzione aziendale nell'ambito della valutazione dei sinistri da malpractice sui quali sia stata attivata richiesta risarcitoria da parte dell'utenza e di collaborare con gli organismi e le funzioni aziendali in materia di prevenzione e gestione del rischio clinico.
2. Il Comitato Valutazione Sinistri è nominato con deliberazione e la sua composizione deve garantire la presenza anche delle figure professionali in possesso delle competenze previste in modo specifico dal DM 232/2023.

Art. 40. Il Comitato etico per la pratica clinica

1. Il **Comitato etico per la pratica clinica** ha il compito di esprimere valutazioni di carattere etico su situazioni specifiche della pratica assistenziale in cui la gerarchia dei valori e degli interessi coinvolti non è risolta sul piano della regolamentazione giuridica e/o deontologica. Propone alla Direzione generale iniziative di formazione e sensibilizzazione alla dimensione etica nei confronti dei/delle dipendenti, nonché iniziative atte a favorire il confronto e la riflessione pubblica sulle implicazioni etiche delle attività clinico-assistenziali.
2. La composizione dell'organismo è stabilita con deliberazione secondo criteri di multidisciplinarietà ed intersettorialità.

CAPO VII. Il modello organizzativo aziendale

Art. 41. Fondamenti del modello organizzativo aziendale

1. ASUIT risponde alla complessità dettata dalla propria mission e alla dinamicità del contesto in cui opera, attraverso un modello organizzativo che tiene conto di tre dimensioni:
 - a. la **dimensione produttiva** e la **dimensione abilitante**: ovvero la linea di afferenza delle entità organizzative rispetto alle *responsabilità di produzione delle prestazioni* previste dai LEA e alle *responsabilità di funzioni che le supportano* e che consentono quindi l'erogazione ottimizzando la capacità di risposta delle entità produttive ai bisogni di salute;
 - b. la **dimensione locale**: ovvero il presidio *delle strutture fisiche* (es. presidi ospedalieri, case della comunità, presidi territoriali, ...) entro cui vengono erogati i LEA, che crea punti di interconnessione tra entità organizzative appartenenti allo stesso luogo fisico.
 - c. la **dimensione professionale**: ovvero l'appartenenza di ciascun/a professionista ad un *gruppo professionale* - e ai/alle relativi/e responsabili a diversi livelli - finalizzata a ottimizzare l'utilizzo delle risorse umane secondo logiche di efficienza e di economicità, presidiare lo sviluppo di competenze specifiche e avanzate, garantire la sinergia con altri gruppi professionali, riconoscendo la diversità di competenze e l'integrazione tra esse come elementi fondamentali per la realizzazione della mission aziendale e per il miglioramento continuo dei processi produttivi e abilitanti.

Nella complessità organizzativa, l'**afferenza gerarchica** definisce le responsabilità di pianificazione, programmazione, attuazione, monitoraggio, adattamento, rendicontazione delle attività e del raggiungimento di risultati ed esiti.

2. ASUIT risponde alla complessità organizzativa anche attraverso **meccanismi di integrazione e coordinamento** che ordinano e consolidano le interdipendenze necessarie a dare risposte efficaci ed ottimali ai bisogni della popolazione secondo le logiche esplicitate nell'art. 42 del presente atto.
3. La **dimensione produttiva** è articolata in AOF, Dipartimenti, Unità operative e Strutture semplici dipartimentali:

- a) Le AOF sono identificate dalla l.p. 16/2010 in coerenza con le diverse tipologie di LEA previsti dalla normativa nazionale.
- b) Con il termine *Dipartimenti* si intendono sia i dipartimenti assistenziali che i dipartimenti ad attività integrata. Aggregano UUOO/SSD ed altre entità organizzative secondo le logiche e modalità indicate nell'art. 46 del presente atto. In ragione della prevalenza della natura delle UUOO che li compone, un Dipartimento può essere classificato come "ospedaliero", "territoriale" o "transmurale".
- c) Le *Unità Operative (UU.OO.)* e *Strutture Semplici Dipartimentali (SSD)* sono strutture che, integrando risorse umane (generalmente appartenenti a più gruppi professionali), strutture, tecnologie, procedure assolvono agli obiettivi assegnati di produzione di prestazioni e di esiti di salute attesi, coniugando questi con gli obiettivi di gestione. In relazione alla loro articolazione possono essere qualificate come "multizonali", laddove abbiano sedi operative in più ambiti territoriali / presidi.

Ogni U.O./SSD eroga un profilo tipico di prestazioni di natura ospedaliera e/o distrettuale e/o di prevenzione presidiate dalle diverse AOF; in relazione alla natura prevalente delle prestazioni erogate e dei LEA presidiati, la U.O./SSD assume caratterizzazione principale in uno dei tre ambiti ospedaliero / distrettuale / prevenzione. Le UU.OO./SSD possono avere articolazioni interne (es. Degenze, Servizi Ambulatoriali o domiciliari, ...) al fine di rendere esplicita e riconoscibile la propria organizzazione interna ai cittadini nonché alle altre componenti dell'organizzazione. La responsabilità dell'U.O. è affidata ad un/una direttore/direttrice di struttura complessa che si avvale di uno/a o più coordinatori/coordinatrici delle professioni sanitarie per la gestione integrata delle attività, il miglioramento continuo della qualità, la sicurezza delle lavoratrici, dei lavoratori e dell'utenza, l'ottimizzazione nell'uso delle tecnologie e degli spazi.

La **dimensione abilitante** è rappresentata dalle entità organizzative di diversa natura (sanitarie, amministrative, tecniche) che presidiano processi di supporto (relativi alle risorse umane, infrastrutturali, tecnologiche, patrimoniali, finanziarie ...) che consentono alle entità organizzative della dimensione produttiva di provvedere al meglio all'erogazione delle risposte ai LEA concorrendo all'efficacia, efficienza e sostenibilità delle attività assistenziali, di didattica e di ricerca.

Rientrano nella dimensione abilitante le entità organizzative:

- dei Dipartimenti tecnico – amministrativi;
- del Dipartimento di Governance;
- in staff alle AOF;
- in staff al Consiglio di Direzione.

4. La **dimensione locale** è articolata secondo livelli di responsabilità sulle strutture fisiche

(es. presidi Ospedalieri, case della comunità, strutture territoriali, ...) che, salvo casi particolari, seguono la linea di responsabilità datoriale. Esse hanno la responsabilità dell'integrazione locale tra articolazioni delle UU.OO. nonché del presidio di dimensioni strategiche come la sicurezza delle lavoratrici e dei lavoratori, la sicurezza delle e dei pazienti, le funzioni igienico-sanitarie, la corretta tenuta della documentazione clinica.

5. La **dimensione professionale** ha una articolazione su più livelli in relazione alla diversa natura del gruppo professionale. La dimensione professionale è essenziale per poter sviluppare il contributo specifico di ogni professionista alle dimensioni produttive e abilitanti. A tal fine la pianificazione e allocazione delle risorse umane, la gestione degli istituti contrattuali, l'assegnazione degli obiettivi, la valutazione e lo sviluppo del personale, avvengono di norma all'interno della linea professionale. Altrettanto essenziale è la piena ed efficace integrazione tra i gruppi professionali a tutti i livelli della dimensione produttiva (es. U.O./Dipartimenti/AOF, ...) e abilitante (es. dipartimenti tecnico-amministrativi, dipartimento di governance, ...) nonché della dimensione locale (es. presidio ospedaliero, presidio territoriale, ...). E' obiettivo di tutti/e i/le responsabili favorire la massima collaborazione e integrazione tra professionalità diverse, basate sul principio che la diversità delle competenze ottimamente integrate genera valore, portando all'eccellenza nei risultati di assistenza, didattica e ricerca.
7. ASUIT definisce in allegato all'atto aziendale l'**organigramma aziendale** quale strumento di rappresentazione delle linee gerarchiche della dimensione produttiva e abilitante e rappresenta le entità organizzative fino al livello delle strutture semplici dipartimentali e tecnico-amministrative.
8. Le funzioni derivanti dalle responsabilità dei singoli ruoli sono dettagliate in specifici **profili di ruolo**.

Art. 42. Le Articolazioni organizzative fondamentali

1. Le Articolazioni Organizzative Fondamentali (AOF) previste dalla l.p.16/2010 e ss.mm. sono:
 - il Dipartimento di prevenzione;
 - i Distretti sanitari;
 - il Servizio ospedaliero provinciale.
2. Il/La Direttore/Direttrice generale nomina, per ogni AOF, un/una direttore/direttrice, in possesso dei requisiti specifici previsti dall'art. 31 della l.p. 16/2010.
3. Il/la Direttore/Direttrice di AOF è responsabile:
 - a) dei **risultati complessivi** dell'Articolazione, in coerenza con le strategie e gli obiettivi definiti dal Consiglio di direzione, in particolare rispetto ai LEA propri del contesto di appartenenza nonché dei risultati di gestione della AOF;
 - b) del **raccordo informativo** e della **governance integrata** tra le entità organizzative (Dipartimenti/UU.OO.) che costituiscono l'AOF, verso le quali riveste una posizione gerarchica superiore, negoziando con i/le dirigenti responsabili delle stesse gli obiettivi e la programmazione delle attività;
 - c) di individuare spazi di **dialogo e confronto** con la dimensione abilitante, la

dimensione locale e la dimensione professionale, al fine di orientare la programmazione delle attività verso obiettivi comuni;

- d) dello **sviluppo di sinergie** con le altre AOF – nonché con soggetti esterni – anche attraverso l’istituzione di meccanismi di coordinamento ed integrazione;
- e) della **sicurezza dell’utenza**;
- f) della **sicurezza delle lavoratrici e dei lavoratori**;
- g) della valutazione dei fabbisogni e dell’ottimizzazione dell’utilizzo degli **spazi** e delle **tecnologie**;
- h) delle **funzioni igienico-organizzative** delle strutture affidate;
- i) delle funzioni specifiche della propria AOF.

Per l’esercizio di tali funzioni:

- il direttore/la direttrice del SOP è coadiuvato dai direttori/direttrici delle Direzioni Mediche di Presidio Ospedaliero (DMO), dal/dallai Direttore/Direttrice delle Professioni Sanitarie e dal/dalla Dirigente dei Servizi Amministrativi;
- i direttori/direttrici dei Distretti sono coadiuvati dai/dalle direttori/direttrici delle UU.OO. Organizzazione dei Servizi Sanitari di Base e dal/dalla Dirigente del/dei Servizi Amministrativi.

4. In ogni AOF sono previsti inoltre:

- a) una o più *Direzioni delle professioni sanitarie* alle quali sono affidati – rispetto al personale delle professioni sanitarie (professionisti/e sanitari/e, operatori/operatrici di interesse sanitario, arti ausiliarie dell’assistenza, dirigenti delle professioni sanitarie) – il governo, la pianificazione, l’allocazione del personale, la gestione degli istituti contrattuali, la valutazione e lo sviluppo professionale, garantendo la dimensione produttiva nel proprio ambito di competenza nella prospettiva della piena integrazione con i/le responsabili dei diversi livelli delle dimensioni produttiva e abilitante. Le Direzioni delle professioni sanitarie, inoltre, promuovono e sostengono le iniziative di ricerca nonché l’ideazione e implementazione di nuovi modelli organizzativi innovativi ed omogenei sul territorio provinciale sostenuti da evidenze per la migliore presa in carico dell’utenza; promuovono la valenza didattica dei contesti in cui i/le professionisti/e sanitari/e operano; contribuiscono allo sviluppo della qualità clinica, organizzativa e percepita definendo e monitorando indicatori di performance e attivando tempestivamente le azioni correttive; supportano, per quanto di competenza, i diversi livelli aziendali nel presidio di funzioni abilitanti quali la sicurezza delle lavoratrici e dei lavoratori, la sicurezza dell’utenza, la valutazione dei fabbisogni e dell’ottimizzazione dell’utilizzo degli spazi e delle tecnologie, le funzioni igienico-organizzative nonché le funzioni specifiche della propria AOF.
- b) Uno o più *Servizi Amministrativi*, a cui è affidato il presidio dei processi amministrativi essenziali per il funzionamento della dimensione produttiva, in stretto coordinamento con i servizi amministrativi delle altre AOF nonché con le strutture abilitanti (dipartimenti tecnico amministrativi, dipartimento di governance, strutture in staff al Consiglio di Direzione); garantisce direttamente le funzioni di interfaccia con l’utenza e presidia a livello locale le funzioni governate dai Dipartimenti tecnico amministrativi e dagli altri Dipartimenti di governo delle attività, secondo meccanismi permanenti di integrazione e coordinamento.

5. Le Direzioni professioni sanitarie e i Servizi Amministrativi trovano, inoltre, spazi di dialogo e confronto reciproco nonché con la dimensione abilitante e la dimensione locale, al fine di orientare la programmazione delle attività verso obiettivi comuni.

Art. 43. Il Dipartimento di Prevenzione

1. Il Dipartimento di Prevenzione, operando secondo le competenze previste dall'art. 32 della l.p. 16/2010 assicura la tutela e la promozione della salute della comunità attraverso un approccio integrato, intersettoriale e orientato alla prevenzione.

Il Dipartimento:

- ha la missione di proteggere e migliorare lo stato di salute della popolazione, riducendo i rischi sanitari di natura infettiva, ambientale, occupazionale e comportamentale, promuovendo sani stili di vita lungo tutto il corso della vita e contribuendo al contrasto delle disuguaglianze di salute;
- opera mediante azioni coordinate di sanità pubblica, fondate su evidenze scientifiche, sorveglianza epidemiologica, equità di accesso e partecipazione della comunità, garantendo l'integrazione con i servizi sanitari, sociosanitari e con gli altri attori istituzionali e territoriali;
- adotta un approccio One Health, che riconosce l'interconnessione tra salute umana, animale e ambientale, e orienta le proprie azioni alla prevenzione primaria e alla promozione della salute in un'ottica sistemica e sostenibile;
- nel rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza–area Prevenzione collettiva e sanità pubblica, il Dipartimento persegue obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie infettive e cronico-degenerative, riduzione dei fattori di rischio, miglioramento della qualità e sicurezza degli ambienti di vita e di lavoro, tutela del benessere animale e sicurezza alimentare.

Le attività del Dipartimento si sviluppano in coerenza con gli indirizzi del D.M. 77/2022 e contribuiscono al rafforzamento della sanità territoriale, all'integrazione tra servizi sanitari, sociosanitari e istituzioni locali, e alla presa in carico proattiva della popolazione.

2. All'interno del Dipartimento di Prevenzione è previsto un *Comitato di gestione* costituito dai seguenti ruoli:

- direttore/direttrice del Dipartimento di Prevenzione;
- direttore/direttrice della Direzione professioni sanitarie;
- dirigente del Servizio Amministrativo;
- direttori/direttrici delle Unità Operative e strutture semplici dipartimentali afferenti al Dipartimento.

Le funzioni e le modalità operative del Comitato di gestione sono definite in apposito atto di funzionamento, approvato dal/dalla Direttore/Direttrice di dipartimento.

Art. 44. I Distretti

1. I Distretti sanitari costituiscono l'articolazione organizzativa territoriale dell'Azienda. Garantiscono:

- i servizi di assistenza sanitaria primaria, in alleanza con la medicina di assistenza primaria, la pediatria di libera scelta e il Dipartimento Cure primarie anche con il

supporto del Dipartimento di prevenzione e del SOP;

- assicurano in ogni territorio attività, servizi e prestazioni dei LEA distrettuale e socio-sanitaria;
- le cure di prossimità tenuto conto della situazione orografica del Trentino e della mobilità della popolazione all'interno del territorio provinciale adottando, ove necessario, anche misure organizzative flessibili e con tutti i soggetti accreditati e convenzionati, compresi/e i/le professionisti/e sanitari/e e socio-sanitari/e che erogano servizi sanitari o socio-sanitari sul territorio;
- l'integrazione delle attività sanitarie con le attività sociali curando i rapporti con gli amministratori locali, le comunità di valle e i servizi sociali;
- lo sviluppo dei setting di assistenza dell'assistenza territoriale previsti dalla normativa vigente come le case della comunità, gli ospedali di comunità, gli hospice, le cure domiciliari nella prospettiva della "casa come primo luogo di cura".

2. Le funzioni del Comitato di gestione di Distretto sono assolve dal Coordinamento della Sanità territoriale di cui all'art. 48 del presente atto.

Art. 45. Il Servizio Ospedaliero Provinciale

1. Il Servizio Ospedaliero Provinciale (SOP), operando secondo le competenze previste dall'art. 34 l.p. 16/2010, presidia l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza Ospedaliera attraverso una gestione unitaria della rete dei presidi ospedalieri aziendali in stretta integrazione con le altre AOF al fine di garantire la presa in carico dell'utenza e la continuità delle cure. In considerazione della particolare prevalenza ospedaliera di setting di didattica e ricerca, il direttore del SOP è coinvolto nelle azioni di raccordo con la Scuola di medicina e chirurgia dell'Università di Trento, nonché con le altre Università, coordinandosi con le altre strutture aziendali.
2. Le funzioni derivanti dalle responsabilità, elencate nell'art. 38 sono esercitate per il tramite dei direttori di Direzione medica di presidio, che concretizzano la dimensione locale, illustrata all'art. 37 del presente Atto.
3. Al fine di garantire unitarietà, decisioni coordinate ed efficienza complessiva, all'interno del SOP è previsto un *Comitato di gestione* composto da:
 - direttore/direttrice del SOP;
 - direttori/direttrici delle direzioni mediche di presidio;
 - direttori/direttrici di struttura complessa delle professioni sanitarie afferenti al SOP;
 - dirigenti dei Servizi Amministrativi Ospedalieri.

Le funzioni, le modalità operative del Comitato di gestione e il coinvolgimento di ulteriori ruoli sono definite all'interno di apposito provvedimento di funzionamento approvato dal direttore/direttrice del SOP.

Art. 46. I Dipartimenti assistenziali e i Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI)

1. La dimensione produttiva di ASUIT si concretizza principalmente nei Dipartimenti

Assistenziali e nei Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI) (di seguito “Dipartimenti”). I Dipartimenti sono aggregazioni di Unità operative e Strutture semplici dipartimentali affini per intensità di cure, settore nosologico, fascia d’età, branca specialistica, organi o apparati. I Dipartimenti sono classificati in:

- a. *dipartimenti ospedalieri* costituiti da entità organizzative che presidiano prevalentemente funzioni ospedaliere
- b. *dipartimenti territoriali* che raggruppano le entità organizzative che presidiano prevalentemente funzioni territoriali
- c. *dipartimenti transmurali* che aggregano sia entità organizzative che svolgono funzioni ospedaliere sia entità organizzative che svolgono funzioni territoriali

2. Gli obiettivi dei Dipartimenti sono:

- a) programmare, governare e migliorare i **processi produttivi**, secondo le indicazioni della pianificazione strategica, della programmazione aziendale e della programmazione operativa, garantendo la sicurezza e la qualità delle cure in un’ottica integrata di sistema;
- b) facilitare l’**integrazione tra le UU.OO.** sia nel raggiungimento degli obiettivi che nell’ottimizzazione delle risorse (sia umane che tecnologie), pur nel rispetto dell’autonomia organizzativa delle stesse;
- c) promuovere lo sviluppo armonico e integrato delle attività di **ricerca**, garantendo il collegamento tra assistenza, didattica e ricerca.
- d) assicurano l'utilizzazione delle strutture assistenziali e lo svolgimento delle relative attività da parte del personale universitario e ospedaliero per scopi di didattica e di ricerca, collaborando, per quanto riguarda l'attività di ricerca, con il/la responsabile scientifico;
- e) semplificare le **relazioni tra le UU.OO. e le strutture abilitanti** (es. risorse umane, infrastrutture, tecnologie, approvvigionamenti, governance ...);
- f) facilitare la diffusione delle **migliori pratiche** basate sulle più recenti acquisizioni della letteratura scientifica e lo sviluppo di **modelli organizzativi innovativi** volti a favorire lo sviluppo dell’appropriatezza e dell’economicità;
- g) integrare pienamente nei percorsi aziendali anche le attività omologhe di branca erogate da **specialisti/e ambulatoriali interni/e, strutture convenzionate** e altri attori istituzionali.

3. Nello specifico, i DAI coniugano lo sviluppo dell’assistenza con lo sviluppo della didattica e della ricerca. Poiché al momento dell’approvazione del presente atto aziendale all’interno di ciascun dipartimento opera anche personale universitario, la totalità dei dipartimenti di ASUIT sono classificati come Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI).

4. I DAI di ASUIT sono:

Dipartimenti afferenti al SOP

- DAI transmurale Emergenza
- DAI Anestesia e rianimazione
- DAI Chirurgico
- DAI Neuroscienze
- DAI Chirurgie cervico-oro-facciali

- DAI Cardio-toraco-vascolare
- DAI Ortopedico traumatologico
- DAI transmurale Ostetrico ginecologico
- DAI transmurale Pediatrico
- DAI Medico
- DAI transmurale Anziani e longevità
- DAI Scienze radiologiche e imaging medico
- DAI Patologia e medicina di laboratorio

Dipartimenti afferenti al Direttore Sanitario

- DAI Cure primarie
- DAI transmurale Riabilitazione

Dipartimenti afferenti al Direttore Integrazione SocioSanitaria

- DAI transmurale Salute mentale

Le articolazioni dei Dipartimenti sono rappresentate negli allegati al presente Atto con evidenza delle strutture a direzione universitaria.

Per le funzioni ospedaliere i dipartimenti si relazionano con le articolazioni del SOP, per le funzioni distrettuali con le articolazioni dei Distretti sanitari.

5. L'individuazione dei DAI e l'elencazione delle strutture complesse che li compongono sono adottate d'intesa tra il/la Direttore/Direttrice generale dell'Azienda e il/la Rettore/Rettrice di UniTrento.
6. L'individuazione delle strutture aziendali a direzione universitaria e a direzione ospedaliera avviene nel rispetto del principio dell'equilibrio organizzativo complessivo tra le medesime, delle esigenze assistenziali, di didattica e di ricerca, delle direttive e dei limiti individuati dalla Giunta provinciale, fino al 30% della totalità delle strutture complesse, fino al al 50% dei dipartimenti. Le modifiche relative a strutture complesse a direzione universitaria vengono definite in sede di Comitato di Coordinamento previsto dal Protocollo d'Intesa tra Università di Trento e Provincia. Nel caso in cui all'interno del medesimo presidio ospedaliero e/o a livello aziendale sussistano due strutture complesse nella medesima disciplina, non più di una di esse potrà essere a direzione universitaria.
7. Sono organi del Dipartimento:
 - a) il/la Direttore/Direttrice di Dipartimento
 - b) il Comitato di Dipartimento.
8. Il/la **Direttore/Direttrice del Dipartimento** assistenziale è nominato/a fra i/le direttori/direttrici delle Unità operative complesse di norma afferenti al Dipartimento. La nomina avviene da parte del/della Direttore/Direttrice generale su proposta del/della Direttore/Direttrice sanitario/a. Il/La Direttore/Direttrice del Dipartimento ad attività integrata è nominato fra i/le direttori/direttrici delle Unità operative complesse dell'Azienda di norma afferenti al Dipartimento. La nomina avviene da parte del/della Direttore/Direttrice generale, d'intesa con il/la Rettore/Rettrice ed è scelto sulla base di requisiti di capacità gestionale e organizzativa, esperienza

professionale e curriculum scientifico (art.35, comma 1 ter, l.p. 16/2010). Il direttore/la direttrice di dipartimento, il cui incarico è conferito per un periodo non superiore a tre anni, mantengono la titolarità della struttura complessa a cui sono preposti al momento dell'affidamento dell'incarico.

9. Il/La direttore/direttrice di dipartimento ha una relazione di tipo gerarchico con le entità organizzative afferenti al dipartimento. Le sue principali responsabilità sono:
- raggiungere gli obiettivi di salute assegnati al proprio Dipartimento;
 - orientare in modo integrato e coordinato le attività delle entità organizzative afferenti verso gli obiettivi di salute assegnati;
 - trovare spazi di dialogo e confronto con la dimensione abilitante, la dimensione locale e la dimensione professionale, al fine di orientare la programmazione delle attività verso obiettivi comuni;
 - garantire qualità ed innovazione omogenee;
 - programmare e gestire in modo coordinato le risorse delle entità organizzative afferenti al dipartimento, assegnate per la realizzazione degli obiettivi attribuiti, tenendo anche conto della necessità di soddisfare le peculiari esigenze connesse alle attività didattiche e scientifiche. (art. 35, comma 1 quater, l.p. 16/2010);
 - fungere da interfaccia univoca con gli interlocutori aziendali a tutti i livelli, nel rispetto dell'autonomia professionale, gestionale, scientifica ed organizzativo delle entità organizzative afferenti al Dipartimento;
 - assicurare l'ottimizzazione delle strutture assistenziali e lo svolgimento delle relative attività da parte del personale universitario e non universitario per scopi di didattica e di ricerca, collaborando, per quanto riguarda l'attività di ricerca, con il/la Responsabile scientifico/a;
 - programmare e gestire le risorse assegnate per la realizzazione degli obiettivi attribuiti, tenendo anche conto della necessità di soddisfare le peculiari esigenze connesse alle attività didattiche e scientifiche. (art. 35 c. 1 quater LP 16/2010);
 - partecipare come componente di diritto al Collegio per il Governo Clinico.
10. Il **Comitato di dipartimento** è il principale meccanismo di coordinamento tra le entità organizzative che compongono il Dipartimento. Il comitato di dipartimento partecipa alla programmazione, alla realizzazione, al monitoraggio e alla verifica delle funzioni e attività previste dal comma 2 del presente articolo.
11. Il Comitato di dipartimento è composto da Direttori/Direttrici delle UU.OO., dai/dalle dirigenti responsabili delle strutture semplici dipartimentali componenti il Dipartimento, e dai/dalle Coordinatori/Coordinatrici delle professioni sanitarie delle stesse UU.OO. e da ulteriori componenti al fine di garantire parità tra componenti di diritto e rappresentanti della dirigenza sanitaria e delle professioni sanitarie previste dall'art. 37 l.p. 16/2010. Per ogni Dipartimento, al fine di supportare il Direttore di Dipartimento nell'espletamento delle funzioni e attività dipartimentali, vengono inoltre identificati:
- un/a referente professionale/assistenziale di Dipartimento*: un/una dirigente delle professioni sanitarie (o, in subordine, un/una titolare di incarico di posizione organizzativa) al fine di favorire in particolare lo sviluppo della interprofessionalità

con le competenze manageriali tipiche del ruolo;

- un *referente clinico-organizzativo*: un/una dirigente medico di una struttura afferente alle AOF (es. DMO, OSSB, ...) al fine di favorire il collegamento costante con le funzioni igienico-sanitarie di presidio locale all'interno delle strutture;
- un/una *referente amministrativo/a*: al fine di supportare alla programmazione, conduzione, rendicontazione delle attività dipartimentali.

Può essere prevista la partecipazione strutturata e continua al Comitato di dipartimento anche di responsabili di entità organizzative afferenti ad altri DAI al fine di realizzare un "collegamento funzionale" finalizzato a favorire l'integrazione operativa tra due DAI in specifici ambiti. Nella tabella allegata al presente Atto vengono indicati i "collegamenti funzionali" individuati in prima istanza.

12. In apposito "Disciplinare di organizzazione dei Dipartimenti" approvato con deliberazione del/della Direttore/Direttrice generale, sentito il/la Rettore/Rettrice per quanto concerne l'attività integrata, sono definite le modalità di composizione e funzionamento dei Comitati di Dipartimento.

Art. 47. Le Strutture Abilitanti

1. ASUIT si dota di strutture atte al governo dei processi strumentali e di supporto alla dimensione produttiva. La regia di tali processi, espressione dei Sistemi di gestione aziendali del capo II del presente atto, è collocata nelle entità organizzative che, a vario livello e secondo le funzioni, sostengono la dimensione produttiva nelle sue attività di assistenza, didattica e ricerca.
2. Le entità organizzative poste a governo dei processi abilitanti sono:
 - a. il Dipartimento di Governance
 - b. i Dipartimenti Tecnico amministrativi
 - c. le strutture in staff del Consiglio di direzioneTra le strutture abilitanti sono annoverati inoltre i Servizi Amministrativi in staff alle AOF.
3. In ottica di ottimizzazione dei processi abilitanti, le strutture possono prevedere la presenza di una rete di referenti organizzativi nelle strutture produttive (es: Formazione, referenti per la Sicurezza, referenti CUP, referenti URP, ecc.)
4. Le entità organizzative che afferiscono al dipartimento di governance e ai dipartimenti tecnico-amministrativi, nonché quelle afferenti direttamente al Consiglio di direzione, sono rappresentati nell'organigramma aziendale e sono dotate di declaratorie esplicative delle funzioni di competenza, approvate con deliberazione del/della Direttore/Direttrice generale.

a. Il Dipartimento di Governance

5. Il dipartimento di Governance ha una funzione strategica, di interlocuzione diretta con il Consiglio di direzione per i processi di interesse trasversale. Il dipartimento di Governance è l'insieme delle entità organizzative che forniscono gli elementi a supporto delle scelte decisionali del Consiglio di direzione, in ordine al governo della domanda sanitaria e sociosanitaria, nonché all'evoluzione di sistemi,

processi e strumenti che, a vario titolo, intervengono a sostegno della qualità dell'attività sanitaria e sociosanitaria, della ricerca.

b. I Dipartimenti tecnico-amministrativi

6. I processi abilitanti che presuppongono una competenza prevalentemente tecnico-amministrativa sono governati all'interno dei Dipartimenti tecnico-amministrativi.

I dipartimenti tecnico - amministrativi sono strutture organizzative complesse organizzate secondo il modello provinciale definito dalla Legge sul personale della Provincia (L.P. n. 7/1997 e ss.mm.).

Essi sono:

- Dipartimento Risorse umane
- Dipartimento Tecnologie e Trasformazione digitale
- Dipartimento Tecnico
- Dipartimento Approvvigionamenti e logistica
- Dipartimento Affari economico-finanziari e generali

Per ogni Dipartimento tecnico-amministrativo è previsto un/a direttore/direttrice di dipartimento, con incarico di dirigente generale, con le seguenti responsabilità:

- a) coordinare le entità organizzative appartenenti al dipartimento, costruendo sinergie sia intradipartimentale sia con le altre parti dell'azienda;
- b) trovare spazi di dialogo e confronto con la dimensione produttiva, in particolare le entità organizzative poste a governo delle funzioni assistenziali, didattiche e di ricerca, al fine di orientare la programmazione delle attività verso obiettivi comuni;
- c) favorire la multiprofessionalità e l'interdisciplinarietà in un'ottica di permeabilità delle professioni e contaminazione positiva di competenze;
- d) favorire l'evoluzione dei processi abilitanti, prestando attenzione ai nuovi modelli organizzativi, alle sfide della trasformazione digitale, al risk management, all'evoluzione dei bisogni di sviluppo e di benessere delle lavoratrici e dei lavoratori, all'interno di definiti vincoli legislativi ed economici.

La mission dei singoli Dipartimenti e le relative funzioni sono definite nelle declaratorie approvate con separato atto dal/dalla Direttore/Direttrice generale.

7. Oltre ai Dipartimenti definiti nel precedente comma, le entità organizzative di tipo tecnico-amministrativo sono:

- a. le Unità di missione strategica (UMS)
- b. i Servizi e le Unità di missione semplice (UMSe)
- c. gli Uffici e gli Incarichi speciali

Le Unità di missione strategica sono strutture organizzative complesse, temporanee e/o finalizzate a realizzare obiettivi strategici di alto rilievo o progetti complessi.

I Servizi e le Unità di missione semplice sono strutture organizzative semplici. Ai Servizi compete la gestione di funzioni riferibili a un ambito omogeneo per materia, l'attuazione di programmi e di progetti relativi ad attività continuative, a supporto della dimensione produttiva e delle altre strutture abilitanti. I servizi sono dotati di risorse umane, finanziarie, organizzative e strumentali. Le Unità di missione semplice sono istituite per lo svolgimento di specifiche attività o compiti progettuali di natura

tecnico professionale.

Gli Uffici costituiscono strutture non dirigenziali di supporto all'esercizio delle funzioni delle strutture dirigenziali di riferimento. Gli Incarichi speciali sono articolazioni di natura non dirigenziale istituiti per lo svolgimento di compiti di amministrazione attiva, consultiva, di studio e di ricerca ad alto contenuto professionale, per attività ispettive e di controllo oppure per attività di natura tecnico professionale.

I Servizi e le Unità di missione semplice sono istituiti con l'adozione dell'atto aziendale, all'interno dei vincoli fissati dalle direttive provinciali; le relative declaratorie sono definite con deliberazione del/della Direttore/Direttrice generale.

L'istituzione degli Uffici e degli Incarichi Speciali nonché le declaratorie sono definite con deliberazione del/della Direttore/Direttrice generale, all'interno dei vincoli fissati dalle direttive provinciali.

I servizi, le UMSe, gli Uffici e gli Incarichi speciali possono essere posti in afferenza gerarchica diretta ad un'AOF.

c. Strutture abilitanti di Staff al Consiglio di direzione

8. ASUIT può prevedere la collocazione di entità organizzative in staff diretto del Consiglio di direzione, a supporto di processi di particolare strategicità e rilevanza. Tali entità organizzative sono di tipo sia sanitario sia tecnico-amministrativo e si pongono in relazione gerarchica con il Consiglio di direzione, perché di interesse del Consiglio nella sua interezza e di supporto alle competenze dello stesso visto nella sua globalità. Le funzioni in staff comprendono:
- la programmazione e rendicontazione delle attività
 - gli affari legali
 - la formazione continua
 - la comunicazione interna ed esterna
 - l'ufficio rapporti con il pubblico
 - il DPO e cybersecurity

Art. 48. I meccanismi di integrazione e coordinamento

1. Al fine di governare la complessità, ASUIT favorisce il collegamento funzionale tra entità organizzative con afferenze gerarchiche diverse attraverso meccanismi di **integrazione** e di **coordinamento**.
2. Rispetto alla durata temporale, i meccanismi **integrazione** e i meccanismi di **coordinamento** possono essere:
 - *permanenti*: quelli istituiti per il governo stabile e continuativo di tematiche trasversali alla macro-organizzazione;
 - *temporanei*: quelli istituiti per il raggiungimento di obiettivi specifici o la conduzione di progettualità.
3. I meccanismi di **coordinamento** armonizzano processi analoghi gestiti da entità organizzative affini allo scopo di:
 - garantire omogeneità di procedure, dalla definizione macro fino agli aspetti operativi, in tutto il territorio aziendale;
 - evitare soluzioni locali che possano comportare difformità e conseguenti

criticità;

- rafforzare l'interconnessione tra responsabili aziendali di processo e la rete di referenti locali dello stesso;
- analizzare le problematiche e proporre soluzioni anche innovative.

I **tavoli di coordinamento** sono istituiti con provvedimento del componente del Consiglio di Direzione competente per materia che delinea il/la Referente del Tavolo del coordinamento e le entità organizzative coinvolte. I/Le responsabili delle entità organizzative individuano il/la rappresentante esperto/a che manterrà costantemente aggiornato il/la proprio/a responsabile in merito agli sviluppi. il referente del Tavolo può invitare esperti di volta in volta individuati per l'approfondimento di particolari aspetti.

In relazione alle necessità emergenti, si ritiene opportuna la definizione di tavoli di coordinamento almeno all'interno delle seguenti linee:

- coordinamenti tra *Servizi Amministrativi delle AOF* (Ospedaliere/Ospedaliere-Territoriali/Dipartimento di Prevenzione) o loro Uffici per ottimizzazione di processi comuni e la condivisione delle decisioni (es. servizi a gestione diretta - es. portineria, centralino, ... -, anagrafe sanitaria, processi amministrativi per l'erogazione di prestazioni sanitarie e socio sanitarie LEA e aggiuntiva, protesica integrativa e aggiuntiva, gestione processi economici, contabili, acquisti, logistica ...);
- coordinamenti tra responsabili di uno specifico processo a livello aziendale in *un Dipartimento tecnico-amministrativo* (o in servizio di staff al Consiglio di Direzione) e referenti omologhi all'interno dei *Servizi Amministrativi delle AOF* (es. es. amministrazione del personale dipendente e convenzionato, logistica, acquisti, appalti, gestione processi contabili, compartecipazione alla spesa, ticket, esenzioni per reddito,...);
- coordinamenti tra responsabili di uno specifico processo a livello aziendale in *Dipartimento di Governance* o in servizio di staff al Consiglio di Direzione e referenti omologhi all'interno delle *AOF* (es. sicurezza delle cure, sicurezza dei lavoratori, ...);
- coordinamento delle *Direzioni Professioni Sanitarie con il Servizio Governance dei processi delle professioni sanitarie*, per la condivisione di problematiche e la definizione di soluzioni comuni di interesse delle professioni sanitarie;
- coordinamento di *funzioni ospedaliere o distrettuali omologhe distribuite su più presidi* (es. Pronto Soccorso, Sale operatorie, day hospital, ambulatori ...), afferenti a *DAI* diversi, al fine di armonizzare le procedure e ottimizzare l'utilizzo delle risorse;
- coordinamento tra *Dipartimenti Tecnico Amministrativi e referenti sanitari nella dimensione produttiva* rispetto a funzioni strategiche di innovazione e sviluppo (es. sistemi informativi, intelligenza artificiale, tecnologie sanitarie, nuove strutture, ..);
- collegamento strutturale tra il responsabile *Protezione dati e cybersecurity* e i riferimenti coinvolti in tali processi all'interno del Dipartimento Tecnologie, del Dipartimento tecnico e di altre strutture aziendali.

E' facoltà dei/delle responsabili delle entità organizzative ai diversi livelli di organizzazione adottare meccanismi di coordinamento all'interno della propria realtà.

4. I meccanismi di **integrazione** aggregano entità organizzative diverse o professionisti

con competenze diverse – in ottica interprofessionale e/o interdisciplinare – orientate ad obiettivi comuni quali ad esempio:

- migliorare il percorso della cittadinanza e le strategie risposte a loro specifici di salute;
- introdurre nuovi modelli e processi all'interno di logiche più ampie di cambiamento organizzativo;
- realizzare concretamente aspetti specifici degli approcci di funzionamento e dei sistemi di gestione aziendale.

I meccanismi di integrazione aziendali sono istituiti con provvedimenti validati dal Consiglio di Direzione. In relazione alla tipologia di meccanismo viene identificato il referente, la composizione, le entità organizzative coinvolte e le modalità di funzionamento. I/Le responsabili delle entità organizzative coinvolte possono delegare la partecipazione ad un/a proprio/a esperto/a che manterrà costantemente aggiornato il/la proprio/a responsabile in merito agli sviluppi. Il/La referente del Tavolo può invitare esperti di volta in volta individuati per l'approfondimento di particolari aspetti.

Comitati di gestione delle AOF, Comitato di Dipartimento, Sistemi di Gestione sono da intendersi come meccanismi di integrazione aziendali con le caratteristiche definite nel presente atto. Analogamente le *procedure* che prevedono l'interfaccia e/o il coinvolgimento di più entità organizzative sono annoverabili tra i meccanismi di integrazione.

Tra i meccanismi di integrazione si annoverano i seguenti che vengono dettagliati negli articoli successivi:

- a. **il Coordinamento della Sanità territoriale;**
- b. **il Comitato direttivo;**
- c. **le Reti cliniche;**
- d. **il Tavolo di Coordinamento della Salute e Benessere di Comunità RPL / Reti professionali locali.**

Tra i meccanismi di integrazione si annoverano anche **gruppi di progetto**, ossia gruppi temporanei di professionisti che, secondo un'organizzazione e attività ben definite, apportano le proprie competenze per raggiungere un obiettivo comune;

E' facoltà dei/delle responsabili di AOF / DA1 adottare meccanismi di integrazione all'interno della propria realtà (es. gruppi di progetto, ...).

a. il Coordinamento della Sanità Territoriale

5. Il Coordinamento della Sanità Territoriale è costituito da:

- Direttore Sanitario
- Direttore dell'Integrazione Socio Sanitaria
- Direttore Assistenziale
- Direttori di Distretto
- Direttore del Dipartimento di Prevenzione
- Direttore Servizio Governance Processi delle professioni sanitarie

E' coordinato dal/dalla Direttore/Direttrice Sanitario/a che può prevedere, in relazione alle necessità di approfondimento, la partecipazione strutturata agli incontri anche di:

- Direttori/Direttrice di Dipartimento territoriali e transmurali;
- Responsabili delle Professioni sanitarie territoriali e transmurali;
- Servizio Politiche del Farmaco e assistenza farmaceutica;

- Coordinatori/coordinatrici distrettuali di AFT ;
- Direttore/Direttrice del Servizio Ospedaliero Provinciale;
- Direttori/direttrici dei Dipartimenti tecnico-amministrativi o dirigenti dei servizi amministrativi ospedaliero-territoriale.

6. Il Coordinamento della Sanità Territoriale ha funzioni di:

- definizione delle linee strategiche per l'attuazione delle direttive provinciali sull'assistenza territoriale relativa sia ad attività sanitarie che socio-sanitarie;
- monitoraggio e facilitazione di politiche e strategie di continuità territorio-ospedale-territorio e le transizioni tra setting;
- integrazioni tra entità organizzative operanti sul territorio afferenti ad AOF diverse al fine di presidiare l'uniformità, equità e sostenibilità del sistema sanitario sul territorio;
- definizione delle linee di indirizzo per la collaborazione con interlocutori istituzionali (Sindaci, Comunità), i Servizi Sociali e gli stakeholder sanitari e sociosanitari, assicurando equità e trasparenza nell'offerta dei servizi;
- definizione degli obiettivi ai Dipartimenti territoriali e transmurati nonché degli obiettivi relativi a funzioni territoriali da proporre a dipartimenti ospedalieri.

b. Il Comitato Direttivo

1. Il Comitato direttivo svolge **funzioni** consultive e di supporto al Consiglio di direzione ai fini della pianificazione aziendale e del governo delle attività. Per questo motivo, il Comitato direttivo è anche la sede privilegiata di presentazione e discussione delle proposte di deliberazione.
2. È **composto** dal Consiglio di direzione, dai/dalle direttori/direttrici delle AOF, dai direttori/direttrici dei Dipartimenti tecnico-amministrativi e del Dipartimento di Governance, dal/dalla Direttore/Direttrice della Governance clinica e dal/dalla Direttore/Direttrice del Servizio Governance processi delle professioni sanitarie, da un Direttore/Direttrice delle Direzioni delle professioni sanitarie per ciascuna AOF, dai dirigenti del Servizio Affari generali e del Servizio Programmazione e controllo di gestione, direttori/direttrici Ufficio Comunicazione e Ufficio Rapporti con il Pubblico. Al Comitato direttivo partecipano altri/e dirigenti dell'Azienda, esperti/e o rappresentanti di enti o istituzioni pubbliche e private, in ragione degli argomenti e delle proposte di deliberazione all'ordine del giorno, su convocazione della Direzione generale.
3. Il Comitato direttivo **si riunisce** di norma settimanalmente e comunque ogni qualvolta il/la Direttore/Direttrice generale lo ritenga opportuno.

c. Le Reti Cliniche

7. Le **Reti cliniche** sono modalità di integrazione di competenze e professionalità appartenenti a dipartimenti diversi - comprese strutture e specialisti/e convenzionati/e - deputate alla risposta a specifici bisogni di assistenza e gestione di percorsi diagnostico e terapeutici di maggiore o minore complessità. Le Reti Cliniche contribuiscono al miglioramento della qualità dell'assistenza in tutto il territorio

provinciale perseguono, rispetto allo specifico ambito di competenza, i seguenti obiettivi:

- armonizzare pratiche cliniche e organizzative aggiornandole costantemente alle più recenti acquisizioni della letteratura scientifica;
- definire la necessità di PPDTAR per specifiche condizioni e supportare la produzione;
- interpretare i dati di cruscotto e intercettare precocemente criticità al fine di proporre alle direzioni di AOF soluzioni anche innovative;
- concorrere alla ideazione o realizzazione di progetti di ricerca.

Le principali tipologie di Reti cliniche sono:

- Reti *tempo-dipendenti*;
- Reti *malattie e croniche e degenerative*;
- Rete *oncologica*.

Particolare attenzione viene rivolta allo sviluppo della Rete Oncologica secondo gli indirizzi del Piano Oncologico Nazionale, al fine migliorare l'integrazione tra prevenzione, diagnosi precoce, assistenza e cure - anche attraverso l'attività dei Gruppi Operativi Multidisciplinari (GOM) - a garanzia della presa in carico della Persona e della sua famiglia nella trasversalità inter e multidisciplinare.

8. L'organizzazione standard di un Rete Clinica prevede:

- il *Clinical Lead* che ha responsabilità di coordinamento della Rete e di interfaccia con i/le direttori/direttrici e dirigenti delle entità organizzative componenti;
- il *Care Lead*, un/a professionista delle professioni sanitarie che garantisce l'apporto di competenza delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetriche, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione;
- i/le responsabili delle entità organizzative coinvolte nella Rete o loro delegati/e in virtù di incarichi o specifiche competenze nel campo.

I componenti e le modalità di funzionamento delle Reti Cliniche sono definiti nella deliberazione del/della Direttore/Direttrice generale di istituzione della specifica rete clinica adottata su proposta del/della Direttore/Direttrice del Servizio Governance Clinica che ne sovrintende l'attività e ne facilita il raggiungimento degli obiettivi.

d. Le Reti Professionali Locali e i Tavoli di sviluppo della Salute e Benessere di Comunità

9. L'avvio e lo sviluppo delle Case della Comunità previste dalla programmazione provinciale ha suggerito la necessità di prevedere a livello locale la costituzione di un **"Tavolo di sviluppo della Salute e Benessere di Comunità"** (di seguito "Tavoli") a sostegno della programmazione sanitaria e socio-sanitaria e della realizzazione delle progettualità ad esse collegate. I Tavoli contribuiscono alla ricostruzione del quadro dei bisogni, interpretazione dei bisogni, ripensamento dei servizi, aggregazione delle risorse facilitando l'integrazione locale tra servizi sanitari territoriali e ospedalieri - pubblici e convenzionati - e servizi sanitari nonché con le risorse formali e informali della comunità. I Tavoli organizzano la propria attività per macro-aree di bisogno della popolazione quali, a titolo di esempio, infanzia adolescenza e famiglia, adulti/e con disabilità e cronicità, anziani/e e grandi anziani/e. Funzioni, attività e composizione dei Tavoli sono regolate da disposizioni provinciali.

10. In corrispondenza di ogni Tavolo è costituita all'interno di ASUIT una **Rete Professionale Locale** che mette in rete e collegamento tutti/e i/le professionisti/e, sanitari/e e non, dell'ambito territoriale al fine di contribuire alle progettualità elaborate dai tavoli.

CAPO VIII. Norme transitorie

Art. 49. Norme transitorie

1. I componenti degli organi e degli organismi in carica alla data di approvazione del presente atto mantengono l'incarico fino a naturale scadenza del mandato o fino a provvedimenti di nuova nomina.
2. L'assetto dei Dipartimenti ad Attività Integrata contenuto nel presente Atto prende avvio a far data dal 1° maggio 2026. Fino a tale data resta in vigore l'assetto dipartimentale vigente alla data di adozione del presente Atto.
3. I regolamenti/disciplinari vigenti alla data di approvazione del presente Atto mantengono validità fino a nuove formulazioni approvate con deliberazioni del/della Direttore/Direttrice generale o altro atto specifico.
4. Le declaratorie di funzioni di strutture previste nel "Regolamento di organizzazione di APSS" o in conseguenti atti attuativi hanno validità sino ai provvedimenti di individuazione delle nuove declaratorie. I Dipartimenti ed i Servizi che hanno modificato la denominazione mantengono le declaratorie finora vigenti, in base alla seguente tabella di corrispondenza:

Nuova denominazione	Struttura di cui mantengono la declaratoria
Dipartimento affari economico-finanziari e generali	Dipartimento affari economico finanziari, generali e amministrativi
Dipartimento tecnico	Dipartimento infrastrutture
Dipartimento tecnologie e trasformazione digitale	Dipartimento tecnologie
Servizio affari legali e contenzioso	Umse Affari legali e contenzioso
Servizio piattaforme dati	Servizio politiche per l'amministrazione digitale
Servizio applicazioni sanitarie	Servizio soluzioni sanità digitale
Servizio piattaforme abilitanti	Servizio operazioni e infrastrutture IT
Ufficio Comunicazione	Ufficio Comunicazione esterna

5. Nelle more della nomina del/della Direttore/Direttrice Assistenziale, per effetto delle previsioni dell'art. 4 comma 3 della l.p. 8/2025, le funzioni e attività previste per il/la Direttore/Direttrice Assistenziale sono svolte dal/dalla Direttore/Direttrice Sanitario/a che si avvale del/della Direttore/Direttrice del Servizio Governance Processi delle Professioni Sanitarie con funzioni di coordinamento delle Direzioni Professioni Sanitarie.
6. In accordo con le indicazioni di cui alla DGP 354 del 13 marzo 2026, il presente atto

conferma l'assetto dell'organizzazione aziendale territoriale previgente in attesa di ulteriori interventi normativi relativi all'articolazione dell'assistenza distrettuale e dei livelli di erogazione dell'assistenza socio sanitaria. Si confermano in via transitoria, le UO / SSD e i Dipartimenti territoriali e transmurali a valenza territoriale, ivi comprese le Direzioni professioni sanitarie.