



## ALLEGATO A alla Dgr n. 975 del 18 giugno 2013

### LINEE GUIDA PER LA PREDISPOSIZIONE DELL'ATTO AZIENDALE

#### 1. Premessa.

La programmazione regionale, definita dal Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2016 approvato con LR n.23/2012, è finalizzata alla ridefinizione dei modelli assistenziali, nell'intento di adeguare il Sistema ai cambiamenti socio-epidemiologici e, al contempo, di introdurre elementi innovativi sulla scorta delle migliori pratiche realizzate localmente, perseguendo obiettivi di efficienza, efficacia ed economicità.

L'analisi di contesto evidenzia, infatti, il mutare dei bisogni e l'emergere di nuove sfide assistenziali indotte, ad esempio, dalla crescita dell'aspettativa di vita con progressivo invecchiamento della popolazione e con l'aumento delle patologie cronico-degenerative collegate spesso alla disabilità.

Inoltre alcuni recenti interventi normativi (es. Patto per la Salute 2010-2012, revisione della spesa pubblica attraverso la "spending review") vanno a ridefinire la cornice istituzionale entro cui deve trovare attuazione la programmazione socio-sanitaria regionale.

Con queste premesse il nuovo quadro programmatico regionale individua le seguenti scelte strategiche e prioritarie:

- confermare e consolidare l'integrazione socio-sanitaria, che costituisce l'elemento distintivo del SSSR veneto e che si fonda sul ruolo svolto dai Comuni e dal Distretto socio-sanitario;
- potenziare l'assistenza territoriale, consolidando il ruolo del Distretto socio-sanitario, ridisegnando la rete territoriale sulla scorta di una filiera dell'assistenza in grado di garantire un sistema di cure gradualità;
- completare il processo di razionalizzazione della rete ospedaliera, delineando reti cliniche funzionali ed estendendo modelli ospedalieri in cui la degenza sia definita in base alla similarità dei bisogni (complessità clinica e intensità di cura richiesta);
- assumere iniziative per favorire un impiego appropriato delle risorse professionali, ridefinendo modelli operativi, standard e parametri con cui misurare l'organizzazione del lavoro ed il conseguente fabbisogno di personale.

Questi elementi vengono pertanto a costituire degli indirizzi rispetto cui le Aziende ULSS e le Aziende Ospedaliere devono rivedere i propri modelli organizzativi, aggiornando opportunamente il proprio Atto aziendale. Le stesse Aziende potranno, peraltro, proporre modalità organizzative e gestionali innovative che siano ritenute migliorative ai fini dell'attuazione degli indirizzi programmatici della Regione.

L'Atto Aziendale riguarda, infatti, le norme di organizzazione e di funzionamento delle Aziende Sanitarie, in particolare:

- costituisce e definisce il modello organizzativo e le relative linee strategiche generali;
- definisce il modello funzionale, cioè gli aspetti dinamici della gestione aziendale.

L'Atto Aziendale disciplina inoltre i livelli di competenza e di responsabilità, le funzioni di produzione e di supporto, le funzioni di indirizzo strategico e di gestione operativa.

#### 2. ORGANI

##### 2.1 – Elementi identificativi e caratterizzanti dell'azienda.

L'atto aziendale deve rendere chiaramente evidenti:

- **sede legale dell'azienda;**

- **logo;**
- **patrimonio.**

Inoltre, al fine di realizzare uno degli obiettivi dichiarati dal presente atto, quello di rendere visibile, leggibile e comprensibile l'azienda sanitaria, esso deve preliminarmente dichiarare:

- **missione, valori e visione:** le aziende sanitarie, quali enti strumentali della Regione, hanno il compito di realizzare le finalità del Servizio Socio-Sanitario Regionale impiegando nel processo di assistenza le risorse ad esse assegnate in modo efficiente. I valori che ispirano l'azione delle aziende sono la tutela della salute quale bene collettivo ed individuale e l'equità di accesso dei cittadini ai servizi socio-sanitari. La visione dell'azienda consiste nell'essere e voler essere parte di un sistema diffusamente orientato al miglioramento continuo della qualità dell'assistenza per soddisfare bisogni sempre più complessi dei cittadini, avvalendosi dell'evoluzione delle tecniche e delle conoscenze;

- **filosofia dell'assistenza:** è compito delle aziende mantenere elevati livelli di qualità riducendo i costi, perseguire la soddisfazione dei reali bisogni dei singoli e delle comunità, creare un ambiente che favorisca l'espressione del potenziale professionale ed umano degli operatori;

- **principi di assistenza:** l'assistenza è la competenza fondamentale delle aziende, essa deve essere prestata con continuità e secondo criteri di integrazione organizzativa e multidisciplinare. La centralità della persona e l'umanizzazione dell'assistenza sono principi imprescindibili: l'attenzione ai diritti della persona comprende la valutazione di tutti i bisogni fisici, psicologici, intellettuali e spirituali. La pratica professionale e clinica deve essere guidata dalle più aggiornate tecniche e procedure per le quali si disponga di provata evidenza per assicurare gli standard più elevati e secondo criteri di appropriatezza. La formazione continua del personale è strumento di miglioramento dell'assistenza e deve essere finalizzata all'accrescimento del capitale umano dell'Azienda ed all'incremento/aggiornamento delle conoscenze e competenze;

- **obiettivi dell'azienda:** gli obiettivi aziendali, intesi quali risultati concreti che le aziende devono raggiungere per realizzare la propria missione in un dato arco temporale, sono definiti dalla programmazione socio-sanitaria regionale e assegnati ai direttori generali all'atto del conferimento del loro incarico. Tali obiettivi devono essere raggiunti esercitando pienamente l'autonomia imprenditoriale, di cui l'atto aziendale è strumento.

Questi ultimi elementi caratterizzanti l'azienda, non sono autonomamente definibili dalle stesse, a causa della loro natura istituzionale e dei rapporti con la Regione. Essi attengono e discendono dalla definizione delle politiche generali di sistema, la cui competenza è propria della Regione.

## 2.2 – Organi aziendali.

Sono organi dell'azienda il direttore generale ed il collegio sindacale e, limitatamente alle aziende ospedaliero-universitarie di cui all'art.2 del d. lgs. 517/99, l'Organo di indirizzo.

- **Direttore Generale:** a lui sono riservati tutti i poteri di gestione, nonché la rappresentanza legale dell'azienda, di cui ha la responsabilità della gestione complessiva. Egli ha il compito di combinare i fattori produttivi in vista del perseguimento degli obiettivi socio-sanitari posti dalla Regione in condizioni di massima efficienza ed efficacia.

Il Direttore Generale si obbliga al conseguimento degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi che saranno annualmente indicati ed aggiornati periodicamente, secondo la legislazione vigente.

Al Direttore Generale competono le funzioni di programmazione e controllo e, in definitiva, la leadership dell'intera azienda. Si differenzia, così, all'interno dell'azienda la funzione di programmazione,

allocazione e committenza, propria della direzione generale, dalla funzione di produzione affidata alle strutture tecnico-funzionali.

L'atto aziendale dovrà esplicitare la distinzione tra le attività di indirizzo, programmazione e controllo e quelle di gestione, anche in relazione ad eventuali deleghe attribuite ai direttori amministrativo, sanitario, dei servizi sociali e della funzione territoriale e ai dirigenti di struttura complessa nonché la disciplina degli organismi aziendali, dipartimentali e distrettuali. Tale disciplina dovrà essere coerente con quanto previsto dalle presenti linee guida.

- **Collegio Sindacale:** esercita le competenze previste dall'art. 3-ter del d.lgs. 502/92 e dalle specifiche norme della legge regionale 14 settembre 1994, n. 55, alle quali si fa espresso rinvio.

- **Organo di indirizzo:** esercita le competenze previste dall'art. 4, co. 4 del del d. lgs. 517/99.

### **2.3 – Componenti la direzione generale ed organismi collegiali.**

Sono componenti della Direzione Generale:

- **Il direttore amministrativo;**
- **Il direttore sanitario;**
- **Il direttore dei servizi sociali e della funzione territoriale.**

Ai sensi dell'art. 3, co. 1-quinquies del d.lgs. 502/92, "...partecipano, unitamente al direttore generale, che ne ha la responsabilità, alla direzione dell'azienda, ...". Sono, quindi, soggetti attori, unitamente al Direttore Generale, di quella funzione di programmazione, allocazione e committenza propria della direzione generale.

Richiamate le funzioni attribuite alla loro competenza dalla l.r. n. 56/94 (artt. 14, 15 e 16), essi le esercitano attraverso il processo di budget, che li vede direttamente coinvolti e responsabili, a partire dalla definizione delle scelte programmatiche aziendali, alla declinazione degli obiettivi di budget ed alla loro negoziazione con i responsabili delle strutture aziendali, al monitoraggio ed all'eventuale revisione dei predetti budget e del budget generale.

- **Collegio di direzione:** sino all'individuazione da parte della legge regionale del collegio di direzione quale organo dell'azienda, ai sensi del D.L. 13 settembre 2012, n. 158, convertito nella L. 8 novembre 2012, n. 189, e alla definizione di composizione, criteri di funzionamento nonché relazioni con gli altri organi aziendali si prevede che lo stesso sia composto da:

- il direttore generale;
- il direttore amministrativo;
- il direttore sanitario;
- il direttore dei servizi sociali e della funzione territoriale;
- il direttore del distretto unico o i direttori dei distretti;
- il direttore della funzione ospedaliera;
- il direttore del dipartimento di prevenzione;
- un direttore di dipartimento strutturale per ciascuna area (medica, chirurgica, materno-infantile e dei servizi di diagnosi e cura);
- il direttore del dipartimento di emergenza ed urgenza, ove presente;
- il direttore del dipartimento di salute mentale;
- il direttore del dipartimento delle dipendenze;
- il direttore del dipartimento funzionale di riabilitazione Ospedale-Territorio;
- un direttore di dipartimento strutturale dell'area dei servizi professionali, tecnici ed amministrativi;
- il direttore/responsabile della direzione/servizio farmaceutico;

- il direttore/responsabile della direzione delle professioni sanitarie.

E', altresì, invitato a partecipare un rappresentante dei medici convenzionati con il S.S.N. membro dell'ufficio di coordinamento delle attività distrettuali (UCAD), indicato congiuntamente dai componenti della parte medica convenzionati per la Medicina Generale, la Pediatria di Libera Scelta e la Specialistica Ambulatoriale Interna, dei Comitati aziendali e zonali previsti dai rispettivi AA.CC.NN.

Le aziende ospedaliero-universitarie, per la composizione del Collegio di Direzione, fanno riferimento a quanto disposto dall'articolo 4, comma 5, del D.Lgs. n. 517/99.

Per quanto compatibili al collegio di direzione sono attribuite le funzioni indicate dall'art.17 del D.Lgs. n.502/1992 e s.m.i. ed inoltre svolge le attività previste dalla L.R. del 29.6.2012 n. 23 nell'ambito della *clinical governance*, ivi compreso la gestione del rischio clinico. In particolare per quanto attiene il modello organizzativo per la gestione della sicurezza del paziente si confermano i contenuti della DGR n.1831/2008. Nulla è innovato per quanto attiene il Consiglio dei Sanitari.

### **3. Procedure per l'adozione, l'approvazione e l'aggiornamento dell'atto aziendale**

L'atto aziendale è lo strumento strategico per la definizione dell'assetto organizzativo delle Aziende Sanitarie Venete e descrive il modello che l'Azienda intende realizzare nel rispetto dei criteri di efficienza, efficacia e miglioramento continuo dell'assistenza.

In particolare l'atto aziendale è lo strumento per la completa definizione dell'organizzazione aziendale, secondo un'ottica di autonomia del Direttore Generale, finalizzata al raggiungimento degli obiettivi fissati dalla Regione.

L'atto aziendale non ha in nessun caso funzione autorizzatoria ma programmatica, e costituisce l'elemento fondamentale sia per la definizione dell'assetto organizzativo aziendale, che – come già detto - delle azioni per il miglioramento della efficienza e della efficacia dei livelli produttivi aziendali.

Il nuovo atto aziendale o la modifica di quello vigente è adottato con provvedimento del Direttore Generale dell'azienda, acquisito il parere del Consiglio dei sanitari e del collegio di direzione e previa consultazione con le OO.SS.

Successivamente l'Azienda provvederà ad inviare la relativa deliberazione alla Segreteria Regionale per la Sanità la quale, nei successivi 60 giorni, ne verifica la conformità ai principi ed ai contenuti delle presenti linee guida.

L'approvazione del nuovo atto aziendale o la modifica dello stesso è disposta con decreto del Direttore Generale alla Sanità e al Sociale. Eventuali richieste di chiarimenti interromperanno il suddetto termine di 60 giorni.

Una volta approvato il nuovo atto aziendale, salvo diverse indicazioni legate ad eventuali necessari adeguamenti alla programmazione regionale, non potranno essere disposte ulteriori modifiche nello stesso anno né negli ultimi sei mesi del mandato del Direttore Generale.

Limitatamente a quanto previsto dall'art. 3, co. 3 del d.lgs. 517/99, l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona adotta l'atto aziendale d'intesa con il rettore dell'università.

Per quanto riguarda l'Azienda Ospedaliera di Padova l'atto è adottato previa acquisizione di parere da parte dell'università, espresso entro trenta giorni dal ricevimento dell'atto.

Il nuovo atto aziendale dovrà essere inviato in Regione entro il 31 luglio 2013.

Nell'atto aziendale dovranno essere specificamente individuati i dipartimenti, le strutture complesse e le strutture semplici a valenza dipartimentale, nonché tutte le strutture semplici espressamente previste dall'allegato B (organizzazione dei distretti).

Per ogni struttura dipartimentale, complessa, semplice a valenza dipartimentale presente nell'area non ospedaliera e non espressamente prevista dall'allegato A1 dovrà essere prevista una scheda di dettaglio delle funzioni attribuite.

In caso di successiva modifica, per facilitare la comprensione delle proposte rispetto all'organizzazione vigente, nella documentazione presentata agli uffici regionali per la necessaria valutazione dovrà essere inclusa una tabella di confronto tra l'assetto organizzativo (comprensivo delle eventuali modifiche

approvate) già vigente e quello proposto, nel quale dovranno essere riportate e motivate sinteticamente le variazioni ed un organigramma rappresentativo di entrambi gli assetti.

#### **4. Razionalizzazione del numero delle strutture**

Sono confermate le linee guida per l'istituzione e il funzionamento dei dipartimenti per le aziende ULSS e Ospedaliere approvate con DGR n. 3574 del 21 dicembre 2001 con le seguenti precisazioni.

L'atto aziendale istituisce dipartimenti che aggregano almeno tre strutture complesse. Eccezioni al numero minimo di strutture complesse sono ammesse solo se e quando previste da specifici atti e provvedimenti regionali.

I dipartimenti operano per tutta l'azienda garantendo la qualità delle prestazioni e utilizzando il personale anche su più sedi o strutture.

I dipartimenti sono strutturali o funzionali. I dipartimenti strutturali hanno la responsabilità gestionale diretta delle risorse loro assegnate. I dipartimenti funzionali in ambito sanitario hanno come principale obiettivo quello di migliorare la pratica clinico-assistenziale, la presa in carico del paziente e l'integrazione multi professionale e multidisciplinare.

Il direttore del dipartimento ha un incarico di due anni, sottoposto a verifica, rinnovabile.

I dipartimenti interaziendali sono funzionali e costituiti per la realizzazione di specifici obiettivi, previa autorizzazione della Giunta Regionale.

Pertanto eventuali dipartimenti interaziendali esistenti, se non previsti da specifiche disposizioni, decadono in via automatica dalla data di approvazione dei nuovi atti aziendali. Le aziende che intendono attivare o confermare dipartimenti interaziendali devono prevederli nelle rispettive proposte di atti aziendali. La Segreteria per la Sanità provvederà ad inoltrare la proposta alla Giunta Regionale per la necessaria autorizzazione.

Per quanto attiene alla razionalizzazione del numero delle strutture si deve tenere conto che il Comitato per la verifica dei Livelli essenziali di assistenza (cd. Comitato LEA) nella seduta del 02.08.2011 ha fissato dei parametri standard per la individuazione di strutture semplici e complesse del SSN ex art.12, comma 1, lett. B), Patto per la salute 2010-2012.

Per le strutture complesse Ospedaliere è stato definito lo standard di 17,5 posti letto per struttura complessa ospedaliera.

Per le strutture complesse non ospedaliere è stato definito lo standard di 13.515 abitanti per struttura complessa non ospedaliera.

Per le strutture semplici è stato definito lo standard di 1,31 strutture semplici per struttura complessa.

Successivamente il Comitato LEA, nella riunione del 26 marzo 2012, ha condiviso i seguenti elementi aggiuntivi per la verifica degli standard approvati:

- Le Regioni e le Province Autonome che soddisfano gli standard individuati, non aumentano il numero di incarichi di struttura complessa e semplice.

- Le Regioni che hanno sottoscritto un accordo con il Piano di rientro dai disavanzi sanitari, sono tenute ad emanare, entro il 31 dicembre 2012, apposite direttive ai fini dell'adozione da parte delle aziende di specifici provvedimenti di riorganizzazione aziendale volti a contenere il numero delle strutture semplici e complesse entro i limiti previsti dai predetti standard, fermi restando comunque i vincoli finanziari ed organizzativi previsti per il personale dai rispettivi Piani di rientro e/o Programmi Operativi ovvero, qualora non ancora approvati dai Ministeri affiancanti, dalla legislazione vigente in materia di personale.

- Per tutte le altre Regioni non sottoposte ai piani di rientro, ai fini della verifica degli adempimenti, a partire dall'anno di valutazione 2012, sarà chiesto di relazionare in merito alle iniziative adottate ai fini di un adeguamento graduale ai predetti standard.

Il Ministero della Salute, con nota in data 16 luglio 2012, prot.n. 17867, ha precisato che lo standard è da intendersi riferito al livello regionale. Ogni regione nell'ambito della propria autonomia gestionale e organizzativa, potrà emanare direttive, fermo restando l'obiettivo del raggiungimento di tale standard su scala regionale.

Si rende quindi necessario, al fine di corrispondere all'adempimento, tenere conto delle previsioni del Comitato LEA.

Pertanto il numero complessivo delle strutture complesse previste a livello aziendale è dato dal numero delle strutture disaggregate tra:

- **Strutture Ospedaliere** (Strutture all'interno dei presidi ospedalieri a gestione diretta delle Aziende ULSS, dell'Azienda Ospedaliera di Padova, dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Integrata di Verona e dell'IRCCS IOV);

- **Strutture non Ospedaliere** (Strutture dell'area professionale, tecnica ed amministrativa di livello aziendale, strutture in staff alla Direzione Strategica, strutture del dipartimento di prevenzione e dei distretti). Il numero delle strutture complesse ospedaliere viene definito con le schede di dotazione ospedaliera previste dall'art.9 della L.R. 23/2012.

Il numero delle strutture complesse non ospedaliere viene definito per ciascuna azienda sanitaria nell'allegato A1 alle presenti linee guida.

Le funzioni in cui si articolano le strutture complesse previste nell'allegato costituiscono la configurazione minima che, di norma, l'organizzazione aziendale deve prevedere nell'area non ospedaliera.

Le altre strutture complesse a disposizione nell'ambito dell'area non ospedaliera devono essere previste tenuto conto della programmazione regionale e aziendale. Nella definizione delle strutture stesse dovranno adeguatamente valutarsi le esigenze connesse alla loro razionalizzazione nell'ottica di una gestione unitaria e dell'integrazione delle attività, evitando la frammentazione delle funzioni e tenendo conto dei livelli di attività legati alle ipotesi di sviluppo o di contrazione delle funzioni medesime.

Le aziende ULSS con un bacino di popolazione inferiore ai 100.000 abitanti e l'IRCCS IOV, nell'ambito del numero massimo di strutture attribuite, possono prevedere anche una diversa articolazione delle funzioni.

Nel caso in cui si rendesse necessario a livello aziendale ridurre il numero delle strutture complesse e/o semplici e ciò non potesse essere effettuato immediatamente, l'atto aziendale dovrà contenere un apposito cronoprogramma, sottoscritto dal Direttore Generale, con le decorrenze delle soppressioni delle strutture (entro il 31.12.2015), tenendo conto delle cessazioni a vario titolo del personale dirigenziale nonché di quanto previsto dall'art.9, comma 32 del D.L. n.78/2010, convertito nella L. n.122/2010 ed eventualmente dall'art.1, comma 18 del D.L. n.138/2011, convertito nella L. n.148/2011. Tale cronoprogramma verrà approvato dalla Segreteria Regionale per la Sanità quale parte integrante dell'atto aziendale.

Il ridisegno dell'assetto organizzativo dell'azienda dovrà avvenire nel rispetto del tetto di spesa annualmente assegnato sul personale (considerando il costo per l'intero anno) e della capienza dei fondi contrattuali delle dirigenze; potranno essere ricoperte unicamente le strutture previste nel nuovo atto aziendale che verrà approvato.

Per quanto concerne la copertura delle strutture complesse comprese nell'ambito dell'atto aziendale, la stessa dovrà essere richiesta nell'ambito dei piani trimestrali delle assunzioni di personale in quanto soggetta ad autorizzazione regionale.

Relativamente al conferimento degli incarichi dirigenziali si ricorda in particolare che ai sensi delle norme contrattuali vigenti:

- i sistemi di valutazione predisposti dalle Aziende definiscono i tempi delle procedure valutative, stabilendo che la verifica finale, al termine dell'incarico, venga effettuata dal Collegio tecnico entro la scadenza dell'incarico stesso, allo scopo di assicurare senza soluzione di continuità il rinnovo o l'affidamento di altro incarico nell'ottica di una efficace organizzazione dei servizi;
- l'esito positivo della valutazione affidata al collegio tecnico al raggiungimento dei 5 anni di attività produce, tra l'altro, l'attribuzione di un diverso incarico fra quelli previsti dall'art.27, comma 1, lett. c) e b) dei contratti delle aree dirigenziali stipulati l'8/6/2000.

Le aziende che, nell'ambito della revisione dei modelli organizzativi, si vedessero necessitate a ridurre il numero di strutture semplici – che non potranno in ogni caso essere previste in numero superiore rispetto a quello risultante dall'applicazione dello standard fissato a livello nazionale -, nell'ambito della propria autonomia organizzativa aziendale valuteranno la possibilità di valorizzare gli incarichi dirigenziali di natura professionale nel rispetto delle disposizioni contrattuali vigenti (art. 6 CCNL del 17 ottobre 2008) e sempre nel rispetto dei fondi contrattuali aziendali.

## **5. CONTROLLI INTERNI**

### **5.1 Missione**

Il Sistema di controllo interno è un sistema (quindi un insieme di elementi collegati fra loro che concorrono congiuntamente al raggiungimento di obiettivi comuni e definiti) che coinvolge tutti i livelli dell'organizzazione aziendale ed è finalizzato a fornire una ragionevole sicurezza sul conseguimento degli obiettivi rientranti nelle seguenti categorie:

- ✓ efficacia ed efficienza delle attività operative;
- ✓ adeguata tutela del patrimonio aziendale;
- ✓ attendibilità delle informazioni finanziarie e operative;
- ✓ conformità alle leggi e ai regolamenti in vigore.

Lo SCI - Sistema di Controllo Interno - a livello aziendale deve:

- ✓ coordinare lo sviluppo del Sistema di Controllo Interno;
- ✓ attuare il monitoraggio del Sistema di Controllo Interno;
- ✓ favorire e promuovere il miglioramento del Sistema di Controllo Interno;
- ✓ mettere le varie strutture che compongono l'azienda nelle condizioni di assumere le migliori decisioni nel rispetto delle regole interne ed esterne in un contesto di crescente complessità;
- ✓ consentire di prevenire, mitigare ed identificare i rischi di natura amministrativo-contabile per l'organizzazione attraverso una attività strutturata di risk management.

### **5.2 Principali compiti**

La funzione Controllo Interno ha il compito di supportare tutte le funzioni aziendali e i responsabili di processo nelle attività di quantificazione e gestione del rischio amministrativo-contabile.

Pertanto tale funzione, non deve avere assolutamente un ruolo ispettivo ma esclusivamente di supporto tecnico/collaborativo rispetto alle funzioni e ai responsabili di processo. E' quindi consigliabile che non sia associata, o assimilata, a funzioni aziendali di ispezione e controllo già presenti precedentemente a livello aziendale.

Nello specifico:

- deve essere una struttura dedicata, che opera in modo completamente autonomo, rapportandosi direttamente con la Direzione Strategica;
- gestisce i rapporti con la corrispondente Funzione Regionale afferente alla Direzione Controlli e Governo SSR;
- supporta lo sviluppo, il mantenimento e il miglioramento del Sistema di Controllo Interno;
- elabora il Piano di sviluppo del Sistema di Controllo Interno e lo rende sinergico con la programmazione aziendale;
- allinea il piano di sviluppo del Sistema di Controllo Interno aziendale con le azioni, le progettualità e le tempistiche Regionali;
- attua il monitoraggio e l'avanzamento del piano di sviluppo del Sistema di Controllo Interno Aziendale;
- esegue, in collaborazione con le funzioni aziendali interessate, le fasi di implementazione del Controllo Interno (analisi del processo, identificazione dei rischi definizione dei piani di contenimento, esegue il monitoraggio dell'attuazione dei piani di contenimento, esecuzione dei test e rivalutazione del rischio);
- supporta le articolazioni organizzative aziendali nella valutazione, sviluppo e miglioramento del sistema di Controllo Interno.

**5.3 Articolazione della Funzione**

- La Funzione Controllo Interno dovrà essere in staff alla Direzione Strategica con afferenza funzionale alla Direzione Amministrativa.
- Al personale che compone la Funzione, si richiede specifiche competenze quali:
  - ✓ conoscenza dei processi aziendali amministrativi, sanitari, socio-sanitari e sociali;
  - ✓ conoscenza delle tecniche di analisi dei processi;
  - ✓ conoscenza delle tecniche del controllo interno.
- La Funzione, partendo dal documento Regionale sull'identificazione dei processi necessari per lo sviluppo del controllo interno, deve esplicitare i processi aziendali propri, ricollegandosi al progetto Regionale per lo sviluppo della Funzione del Controllo Interno.