



Regione Campania

Il Commissario ad Acta per l'attuazione
del Piano di rientro dai disavanzi del SSR campano
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017)

DECRETO N. 70 DEL 01.08.2018

Oggetto: Approvazione Atto Aziendale Azienda Ospedaliera "Rummo" di Benevento (acta xvii Delibera del Consiglio dei Ministri 10/07/2017).

(Delibera del Consiglio dei Ministri del 10 Luglio 2017- *acta xvii* : *"approvazione dell'atto aziendale dagli enti del Servizio sanitario Regionale, in coerenza con la normativa vigente ivi compreso il rispetto dei parametri standard per l'individuazione delle strutture semplici e complesse"*).

VISTA la legge 30 dicembre 2004 , n. 311 recante " Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2005) e, in particolare, l'art. 1, comma 180, che ha previsto per le regioni interessate l'obbligo di procedere, in presenza di situazioni di squilibrio economico finanziario, ad una ricognizione delle cause ed alla conseguente elaborazione di un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, di durata non superiore ad un triennio;

VISTA l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 che, in attuazione della richiamata normativa, pone a carico delle regioni l'obbligo di garantire, coerentemente con gli obiettivi di indebitamento netto delle amministrazioni pubbliche, l'equilibrio economico-finanziario del servizio sanitario regionale nel suo complesso, realizzando forme di verifica trimestrale della coerenza degli andamenti con gli obiettivi assegnati in sede di bilancio preventivo per l'anno di riferimento, nonché la stipula di un apposito accordo che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza;

VISTA la Deliberazione della Giunta regionale della Campania n. 460 del 20/03/2007 - *"Approvazione del Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del Servizio sanitario Regionale ai fini della sottoscrizione dell'Accordo tra Stato e Regione Campania ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004"*;

VISTA la Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 24 luglio 2009 con il quale il Governo ha proceduto alla nomina del Presidente pro tempore della Regione Campania quale Commissario ad Acta per l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo sanitario ai sensi dell'art. 4, comma 2, del DL 1 ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla L. 29 novembre 2007, n. 222;

VISTA la delibera del Consiglio dei Ministri dell'11 dicembre 2015, con la quale sono stati nominati quale Commissario ad Acta il dott. Joseph Polimeni e quale Sub Commissario ad acta il Dott. Claudio D'Amario;

VISTA la delibera del Consiglio dei Ministri del 10 Luglio 2017 con la quale, all'esito delle dimissioni del dott. Polimeni dall'incarico commissariale, il Presidente della Giunta

rientro dal disavanzo del SSR Campano, secondo i programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e ss.mm.ii. ;

VISTA la richiamata deliberazione del 10 luglio 2017 che:

- assegna "al Commissario ad acta l'incarico prioritario di attuare i Programmi operativi 2016-2018 e gli interventi necessari a garantire, in maniera uniforme sul territorio regionale, l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di efficienza, appropriatezza, sicurezza e qualità, nei termini indicati dai Tavoli tecnici di verifica, nell'ambito della cornice normativa vigenti;
- individua, nell'ambito del più generale mandato sopra specificato, alcune azioni ed interventi come acta ai quali dare corso prioritariamente e, segnatamente, al punto xvii), l'approvazione dell'atto aziendale dagli enti del Servizio sanitario Regionale, in coerenza con la normativa vigente ivi comprese il rispetto dei parametri standard per l'individuazione delle strutture semplici e complesse nonché in coerenza con quanto previsto dal punto i";

VISTA la comunicazione assunta al protocollo della Struttura Commissariale n. 430 del 9 Febbraio 2018, con la quale il Sub Commissario Dott. Claudio D'Amario ha rassegnato le proprie dimissioni per assumere la funzione di Direttore Generale della Prevenzione Sanitaria presso il Ministero della Salute;

RICHIAMATA la sentenza del Consiglio di Stato n. 2470/2013 secondo cui, *"nell'esercizio dei propri poteri, il Commissario ad acta agisce quale "organo decentrato dello Stato ai sensi dell'art. 120 della Costituzione, che di lui si avvale nell'espletamento di funzioni d'emergenza stabilite dalla legge, in sostituzione delle normali competenze regionali", emanando provvedimenti qualificabili come "ordinanze emergenziali statali in deroga", ossia "misure straordinarie che il commissario, nella sua competenza d'organo statale, è tenuto ad assumere in esecuzione del piano di rientro, così come egli può emanare gli ulteriori provvedimenti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali necessari alla completa attuazione del Piano di Rientro;*

VISTI

- a) l'art. 3, comma 1 bis, del D.lgs n. 502/92 e ss.mm.ii. a tenore del quale l'Atto aziendale costituisce lo strumento giuridico mediante il quale le Aziende determinano la propria organizzazione ed il proprio funzionamento e delineano gli ambiti della propria autonomia gestionale ed amministrativa, nel rispetto dei principi e dei criteri emanati dalla Regione;
- b) il Decreto commissariale n. 18 del 18 febbraio 2013, che approva il complesso degli indirizzi forniti alle Aziende per l'adozione dell'atto aziendale;
- c) i Decreti del Commissario ad Acta n. 54 del 07/11/17 e n. 8 del 1.02.2018 con i quali è stata disposta l'annessione all'AORN "G. Rummo" di Benevento del Presidio Ospedaliero "S. Alfonso M. dei Liguori" di S. Agata dei Goti;

RILEVATO che il DCA 54/2017 dispone che per effetto dell'annessione del Presidio Ospedaliero " S.Alfonso Maria dei Liguori" di S.Agata dei Goti, l'AORN "Rummo" di Benevento adotti un nuovo atto aziendale,

la delibera n. 212 del 30.3.2018 in recepimento delle osservazioni regionali - Adozione Atto Aziendale” con la quale l’AORN RUMMO di Benevento ha adottato il nuovo atto aziendale in sostituzione di quello già approvato con DCA n. 119 del 19.10.2016;

PRESO ATTO della nota assunta al prot. reg.le 0486041 del 26.07.2018, con la quale il Direttore Generale per la Tutela della salute e il Coordinamento del SSR, ha comunicato le risultanze dell’istruttoria del Gruppo di lavoro ed ha proposto l’approvazione del predetto atto aziendale;

RITENUTO

a) di dover approvare, all’esito dell’istruttoria svolta dal Gruppo di lavoro, l’Atto Aziendale dell’Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale “Rummo” di Benevento adottato con delibera aziendale 476 del 25.07.2018;

b) di dover fare obbligo al Direttore Generale della Azienda Ospedaliera di Benevento della sua attuazione;

PRESO ATTO

che con verbale del 25 luglio 2017 il Tavolo di Verifica degli Adempimenti regionali ha evidenziato che tutti gli Atti aziendali dovranno essere rimodulati e resi coerenti con il provvedimento di riorganizzazione della rete ospedaliera ai sensi del D.M. 70 2015;

Alla stregua dell’istruttoria tecnico-amministrativa effettuata dalla Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale


DECRETA

per tutto quanto esposto in premessa che qui si intende integralmente riportato

1) di **PRENDERE ATTO** della comunicazione del Direttore Generale per la Tutela della Salute assunta al prot. reg. 0486041 del 26.07.2018 contenente le risultanze dell’istruttoria svolta dal Gruppo di Lavoro in merito all’esame della delibera aziendale 476 del 25.07.2018 della Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale “Rummo” di Benevento avente come oggetto *“Modifiche e integrazioni alla delibera n. 212 del 30.3.2018 in recepimento delle osservazioni regionali - Adozione Atto Aziendale”*;

2) di **APPROVARE**, per l’effetto, l’Atto Aziendale della Azienda della Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale “Rummo” di Benevento allegato al presente decreto quale parte integrante e sostanziale;

3) di **FARE OBBLIGO** al Direttore Generale della Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale “Rummo” di Benevento dell’attuazione dell’Atto Aziendale approvato con il presente provvedimento;

che l' Atto Aziendale dovrà essere rin  il
provvedimento di aggiornamento della riorganizzazione della rete ospedaliera ai sensi del
D.M. 70 2015 ;

5) di **NOTIFICARE** il presente provvedimento all'Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale "Rummo" di Benevento con l'obbligo di pubblicazione sul sito istituzionale aziendale;

6) di **TRASMETTERE** il presente provvedimento ai Ministeri affiancanti, riservandosi di adeguarlo alle eventuali osservazioni formulate dagli stessi.

7) di **TRAMETTERE** il presente provvedimento al Capo di Gabinetto del Presidente della Giunta Regionale della Campania, all'Assessore Regionale al Bilancio e al Finanziamento del Servizio Sanitario Regionale in raccordo con il Commissario *ad acta* per il Piano di Rientro dal disavanzo sanitario, alla Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale, a tutte le Aziende Sanitarie Locali del S.S.R. e al BURC per tutti gli adempimenti in materia di pubblicità e trasparenza.

Il Direttore Generale
per la Tutela della Salute
Avv. Antonio Postiglione

DE LUCA

ATTO AZIENDALE



AZIENDA
OSPEDALIERA
SAN PIO
B E N E V E N T O

**Documento redatto ai sensi del DCA n° 18 del 18.02.2013,
del DCA n° 54 del 07.11.2017 e del DCA n° 08 del 01.02.2018**

PRESENTAZIONE DELL'ATTO AZIENDALE

A seguito dell'emanazione del "Piano Regionale della Rete Ospedaliera ai sensi del DM 70/2015", approvato con Decreto del Commissario ad Acta n. 33 del 17/05/2016 ed aggiornato con Decreto del Commissario ad Acta n. 8 del 01/02/2018, le strutture sanitarie campane sono chiamate a revisionare i propri Atti Aziendali.

Una revisione necessaria dovendo esse rimodulare la propria organizzazione sulla scorta dei recenti dispositivi regionali e ridisegnare le proprie organizzazioni in relazione al loro ruolo reciproco ridefinito nell'ambito del Sistema Sanitario Regionale.

Una revisione che, però, è anche opportuna per l'A.O "G. Rummo" di Benevento la quale, per effetto del Decreto del Commissario ad Acta n. 54 del 07/11/2017, cambia la propria compagine annettendo il Presidio Sant'Alfonso Maria dei Liguori di Sant'Agata dei Goti e divenendo un'organizzazione di valenza pluripresidiale. Quest'ultima, con l'emanazione del presente documento, assume il nome di Azienda Ospedaliera "San Pio" di Benevento (di qui innanzi solo Azienda) pur lasciando invariate le storiche denominazioni del Presidio Ospedaliero "Gaetano Rummo" (di qui innanzi solo Presidio Rummo) e del Presidio Ospedaliero "Sant'Alfonso Maria dei Liguori" (di qui innanzi solo Presidio Sant'Alfonso).

In tale contesto, fatto dunque di obblighi ma anche di opportunità di crescita, nasce il nuovo Atto Aziendale dell'A.O. "San Pio" di Benevento, uno strumento programmatico di respiro triennale che rimodula l'organizzazione aziendale rispecchiandone la sua nuova vision e garantendone la mission.

Una visione che conferma il ruolo di primo piano del Presidio Rummo di Benevento nella rete dell'emergenza e che ne rilancia il ruolo nella lotta ai tumori attraverso l'istituzione di un Polo Oncologico presso il Presidio Sant'Alfonso Maria dei Liguori di Sant'Agata dei Goti.

Il tutto tendendo ad erogare un servizio efficace (in termini di esiti), efficiente (nel rispetto dei vincoli di bilancio), equo (per quel che riguarda il mantenimento dei Livelli Essenziali di Assistenza) e trasparente (in un'ottica di prevenzione della corruzione), perseguendo momenti di integrazione ospedale-territorio e senza mai perdere di vista la dovuta accountability nei confronti di tutti gli stakeholders del sistema di interessi socio-sanitari in cui gravita l'Azienda.

Il Direttore Generale

Dott. Renato Pizzuti

SOMMARIO

PRESENTAZIONE DELL'ATTO AZIENDALE	2
1 DISPOSIZIONI DI CARATTERE GENERALE RELATIVE ALL'ATTO AZIENDALE.....	5
1.1 (DEFINIZIONI)	5
1.2 (NORME DI RACCORDO PER LA REDAZIONE E L'ADOZIONE DELL'ATTO)	5
1.3 (PROCEDURE PER L'ADOZIONE DELL'ATTO)	6
1.4 (CONTENUTI DELL'ATTO).....	6
1.5 (REGOLAMENTI AZIENDALI)	7
2 L'AZIENDA OSPEDALIERA "SAN PIO" DI BENEVENTO	9
2.1 (DENOMINAZIONE, SEDE LEGALE E COSTITUZIONE)	9
2.2 (LOGO AZIENDALE).....	9
2.3 (MISSION AZIENDALE)	12
2.4 (DATI DEMOGRAFICI ED EPIDEMIOLOGICI SULLA POPOLAZIONE).....	12
2.5 (CONTESTO GEOGRAFICO)	13
2.6 (RUOLO DELL'AZIENDA NELLA NUOVA RETE OSPEDALIERA REGIONALE).....	13
L'AZIENDA È, INOLTRE, ANNOVERATA TRA LE STRUTTURE CON LA MAGGIOR CASISTICA PER LE MALATTIE RARE.....	13
3 ASSETTO ISTITUZIONALE: ORGANI ED ORGANISMI.....	14
3.1 (ORGANI DELL'AZIENDA)	14
3.2 (POTERI E COMPITI DEL DIRETTORE GENERALE)	14
3.3 (COLLEGIO SINDACALE)	16
3.4 (COLLEGIO DI DIREZIONE)	16
3.5 (DIREZIONE STRATEGICA).....	18
3.6 (DIRETTORE SANITARIO E DIRETTORE AMMINISTRATIVO).....	18
3.7 (DIRETTORE SANITARIO).....	19
3.8 (DIRETTORE AMMINISTRATIVO).....	20
3.9 (COORDINAMENTO DEI SERVIZI STRATEGICI).....	21
3.10 (CONSIGLIO DEI SANITARI)	21
3.11 (COMITATI E COMMISSIONI AZIENDALI)	22
3.12 (COMITATO UNICO DI GARANZIA PER LE PARI OPPORTUNITÀ, LA VALORIZZAZIONE DEL BENESSERE DI CHI LAVORA E CONTRO LE DISCRIMINAZIONI).....	22
3.13 (UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO).....	23
3.14 (EPIDEMIOLOGIA E VALUTAZIONE DELL'ASSISTENZA).....	24
3.15 (DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO).....	24
3.16 (SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE).....	25
4 ORGANIZZAZIONE DELLE STRUTTURE	26
4.1 (ARTICOLAZIONI DELL'AZIENDA)	26
4.2 (DIPARTIMENTI AZIENDALI).....	26
4.3 (GOVERNO DEI DIPARTIMENTI)	29
4.4 (ARTICOLAZIONE DELLE STRUTTURE OPERATIVE)	30
4.5 (CRITERI PER L'INDIVIDUAZIONE DEI DIPARTIMENTI).....	30
4.6 (CRITERI PER L'INDIVIDUAZIONE DELLE STRUTTURE OPERATIVE)	31
4.7 (INCARICHI PROFESSIONALI)	32
4.8 (RETI PROFESSIONALI)	32
4.9 (GRUPPI OPERATIVI INTERDISCIPLINARI).....	33
4.10 (SERVIZI DELLE PROFESSIONI SANITARIE DELL'AZIENDA OSPEDALIERA "SAN PIO" DI BENEVENTO)	33
4.11 (ASSISTENZA PSICHIATRICA IN AMBITO OSPEDALIERO)	34

4.12	(SISTEMA DELLE CURE DOMICILIARI).....	34
4.13	(LA RIABILITAZIONE E LA LUNGODEGENZA)	35
5	PRINCIPI E REGOLE PER LA GESTIONE, CONTROLLO, VALUTAZIONE E VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE.....	35
5.1	(PRINCIPI E REGOLE GENERALI).....	35
5.2	(GOVERNO CLINICO, SICUREZZA DELLE CURE E CONTROLLO QUALITÀ).....	36
5.3	(CLIMA E BENESSERE ORGANIZZATIVO)	37
5.4	(FORMAZIONE CONTINUA).....	37
5.5	(TUTELA DELLA SALUTE E SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO)	38
5.6	(RELAZIONI SINDACALI)	39
5.7	(ATTRIBUZIONE E REVOCA DEGLI INCARICHI DIRIGENZIALI E RELATIVE MODALITÀ DI VALUTAZIONE).....	40
5.8	(PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI)	41
5.9	(LA COMUNICAZIONE AZIENDALE).....	43
6	SISTEMA DI PROGRAMMAZIONE, VALUTAZIONE E CONTROLLO.....	43
6.1	(PROGRAMMAZIONE)	43
6.2	(SISTEMA INFORMATIVO OSPEDALIERO)	45
6.3	(CONTROLLO DI GESTIONE).....	47
6.4	(INTERNAL AUDITING).....	48
6.5	(CONTROLLO DI REGOLARITÀ AMMINISTRATIVA E CONTABILE).....	49
6.6	(PROCEDURE CONTABILI)	49
7	ACQUISTI DI BENI E SERVIZI E PROGRAMMAZIONE E GESTIONE DELLE ATTREZZATURE.....	54
7.1	(PRINCIPI GENERALI)	54
7.2	(ATTREZZATURE: PROGRAMMAZIONE, ACQUISTI, GESTIONE E MANUTENZIONE)	54
7.3	(COMMISSIONE TECNICA HTA ED HS)	56
8	NORME FINALI, TRANSITORIE E DI RINVIO	58
9	ALLEGATO 1: ELENCO COMPLETO DELLE ARTICOLAZIONI AZIENDALI E LORO COLLOCAZIONE NELL'ORGANIGRAMMA	59
	ARTICOLAZIONI AZIENDALI DELLA DIREZIONE STRATEGICA	59
10	ALLEGATO 2: RIPARTIZIONE DEI POSTI LETTO AI SENSI DEL DCA 8/2018.....	63
11	ALLEGATO 3: ORGANIGRAMMA	64

1 DISPOSIZIONI DI CARATTERE GENERALE RELATIVE ALL'ATTO AZIENDALE

1.1 (DEFINIZIONI)

L'Atto Aziendale (di qui innanzi Atto), adottato ai sensi di quanto disposto dall'articolo 3, comma 1-bis, del Decreto Legislativo n. 502 del 1992 e s.m.i., costituisce lo strumento giuridico mediante il quale l'Azienda determina la propria organizzazione ed il proprio funzionamento.

Con l'Atto sono delineati gli ambiti della propria autonomia gestionale ed organizzativa, nel rispetto dei principi e dei criteri emanati dalla Regione (articolo 2, comma 2- sexies, del Decreto Legislativo n. 502 del 1992 e s.m.i. come modificato dall'art.1 del Decreto Legislativo n. 168 del 2000).

1.2 (NORME DI RACCORDO PER LA REDAZIONE E L'ADOZIONE DELL'ATTO)

La disciplina relativa all'assetto organizzativo dell'Azienda trova i suoi principali riferimenti nella seguente normativa :

- Decreto Legislativo n. 502 del 1992 e s.m.i. (da ultimo il Decreto Legge n. 158 del 2012 convertito con modificazioni nella Legge n. 189 del 2012);
- Decreto Legge n. 95 del 2012 convertito con modificazioni nella Legge n. 135 del 2012;
- Legge Regionale n. 2 del 1994 e s.m.i.;
- Legge Regionale n. 32 del 1994 e s.m.i.;
- Legge Regionale n. 16 del 2008 per la parte in vigore;
- Delibera di Giunta della Regione Campania n. 460 del 2007 avente per oggetto "Approvazione del Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del Servizio Sanitario Regionale";
- Decreto del Commissario ad acta n. 49 del 2010 e s.m.i. avente per oggetto "Riassetto della rete ospedaliera e territoriale";
- Delibera n. 1389 del 2010 avente per oggetto "Adozione proposta Piano Attuativo-Decreto Commissariale n. 49 del 27.09.2010";
- Decreto del Commissario ad acta n. 39 del 2011 avente per oggetto "Decreto commissariale n. 49 del 27.09.2010 – Riassetto della rete ospedaliera territoriale – Approvazione del Piano attuativo dell'Azienda Ospedaliera Rummo di Benevento con prescrizioni";
- Decreto del Commissario ad acta e s.m.i. n. 55 del 2010 "Completamento del riassetto della rete laboratoristica";
- Patto per la salute 2010-2012;
- Decreto del Commissario ad acta n. 22 del 2011 avente per oggetto "Piano Sanitario Regionale 2011-2013";
- Decreto del Commissario ad acta n. 45 del 2012 e n. 57 del 2012 avente per oggetto "Programma operativo 2011-2012 - Approvazione intervento 3.1 - Riqualificazione rete emergenza-urgenza";

- Decreto del Commissario ad acta n. 53 del 2012 “Approvazione Programmi operativi 2011-2012 – Adeguamento per l’anno 2012”;
- Decreto del Commissario ad acta n. 135 del 2012 e n. 6 del 2013, annullato e sostituito dal n.18 del 2013 avente per oggetto “Atto di indirizzo per l’adozione dell’Atto Aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione”;
- Decreto del Commissario ad acta n. 100 del 2014 avente per oggetto “Completamento della riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale - Atti Aziendali – Azienda Ospedaliera Rummo di Benevento. Determinazioni”;
- Decreto del Commissario ad acta n. 33 del 2016 avente per oggetto “Piano di Programmazione della Rete Ospedaliera ai sensi del DM 70/2015”;
- Decreto del Commissario ad acta n. 54 del 2017 avente per oggetto “Annessione del Presidio Ospedaliero Sant’Alfonso Maria dei Liguori di Sant’Agata dei Goti all’Azienda Ospedaliera Gaetano Rummo di Benevento”;
- Decreto del Commissario ad acta n. 8 del 2018 avente per oggetto “Piano di Programmazione della Rete Ospedaliera ai sensi del DM 70/2015- Aggiornamento (acta i)”.

Al termine del triennio l’Atto sarà integrato, modificato ed armonizzato ai fini del rispetto dei principi e criteri stabiliti con la Legge Regionale di cui all’art. 2, comma 2-sexies del Decreto Legislativo 229/99 e comunque sarà valutata la congruità dello stesso con le normative vigenti e con le esigenze strategiche dell’Azienda Ospedaliera.

1.3 (PROCEDURE PER L’ADOZIONE DELL’ATTO)

Il presente Atto viene adottato dal Direttore Generale con proprio provvedimento, previo parere del Collegio di Direzione nella sua attuale composizione, informati preventivamente e sentiti il Comitato di rappresentanza dei sindaci, il Consiglio dei sanitari e le Organizzazioni Sindacali:

- dei parametri e dei criteri per l’individuazione delle strutture semplici e complesse di cui al Decreto del Commissario ad acta n. 18 del 2013;
- del riassetto della Rete Ospedaliera regionale ai sensi del DM 70/2015 di cui al Decreto del Commissario ad acta n. 8 del 2018.

L’Atto viene sottoposto a verifica di conformità con gli indirizzi e le linee di programmazione regionale.

Con l’approvazione da parte del Commissario ad acta e la pubblicazione sul BURC, l’Azienda provvede all’inserimento dell’Atto sul proprio sito web reperibile al link www.Aziendaospedaliarummo.it.

Laddove fossero necessarie successive variazioni dell’Atto, il provvedimento di modifica conterrà le relative motivazioni e verranno seguite le procedure di cui ai precedenti capoversi (ivi comprese l’approvazione da parte del Commissario ad Acta, la pubblicazione sul BURC e l’inserimento sul sito web dell’Azienda).

1.4 (CONTENUTI DELL’ATTO)

I contenuti dell’Atto discendono direttamente dalle vigenti norme della legislazione nazionale e regionale tenuto conto che l’Azienda assume personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale la cui organizzazione ed il cui funzionamento sono disciplinati

con atto di diritto privato nel rispetto dei principi e criteri previsti dalle disposizioni regionali.

L'Atto individua le strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico-professionale, soggette a rendicontazione analitica; pertanto, l'Atto esplicita la complessità aziendale con tutte le caratteristiche strutturali. In particolare sono definiti nei successivi articoli e tramite specifici allegati tecnici:

- la sede legale ed il logo aziendale;
- la missione aziendale;
- i dati demografici ed epidemiologici che caratterizzano la popolazione nonché una mappa geografica che descrive l'ambito territoriale dell'Azienda;
- l'individuazione dei Dipartimenti, Unità Operative Complesse, Semplici Dipartimentali e Semplici (con la specifica dei posti letto assegnati);
- gli organi e gli organismi Aziendali e la relativa disciplina per la composizione e le funzioni;
- le funzioni attribuite ai dirigenti, nonché le modalità per il conferimento di eventuali deleghe e gli ambiti delle stesse;
- le funzioni attribuite ai dirigenti titolari di responsabilità gestionali;
- i sistemi di valutazione e controllo;
- le modalità di informazione sui servizi sanitari e di tutela dei diritti degli utenti, anche ai fini della corretta fruizione del sistema;
- i rapporti con gli enti locali;
- le modalità con cui dare attuazione alle disposizioni di cui al Decreto Legislativo n. 28 del 2010 che detta la nuova disciplina sulla mediazione finalizzata alla conciliazione nelle controversie civili e commerciali;
- le modalità di rapporto e di collaborazione dell'Azienda con le altre organizzazioni sanitarie nonché con eventuali enti ed organismi, di cui all'articolo 4, comma 3, del Decreto Legislativo n. 502 del 1992 e s.m.i..

In ogni deliberazione o altro provvedimento aziendale successivo all'approvazione dell'Atto, che riguardi anche indirettamente l'assetto organizzativo dell'Azienda, il Direttore Generale ne attesterà la conformità con il presente documento.

1.5 (REGOLAMENTI AZIENDALI)

Il Direttore Generale dell'Azienda, entro 90 giorni dall'approvazione del presente Atto da parte degli organismi regionali competenti, ai fini di una sua corretta e completa applicazione, procede all'adozione e/o all'aggiornamento di regolamenti interni nelle seguenti materie:

- modalità di funzionamento degli organismi collegiali (Collegio di Direzione, Consiglio dei Sanitari, Comitato di Dipartimento);
- modalità di affidamento, mutamento e revoca della direzione delle strutture e degli incarichi, le modalità di valutazione degli stessi e la graduazione delle funzioni;
- relazioni sindacali;
- modalità con cui l'Azienda sanitaria appalta o contrae direttamente la fornitura di beni e servizi nel rispetto del Decreto legislativo n. 163 del 2006 e s.m.i., conosciuto come Codice degli Appalti Pubblici;

- attività libero professionale intramoenia;
- formazione e aggiornamento professionale;
- modalità di gestione per obiettivi e di negoziazione del budget, nonché collegamento con il sistema premiante;
- modalità di funzionamento dei Dipartimenti;
- procedure di controllo interno;
- modalità di funzionamento del Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni ai sensi dell' ex art. 57 del Decreto Legislativo n. 165 del 2001 e s.m.i.;
- modalità di funzionamento della Consulta socio sanitaria;
- sistemi di protezione e sicurezza dei dati;
- sistema di misurazione e valutazione delle performance;
- contabilità;
- libera attività intra-moenia;
- modalità di definizione di attribuzione delle funzioni del dirigente unico del Servizio delle Professioni Sanitarie;
- elezioni dei dipartimenti.

L'Azienda si riserva di adottare ulteriori regolamenti interni per definire il funzionamento di altri organismi istituiti con il presente Atto e per l'organizzazione di altri settori di attività, nonché i regolamenti che eventualmente si rendano necessari in attuazione di normative nazionali e regionali.

Tutti i regolamenti vengono pubblicati sul sito web aziendale.

2 LAZIENDA OSPEDALIERA "SAN PIO" DI BENEVENTO

2.1 (DENOMINAZIONE, SEDE LEGALE E COSTITUZIONE)

L'Azienda Ospedaliera "San Pio" (di qui innanzi solo Azienda) ha sede legale in Benevento alla via dell'Angelo n.1.

La nascita dell'Azienda, così come è conosciuta oggi, risale alla metà del '900; tuttavia, la sua storia vanta radici ben più antiche. Infatti, nel 1615 nacque, nelle vicinanze di Porta dei Rettori, l'ospedale "San Diodato" dell'Ordine dei Fatebenefratelli che, pur avendo una spiccata fisionomia religiosa, in realtà dipendeva dall'amministrazione comunale. Dopo alterne vicende, che videro più volte la soppressione del nosocomio e rapporti complessi tra l'amministrazione cittadina e i Fatebenefratelli, nel 1893, contestualmente alla fondazione dell'Ospedale Sacro Cuore da parte del sovracitato Ordine, il Comune affidò la gestione dell'Ospedale San Diodato a medici laici. Nel 1921, l'Ospedale "San Diodato" (che accoglieva solo pazienti maschi) e l'Ospedale "San Gennaro" (altro nosocomio cittadino, collocato presso il Triggio, che accoglieva pazienti femmine) confluirono nei cosiddetti "Ospedali Civici Riuniti di Benevento". A seguito della distruzione della struttura durante i bombardamenti alleati del 1943, si rese necessario costruire un nuovo complesso che fu eretto nella zona della Pacevecchia. Il nuovo Ospedale fu intitolato a "Gaetano Rummo" (un insigne clinico beneventano, docente presso il prestigioso ateneo napoletano) e, durante il processo di aziendalizzazione delle strutture sanitarie, ottenne il riconoscimento di Ospedale di Rilievo Nazionale (Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 23.04.1993) acquisendo il requisito di Azienda Ospedaliera sede di DEA di II Livello (Legge Regionale n. 2 del 11.01.1994); ad oggi esso, oggetto nel corso degli anni di opere di ampliamento e ristrutturazione, è composto da 6 padiglioni che, unitamente alle varie aree di collegamento, occupano nel loro complesso una superficie di circa sessantamila metri quadrati. A Partire dal 01.01.2018, per effetto del DCA n. 54 del 2017, all'Azienda Ospedaliera "Gaetano Rummo" di Benevento, è stato annesso il Presidio Ospedaliero Sant'Alfonso Maria dei Liguori di Sant'Agata dei Goti con la conseguente costituzione di una nuova organizzazione con valenza pluripresidiale. Quest'ultima assume il nome di Azienda Ospedaliera "San Pio" di Benevento (di qui innanzi solo Azienda) pur lasciando invariate le storiche denominazioni del Presidio Ospedaliero "Gaetano Rummo" (di qui innanzi solo Presidio Rummo) e del Presidio Ospedaliero "Sant'Alfonso Maria dei Liguori" (di qui innanzi solo Presidio Sant'Alfonso).

2.2 (LOGO AZIENDALE)

Il logo Aziendale è riportato in Figura 1. Esso coniuga simbolicamente gli aspetti legati a:

- la territorialità/cultura;
- la religiosità;
- l'integrazione;
- la crescita/innovazione.

L'immagine, infatti, è composta da tre semplici simboli che, pur nella loro essenzialità, recano con sé un messaggio altamente ricevibile. Il suo carattere fortemente grafico lo rende versatile e facilmente memorizzabile.

Figura 1. Logo dell'Azienda



Il logo riporta, quale nucleo predominante, un esagono che:

- rappresenta simbolo della creazione per Pitagora che lo descrive come unione di due triangoli, come due sono gli ospedali che si uniscono per formare la nascente Azienda;
- rievoca la forma dell'ambulacro centrale della Chiesa di Santa Sofia, monumento sannita dichiarato patrimonio dell'Unesco.

Dall'esagono prende origine un ramoscello che:

- richiamando l'immagine di un albero/germoglio rappresenta il simbolo della nascita e della rinascita, della luce, del potere spirituale e della conoscenza superiore verso cui tendere;
- ricorda sia l'olmo (l'albero presso il quale San Pio ricevette le stimmate), che il noce (il leggendario albero sotto cui si riunivano le streghe di Benevento).

Al centro della figura geometrica, si intravede un punto rosso che:

- richiama alla mente le stigmate di San Pio evocando anche il rosso del sangue e, quindi, il malato in generale;
- per la sua posizione pone il fruitore, l'operatore e la comunità tutta al centro dell'azione dell'Azienda, in un'ottica di sviluppo sociale, culturale ed economico andando a delineare la rilevanza del concetto di inclusione, accoglienza e accessibilità (anche in chiave interculturale) di tutti i soggetti, a sottolineare il ruolo dell'istituzione ospedaliera sul territorio, al fine di promuovere ricerca e sviluppo dell'innovazione come opportunità globale di crescita.

Il nuovo logo, simbolo della nascente Azienda Ospedaliera "San Pio" di Benevento, è stato presentato e benedetto in occasione della visita di Papa Francesco a Pietrelcina il 17.03.2018 (Figura 2).

Figura 2. Momento della benedizione del nuovo logo aziendale da parte del Santo Padre



2.3 (MISSION AZIENDALE)

La mission Aziendale è quella di garantire la tutela della salute e di fornire prestazioni specialistiche ed ospedaliere qualificate e rispondenti alla richiesta proveniente dal territorio in un'ottica di appropriatezza, correttezza e completezza delle prestazioni nonché sulla base della programmazione sanitaria regionale secondo un processo di corretta competizione con le altre aziende e strutture erogatrici presenti sul territorio.

2.4 (DATI DEMOGRAFICI ED EPIDEMIOLOGICI SULLA POPOLAZIONE)

L'Azienda opera sul territorio della Provincia di Benevento che, con i suoi 282.321 residenti al 1.1.2015, rappresenta quella meno abitata della Campania; la sua popolazione, infatti, rappresenta il 5% di quella dell'intero territorio regionale che ammonta, nel suo complesso a 5.861.529 abitanti.

In Tabella 1 sono riportati alcuni utili indicatori che, nel loro complesso descrivono la dinamica demografica della Provincia di Benevento confrontata con i livelli sovra locali¹.

Tabella 1. Dati demografici (Anno 2015)

INDICATORE	BENEVENTO	AVELLINO	CASERTA	NAPOLI	SALERNO	CAMPANIA	NORD	CENTRO	MEZZOGGIORNO	ITALIA
Quoziente di natalità	7,3	7,3	9,1	9,1	8,1	8,7	8,0	7,8	8,1	8,0
Quoziente di mortalità	12,3	11,5	8,9	9,2	10,6	9,7	10,9	11,0	10,2	10,7
Quoziente di nuzialità*	4,1	3,6	3,8	3,9	4,5	4,0	2,8	2,9	3,7	3,1
Saldo migratorio interno	-2,5	-3,0	-2,4	-4,1	-1,6	-3,2	1,0	0,7	-2,4	-0,2
Saldo migratorio con l'estero	2,1	1,4	2,2	2,4	2,4	2,3	2,1	3,3	1,7	2,2
Saldo migratorio totale	-0,7	-1,8	-0,5	-1,3	0,6	-0,8	1,3	1,3	-1,0	0,5
Crescita naturale	-5,1	-4,3	0,3	0,0	-2,4	-1,0	-2,9	-3,2	-2,0	-2,7
Tasso di crescita totale	-5,7	-6,1	-0,2	-1,4	-1,8	-1,8	-1,6	-1,9	-3,0	-2,1
Tasso di fecondità totale*	1,18	1,15	1,32	1,37	1,29	1,32	1,43	1,35	1,30	1,37
Età media al parto*	32,0	32,0	31,1	30,7	31,5	31,0	31,6	31,9	31,3	31,6
Speranza di vita alla nascita (M)*	79,3	79,3	78,5	77,9	79,6	78,5	80,7	80,5	79,5	80,3
Speranza di vita alla nascita (F)*	83,6	84,3	83,2	82,7	84,3	83,3	85,4	85,2	84,2	85,0
Speranza di vita a 65 anni (M)*	18,4	18,4	17,6	17,1	18,4	17,7	19,1	19,1	18,5	18,9
Speranza di vita a 65 anni (F)*	21,5	21,8	20,8	20,5	21,8	21,0	22,6	22,5	21,7	22,3
Indice di dipendenza strutturale	53,6	51,3	47,9	48,8	50,3	49,3	57,4	56,2	51,5	55,1
Indice di dipendenza anziani	33,7	31,6	24,2	24,4	29,1	26,2	35,9	35,4	30,0	33,7
Indice di vecchiaia	169,0	160,1	102,2	100,1	137,9	113,4	167,1	169,3	139,3	157,7
Età media	44,5	44,1	40,6	40,5	43,0	41,5	45,1	45,1	43,1	44,4

* Dati relativi al 2014

¹ FONTE: <http://demo.istat.it/altridati/indicatori/index.html>

2.5 (CONTESTO GEOGRAFICO)

L'Azienda è il punto di riferimento, per l'assistenza ospedaliera di un bacino di utenza che supera i 300.000 abitanti poiché eroga prestazioni sanitarie a favore dei residenti della Provincia di Benevento, comprendente i 78 Comuni per un'estensione territoriale di 2.070,64 km² ma anche per alcuni importanti Comuni limitrofi quali, ad esempio, quelli di Cervinara, Rotondi, Roccabascerana e San Martino Valle Caudina.

Il bacino di utenza è collocato, geograficamente, in zone montane e collinari; i Comuni montani sono concentrati nelle zone poste a nord e sud-ovest del territorio provinciale e ne ricoprono il 55%. La restante area è considerata terreno di tipo collinare. Il contesto orografico e l'attuale viabilità, soprattutto verso le zone interne della Provincia, evidenzia la centralità dell'Azienda nella gestione completa dell'emergenza sanitaria territoriale; essa, infatti, rappresenta la più grande struttura ospedaliera del Sannio.

L'attività è finalizzata a soddisfare i bisogni sanitari di un vasto bacino di utenza che va oltre la Provincia di Benevento essendo il tasso di mobilità attiva extraprovinciale pari al 27% ed extra regionale pari al 2,5%. Considerato che la Provincia di Benevento confina a nord con la Provincia di Campobasso, a est con la Provincia di Foggia, a sud con la Provincia di Avellino e la Provincia di Napoli, a ovest con la Provincia di Caserta, la mobilità sanitaria passiva interessa, soprattutto, le aree di confine e, in particolare, il Fortore.

Per quanto riguarda, invece, la mobilità attiva, l'Azienda eroga prestazioni sanitarie sia in emergenza che elezione a favore dei cittadini residenti nelle Province di Avellino e Caserta.

2.6 (RUOLO DELL'AZIENDA NELLA NUOVA RETE OSPEDALIERA REGIONALE)

Nell'ambito della ridefinizione del Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera ai sensi del DM 70/2015, approvato con Decreto del Commissario ad Acta n. 33 del 17/05/2016 e ssmmii, l'Azienda ha assunto nuovi ruoli reciproci nei confronti delle altre strutture che gravitano nel Sistema Sanitario Regionale. In Tabella 2 sono riportate le varie reti in cui l'Azienda svolge funzioni specifiche.

Tabella 2. Ruolo dell'Azienda nella Rete Ospedaliera Regionale

RETE	RUOLO DELL'AZIENDA	AREA
Per l'emergenza-urgenza	HUB*	BN
Per l'IMA	HUB di I livello	AV-BN
Per l'ICTUS	HUB°	AV-BN
Per il Trauma	CTZ	CE-AV-BN
Per l'emergenza pediatrica	SPOKE di II livello	NA-CE-SA-AV-BN
Per l'emergenza neonatologica	Struttura ricettiva per lo STAM	CE-AV-BN
Per l'emergenza gastroenterologica	Spoke	AV-BN
Per il dolore	SPOKE di II livello	BN

* Comprensivo del DEA di II livello sito presso il PO Rummo e del PPI sito presso il PO Sant'Alfonso; ° Comprensivo di 1 unità stroke di I livello

L'Azienda è, inoltre, annoverata tra le strutture con la maggior casistica per le Malattie Rare.

3 ASSETTO ISTITUZIONALE: ORGANI ED ORGANISMI

3.1 (ORGANI DELL'AZIENDA)

Ai sensi del Decreto Legislativo n. 502 del 1992 e s.m.i., sono organi dell'Azienda:

- il Direttore Generale;
- il Collegio di Direzione;
- il Collegio Sindacale.

3.2 (POTERI E COMPITI DEL DIRETTORE GENERALE)

Il Direttore Generale adotta il presente Atto di diritto privato ai sensi dell'art. 3, comma 1-quater del Decreto Legislativo n. 502 del 1992.

Egli è titolare della rappresentanza legale ed esercita tutti i poteri di gestione dell'Azienda stessa adottando i provvedimenti necessari.

E' responsabile delle funzioni di indirizzo (che esercita attraverso la definizione di obiettivi e programmi), dell'imparzialità e del buon andamento dell'azione amministrativa. Verifica il risultato dell'attività svolta e la realizzazione di programmi e progetti in relazione agli obiettivi della gestione finanziaria, tecnica, amministrativa e sanitaria. Risponde alla Regione in relazione agli obiettivi assegnatigli all'atto di nomina e nell'ambito degli atti strategici e di programmazione regionale.

Localmente l'Azienda ha ulteriormente normato la distinzione tra funzioni di indirizzo politico-amministrativo-programmatorio (di competenza degli organi di governo) e funzioni di gestione (di competenza della dirigenza), attraverso l'emanazione della Deliberazione n. 1199 del 23/11/2016 avente per oggetto "Disciplina della delega all'esercizio di funzioni di gestione ai dirigenti...".

Il rapporto di lavoro del Direttore Generale è a tempo pieno e di diritto privato; si instaura con contratto disciplinato dal comma 6 dell'art. 3 e dal comma 8 dell'art. 3 bis del Decreto Legislativo n. 502 del 1992 e s.m.i. Il contratto è sottoscritto sulla base di uno schema approvato dalla Giunta regionale. Egli, attualmente, viene nominato ai sensi del Decreto Legislativo n. 171 del 2016 avente per oggetto "Attuazione della delega di cui all'art. 11 comma 1 lettera p della Legge 7 agosto 2015 n. 124 in materia di dirigenza sanitaria".

L'autonomo e pieno esercizio delle funzioni gestionali dell'Azienda è svolto nel rispetto dei poteri spettanti a:

- la Regione, che ne indirizza l'attività ed esercita il controllo sul suo operato;
- il Sindaco o la Conferenza dei Sindaci, che partecipano alla programmazione aziendale anche in attuazione di quella regionale ed esercitano compiti di vigilanza generale sull'Azienda e sull'operato del Direttore Generale;
- il Collegio Sindacale, cui sono affidati i compiti di vigilanza sull'osservanza delle leggi e dei regolamenti nonché la verifica sull'attività contabile dell'Azienda.

Il Direttore Generale provvede:

- alla nomina del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo;
- alla nomina del Collegio Sindacale e alla sua prima convocazione nei termini di legge;
- alla costituzione del Collegio di Direzione e del Consiglio dei Sanitari;

- alla nomina dei Collegi tecnici, del Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni e di qualunque altro organismo previsto dalla normativa vigente e dal presente Atto;
- all'adozione dell'Atto Aziendale e delle sue modificazioni ed integrazioni;
- all'adozione dei regolamenti aziendali e di tutti gli atti che si rendono necessari in attuazione di normative nazionali e regionali;
- all'adozione degli atti di organizzazione interna dei presidi ospedalieri, dei Dipartimenti e dei servizi centrali nonché alla nomina e alla revoca dei responsabili delle strutture operative dell'Azienda e al conferimento degli incarichi professionali;
- alla adozione del documento per la valutazione dei rischi e la nomina del responsabile del servizio di prevenzione e protezione, individuato in figura diversa dal responsabile di area tecnica preposto alla manutenzione;
- alla verifica della corretta ed economica gestione delle risorse nonché dell'imparzialità e del buon andamento dell'azione amministrativa;
- alla verifica qualitativa e quantitativa dei servizi erogati;
- all'adozione di tutti gli atti deliberativi relativi alla programmazione finanziaria e di bilancio, compresi quelli formulati secondo la logica budgettaria specifica di ogni Dipartimento e di quella complessiva aziendale;
- all'adozione del piano attuativo aziendale e degli altri atti programmatici con cui sono definiti gli obiettivi e le priorità per la gestione dell'Azienda e con cui sono assegnate le risorse umane, strumentali e finanziarie;
- alla determinazione della dotazione organica aziendale;
- all'adozione di tutti gli atti deliberativi riguardanti l'assunzione di personale;
- all'adozione dei provvedimenti conseguenti alla valutazione dei dirigenti;
- all'adozione di tutti gli altri atti necessari e all'assolvimento di tutti gli altri compiti indicati dalla legislazione regionale e nazionale vigente.

Di esclusiva competenza del Direttore Generale sono le funzioni di alta amministrazione, mentre sono delegati ai vari livelli della dirigenza le funzioni di carattere gestionale attraverso le quali si esplica l'autonomia funzionale delle articolazioni organizzative dell'Azienda tra cui:

- l'attuazione dei contratti collettivi di lavoro del personale e l'adozione degli atti di gestione del personale stesso;
- l'esercizio dei poteri di spesa nei limiti degli stanziamenti di bilancio e di acquisizione delle entrate, entro i limiti di valore prefissati;
- l'approvazione degli atti di gara per lavori e forniture;
- la stipula dei contratti.

Rientrano, tra le funzioni gestionali esercitate dai dirigenti delle aziende ai diversi livelli:

- le funzioni delegate dal Direttore Generale con tutti i limiti, le implicazioni e le conseguenze derivanti dall'istituto della delega;
- le funzioni agli stessi attribuite nel momento della sottoscrizione del contratto di lavoro o con specifico atto del Direttore Generale.

In caso di assenza o impedimento del Direttore Generale le relative funzioni sono svolte dal Direttore Amministrativo o dal Direttore Sanitario su delega del Direttore Generale, o, in mancanza di delega, dal direttore più anziano. Ove l'assenza o l'impedimento si protragga oltre sei mesi, si procede alla sua sostituzione.

Con apposito atto da pubblicare sull'albo dell'Azienda e sul sito web aziendale, vengono specificati, dettagliatamente, gli ambiti oggettivi e soggettivi delle attribuzioni dirigenziali e delle deleghe conferite ai singoli dirigenti.

3.3 (COLLEGIO SINDACALE)

Il Collegio Sindacale è nominato dal Direttore Generale ai sensi dell'art. 3-ter del Decreto Legislativo n. 502 del 1992 e s.m.i. (così come modificato dall'art. 1 comma 574 della Legge n. 190 del 2014) e della Legge Regionale n. 20 del 2015.

Esso dura in carica tre anni ed è composto da tre membri, di cui uno designato dal Presidente della Giunta regionale, uno designato dal Ministro dell'economia e finanze e uno dal Ministro della salute. I componenti del Collegio sindacale sono scelti tra gli iscritti nel registro dei revisori contabili, istituito presso il Ministero di grazia e giustizia, ovvero tra i funzionari del Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, che abbiano esercitato per almeno tre anni le funzioni di revisori dei conti o di componenti dei collegi sindacali.

Il Collegio sindacale:

- verifica l'amministrazione dell'Azienda sotto il profilo economico;
- vigila sull'osservanza della legge;
- accerta la regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili ed effettua periodicamente verifiche di cassa;
- riferisce almeno trimestralmente alla Regione, anche su richiesta di quest'ultima, sui risultati del riscontro eseguito, denunciando immediatamente i fatti in caso di fondato sospetto di gravi irregolarità;
- trasmette periodicamente, e comunque con cadenza almeno semestrale, una propria relazione sull'andamento dell'attività dell'Azienda rispettivamente alla Conferenza dei sindaci o al Sindaco del Comune capoluogo della provincia dove è situata l'Azienda stessa.

Le comunicazioni ed i referti prodotti sono comunicati per conoscenza anche al Consiglio regionale per la trasmissione alla commissione consiliare permanente competente in materia.

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

3.4 (COLLEGIO DI DIREZIONE)

Il Direttore Generale, ai sensi del Decreto Legislativo n. 502 del 1992 e s.m.i. nonché della Legge Regionale n. 20 del 2015, costituisce con atto deliberativo specifico il Collegio di Direzione il quale:

- concorre al governo delle attività cliniche dell'Azienda, formulando proposte ed esprimendo pareri su richiesta del Direttore Generale, la consultazione è obbligatoria in merito alle questioni attinenti il governo delle attività cliniche;
- concorre alla pianificazione delle attività dell'Azienda, inclusa la didattica e la ricerca nonché allo sviluppo organizzativo e gestionale dell'Azienda, con particolare riferimento agli aspetti relativi all'organizzazione dei servizi, al

migliore impiego delle risorse umane, alle attività di formazione continua degli operatori sanitari, alla migliore organizzazione per l'attuazione dell'attività libero professionale intramuraria;

- partecipa alla definizione dei requisiti di appropriatezza e qualità delle prestazioni nonché degli indicatori di risultato clinico-assistenziale e concorre alla conseguente valutazione interna dei risultati conseguiti, secondo modalità che saranno stabilite con atto di indirizzo della Giunta.

Il Collegio, inoltre, esprime parere obbligatorio sui seguenti atti:

- Atto Aziendale per la parte relativa all'organizzazione delle attività cliniche;
- Piano aziendale annuale della formazione, nel rispetto degli obiettivi formativi nazionali e regionali, nonché dei bisogni formativi specifici espressi dalle Aree e dai Dipartimenti aziendali e dalle categorie di operatori, ai fini della successiva approvazione da parte del Direttore Generale;
- Piano aziendale annuale per la gestione del rischio clinico ai fini della successiva approvazione da parte del Direttore Generale.

Il Collegio di Direzione, che dura in carica tre anni, è presieduto dal Direttore Generale che ne individua, nell'atto di istituzione, la composizione ai sensi della Legge Regionale n. 20 del 2015, fatto salvo che, in relazione alle materie di trattazione, ne può estendere la partecipazione ai dirigenti responsabili delle strutture organizzative aziendali di volta in volta interessate, i quali possono essere sentiti senza diritto di voto.

Il Collegio di Direzione adotta il proprio Regolamento di funzionamento nel rispetto dei seguenti principi di funzionamento:

- previsione di un Vice Presidente vicario eletto dal Collegio tra i membri di diritto;
- previsione di un calendario annuale delle riunioni, con riunioni ordinarie almeno mensili, convocate dal Presidente che ne fissa l'ordine del giorno e previsione di riunioni straordinarie, in caso di urgenza, ovvero su richiesta motivata della metà più uno dei componenti;
- le funzioni di segreteria del Collegio di direzione sono svolte da unità addette alla segreteria della Direzione generale, sanitaria o amministrativa, ovvero nell'ambito di altra struttura dell'Azienda;
- le sedute del Collegio sono verbalizzate ed è istituito un archivio delle deliberazioni;
- le assenze dei componenti alle riunioni del Collegio sono debitamente giustificate previa comunicazione scritta e con contestuale delega ad un componente di diritto del Collegio;
- presenza di un quorum minimo per la validità delle riunioni del Collegio di Direzione non inferiore alla metà più uno;
- necessità della maggioranza semplice per la validità delle deliberazioni, ad eccezione dell'elezione del Vice Presidente del Collegio nonché dell'espressione dei pareri obbligatori, che sono adottati a maggioranza assoluta, e dell'approvazione del regolamento interno di funzionamento del Collegio, che è adottato a maggioranza qualificata dei due terzi dei componenti.

I verbali di ciascuna riunione sono resi disponibili ai componenti del Collegio stesso nonché al Direttore Generale e ai Collegi Sindacali dell'Azienda di riferimento nonché agli organi di indirizzo, vigilanza e verifica.

I pareri del Collegio di Direzione sono espressi entro trenta giorni dalla richiesta del Direttore generale. Se tali pareri non vengono espressi nel predetto termine, gli stessi si intendono favorevolmente espressi.

Il Direttore Generale che intende adottare atti o provvedimenti di propria competenza in difformità al parere espresso dal Collegio è tenuto ad indicarne le ragioni in apposita relazione da trasmettere al Collegio nonché alla Giunta Regionale ed al Consiglio regionale, attraverso la Commissione competente.

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

3.5 (DIREZIONE STRATEGICA)

Il governo strategico aziendale è esercitato dalla Direzione Strategica composta dal Direttore Generale, dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo, avvalendosi del Collegio di Direzione.

La Direzione Strategica definisce, sulla base delle indicazioni della programmazione regionale, le strategie e i programmi aziendali di cui controlla l'attuazione. Essa rappresenta, pertanto, la sede ove si svolgono le interrelazioni che consentono il perseguimento della missione direzionale.

In particolare, spetta alla Direzione Strategica:

- l'individuazione degli obiettivi e dei programmi annuali e pluriennali definiti sulla base degli obiettivi istituzionali dell'Azienda ed in coerenza con le linee di programmazione ed indirizzo regionali;
- l'organizzazione aziendale e la programmazione della produttività e della qualità delle prestazioni;
- la pianificazione delle risorse e degli investimenti;
- le relazioni interne ed esterne;
- la garanzia della sicurezza e la prevenzione;
- il controllo di gestione.

3.6 (DIRETTORE SANITARIO E DIRETTORE AMMINISTRATIVO)

Il Direttore Sanitario ed il Direttore Amministrativo sono nominati con provvedimento motivato dal Direttore Generale che risponde della verifica del possesso dei requisiti previsti dalla normativa vigente, acquisendo le necessarie certificazioni dei titoli e dei servizi svolti.

Il rapporto di lavoro del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario è a tempo pieno e di diritto privato e si instaura con contratto disciplinato dal comma 7 dell'art. 3 e dal comma 8 dell'art. 3-bis del Decreto Legislativo n. 502 del 1992 e s.m.i.

Il contratto è sottoscritto sulla base di uno schema approvato dalla Giunta regionale e deve essere trasmesso alla Regione entro dieci giorni dalla sottoscrizione.

Il Direttore Sanitario ed il Direttore Amministrativo concorrono al governo dell'Azienda e al processo di pianificazione e controllo strategico della stessa coadiuvando il Direttore Generale nell'esercizio delle funzioni ad esso spettanti.

Essi esprimono parere sugli atti del Direttore Generale per quanto di propria competenza e su ogni questione che venga loro sottoposta; essi inoltre:

- svolgono le funzioni e adottano gli atti ad essi delegati e attribuiti dal Direttore Generale;
- formulano, per le materie di competenza, proposte al Direttore Generale, ai fini della elaborazione dei piani pluriennali, dei programmi annuali e dei progetti di attività;
- curano, per quanto di competenza, l'attuazione dei programmi e dei piani dell'Azienda attraverso i servizi alle proprie dipendenze;
- determinano, informandone le Organizzazioni Sindacali, i criteri generali di organizzazione dei servizi di rispettiva competenza nell'ambito delle direttive ricevute dal Direttore Generale;
- verificano e controllano l'attività dei dirigenti dei servizi e adottano i conseguenti provvedimenti, anche di carattere sostitutivo, riferendone al Direttore Generale, anche ai fini del controllo interno;
- svolgono ogni altra funzione attribuita loro dalle leggi e dai regolamenti.

Il Direttore Sanitario ed il Direttore Amministrativo, di loro iniziativa o su indicazione del Direttore Generale, possono, in qualsiasi fase del procedimento, avocare la trattazione diretta di affari che rivestono particolare rilevanza nell'ambito delle rispettive competenze e delle rispettive funzioni, adottando correlativamente tutti gli atti necessari.

In caso di assenza o impedimento del Direttore Sanitario e/o del Direttore Amministrativo, le funzioni sono svolte rispettivamente, ed in via temporanea, da un dirigente della funzione sanitaria e da un dirigente della funzione amministrativa, nominati dal Direttore Generale, su proposta degli stessi.

3.7 (DIRETTORE SANITARIO)

Il Direttore Sanitario dirige i servizi sanitari ai fini organizzativi ed igienico-sanitari. E' responsabile del miglioramento continuo della qualità e del governo clinico dell'Azienda, intesi come insieme organizzato di attività.

Al fine del buon andamento delle attività e delle prestazioni sanitarie, della realizzazione dei programmi e del raggiungimento degli obiettivi individuati dalla Direzione Strategica, il Direttore Sanitario assicura la continuità operativa con le strutture e con i professionisti, attraverso il loro coordinamento unitario e lo sviluppo di metodologie organizzative (organizzazioni a rete, reti professionali, gruppi di lavoro interdisciplinari, etc.) finalizzate a realizzare la presa in carico degli utenti-pazienti e la continuità assistenziale.

Il Direttore Sanitario:

- partecipa con il Direttore Amministrativo, unitamente al Direttore Generale, che ne ha la responsabilità, alla direzione dell'Azienda;
- dirige i servizi sanitari negli ambiti previsti dal Decreto Legislativo n. 502 del 1992 e s.m.i. e dalle Leggi Regionali fatte salve le competenze, le responsabilità e le funzioni individuali dei singoli dirigenti previste dall'articolo 16 e 17 del Decreto Legislativo n. 29 del 1993 e s.m.i.;
- assume diretta responsabilità delle funzioni attribuite alla sua competenza.
- concorre, con la formulazione di proposte e di pareri, alla formazione delle decisioni del Direttore Generale;
- assicura il coordinamento delle diverse linee di attività svolte nei Presidi;

- svolge ogni altra funzione, ivi compresa l'adozione di atti a rilevanza esterna, su delega del Direttore Generale, fermo restando ogni altra competenza attribuitagli dalla legislazione vigente, dal presente atto e dai regolamenti aziendali;
- presiede il Consiglio dei Sanitari.

Il Direttore Sanitario, per l'esercizio delle proprie funzioni, si avvale delle strutture o dei professionisti deputati alla trattazione delle seguenti linee di attività:

- analisi preordinate alla valutazione dello stato di salute della popolazione e dell'impatto sulla salute dei determinanti sanitari e non sanitari;
- sistemi informativi sanitari;
- sviluppo del governo clinico e della garanzia della qualità dei servizi;
- formazione;
- valutazione delle tecnologie (technology assessment);
- accreditamento;
- coordinamento delle attività di ricovero;
- valorizzazione di tutte le professioni sanitarie.

Il Direttore Sanitario, al fine dello sviluppo del governo clinico nonché della promozione della conoscenza e dell'utilizzazione degli strumenti che gli sono propri, promuove e si avvale dei comitati, delle commissioni, dei gruppi di lavoro previsti dalle normative vigenti o ritenuti opportuni nell'ambito dell'Azienda, intesi come momento di diffusione della conoscenza in medicina e nell'assistenza, nonché come strumento di sviluppo del miglioramento della qualità e del governo clinico.

Localmente l'Azienda ha ulteriormente normato la distinzione tra funzioni di indirizzo politico-amministrativo-programmatorio (di competenza degli organi di governo) e funzioni di gestione (di competenza della dirigenza), attraverso l'emanazione della Deliberazione n. 1199 del 23/11/2016 avente per oggetto "Disciplina della delega all'esercizio di funzioni di gestione ai dirigenti...".

3.8 (DIRETTORE AMMINISTRATIVO)

Il Direttore Amministrativo dirige i servizi amministrativi dell'Azienda e assicura:

- la correttezza, completezza e trasparenza dei processi di formazione dei documenti rappresentativi delle dinamiche economiche, finanziarie e patrimoniali;
- il corretto assolvimento delle funzioni di supporto tecnico, amministrativo, logistico.

Definisce gli orientamenti operativi delle strutture assegnate al governo economico finanziario aziendale e garantisce, dal punto di vista amministrativo, lo sviluppo e l'implementazione delle reti che presidono il sistema informatico di supporto alle attività direzionali proprie dei diversi livelli di governo e promuove programmi specifici per la formazione del personale amministrativo.

Il Direttore Amministrativo, per le funzioni operative di supporto all'attività dell'Azienda, si avvale delle strutture o dei professionisti deputati alla trattazione delle seguenti linee di attività:

- gestione giuridico-economica delle risorse umane;
- gestione e sviluppo dell'ICT;

- gestione del bilancio di previsione e consuntivo, delle entrate e delle spese, della contabilità e degli adempimenti tributari;
- gestione degli Affari Generali e delle consulenze legali;
- progettazione, esecuzione e gestione di interventi strutturali;
- acquisizione, manutenzione e dismissione del patrimonio immobiliare;
- acquisizione, manutenzione e dismissione dei beni mobili patrimoniali;
- acquisizione, gestione e distribuzione dei beni di consumo nonché l'acquisizione e gestione di servizi, nei limiti delle disposizioni riportate ai punti 6.4 e 6.5 del presente Atto.

Localmente l'Azienda ha ulteriormente normato la distinzione tra funzioni di indirizzo politico-amministrativo-programmatorio (di competenza degli organi di governo) e funzioni di gestione (di competenza della dirigenza), attraverso l'emanazione della Deliberazione n. 1199 del 23/11/2016 avente per oggetto "Disciplina della delega all'esercizio di funzioni di gestione ai dirigenti...".

3.9 (COORDINAMENTO DEI SERVIZI STRATEGICI)

L'Azienda istituisce un Coordinamento dei Servizi Strategici che funge da raccordo operativo per alcune articolazioni organizzative che sono collocate in staff alla Direzione Amministrativa o nell'ambito del Dipartimento dei Servizi Sanitari e Organizzativi ma che, per il mandato istituzionale e per le specifiche competenze, rappresentano un importante supporto alle decisioni operate dagli organi politici di indirizzo.

Essa comprende le funzioni svolte da:

- l'UOC Controllo di gestione (in staff alla Direzione Amministrativa);
- l'UOSD Programmazione, Progettazione, Valutazione Strategica e Gestione della Performance (nel Dipartimento dei Servizi Sanitari e Organizzativi);
- l'UOSD Medicina del Lavoro (nel Dipartimento dei Servizi Sanitari e Organizzativi);
- l'UOSD Preospedalizzazione e Gestione dei Trasporti (nel Dipartimento dei Servizi Sanitari e Organizzativi);
- l'UOSD Implementazione dei Processi e Monitoraggio delle Attività Direzionali;
- l'UOS Ingegneria Clinica (nell'UOC Manutenzione e Gestione del Patrimonio);
- l'IPAS a valenza dipartimentale Formazione (nel Dipartimento dei Servizi Sanitari e Organizzativi);
- l'IPASD Servizio Professioni Sanitarie (nel Dipartimento dei Servizi Sanitari e Organizzativi);
- l'IPASD Servizio di Prevenzione e Protezione (nel Dipartimento dei Servizi Sanitari e Organizzativi);
- l'IPASD Servizio Tecnico Antincendio.

3.10 (CONSIGLIO DEI SANITARI)

Il Consiglio dei Sanitari, costituito con provvedimento del Direttore Generale, è un organismo elettivo dell'Azienda con funzioni di consulenza tecnico-sanitaria. Esso fornisce parere obbligatorio al Direttore Generale per le attività tecnico-sanitarie, anche sotto il profilo organizzativo e per gli investimenti ad essa attinenti. Esprime, altresì, pareri sulle

attività di assistenza sanitaria. I pareri del Consiglio dei Sanitari s'intendono come favorevoli se non formulati entro dieci giorni dalla richiesta; in casi urgenti e motivati i pareri vanno formulati entro i più brevi termini indicati nella richiesta. Le modalità di funzionamento del Consiglio dei Sanitari sono previste da un apposito regolamento.

Il Consiglio dei Sanitari è presieduto dal Direttore Sanitario.

La rappresentanza è composta da:

- n. 8 dirigenti medici;
- n. 3 dirigenti sanitari laureati non medici;
- n. 2 unità del personale infermieristico;
- n. 2 unità del personale tecnico sanitario;
- n. 2 unità del personale proveniente dalle professioni tecnico-riabilitative.

È garantita la presenza dei responsabili dei Dipartimenti ospedalieri che si aggiungono ai componenti elettivi del consiglio, senza diritto di voto. Le modalità ed i termini di elezione del Consiglio dei Sanitari, nonché le funzioni ad esso attribuite sono disciplinate con regolamento adottato dal Direttore Generale nel rispetto dell'art. 25 della Legge regionale n. 32 del 1994 e s.m.i..

3.11 (COMITATI E COMMISSIONI AZIENDALI)

L'Azienda istituisce almeno i seguenti organismi:

- la commissione per il prontuario terapeutico;
- il comitato per il buon uso del sangue;
- il comitato per la lotta alle infezioni ospedaliere;
- il comitato rischio clinico.

Tali organismi promuovono la diffusione e l'applicazione delle conoscenze relative alle migliori pratiche cliniche ed assistenziali in funzione della risoluzione di problemi da risolvere nella concretezza e nella specificità della realtà organizzativa e professionale utilizzando metodologie di autoapprendimento organizzativo.

Essi hanno valenza aziendale; pertanto, vi partecipano componenti di entrambi i Presidi in modo da implementare in tutta l'Azienda uniformemente le attività intraprese.

Gli organismi già operativi, vengono integrati tenuto conto dell'unificazione dei due Presidi.

Dalla costituzione dei comitati non possono derivare nuovi e maggiori oneri a carico dei bilanci delle Aziende.

L'Azienda, inoltre, partecipa al comitato etico.

Essa, infine, rende strutturale la consolidata esperienza del Registro per le Malattie Rare collocandone le funzioni nell'ambito del Coordinamento dei Servizi Strategici.

3.12 (COMITATO UNICO DI GARANZIA PER LE PARI OPPORTUNITÀ, LA VALORIZZAZIONE DEL BENESSERE DI CHI LAVORA E CONTRO LE DISCRIMINAZIONI).

L'Azienda istituisce, ai sensi e con le modalità previste dall'art. 57 del Decreto Legislativo n. 165 del 2001 e s.m.i., senza nuovi o maggiori oneri per i bilanci, il "Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni" (ovvero il cosiddetto CUG) che sostituisce, unificandone le competenze in un

solo organismo, i comitati per le pari opportunità e i comitati paritetici sul fenomeno del mobbing, costituiti in applicazione della contrattazione collettiva, dei quali assume tutte le funzioni previste dalla legge, dai contratti collettivi nazionali o da altre disposizioni.

Il CUG ha composizione paritetica ed è formato da un componente designato da ciascuna delle Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative a livello di amministrazione e da un pari numero di rappresentanti dell'amministrazione in modo da assicurare, nel complesso, la presenza paritaria di entrambi i generi. Il presidente del CUG è designato dall'Azienda.

Il CUG ha compiti propositivi, consultivi e di verifica e opera in collaborazione con la consigliera od il consigliere nazionale di parità. Contribuisce all'ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico, migliorando l'efficienza delle prestazioni collegata alla garanzia di un ambiente di lavoro caratterizzato dal rispetto dei principi di pari opportunità, di benessere organizzativo e dal contrasto di qualsiasi forma di discriminazione e di violenza morale o psichica per i lavoratori. A tal fine promuove iniziative volte ad attuare le direttive dell'Unione Europea per l'affermazione sul lavoro della pari dignità delle persone.

Nell'ambito del CUG possono essere previste due specifiche sezioni tecniche di cui una relativa alle pari opportunità e l'altra relativa al mobbing e benessere dei lavoratori.

La mancata costituzione del CUG è da ascrivere al dirigente incaricato della gestione del personale ed è da valutare anche al fine del raggiungimento degli obiettivi.

Al fine di garantire pari opportunità tra uomini e donne per l'accesso al lavoro, l'Azienda:

- riserva alle donne, salva motivata impossibilità, almeno un terzo dei posti di componente delle commissioni di concorso, fermo restando il principio di cui all'articolo 35, comma 3, lettera e del Decreto Legislativo n. 165 del 2001 e s.m.i.;
- adotta propri atti regolamentari per assicurare pari opportunità fra uomini e donne sul lavoro, conformemente alle direttive impartite dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della Funzione Pubblica;
- garantisce la partecipazione delle proprie dipendenti ai corsi di formazione e di aggiornamento professionale in rapporto proporzionale alla loro presenza nelle strutture interessate ai corsi medesimi, adottando modalità organizzative atte a favorirne la partecipazione, consentendo la conciliazione fra vita professionale e vita familiare;
- finanzia programmi di azioni positive per l'attività dei CUG nell'ambito delle proprie disponibilità di bilancio.

L'Azienda si impegna ad adottare tutte le misure per attuare le normative vigenti materia di pari opportunità, contrasto alle discriminazioni ed alla violenza morale o psichica.

3.13 (UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO)

L'Azienda istituisce una Unità Operativa Complessa denominata Ufficio Relazioni con il Pubblico (il cosiddetto URP), che fa capo ad un dirigente responsabile ed opera in Staff alla Direzione Amministrativa.

L'URP assicura la funzione relativa alla comunicazione con gli utenti, sviluppando in modo esauriente l'informazione sulle prestazioni sanitarie e sulle relative modalità di accesso.

L'URP, inoltre, verifica la percezione della qualità delle prestazioni erogate individuando, per tale finalità, idonei ed adeguati strumenti.

In particolare, esso acquisisce le osservazioni ed i reclami presentati dai cittadini, li segnala ai dirigenti competenti e provvede a darne tempestivo riscontro agli utenti.

L'URP è, altresì, deputato alla raccolta, alla classificazione ed alla archiviazione delle segnalazioni e degli esposti in un'apposita banca dati, nonché alla predisposizione, con cadenza trimestrale, di una relazione al Direttore Generale sulle segnalazioni ed i reclami pervenuti e sull'esito degli stessi. Detta relazione deve essere accompagnata da proposte per il miglioramento degli aspetti organizzativi, logistici, relazionali e di accesso alle prestazioni nonché per il superamento dei fattori di criticità emersi.

L'Azienda garantisce che l'URP sia organizzato avvalendosi di personale appositamente formato, anche in relazione al tipo di utenza presente sul territorio ed alla presenza di assistiti appartenenti a diverse etnie.

L'URP cura i rapporti con le Associazioni di Volontariato e le Associazioni di Tutela dei Cittadini e deve periodicamente trasmettere alla Regione i dati relativi al monitoraggio del grado di partecipazione e di soddisfazione dell'utenza.

3.14 (EPIDEMIOLOGIA E VALUTAZIONE DELL'ASSISTENZA)

L'Azienda istituisce, nell'ambito dello staff del Direttore Sanitario, una Unità Operativa Complessa, denominata Epidemiologia e Valutazione dell'Assistenza che predispone e adotta, con specifico atto documentale, un sistema organico di azioni tese a valutare l'assistenza, di concerto con le altre articolazioni aziendali a vario titolo coinvolte in tal senso.

Ad essa fanno capo alcuni IPAS di valenza fortemente strategica e l'UOS Appropriatelyzza, Percorsi e Gestione Centralizzata delle Procedure. Pertanto, ad essa spetta la valutazione dell'appropriatelyzza sia clinica che organizzativa in un'ottica di gestione trasversale e condivisa dei principali percorsi ospedalieri e delle procedure di interesse generale.

3.15 (DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO)

L'Azienda si avvale di due Direzioni Mediche di Presidio, una per ciascun Presidio, che operano in staff con il Direttore Sanitario.

Ad esse sono affidate tutte le funzioni di istituto proprie della Direzione Medica (al netto di quelle collocate in maniera esclusiva nel Coordinamento dei Servizi Strategici per le quali, in ogni caso, potrà esservi uno specifico coinvolgimento per quanto di competenza), tra cui le seguenti:

- gestione e vigilanza de:
 - la raccolta, trasporto, stoccaggio e smaltimento dei rifiuti ospedalieri e la tenuta della relativa documentazione;
 - la pulizia, disinfezione, disinfestazione e sterilizzazione;
 - i servizi alberghieri e di ristorazione collettiva;
- partecipazione, su indicazione della Direzione Generale, alla valutazione delle procedure per forniture di beni e servizi;
- gestione del sistema di accettazione e liste di attesa dei ricoveri;
- controllo, gestione e regolamentazione degli accessi in ospedale;
- supporto, collaborazione all'organizzazione e/o partecipazione alle seguenti attività:
 - comitato per il buon uso del sangue;

- coordinamento locale dei prelievi di organi e tessuti;
 - donazione di organi o tessuti;
 - ospedale senza dolore;
 - prontuario terapeutico ospedaliero;
 - commissione rischio radiologico.
- predisposizione ed adozione di percorsi intraospedalieri, condivisi con le varie Unità Operative, per la organizzazione delle emergenze e per la implementazione delle raccomandazioni ministeriali;
 - gestione dell'archivio sanitario e dello scarto del materiale cartaceo;
 - gestione della polizia mortuaria ospedaliera (ivi compresa la predisposizione degli atti necessari), di tutte le denunce obbligatorie e del servizio sociale, mantenendo i dovuti rapporti istituzionali aziendali con le autorità giudiziarie;
 - coordinamento per l'elaborazione delle misure di prevenzione del rischio infettivo all'interno dell'Azienda e di sorveglianza epidemiologica nell'ambito dell'attività del comitato per la lotta alle infezioni ospedaliere in collaborazione con l'UOSD Programmazione, Progettazione, Valutazione Strategica e Gestione della Performance per consentire le attività di referenza regionale;
 - vigilanza sulla corretta programmazione, organizzazione e gestione dei blocchi e delle sale operatorie dell'Azienda – relativamente a personale, risorse materiali e tecnologie complesse assegnate – al fine di garantire il corretto svolgimento delle sedute operatorie programmate in elezione e di quelle in regime d'urgenza sia in termini di efficacia per il paziente che di efficienza gestionale;
 - attività di medicina legale ospedaliera.

Tali attività, da considerarsi di istituto, vengono svolte da entrambe le Direzioni Mediche:

- grazie all'ausilio di tutto il personale ad esse assegnato (indipendentemente dall'essere titolare o meno di eventuali incarichi);
- per il Presidio di propria competenza, salvo diverse indicazioni che verranno impartite, sulla scorta di particolari necessità, dal Direttore Sanitario Aziendale;
- a prescindere dall'istituzione, al loro interno, di ulteriori specifiche articolazioni organizzative e/o dall'attribuzione di incarichi professionali ad hoc (la cui numerosità varia tra i due Presidi esclusivamente in ragione delle diverse dimensioni degli stessi).

Relativamente all'IPAS Gestione del Rischio Clinico e Qualità, istituito nell'ambito della Direzione Medica del Presidio Sant'Alfonso, le attività poste in essere riguarderanno entrambi i Presidi ed il Dirigente che ne è titolare entrerà di diritto nella composizione degli organismi aziendali in cui è prevista la trattazione della tematica oggetto dell'incarico.

3.16 (SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE)

L'Azienda istituisce un Incarico Professionale di Alta Specialità denominato Servizio di Prevenzione e Protezione che afferisce strutturalmente al Dipartimento dei Servizi Sanitari e Organizzativi, ma che rientra nel Coordinamento dei Servizi Strategici assumendo un ruolo di rilievo nell'ambito della Direzione Strategica.

Il Servizio di Prevenzione e Protezione è utilizzato dal datore di lavoro con i compiti attribuiti dall'art.33 del Decreto Legislativo n. 81 del 2008 e s.m.i.; esso svolge la funzione di

consulente tecnico del medesimo e, più in generale, dell'Azienda in merito alla corretta applicazione delle normative in vigore in tema di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro. L'efficace comunicazione tra tutti gli attori della sicurezza è garantita dal Responsabile del Servizio, nominato per obbligo indelegabile dal Direttore Generale, quale datore di lavoro. Per la piena ed efficace attuazione del dettato normativo, il Direttore Generale provvede all'organizzazione del Servizio di Prevenzione e Protezione (ai sensi dell'art. 31 del Decreto Legislativo n. 81 del 08) ed alla designazione del Responsabile (ai sensi dell'art. 17 dello stesso Decreto).

La realizzazione di tutte le misure previste dal Decreto Legislativo n. 81 del 2008 e s.m.i. rappresenta una priorità; pertanto, l'Azienda assicura che:

- l'IPASD Servizio di Prevenzione e Protezione e l'Unità Operativa Semplice Dipartimentale Medicina del Lavoro (di cui al punto 3.15), abbiano sia l'organizzazione che le risorse quali-quantitative adeguate per il raggiungimento degli scopi di istituto;
- siano presenti competenze multidisciplinari per realizzare la complessiva tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, attraverso gli adempimenti di tutti gli obblighi normativi vigenti.

4 ORGANIZZAZIONE DELLE STRUTTURE

4.1 (ARTICOLAZIONI DELL'AZIENDA)

L'Azienda si articola in :

- Dipartimenti Intrapresidiali;
- Dipartimenti Interpresidiali;
- Unità Operative Complesse (di qui innanzi UOC);
- Unità Operative Semplici Dipartimentali (di qui innanzi UOSD);
- Unità Operative Semplici (di qui innanzi UOS).

Le articolazioni dell'Azienda sono elencate nell'Allegato 1 del presente Atto, che ne costituisce parte integrale e sostanziale; in esso sono riportati la denominazione delle varie UOC/UOSD/UOS (di qui innanzi complessivamente Strutture) e la loro aggregazione nei diversi Dipartimenti. Nell' Allegato 2 è riportata la ripartizione dei posti letto per singola Struttura, mentre in Allegato 3 sono riportati schematicamente gli organigrammi della Direzione Strategica e dei Dipartimenti.

4.2 (DIPARTIMENTI AZIENDALI)

Il Dipartimento è la struttura di coordinamento e direzione per lo svolgimento di funzioni complesse con compiti di orientamento, consulenza e supervisione per la funzione cui è preposto.

Il Dipartimento, a seconda della sua tipologia, è costituito da UOC e, nel loro ambito, da UOS ed Incarichi Professionali di Alta Specialità (di qui innanzi IPAS) che, per omogeneità, affinità e complementarietà hanno comuni finalità.

Sono aggregate ai Dipartimenti anche:

- le UOSD ossia quelle strutture che svolgono funzioni non convenientemente esercitabili dalle UOC già esistenti o, viceversa, quelle strutture che svolgono attività a favore di una pluralità di strutture complesse;
- gli IPAS a valenza dipartimentale (IPASD).

Le strutture afferenti al Dipartimento mantengono la propria autonomia e responsabilità nell'ambito di un modello gestionale ed organizzativo comune volto a fornire una risposta unitaria, efficiente e completa alle richieste di prestazioni degli utenti interni ed esterni. A tal fine il Dipartimento adotta codici di comportamento uniformi per quanto riguarda in particolare gli aspetti clinico assistenziali, didattici, di ricerca, etici, medico-legali, giuridici ed economico-finanziari.

I Dipartimenti, dunque, rappresentano il modello operativo dell'Azienda.

La loro attività è funzionale al raggiungimento degli obiettivi dell'Azienda e la complessità è in rapporto alle risorse assegnate, al numero di Strutture che li compongono ed al budget loro assegnato.

L'Azienda è dotata di Dipartimenti strutturali, funzionali, integrati e transmurati che svolgono attività professionali e gestionali mediche, tecnico-sanitarie e tecnico-amministrative.

L'organizzazione dipartimentale può essere predeterminata secondo le indicazioni regionali come nel caso del Dipartimento della rete dei Laboratori, di cui al Decreto del Commissario ad acta n. 55 del 2010 e del Dipartimento Integrato dell'Emergenza sanitaria di cui al Decreto del Commissario ad acta n. 49 del 2010.

I Dipartimenti sono funzionali all'Azienda e tengono conto della complessità delle funzioni, del numero di UOC di cui si compongono e degli obiettivi che queste ultime devono conseguire.

Tra i principali obiettivi dei Dipartimenti si individuano i seguenti:

- organizzare e pianificare la produzione;
- garantire, rispetto agli obiettivi acquisiti, la produzione e i risultati ottenuti attraverso il controllo di qualità tecnica e di efficienza;
- misurare le performance di processo e l'analisi delle attività;
- valutare l'efficacia delle cure;
- assicurare l'integrazione funzionale tra le Strutture interne al Dipartimento e, tra queste, con le altre Strutture ospedaliere;
- collaborare alla definizione del budget di Dipartimento;
- partecipare alla programmazione strategica aziendale, attraverso la condivisione:
 - degli indirizzi strategici;
 - dell'analisi della domanda;
 - dell'individuazione degli indicatori critici di performance.

Le azioni dei Dipartimenti dovranno :

- tendere al miglioramento degli indicatori di performance riferiti all'efficienza, all'efficacia e all'economicità;
- garantire la costante realizzazione di interventi appropriati dal punto di vista clinico;
- ricercare la personalizzazione e l'umanizzazione degli interventi;

- definire percorsi assistenziali o profili di cure basati sul coordinamento delle prestazioni che si rendono necessarie per elaborare, condividere ed adottare linee guida e protocolli;
- promuovere il miglioramento continuo della qualità;
- elaborare sistemi di indicatori utili alla valutazione e verifica dell'efficacia e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate e del livello di efficienza delle diverse Strutture, delle diverse equipe professionali in esse rappresentate e dei singoli professionisti.

In ambito dipartimentale sono adottate le linee guida ed i percorsi assistenziali improntati alla massima appropriatezza, umanizzazione e personalizzazione dell'azione clinica ed assistenziale.

L'assetto organizzativo del Dipartimento presuppone:

- l'aggregazione di un numero congruo di UOC (non inferiore a tre e non superiore a 15) e afferenti a più discipline di cui all'art. 4 del D.P.R. n. 484 del 1997 e s.m.i.;
- una rilevante consistenza, in termini di complessità gestionale e di quantità di risorse utilizzate nonché di Strutture afferenti;
- la presenza di contesti organizzativi tipici tra cui sale operatorie, reparti di degenza, ambulatori, apparati diagnostici, ecc.;
- una dotazione di posti letto, servizi e/o attività congrua e funzionale al dimensionamento efficiente delle Strutture.

In rapporto alla propria caratterizzazione organizzativo-funzionale l'Azienda individua i Dipartimenti strutturali riportati in Allegato 1.

Essa, inoltre, si avvale di:

- un Dipartimento trasmurale della Rete dei Laboratori, istituito in ottemperanza al Decreto del Commissario ad acta n. 55 del 2010 ed all'intesa tra l'ASL di Benevento e l'Azienda di cui alla delibera n. 506 del 01.07.2011;
- un Dipartimento Integrato di Emergenza, istituito in ottemperanza al Decreto del Commissario ad acta n. 49 del 27.09.2010 ed all'intesa tra ASL di Benevento e l'Azienda di cui alla delibera n. 906 del 28.11.2012.

L'Azienda, infine, si riserva la facoltà di attivare:

- ulteriori Dipartimenti Integrati, previo accordo con l'ASL di competenza, con particolare riferimento all'Area Materno-Infantile in ragione, così come da Decreto del Commissario ad Acta n. 33 del 17/05/2016 e ssmmii, della presenza di un punto nascita, del ruolo di Spoke di II livello per le emergenze pediatriche e dell'individuazione dell'UOC di Ginecologia e Ostetricia come destinataria del trasporto STAM;
- Dipartimenti funzionali, ovvero aggregati di Strutture, non dotati di autonomia gestionale e non soggetti a rendicontazione analitica, con il compito di interconnettere, da un punto di vista funzionale, le proprie attività al fine di raggiungere specifici obiettivi.

L'Azienda, divenuta pluripresidiale in virtù della confluenza del PO Sant'Alfonso e del PO Rummo in un'unica Azienda denominata San Pio, osserva una organizzazione dipartimentale; in particolare essa consta di:

- Dipartimenti intrapresidiali, ovvero quei dipartimenti le cui articolazioni organizzative, pur rispondendo a necessari criteri di trasversalità ed

integrazione per consentire il corretto funzionamento dei due Presidi, insistono solo su uno di essi;

- Dipartimenti interpresidiali, ovvero quei dipartimenti le cui articolazioni organizzative insistono variamente sui due Presidi.

In ogni caso, la piena funzionalità del modello dipartimentale è affidata all'implementazione dei vari PDTA che potranno abbracciare le varie articolazioni organizzative collocate funzionalmente e/o strutturalmente nei vari Dipartimenti o anche, nel caso dei Dipartimenti interpresidiali, nei vari Presidi.

4.3 (GOVERNO DEI DIPARTIMENTI)

La Direzione del Dipartimento è affidata, con specifico contratto triennale, rinnovabile consecutivamente una sola volta, con atto deliberativo del Direttore Generale, ad uno dei direttori delle UOC afferenti al Dipartimento stesso, nell'ambito di una rosa di candidati proposta dal Comitato di Dipartimento.

Il Direttore del Dipartimento, in particolare:

- propone alla Direzione Strategica gli obiettivi dipartimentali assistenziali e gestionali e pianifica le attività, sentito il Comitato di Dipartimento, attribuendo gli obiettivi dipartimentali alla singole Strutture componenti il Dipartimento stesso;
- coordina le attività e le risorse affinché il Dipartimento assolva in modo pieno i propri compiti al fine di assicurare che ogni struttura del Dipartimento operi attraverso programmi di lavoro, protocolli e procedure omogenee;
- partecipa alla negoziazione del budget secondo le modalità organizzative;
- informa il Comitato di Dipartimento delle risultanze della negoziazione;
- gestisce il budget del Dipartimento se è responsabile di un Dipartimento strutturale;
- garantisce l'appropriatezza degli interventi con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative secondo le modalità di governo clinico di cui al punto 5.2 del presente Atto;
- verifica il raggiungimento degli obiettivi delle unità operative e risponde dei risultati complessivi del Dipartimento in relazione agli obiettivi a lui direttamente assegnati.

L'Azienda assegna al Direttore del Dipartimento un supporto tecnico amministrativo con l'attribuzione di risorse umane e strumentali che consentano la piena realizzazione dei compiti affidati.

Il governo dei Dipartimenti è garantito anche dal Comitato di Dipartimento istituito, ai sensi dell'articolo 17 bis del Decreto Legislativo n. 502 del 1992 e s.m.i., e composto da componenti di diritto e da componenti di nomina elettiva.

I componenti di diritto sono:

- il Direttore del Dipartimento, che lo presiede;
- i Direttori e/o Responsabili di Struttura con autonomia gestionale delle rispettive tre aree contrattuali.

La parte elettiva è composta da un rappresentante per ciascuna area contrattuale.

Il Comitato dura in carica 3 anni.

Le modalità di funzionamento del Comitato di Dipartimento sono stabiliti dall'Azienda con apposito regolamento.

Il Comitato di Dipartimento:

- definisce le linee di indirizzo clinico ed organizzativo del Dipartimento;
- definisce linee guida utili per un più corretto indirizzo diagnostico-terapeutico;
- elabora la proposta di obiettivi gestionali ed assistenziali del Dipartimento;
- adotta modelli per la verifica e la valutazione di qualità dell'assistenza erogata;
- propone l'istituzione di gruppi operativi interdipartimentali;
- propone piani di aggiornamento e riqualificazione del personale;
- individua la rosa di candidati a direttore di Dipartimento da proporre al Direttore Generale.

Esso si riunisce, previa convocazione formale del Direttore di Dipartimento almeno una volta ogni due mesi per la verifica periodica degli obiettivi e per individuare eventuali correttivi ed interventi idonei ad ottimizzare l'utilizzo delle risorse, nonché ogni qualvolta debba esprimersi su:

- la gestione ed utilizzazione, in modo coordinato ed integrato, delle risorse attribuite (umane, finanziarie e tecnologiche) per il perseguimento degli obiettivi;
- la definizione degli obiettivi del Dipartimento che verranno negoziati dal Direttore dello stesso con la Direzione Strategica;
- la verifica della corrispondenza dei risultati raggiunti rispetto agli obiettivi concordati;
- le modalità organizzative del Dipartimento nell'ambito clinico (percorsi assistenziali, presa in carico, appropriatezza, ecc.).

Di ogni seduta verrà redatto apposito verbale, conservato in ordine cronologico presso la direzione del Dipartimento.

4.4 (ARTICOLAZIONE DELLE STRUTTURE OPERATIVE)

L'assetto organizzativo dell'Azienda e, in particolare, l'individuazione delle UOC/UOSD/UOS avviene tenuto conto di quanto stabilito dal "Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di appropriatezza ed efficacia" di cui all'art. 9 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 (Comitato LEA), approvato nella seduta del 26 marzo 2012. In particolare il nuovo assetto organizzativo Aziendale avviene in ottemperanza ai criteri regionali ed ai parametri standard previsti dai Decreti Commissariali n. 135 del 2012 e n. 18 del 2013. In particolare, possono essere istituite:

- 1 UOC ogni 16 posti letto;
- 1,31 UOSD/UOS per ogni UOC.

Il numero di UOC/UOSD/UOS non è comprensivo dei servizi centrali che non rientrano negli standard previsti dalle linee guida regionali.

4.5 (CRITERI PER L'INDIVIDUAZIONE DEI DIPARTIMENTI)

In un'ottica di continuità con l'offerta che si è andata stabilizzando nel corso degli anni, l'Azienda, nel rispetto dei vincoli stabiliti dal Decreto del Commissario ad Acta n. 18 del 2016, riorganizza e rimodula le aggregazioni dei propri Dipartimenti al fine di:

- supportare il ruolo nell'ambito della Rete Ospedaliera in base al Decreto del Commissario ad acta n. 8 del 2018;
- ottimizzare complessivamente le risorse;
- consolidare e rilanciare le attività di maggior pregio;
- gettare le basi per la futura implementazione di percorsi integrati con il territorio.

4.6 (CRITERI PER L'INDIVIDUAZIONE DELLE STRUTTURE OPERATIVE)

In ambito Aziendale le varie Strutture medico-chirurgiche devono erogare prestazioni sia in regime di ricovero che ambulatoriale in misura tale da:

- contenere i tempi di esecuzione e di risposta entro limiti utili per l'ottimale sviluppo delle politiche cliniche e assistenziali e per la conclusione tempestiva delle degenze ordinarie o a ciclo diurno;
- contribuire al contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali entro i limiti stabiliti in sede aziendale sulla base degli indirizzi regionali;
- garantire la quantità e la qualità delle performance in funzione del conseguimento di idonei livelli di valorizzazione del prodotto;
- garantire l'appropriatezza delle modalità di conduzione delle pratiche cliniche diagnostiche ed assistenziali;
- garantire una efficiente gestione delle risorse in dotazione.

Le UOC, di norma, devono essere caratterizzate da:

- rilevanza delle attività svolte per volume e tipologia;
- rilevanza del livello di responsabilità per la gestione della struttura;
- valore delle risorse professionali, operative e organizzative, adeguate qualitativamente e quantitativamente alla natura e all'entità degli obiettivi attesi;
- congrua dotazione di risorse professionali, operative e organizzative rispetto alla necessità di contare su una massa critica adatta quali-quantitativamente alla natura e all'entità degli obiettivi attesi.

Le UOSD, di norma, devono essere caratterizzate da:

- congrua dotazione di risorse professionali, operative e organizzative adeguate qualitativamente e quantitativamente alla natura e all'entità degli obiettivi attesi;
- funzione strategicamente rilevante per il buon funzionamento del Dipartimento e delle UOC in esso comprese, senza sovrapposizione con le attività delle stesse;
- competenza specialistico-funzionale necessaria per la gestione della struttura;
- rilevanza delle metodologie e delle strumentazioni utilizzate.

Le UOS, di norma, devono essere caratterizzate da:

- esistenza di una UOC;
- dotazione di risorse professionali, operative e organizzative adeguate qualitativamente e quantitativamente alla natura e all'entità degli obiettivi attesi;
- funzione strategicamente rilevante per il buon funzionamento della UOC di appartenenza e, per il tramite di questa, del Dipartimento in cui essa è compresa.

A seguito dell’emanazione del “Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera ai sensi del DM 70/2015” approvato con Decreto del Commissario ad Acta n. 33 del 2016 e ssmmii, l’Azienda rimodula la propria organizzazione in base ai criteri riportati in Tabella 3.

Tabella 3. Ulteriori criteri di individuazione delle Strutture aziendali e dei Dipartimenti

AMBITO	CRITERIO
UOC	Numero di UOC presunte in base al DCA n°8 del 2018
	Complessità della casistica (espressa come peso medio)
	Trasversalità dell’operato in termini di riferimento per tutte le altre Strutture
UOS/UOSD	Volontà di privilegiare la continuità con l’offerta dell’Azienda che si è andata consolidando negli anni
	Necessità di razionalizzare gli ambiti di competenza e le funzioni assolte nel nuovo assetto aziendale
	Necessità di potenziare i servizi strategici a supporto delle decisioni degli organi politici dell’Azienda

4.7 (INCARICHI PROFESSIONALI)

Al fine di assicurare la rilevanza delle funzioni ad alto contenuto tecnico professionale, l’Azienda individua attività specialistiche per le quali conferisce incarichi di natura professionale, di alta specializzazione, di consulenza, di studio e di ricerca, ai sensi del vigente CCNL. Gli incarichi ad alta specializzazione possono riguardare anche ambiti di prestazioni non sanitarie, tesi a produrre servizi particolarmente complessi, oppure a fornire attività di consulenza per materie ad elevato contenuto tecnico professionale, nonché per la realizzazione di programmi di ricerca, aggiornamento, tirocinio e formazione, in rapporto alle esigenze didattiche dell’Azienda. In questa fattispecie è richiesta specifica competenza professionale, diversamente dagli incarichi di Struttura dove prevalgono le competenze gestionali di risorse umane, tecniche e finanziarie. L’individuazione di tali incarichi non prefigura necessariamente rapporti di sovra o sotto ordinazione con le Unità Operative Semplici, bensì la diretta dipendenza dalla UOC o dal Direttore del Dipartimento qualora l’incarico abbia valenza dipartimentale.

Il presente Atto riporta le denominazioni solo di quelli che rientrano nell’ambito della Direzione Strategica - in quanto a supporto delle decisioni degli organi di indirizzo politico dell’Azienda - e quelli a valenza dipartimentale.

4.8 (RETI PROFESSIONALI)

L’Azienda si riserva la facoltà di implementare reti professionali costituite da insiemi di singoli professionisti, Strutture e/o loro articolazioni, organizzati su base non gerarchica attorno a questioni o interessi comuni per il raggiungimento di obiettivi che sono perseguiti attivamente e in maniera sistematica basandosi sull’impegno, la stima e la fiducia reciproca. Le reti professionali sono finalizzate a coordinare i contributi professionali specialistici al fine di costituire un’offerta di prestazioni polispecialistiche integrate, riconducibili a profili di cura e/o a percorsi assistenziali e/o a un centro specialistico. La creazione delle reti professionali

ha lo scopo di collegare, a seconda delle necessità e indipendentemente dall'appartenenza alle varie aree aziendali, diverse dimensioni professionali, linee di attività, più professionisti, più Strutture e/o loro articolazioni interne.

4.9 (GRUPPI OPERATIVI INTERDISCIPLINARI)

L'Azienda si riserva la facoltà di attivare gruppi operativi interdisciplinari per la diffusione e l'applicazione delle conoscenze in medicina e nell'assistenza, di sviluppo del miglioramento della qualità, di diffusione delle migliori pratiche cliniche e assistenziali e del governo clinico. I gruppi operativi sono costituiti da più professionisti appartenenti a discipline e/o Strutture differenti in relazione alla necessità di raggiungere specifici obiettivi e finalità assistenziali, organizzative, di studio e di ricerca da perseguire in via transitoria o permanente. I gruppi operativi interdisciplinari vengono costituiti a livello dipartimentale. Tra i gruppi operativi interdisciplinari assumono rilevanza quelli dedicati alla concreta applicazione degli strumenti del governo clinico tra i quali l'EBM, le Linee Guida, il Clinical Audit, i Percorsi Assistenziali, il Risk Management, il Disease Management, il Technology assesment, i Sistemi di Indicatori e l'Accreditamento.

L'Azienda, altresì, favorirà la sperimentazione di nuovi modelli di assistenza, nell'ambito delle varie forme in cui questa è garantita, che realizzino effettive finalità di contenimento della spesa sanitaria, anche attraverso specifiche sinergie tra strutture pubbliche e private, ospedaliere ed extraospedaliere, così come prevede il Decreto Legislativo n. 95 del 2012, convertito in Legge n. 135 del 2012.

4.10 (SERVIZI DELLE PROFESSIONI SANITARIE DELL'AZIENDA OSPEDALIERA "SAN PIO" DI BENEVENTO)

L'Azienda, al fine di dare compimento a quanto previsto dalle indicazioni della Legge n. 251 del 2000, dalla Legge Regionale n. 4 del 2001, per valorizzare tutte le professioni sanitarie provvede alla istituzione del Servizio delle Professioni Sanitarie.

La direzione del Servizio delle Professioni Sanitarie è attribuita al Dirigente Unico individuato ai sensi dell'articolo 8 del CCNL – SPTA/17.10.2008.

L'Azienda, al fine di creare le condizioni organizzative per lo sviluppo di tale funzione, attraverso un adeguato livello di integrazione e collaborazione con le altre funzioni dirigenziali, colloca il Servizio delle Professioni Sanitarie, strutturalmente, nel Dipartimento dei Servizi Sanitari e Organizzativi e funzionalmente, nel Coordinamento dei Servizi Strategici, al fine di garantire il collegamento con la Direzione Strategica Aziendale.

L'incarico del Dirigente del Servizio delle Professioni Sanitarie viene conferito attraverso le procedure concorsuali di cui al DPCM del 25/01/2008 pubblicato nella G.U. Serie Generale n.48 del 26/02/2008.

Il Servizio delle Professioni Sanitarie, le cui funzioni vengono individuate dai regolamenti regionali e dalle altre norme in materia, tramite la metodologia della pianificazione per obiettivi, assicura una adeguata risposta ai bisogni di salute dei singoli e della collettività mediante l'ottimizzazione, il coordinamento ed il controllo della qualità delle prestazioni erogate dai singoli professionisti afferenti al medesimo servizio.

Le funzioni del Dirigente del Servizio delle Professioni Sanitarie prevedono il concorso, per gli aspetti di competenza, alla promozione ed alla realizzazione degli obiettivi individuati dalla

Direzione Generale e Strategica, attraverso la programmazione, l'organizzazione, la gestione, la verifica ed il controllo dell'erogazione delle prestazioni dei professionisti afferenti al servizio, orientate alla promozione della salute, alla prevenzione, alla cura ed alla riabilitazione.

A tal fine, le attribuzioni del Dirigente di nuova istituzione sia sul piano funzionale che organizzativo, saranno definite dall'Azienda, nel rispetto delle attribuzioni e delle competenze degli altri dirigenti già previste dalla normativa nazionale vigente, nell'ambito di apposito regolamento, che dovrà essere adottato dall'Azienda prima di procedere all'assunzione dello stesso, così come disciplinato dall'art. 8, comma 7 del CCNL – SPTA/17 ottobre 2008.

Il Servizio delle Professioni Sanitarie, ai fini della programmazione, della direzione e della gestione delle risorse umane afferenti, in linea con la vision aziendale, si avvale dei livelli intermedi gestionali e di coordinamento, quali, ad esempio: incarichi di posizione organizzativa e di coordinamento complesso e semplice, che si pongono in posizione di line con il Dirigente del Servizio.

4.11 (ASSISTENZA PSICHIATRICA IN AMBITO OSPEDALIERO)

Sono assegnati all'Azienda, n. 12 posti letto secondo quanto previsto dal Decreto commissariale n. 49 del 2010, innalzati a 18 con Decreto del Commissario ad Acta n. 33 del 2016 e ssmmii.

L'Azienda mette a disposizione della Psichiatria la struttura logistica, il comfort alberghiero, le risorse strumentali inclusi i servizi sanitari di supporto ed i beni e servizi.

Il personale sanitario medico e non medico è dipendente della ASL di Benevento cui fa carico l'organizzazione delle risorse umane assegnate alla Struttura.

La corretta tenuta e l'archiviazione delle cartelle cliniche, la verifica e controllo delle SDO, la codifica dei DRG e la remuneratività dei ricoveri sono di competenza dell'Azienda.

L'Azienda, di concerto con la ASL Benevento, definisce specifica regolamentazione.

4.12 (SISTEMA DELLE CURE DOMICILIARI)

In ottemperanza al Decreto Regionale n. 41 del 2011, l'Azienda intende assumere un ruolo fondamentale nell'assistenza domiciliare secondo quanto dichiarato nel documento ministeriale denominato "Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio". In particolare, il documento articola le cure domiciliari in tre tipi (cure domiciliari di tipo prestazionale, cure domiciliari integrate di primo/ secondo/terzo livello e cure domiciliari palliative per malati terminali).

Il ruolo dell'Azienda nel sistema delle cure domiciliari è, pertanto, finalizzato a :

- fornire adeguata assistenza a persone che presentano problematiche di tipo sanitario suscettibili di trattamento domiciliare, evitando i ricoveri ospedalieri impropri;
- rendere possibili dimissioni ospedaliere tempestive ed assicurare la continuità assistenziale mediante lo strumento della "dimissione protetta";
- supportare i "caregiver" e trasmettere loro delle competenze che possano tradursi in autonomia di intervento.

Nell'ambito dell'Assistenza Domiciliare Integrata, l'Azienda, attraverso il Servizio di

Continuità Assistenziale Ematologica, implementa un modello integrato di cure “Simultaneous Care” riservato ai pazienti affetti da “Neoplasie Ematologiche” residenti nel territorio. Il servizio offerto è indirizzato ai pazienti ematologici sia adulti che pediatrici, sia terminali che in condizioni di non autosufficienza anche temporanea che non sono in grado di accedere al centro ospedaliero. Garantisce, inoltre, l’assistenza sanitaria ai pazienti affetti da AIDS attraverso la Struttura di Malattie Infettive.

L’attuazione del modello organizzativo di integrazione con il territorio, nel Sistema delle Cure Domiciliari, è oggetto di specifico accordo e regolamentazione con la ASL Benevento.

4.13 (LA RIABILITAZIONE E LA LUNGODEGENZA)

A seguito dell’obiettivo del nuovo piano ospedaliero di offrire una risposta assistenziale ospedaliera diffusa su tutta la filiera, svincolando gli ospedali per acuti dal collo di bottiglia costituito da una scarsa ricettività nelle aree della riabilitazione e della lungodegenza, l’Azienda attiverà 74 posti letto per la riabilitazione (codice 56) e per la lungodegenza (codice 60). Tali posti saranno variamente distribuiti tra i due Presidio e, nel loro ambito, tra varie articolazioni organizzative.

I posti letto di riabilitazione saranno gestiti sia dalla UOSD Riabilitazione e Recupero Funzionale, sia direttamente dalle UOS di Ecocardiografia e Riabilitazione Cardiologica in carico all’UOC di Cardiologia UTIC con Emodinamica Interventistica nonché Riabilitazione Pneumologica e Sub-Intensiva in carico all’UOC di Pneumologia.

Per quanto riguarda gli aspetti amministrativi, quali la rendicontazione in Regione dei ricoveri nella disciplina con codice 56, verrà emanato uno specifico provvedimento per la corretta gestione delle SDO nel momento in cui, anche nell’ambito della stessa UOC, il paziente passi da un regime per acuti ad un regime di post-acuzie. Analogamente, i posti letto di lungodegenza saranno gestiti dalle UOS di Lungodegenza post-acuzie e di Lungodegenza oncologica che afferiscono alle UOC Medicina Interna rispettivamente del PO Rummo e del PO Sant’Alfonso.

5 PRINCIPI E REGOLE PER LA GESTIONE, CONTROLLO, VALUTAZIONE E VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE

5.1 (PRINCIPI E REGOLE GENERALI)

In coerenza con le linee di azione e le strategie definite dalla Regione nell’ottica dei piani operativi, tenuto conto della necessità di dover garantire l’equilibrio economico-finanziario della struttura ospedaliera, l’Azienda intende implementare un nuovo assetto organizzativo i cui principi e le cui regole di funzionamento devono essere in grado di garantire:

- la flessibilità della propria organizzazione e delle relative procedure;
- l’organizzazione delle strutture in ambito dipartimentale;
- gli adeguati livelli di qualificazione ed economicità dell’attività;
- la promozione delle attività valutative e di miglioramento della qualità;
- l’umanizzazione e la personalizzazione dell’assistenza;
- l’integrazione trasversale delle competenze e dei servizi;

- la legittimità, imparzialità e trasparenza dell'azione amministrativa;
- il decentramento dei poteri gestionali attraverso un organico sistema di deleghe ai dirigenti preposti alle strutture organizzative individuate come centri di responsabilità;
- l'accentramento dei poteri di programmazione e d'indirizzo in capo al Direttore Generale, coadiuvato dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo in rapporto fiduciario.

L'Azienda intende, pertanto, perseguire la propria mission offrendo risposte unitarie che considerino la persona nella sua globalità. Ciò alla luce dei continui mutamenti demografici e socioeconomici ma, soprattutto, della sempre più complessa ed articolata organizzazione.

L'Azienda, pertanto, pone particolare attenzione ad alcuni fondamentali strumenti per la gestione dei sistemi sanitari tra cui: il governo clinico, la sicurezza delle cure e la qualità delle prestazioni, il clima e benessere organizzativo, la gestione delle risorse umane con particolare riferimento alla formazione continua ed alle relazioni sindacali, la tutela della salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro, la partecipazione dei cittadini.

5.2 (GOVERNO CLINICO, SICUREZZA DELLE CURE E CONTROLLO QUALITÀ)

Attraverso gli strumenti del governo clinico si intende perseguire un approccio integrato alla qualità dell'assistenza che pone al centro della programmazione e gestione dei servizi sanitari aziendali i bisogni dei cittadini e valorizza il ruolo e la responsabilità dei medici e degli altri operatori sanitari per la promozione della qualità.

Per assicurare la qualità e la sicurezza delle prestazioni, i migliori risultati possibili in salute e l'uso efficiente delle risorse, l'Azienda intende potenziare metodologie e strumenti quali: le linee guida ed i profili di assistenza basati su prove di efficacia, la gestione del rischio clinico, i sistemi informativi costruiti a partire dalla cartella clinica integrata informatizzata, la valorizzazione del personale e la relativa formazione, l'integrazione disciplinare e multiprofessionale, la valutazione sistematica delle performance. In particolare intende avviare un monitoraggio dei processi e degli esiti attraverso un sistema di indicatori predefiniti e sviluppare/aggiornare le attuali procedure organizzative e le linee guida professionali. L'insieme delle azioni rappresentano i determinanti di un efficace governo clinico capace di assicurare l'appropriatezza, l'omogeneità e l'efficacia delle cure nonché i requisiti ed i livelli minimi di sicurezza delle prestazioni.

Nell'ambito dei processi che interessano il governo clinico, l'Azienda pone attenzione alla trasparenza del sistema, a cominciare dalla rivalutazione del merito professionale soprattutto per quanto concerne il reclutamento del personale e la progressione delle carriere. Al tempo stesso intende garantire la centralità del paziente nella consapevolezza che la trasparenza di un'Azienda pubblica vada oltre la corretta informazione nei confronti degli stakeholders.

In tale contesto, una particolare attenzione deve essere posta alla gestione del rischio, attraverso l'implementazione di metodologie che, mediante un approccio sistemico, si prefiggano di esaminare i fattori che influenzano la pratica clinica in ogni suo stadio, fornendo indicazioni per appropriati interventi e piani di riduzione degli errori, facendo leva su un maggior coinvolgimento e responsabilizzazione degli operatori ed una migliore comunicazione e relazione fra professionisti, amministratori e cittadini.

L'Azienda, in linea con quanto previsto dal Piano Sanitario Regionale 2011-2013, di cui al Decreto del Commissario ad acta n. 22 del 2011, prevede l'adozione di strumenti di governo clinico attraverso l'attivazione di strutture dedicate e la costituzione di gruppi di lavoro interdisciplinari su specifiche tematiche quali il rischio clinico e la sicurezza delle cure, la tutela e sicurezza nei luoghi di lavoro, la partecipazione e tutela dei diritti dei cittadini, il clima e benessere organizzativo, la gestione delle risorse umane, la formazione continua. In tal senso l'Azienda istituisce l'UOC Epidemiologia e Valutazione dell'Assistenza nonché un IPAS denominato Gestione del Rischio Clinico e Qualità collocato nella DMP del PO Sant'Alfonso.

5.3 (CLIMA E BENESSERE ORGANIZZATIVO)

La valorizzazione del personale dipendente rappresenta uno degli obiettivi prioritari di una concreta politica sanitaria aziendale. Le condizioni emotive dell'ambiente in cui si lavora, la sussistenza di un clima organizzativo che stimoli la creatività, l'apprendimento, l'ergonomia e la presenza di ambienti di lavoro sicuri costituiscono elementi di fondamentale importanza ai fini dello sviluppo e dell'efficienza dell'Azienda. Quest'ultima intende, pertanto, realizzare e mantenere il benessere fisico e psicologico del lavoratore attraverso la costruzione di ambienti e relazioni di lavoro che contribuiscano al miglioramento della qualità della vita dei lavoratori e delle prestazioni.

L'Azienda si avvale del Servizio di Prevenzione e Protezione per monitorare l'ambiente di lavoro finalizzato alla sicurezza nei luoghi di lavoro, alla prevenzione degli infortuni e dei rischi professionali, alla garanzia della salubrità ed accoglienza degli ambienti in sinergia con l'UOC Manutenzione e Gestione del Patrimonio per tutte le attività connesse.

L'Azienda, anche attraverso l'istituzione del CUG di cui al punto 3.11 del presente Atto, intende offrire agli operatori la possibilità di lavorare in contesti organizzativi che favoriscono gli scambi, la trasparenza e la visibilità dei risultati del lavoro. In particolare ritiene strategica:

- la valorizzazione delle risorse umane e la motivazione dei dipendenti;
- il senso di appartenenza e di soddisfazione per la propria Azienda;
- il riconoscimento e la valorizzazione delle competenze;
- la trasparenza delle informazioni pertinenti al lavoro;
- il clima relazionale franco e collaborativo;
- la formazione del personale dipendente;
- la giustizia organizzativa, intesa come equità di trattamento a livello retributivo, assegnazione di responsabilità, promozione del personale ed attribuzione dei carichi di lavoro nel rispetto dei vigenti contratti di lavoro;
- il monitoraggio di fenomeni quali lo stress lavoro correlato, il burnout, il mobbing.

In particolare l'Azienda istituisce un IPAS denominato Comunicazione, Umanizzazione e Benessere Organizzativo, collocato nell'UOC URP.

5.4 (FORMAZIONE CONTINUA)

L'Azienda ritiene strategica la valorizzazione del lavoro quale fattore determinante per la realizzazione dei processi di trasformazione e riorganizzazione della struttura ospedaliera finalizzati a garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all'assistenza. A tal fine

formazione ed aggiornamento professionale rappresentano gli strumenti essenziali attraverso i quali è possibile realizzare le finalità istituzionali favorendo il consolidarsi di una nuova cultura gestionale improntata al risultato, lo sviluppo delle professionalità degli operatori attraverso il costante adeguamento delle competenze ed il miglioramento continuo della qualità delle prestazioni erogate.

Atteso che la risorsa umana costituisce il fattore determinante che caratterizza la qualità delle prestazioni erogate, l'Azienda intende sviluppare politiche formative che siano orientate, non solo al raggiungimento degli obiettivi di salute ma anche alle capacità gestionali della propria dirigenza. In particolare, agli operatori del settore, è richiesto un costante aggiornamento della professionalità sulle conoscenze tecnico scientifiche specifiche dell'attività di assistenza; tuttavia, si ritiene imprescindibile anche l'acquisizione di conoscenze, competenze ed abilità di tipo programmatico, organizzativo e gestionale.

Formazione ed aggiornamento professionale devono, dunque, essere considerati, oltre che strumenti di acquisizione dei saperi e sviluppo di abilità e competenze relazionali, anche strumenti propedeutici alla trasmissione di valori, norme comportamentali e di innovazione che sono indispensabili per le politiche di gestione delle risorse umane. Al tempo stesso la formazione deve rappresentare il punto di incontro tra il sistema organizzativo e la qualità di prestazioni erogate e perseguire, come obiettivo finale, la concreta integrazione delle singole professionalità su progetti e risultati comuni in linea con gli obiettivi e gli strumenti di programmazione e gestione aziendale. Per tale ragione l'offerta formativa deve essere ampia e diversificata sia nelle metodologie che negli strumenti formativi per garantire percorsi di apprendimento coerenti ai bisogni dei partecipanti e trasferibili al contesto operativo di riferimento.

L'Azienda provvede, pertanto, alla elaborazione del piano formativo annuale che sarà costituito dalle attività formative annualmente pianificabili sulla base di obiettivi formativi nazionali, regionali ed aziendali, finanziandolo secondo quanto stabilito dalla normativa vigente e comunque entro una spesa annua non superiore al 50% della spesa sostenuta nell'anno 2009 (ai sensi dell'art.6 del Decreto Legislativo n. 78 del 2010 convertito nella Legge n. 122 del 2010).

Nell'ambito delle attività di formazione, l'Azienda stipula specifici accordi con le Università per l'attivazione dei corsi di Laurea per le Professioni Sanitarie, per le attività di tutoraggio a favore di personale sanitario laureato e specializzando nonché per l'organizzazione di percorsi formativi presso le Università quali Master di 1° o 2° livello.

L'Azienda istituisce, per tale funzione, un IPAS a valenza dipartimentale denominato Formazione collocato strutturalmente nel Dipartimento dei Servizi Sanitari e Organizzativi e confluyente nel Coordinamento dei Servizi Strategici.

5.5 (TUTELA DELLA SALUTE E SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO)

L'obiettivo strategico dell'Azienda è quello di promuovere tutte le azioni organizzative e gestionali che, nel breve e medio periodo, possono garantire la tutela della salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro anche attraverso un equilibrio tra risorse investite e risultati complessivi di salute raggiunti.

In ottemperanza al Decreto Legislativo n. 81 del 2008 e s.m.i. è individuata una struttura dedicata la cui attività è quella di mettere in atto le misure idonee a garantire la salute e la sicurezza degli operatori, dei lavoratori di imprese terze, dei visitatori, degli studenti che

hanno accesso ai corsi universitari per le professioni sanitarie, dei volontari che donano il loro tempo alla struttura sanitaria e non ultimo dei pazienti stessi.

A tal fine l'Azienda intende assicurare che il Servizio di Prevenzione e Protezione e le attività di Medicina del Lavoro siano garantite attraverso un'adeguata organizzazione che preveda l'assegnazione di risorse quali-quantitative consone al raggiungimento degli obiettivi. In particolare la presenza di competenze multidisciplinari per realizzare la sicurezza nei luoghi di lavoro ed il conseguente adempimento degli obblighi normativi.

L'Azienda istituisce l'IPASD Servizio di Prevenzione e Protezione collocato strutturalmente nel Dipartimento dei Servizi Sanitari e Organizzativi e confluyente nel Coordinamento dei Servizi Strategici.

5.6 (RELAZIONI SINDACALI)

La partecipazione del personale, attraverso le Organizzazioni Sindacali Rappresentative (RSA) ed Unitarie dei lavoratori (RSU) avviene secondo il principio della correttezza delle relazioni sindacali, la reciproca autonomia e la chiara distinzione dei ruoli secondo quanto previsto dai vigenti contratti collettivi nazionali di categoria.

L'Azienda predispone pertanto, previo concertazione con le RSA e RSU, apposito Regolamento riguardante le relazioni sindacali finalizzato a definire le regole di partecipazione del personale nei processi di programmazione aziendale attraverso lo strumento dell'informativa e consultazione e per affrontare i problemi organizzativi finalizzati a migliorare quantitativamente e qualitativamente il lavoro del personale dipendente e la stessa offerta dei servizi e delle prestazioni.

Nella effettiva assunzione e riconoscimento delle reciproche responsabilità, il Regolamento per le Relazioni Sindacali dovrà definire con chiarezza le competenze, le procedure, i termini e, soprattutto, i confini fra contrattazione decentrata, informazione, consultazione e consultazione interna ed esterna. Ciò al fine di garantire un corretto espletamento delle rispettive attività con l'obiettivo comune di coniugare l'interesse dei dipendenti ed il miglioramento delle condizioni di lavoro e di sviluppo delle professionalità con l'esigenza di incrementare l'efficienza, l'efficacia e la qualità dei servizi erogati alla collettività.

In particolare il Regolamento dovrà prevedere certezza della informazione preventiva alle RSA e RSU dei lavoratori di tutti gli atti riguardanti gli interventi sull'organizzazione del lavoro e sui rapporti di lavoro.

Il Regolamento dovrà prevedere la garanzia dell'effettiva fruizione delle prerogative e diritti per l'esercizio dell'attività sindacali e, in ogni caso, dovrà tener conto, nella sua formulazione, delle prerogative sindacali stabilite dai contratti collettivi di lavoro vigenti, conformemente a quanto disposto dal Decreto Legislativo n. 150 del 2009, come modificato ed integrato dal Decreto Legislativo n. 141 del 2011.

L'Azienda istituisce un IPAS Relazioni Sindacali collocato nell'UOC Risorse Umane i cui compiti sono:

- l'analisi, l'elaborazione ed il monitoraggio degli effetti applicativi degli istituti contrattuali aziendali;
- la gestione ed il monitoraggio delle prerogative e diritti sindacali (assemblee, permessi, scioperi);
- la rilevazione delle deleghe sindacali con comunicazione all'ARAN e al DFP;
- la gestione degli adempimenti per le elezioni RSU;

- la gestione del processo negoziale ed il coordinamento della delegazione trattante;
- la consulenza ed il supporto al personale coinvolto nella corretta applicazione degli accordi aziendali e dei contratti collettivi di lavoro vigenti;
- il supporto e la consulenza ai Dirigenti/Responsabili delle Strutture aziendali finalizzata alla prevenzione di conflitti ed eventuali contenziosi di lavoro;
- la gestione degli adempimenti relativi all'operazione "Trasparenza, Valutazione e Merito";
- la pubblicazione e l'aggiornamento nel sito internet Aziendale dei dati relativi ai curricula e alle retribuzioni dei dirigenti, ai tassi di assenze e maggiore presenza, ai contratti integrativi aziendali e all'analisi dei premi collegati alla performance.

5.7 (ATTRIBUZIONE E REVOCA DEGLI INCARICHI DIRIGENZIALI E RELATIVE MODALITÀ DI VALUTAZIONE)

Nell'ambito del processo di riforma del pubblico impiego, di cui al Decreto Legislativo n. 165 del 2001 e s.m.i., il sistema degli incarichi dirigenziali, unitamente con le norme che ne regolano la verifica e la valutazione, riveste una notevole valenza strategica e innovativa. Tale sistema, che si basa sui principi di trasparenza, pubblicità, autonomia, responsabilità, misurazione, valutazione e valorizzazione del merito, è volto a garantire il corretto svolgimento della funzione dirigenziale nel quadro delle disposizioni legislative e contrattuali vigenti. Occorre premettere che nell'attribuzione degli incarichi dirigenziali l'Azienda si atterrà a quanto previsto dalla Legge 190 del 2012 predisponendo, a tal fine, un Piano anticorruzione e nominando un Responsabile Anticorruzione, così come previsto dalla normativa vigente e dal Decreto Legislativo n. 39 del 2013 (in tema di estensione delle norme sull'incompatibilità e sull'inconferibilità degli incarichi dirigenziali).

L'accesso al ruolo dirigenziale avviene nel rispetto delle procedure previste dall'art. 15 del Decreto Legislativo n. 502 del 1992 così come modificato dal Decreto Legislativo n. 229 del 1999, dalla Legge n. 189 del 2012, dai Decreti del Presidente della Repubblica n. 483 del 1997 e n. 484 del 1997 nonché dall' art. 26 del Decreto Legislativo n. 165/2001.

L'Azienda assegna, a ciascun Dirigente, un incarico in funzione del quale è possibile generare il processo di valutazione. Il conferimento dell'incarico richiede, preliminarmente, la realizzazione dei seguenti processi:

- la ridefinizione delle strutture organizzative e delle funzioni dirigenziali ai sensi del Decreto Legislativo n.229 del 1999 e s.m.i. nonché di quanto previsto dal Decreto del Commissario ad acta n. 18 del 2013;
- l'applicazione delle disposizioni previste dal Decreto Legislativo n.286 del 1999 e s.m.i.;
- l'attuazione dei principi di razionalizzazione e ottimizzazione previsti dal Decreto Legislativo n. 165 del 2001 e dal Decreto Legislativo n.150 del 2009 e s.m.i.
- la capienza dei fondi contrattuali in relazione così come previsto nei numerosi specifici Decreti del Commissario ad acta ed in particolare nel Decreto n. 53 del 2012 avente per oggetto "Programmi operativi 2011- 2012".

Non è possibile assegnare incarichi dirigenziali o posizioni organizzative o di coordinamento finanziati con risorse a carico del bilancio aziendale; gli stessi graveranno solo sui fondi

contrattuali. Nel caso in cui gli incarichi affidati non trovano copertura nelle risorse dedicate e rideterminate nei fondi contrattuali, l'Azienda dovrà rimodulare la graduazione degli incarichi affinché si trovi adeguata copertura o, in alternativa, dovrà procedere alla riduzione degli stessi.

I criteri per l'affidamento degli incarichi dirigenziali sono tesi a valorizzare quegli aspetti che consentono di connotare ciascun incarico da conferire. In particolare, per gli incarichi di struttura saranno valutate le componenti che caratterizzano sia la capacità professionale che gestionale; viceversa, per l'affidamento degli incarichi professionali, saranno valutate le componenti che caratterizzano la competenza specialistica.

Gli incarichi dirigenziali sono conferiti con apposito atto formale che definisce, tra l'altro, la tipologia dell'incarico, la durata, il mandato assegnato, gli ambiti di responsabilità ed i limiti alla stessa, gli obiettivi e le risorse assegnati, i risultati attesi, le modalità di valutazione e di revoca dell'incarico, nonché le attribuzioni del dirigente.

La revoca o il mutamento dell'incarico, fatto salvo quanto previsto nei successivi capoversi, è prevista solo se è stata effettuata la valutazione del dirigente in rapporto agli obiettivi assegnati. In caso di scadenza dei termini contrattuali al dirigente non potrà essere affidato nessun altro incarico se non sia stato sottoposto a valutazione.

Ai sensi della Legge di conversione n. 189 del 2012, l'esito positivo della valutazione professionale determina la conferma nell'incarico o il conferimento di altro incarico di pari rilievo, senza nuovi o maggiori oneri per l'Azienda, fermo restando quanto previsto dall'articolo 9, comma 32, del Decreto Legislativo n. 78 del 2010, convertito, con modificazioni, dalla Legge n. 122 del 2010.

Ai sensi di quanto disposto dall'art. 1, comma 18 del Decreto Legge n. 138 del 2011 convertito con modifiche dall'art. 1 comma 1 della Legge n.148 del 2011, le aziende possono disporre nei confronti del personale con qualifica dirigenziale "il passaggio ad altro incarico prima della data di scadenza dell'incarico ricoperto prevista dalla normativa o dal contratto. In tal caso il dipendente conserva, sino alla predetta data, il trattamento economico in godimento a condizione che, ove necessario, sia prevista la compensazione finanziaria anche a carico del fondo per la retribuzione di posizione e di risultato o di altri fondi analoghi".

Le modalità di affidamento, valutazione e revoca degli incarichi dirigenziali, unitamente alla graduazione delle funzioni, sono demandate alla normativa vigente.

5.8 (PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI)

L'Azienda è dotata di un Ufficio Relazioni con il Pubblico che, periodicamente, individua le azioni atte a sviluppare adeguati livelli di informazione, accoglienza, tutela e partecipazione dei cittadini, nonché le modalità atte a consentire l'attività, all'interno delle strutture sanitarie, delle organizzazioni dei cittadini e delle associazioni non aventi fini di lucro.

L'accesso agli atti amministrativi è libero e gratuito ed avviene tramite il sito internet aziendale (www.aziendaospedaliarummo.it) che prevede, ai sensi e con le modalità di cui all'art. 32 della Legge n. 18 del 20098 e s.m.i., una specifica sezione denominata albo pretorio ove vengono pubblicati, integralmente gli atti amministrativi (delibere, determine, etc.).

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico garantisce la partecipazione e la tutela dei cittadini anche attraverso:

- la carta dei servizi (ovvero il patto che l'Azienda stringe nei confronti del Cittadino/Utente) che:
 - è ispirato ai principi di imparzialità nell'erogazione delle prestazioni, uguaglianza del diritto di accesso ai servizi, piena informazione dei cittadini/utenti sui servizi offerti e le modalità di erogazione degli stessi, definizione di standard e assunzione di impegni rispetto alla promozione della qualità del servizio e alla determinazione di modalità di valutazione costante della qualità stessa, organizzazione di modalità strutturate per la tutela dei cittadini, ascolto delle opinioni e dei giudizi sulla qualità del servizio espressi dai cittadini direttamente o tramite le associazioni che li rappresentano attraverso modalità di partecipazione e coinvolgimento;
 - ai sensi del D.P.C.M. del 19 maggio 1995, l'Azienda si impegna a pubblicare, aggiornare annualmente e attraverso idonea documentazione cartacea ed attraverso il proprio sito internet;
 - riporta il responsabile del servizio a cui potersi rivolgere per ottenere il rispetto degli impegni dichiarati, nonché le modalità per presentare reclamo, per ricevere risposta e per conoscere cosa il cittadino/utente possa fare nel caso in cui il suo reclamo sia stato respinto;
 - elenca le prestazioni ed i servizi che l'Azienda si impegna a fornire, dichiarandone le quantità i modi, i tempi ed i relativi standard di qualità;
- la conferenza dei servizi che, ai sensi dell'art. 14, comma 4, del Decreto Legislativo n. 502 del 1992 e s.m.i. il Direttore Generale indice, almeno una volta l'anno, al fine di verificare l'andamento dei servizi ed individuare gli interventi tesi al miglioramento delle prestazioni rendendo noti i dati relativi all'andamento dei servizi, allo stato di attuazione degli obiettivi, al grado di raggiungimento degli standard, con particolare riferimento allo svolgimento delle attività di tutela degli utenti alla presenza anche dei rappresentanti delle associazioni che hanno stipulato convenzioni o protocolli d'intesa con l'azienda;
- la Consulta socio-sanitaria, istituita dall'ASL territoriale, a cui partecipa, ai sensi dell'art. 14, comma 2 del Decreto Legislativo n. 502 del 1992 e s.m.i. il responsabile dell'Ufficio Relazioni Sindacali;
- l'Audit Civico, istituito dall'Azienda con apposito regolamento, quale strumento primario di partecipazione dei cittadini alla politica sanitaria aziendale al fine di promuovere la valutazione, da parte degli stessi, della qualità delle prestazioni erogate;
- la trasparenza e l'integrità cui l'Azienda attribuisce particolare rilievo:
 - valorizzando, ai sensi dell'art. 117, secondo comma, lettera m) della Costituzione, del Decreto Legislativo n. 33 del 2013 (con particolare riferimento ai nuovi contenuti obbligatori dei siti web istituzionali) e del Decreto Legislativo n. 150 del 2009, una nuova nozione di trasparenza intesa come "accessibilità totale delle informazioni concernenti ogni aspetto dell'organizzazione, degli indicatori relativi agli andamenti gestionali e all'utilizzo delle risorse per il perseguimento delle funzioni istituzionali, dei risultati dell'attività di misurazione e valutazione";
 - elaborando, quale strumento di attuazione della disciplina della

trasparenza finalizzata a garantire sia un adeguato livello di informazione che di legalità, il “Programma triennale per la trasparenza e l’integrità” che, in ottemperanza alla Delibera Civit n. 105 del 2010 è pubblicato dall’Azienda sul proprio sito istituzionale.

5.9 (LA COMUNICAZIONE AZIENDALE)

La comunicazione istituzionale dell’Azienda assume rilevanza strategica perché è tesa a rispondere ai doveri di trasparenza, imparzialità e parità di accesso verso tutti i cittadini, ma anche verso il personale dipendente, attraverso gli strumenti dell’informazione e della comunicazione. Per tali motivi l’Azienda adotta sistemi di comunicazione interna ed esterna convergenti ed idonei al risultato ed istituisce per tale funzione un’IPAS denominato Comunicazione, Umanizzazione e Benessere Organizzativo collocato nell’UOC URP; a tale IPAS, l’Azienda affida la stesura di piano di comunicazione che contenga:

- l’analisi dello scenario al fine di orientare le strategie comunicative;
- l’individuazione degli obiettivi di comunicazione interni ed esterni;
- l’individuazione dei soggetti di riferimento considerando l’estrema eterogeneità degli individui da raggiungere sia in ambito aziendale che esternamente;
- le scelte strategiche ed i contenuti da trasmettere;
- l’individuazione delle azioni e degli strumenti di comunicazione;
- la misurazione dei risultati ottenuti attraverso l’adozione del piano stesso.

6 SISTEMA DI PROGRAMMAZIONE, VALUTAZIONE E CONTROLLO

6.1 (PROGRAMMAZIONE)

Il sistema di programmazione costituisce il meccanismo operativo con il quale l’Azienda formula e articola gli obiettivi aziendali, creando le condizioni informative per garantirne il perseguimento e consentire l’analisi degli impatti da esso generati.

La Direzione Aziendale elabora le linee strategiche per il governo del sistema sulla base degli atti di indirizzo e dei principi contenuti nel Piano Sanitario Nazionale, Regionale e negli altri atti di programmazione adottati dalla Regione.

La Regione con Decreto n. 65 del 2011 ha istituito uno specifico Nucleo di Coordinamento allo scopo di verificare l’efficacia della programmazione regionale e il monitoraggio istituzionale dei programmi operativi che annualmente vengono prefissati per aree omogenee di competenza.

L’attuazione della programmazione richiede la traduzione delle linee strategiche elaborate dalla Direzione Generale in obiettivi e l’esplicitazione delle relative linee d’azione.

La complessità e la natura delle attività svolte dall’Azienda, nonché la valenza a medio-lungo termine degli obiettivi strategici richiedono un processo di programmazione e pianificazione dotato di caratteristiche quali:

- l’approccio multifocale, ovvero la traduzione della strategia in un sistema completo di obiettivi/indicatori tra loro correlati, che permettano di valutare i

risultati conseguiti sotto diverse prospettive collegate ai principi fondanti ed alla missione dell'Azienda;

- la semplicità, ovvero la sostenibilità del sistema di obiettivi, limitato ai fattori che effettivamente influenzano le strategie aziendali;
- il bilanciamento, ovvero la capacità di rappresentare equamente tutte le prospettive, non limitandosi ai soli fattori tangibili;
- la flessibilità, ovvero la capacità del sistema di adattarsi alle mutazioni dello scenario in cui l'organizzazione si trova ad operare;
- la separazione delle responsabilità di indirizzo e controllo da quelle di gestione delle attività.

Il tutto può essere perseguito mediante l'adozione di un sistema di gestione per budget in cui gli obiettivi strategici a medio-lungo termine vengono tradotti in obiettivi comuni o specifici assegnati ai diversi Centri di Responsabilità che in tal modo vengono coinvolti e resi protagonisti del processo di attuazione delle strategie Aziendali.

Il governo di un tale sistema si basa sulla valutazione periodica degli indicatori di risultato che misurano costantemente il livello di raggiungimento degli obiettivi in relazione alle attività gestionali poste in essere ed alla tempistica prevista – nonché sull'adozione di eventuali misure correttive.

Tale sistema è quindi funzionale da un lato al governo strategico dell'Azienda – in quanto permette di monitorare non solo gli output, ma anche l'assetto complessivo nell'organizzazione e la sua capacità di crescita e di adattamento alle mutazioni del contesto – e, dall'altro alla diffusione della strategia al proprio interno coinvolgendo e responsabilizzando tutti i livelli organizzativi con lo scopo di verificare l'efficacia della programmazione regionale e il monitoraggio istituzionale.

Pertanto, l'Azienda redige il proprio Piano Strategico Pluriennale, ovvero lo strumento di pianificazione partecipata e condivisa che offre un contributo di analisi e di proposte elaborate e discusse congiuntamente dai principali responsabili aziendali. Esso costituisce l'elemento di congiunzione per l'Azienda al fine di raggiungere gli obiettivi individuati nei piani sanitari nazionali e regionali. In linea generale tali strategie riguardano:

- caratteristiche e tipologie delle prestazioni da erogare;
- risorse finanziarie ed economiche necessarie alla realizzazione degli obiettivi;
- priorità di intervento, anche attraverso l'individuazione di appositi progetti;
- modalità di attuazione dei servizi erogati e modalità di coordinamento con gli altri Enti del territorio;
- programmazione dei fabbisogni di risorse umane e modalità di reperimento delle stesse;
- indicatori e parametri per la verifica;
- programma degli investimenti da realizzarsi;
- piano di valorizzazione e gestione del patrimonio.

Con periodicità annuale, l'Azienda adotta, nell'ambito della pianificazione triennale, un programma delle attività con l'indicazione delle azioni e dei volumi produttivi delle singole specialità, del relativo assorbimento delle risorse, degli investimenti, dei costi e dei ricavi.

Le linee guida regionali si prefiggono l'obiettivo di realizzare un modello di programmazione in grado di attuare l'integrazione tra i processi di programmazione aziendale e quelli regionali. A tal fine, si rende necessaria la definizione di un sistema di budgeting aziendale in

grado di seguire il percorso strategico di programmazione regionale e che pertanto sia basato su due principali strumenti:

- il Budget aziendale, che rappresenta gli obiettivi di produzione definiti in base agli obiettivi ed agli indirizzi di programmazione dettati dalla Regione alle Aziende (tale strumento fornisce elementi qualitativi, quantitativi ed economici e pone le basi per la redazione del Bilancio Economico di Previsione);
- il Bilancio Economico di Previsione annuale, che definisce, sulla base delle attività previste nel Budget aziendale, il livello dei costi e dei ricavi che saranno realizzati nel corso dell'esercizio (la redazione di questo documento trae origine da un processo di negoziazione sia interno all'Azienda sia esterno in quanto parte dal processo di coordinamento dei costi con la Regione).

Al fine di programmare le proprie attività, l'Azienda si avvale del Coordinamento dei Servizi Strategici e delle articolazioni che ad essa afferiscono; in particolare, i processi di cui sopra sono svolti dalla Direzione Strategica avvalendosi, tra le altre articolazioni aziendali a vario titolo coinvolte, dell'UOC Controllo di Gestione e dell'UOSD Programmazione, Progettazione, Valutazione Strategica e Gestione della Performance. Il raccordo tra le varie strutture e le varie professionalità coinvolte sono oggetto di specifica regolamentazione interna.

6.2 (SISTEMA INFORMATIVO OSPEDALIERO)

L'Azienda, in linea con gli indirizzi regionali, ritiene strategico il ruolo del Sistema Informativo perché produce la conoscenza dei fenomeni e degli eventi in maniera analitica, completa, accurata, tempestiva e omogenea. Tale conoscenza costituisce il necessario presupposto per programmare ed organizzare un'offerta di servizi efficace ed efficiente.

L'Azienda si impegna, perseguendo le stesse finalità che, in data 5 maggio 2011, la Regione Campania ha esplicitato nel documento programmatico "Interventi ai sensi dell' art. 79 comma 1 sexies della L. 133/08 e dell'art. 2 comma 70 della L. 191/2009", sempre più alla verifica ed implementazione relative a:

- la puntuale, attendibile e tempestiva trasmissione del dato contabile;
- la perfetta aderenza di quanto dichiarato nelle rappresentazioni economiche delle Aziende alla realtà gestionale delle strutture in cui si producono ed erogano i servizi;
- l'adozione di sistemi e meccanismi di controllo di gestione e controllo amministrativo e contabile a livello locale sempre più evoluti attraverso interventi mirati ad omogeneizzare le procedure di raccolta e analisi gestionale dei dati inerenti i flussi informativi e la loro produzione continuativa, attraverso la realizzazione del sistema di monitoraggio interno;
- la attivazione dei processi di programmazione, gestione, rendicontazione e controllo, a livello aziendale, in attuazione di quanto stabilito dai Decreti Commissariali n. 14 del 2009 e n. 60 del 2011 e dal Decreto Legislativo n° 118 del 2011;
- l'avvio degli interventi volti all'adeguamento dei sistemi informativi aziendali, al fine di garantire la corretta alimentazione del modello di monitoraggio regionale;
- la realizzazione del modello di monitoraggio del Sistema Sanitario Regionale, attraverso lo sviluppo e la messa a regime del sistema di raccolta, validazione,

conservazione e presentazione dei dati e del reporting a livello aziendale e regionale;

- la definizione del modello di governance delle funzioni gestionali e contabili a livello aziendale, finalizzata ad intraprendere il percorso di certificabilità;
- la crescita e formazione professionale del personale dell'Azienda interessato dal processo di cambiamento.

La raccolta da parte dell'Azienda di tali dati consentirà una lettura integrata degli eventi da essi rappresentati al fine di ottenere in maniera strutturata informazioni di sintesi che attengono, da un lato, alla domanda ed offerta di Servizi Sanitari, nonché allo stato di salute della popolazione e, da un altro, alla gestione dell'Azienda. A tal fine, l'Azienda ha già avviato il potenziamento e riorganizzare il proprio Sistema Informativo Ospedaliero attraverso linee direttrici coerenti con lo sviluppo del NSIS e del SISR e con gli indirizzi già contenuti nel Piano Sanitario Regionale 2010 – 2012 garantendo il massimo nell'integrazione e ottimizzazione dei flussi fra sistemi informativi e informatici, con le altre aziende sanitarie, e le Strutture regionali coinvolte tutte nei processi di elaborazione e gestione dei dati. Tra le azioni prioritarie dell'Azienda rientra la nuova architettura del macro-livello aziendale del Sistema Informativo SISR che dovrà comprendere:

- il sistema della produzione;
- il sistema dell'amministrazione e supporto alla produzione tra cui la gestione degli acquisti e della logistica, la gestione delle risorse umane e la gestione dell'amministrazione;
- il sistema direzionale finalizzato all'analisi, monitoraggio e controllo di gestione.

L'Azienda si impegna, inoltre, in linea con quanto disposto per le pubbliche amministrazioni dal nuovo Codice dell'amministrazione digitale (Decreto Legislativo n. 235 del 2010) all'utilizzo delle nuove tecnologie digitali per assicurare la disponibilità, la gestione, l'accesso, la trasmissione, la conservazione e la fruibilità dei documenti e delle informazioni.

Nell'ambito della nuova pianificazione aziendale, finalizzata alla riorganizzazione del Sistema Informativo Ospedaliero, il processo di dematerializzazione, inteso quale complesso intervento di semplificazione dei processi, rappresenta un obiettivo strategico aziendale perché è finalizzato alla modernizzazione, efficienza e trasparenza dell'Azienda, al miglioramento della qualità dei servizi erogati al cittadino, secondo quanto previsto nel programma di digitalizzazione della Pubblica Amministrazione "E-gov 2012" e dal Decreto del Commissario ad acta n. 18 del 2013; al tempo stesso il processo di dematerializzazione è finalizzato alla riduzione della spesa pubblica in termini sia di risparmi diretti (carta, spazi) che di risparmi indiretti (tempo, efficienza ecc.).

L'innovazione in questo campo non consiste solo nel semplice acquisto di strumenti e tecnologie finalizzati alla mera sostituzione del documento cartaceo con quello digitale, ma alla implementazione di un nuovo modello che sia in grado di :

- rendere più accessibili i servizi favorendone una fruizione degli stessi da parte del cittadino;
- perseguire la certezza e la celerità dei tempi di erogazione dei servizi;
- ripensare e semplificare le regole;
- snellire i processi interni;
- ridurre gli oneri amministrativi;
- rendere trasparente l'operato dell'Azienda;

- dare voce ai cittadini per valutare l'efficacia anche attraverso i sistemi di valutazione del grado di soddisfazione.

Il baricentro della dematerializzazione non è quindi lo strumento che si introduce (sia esso la Firma Digitale, la Posta Elettronica Certificata, lo scanner, la rete aziendale intranet, il sito web), ma la riprogettazione del servizio al cittadino in termini di processo e di funzionalità.

L'Azienda istituisce l'IPAS Flussi Informativi collocato nell'UOC Controllo di Gestione.

6.3 (CONTROLLO DI GESTIONE)

Il Controllo di Gestione, attuato mediante le elaborazioni di contabilità generale, di contabilità analitica e le rilevazioni extracontabili o statistiche, consente di ottenere delle sintesi periodiche indispensabili per instaurare un colloquio tra organi Aziendali, per giudicare quanto è stato fatto ed effettuare le opportune scelte per il futuro.

L'attività economica dell'Azienda è ispirata alla razionale gestione delle risorse attribuite ed introitate, mediante valutazioni comparative dei costi, dei rendimenti, dei risultati. A tal fine, ai sensi dell'articolo 4 del Decreto Legislativo n. 286 del 1999 l'Azienda istituisce l'UOC Controllo di Gestione, in staff alla Direzione Amministrativa e confluyente nel Coordinamento dei Servizi Strategici.

Attraverso il Controllo di Gestione l'Azienda, al fine di garantire un costante monitoraggio dell'esercizio annuale, predispone un sistema di contabilità analitica per centri di costo coerente con i diversi livelli di responsabilità previsti dal modello organizzativo. In particolare, oltre alla valutazione economica dell'efficienza gestionale, adotta strumenti e modalità di controllo a supporto della Direzione Generale e dei vari livelli in cui essa si articola, nella gestione delle attività di programmazione e controllo.

Il Controllo di Gestione basa le proprie azioni attraverso le seguenti macro-fasi:

- definisce gli standard prestazionali di ciascuna struttura;
- provvede alla negoziazione degli obiettivi e delle risorse;
- monitorizza costantemente i risultati ed alimenta le banche dati attraverso il Sistema Informativo Ospedaliero;
- progetta ed implementa un sistema di reporting finalizzato a consentire una sistematica rilevazione dei costi e dei ricavi relativi alle diverse articolazioni Aziendali (contabilità per centri di costo) anche al fine di consentire un'attenta valutazione della efficienza, efficacia ed economicità dei centri di costo e di responsabilità;
- progetta specifici modelli di rilevazione ed analisi dei dati gestionali di periodo, con cadenza almeno trimestrale (all'atto delle rilevazioni CE), in grado di rilevare in modo costante la spesa corrente rispetto alla spesa previsionale di periodo e/o comunque elementi indicativi di andamento non fisiologico della spesa gestionale;
- procede all'analisi degli scostamenti e delle azioni correttive.

Ai fini dell'implementazione del controllo di gestione l'Azienda, dopo aver individuato l'UOC Controllo di Gestione, definisce:

- le mappature delle unità organizzative (centri di costo e di responsabilità) a livello delle quali si intende misurare l'efficacia, l'efficienza e l'economicità dell'azione amministrativa;

- le procedure di determinazione degli obiettivi gestionali e dei soggetti responsabili;
- i fattori produttivi che concorrono alla rilevazione dei costi e dei ricavi dell'Azienda e dei singoli centri di costo e di responsabilità;
- le modalità di rilevazione e ripartizione, anche attraverso i ribaltamenti dei costi tra le unità organizzative;
- gli indicatori specifici per misurare efficacia, efficienza ed economicità dell'Azienda e dei singoli centri di costo e di responsabilità;
- la frequenza di rilevazione delle informazioni attraverso la preliminare definizione di un calendario.

L'UOC Controllo di Gestione opera in sintonia con l'IPAS Flussi Informativi e le relative banche dati in modo da consentire la realizzazione dei processi; tale cooperazione è oggetto di specifica regolamentazione interna all'Azienda.

6.4 (INTERNAL AUDITING)

L'Azienda istituisce un IPAS denominato Internal auditing che è collocato nell'UOC Controllo di Gestione, il quale valuta l'entità del rischio amministrativo-contabile all'interno dell'organizzazione e ne promuove il contenimento entro livelli di accettabilità. Il suo ambito di intervento è quindi il sistema di controllo interno aziendale inteso come strumento principale per la riduzione del rischio amministrativo contabile.

In tal senso, esso:

- svolge valutazioni, indipendenti ed obiettive, su specifici ambiti di interesse;
- esercita funzioni di supporto alla Direzione Strategica nell'attività di armonizzazione delle procedure amministrative, assicurandone la costante rispondenza alla mission aziendale;
- assiste la Direzione Strategica nel perseguimento degli obiettivi tramite un approccio professionale sistematico, che generi valore aggiunto in quanto finalizzato a valutare e migliorare i processi di controllo e di gestione dei rischi (ad eccezione di quello clinico);
- promuove anche la comprensione dell'importanza di un processo formale, documentato e collaborativo, nel quale i responsabili e/o i gruppi di lavoro siano direttamente coinvolti nel giudicare e monitorare l'efficacia dei controlli esistenti;
- esercita la supervisione interna sui processi e sulle attività di tipo amministrativo, caratterizzati da rischi potenziali significativi, al fine di supportare la Direzione Strategica nell'assicurare la conformità alle leggi, ai regolamenti, alle discipline interne e di migliorare l'efficienza e l'efficacia dei processi aziendali;
- impronta l'attività a modalità di tipo collaborativo e di valutazione tra pari, secondo finalità di miglioramento continuo della qualità dei servizi aziendali.

Al fine di assicurare il monitoraggio del sistema aziendale dei controlli, l'IPAS Internal Auditing, dando supporto alla Direzione strategica nella valutazione dell'efficienza e dell'efficacia del sistema di controllo interno dell'Azienda, adotta una metodologia pianificata formalizzata in un apposito Manuale Operativo, basata sull'analisi dei processi e dei relativi rischi nonché sulla verifica dell'efficacia dei controlli attuati.

6.5 (CONTROLLO DI REGOLARITÀ AMMINISTRATIVA E CONTABILE)

La regolarità amministrativa e contabile è esercitata dagli organi previsti dall'art. 3 ter del Decreto Legislativo n. 502 del 1992 e s.m.i. la cui composizione ed i cui compiti sono riportati al punto 2.9 del presente Atto. Le verifiche di regolarità amministrativa e contabile devono rispettare, in quanto applicabili alla pubblica amministrazione, i principi del codice civile.

6.6 (PROCEDURE CONTABILI)

Le procedure contabili ineriscono le modalità di rilevazione dei fatti aziendali e rimandano, per le aziende sanitarie, in considerazione delle normative di settore applicabili, alle modalità di rilevazione economico-patrimoniale di cui alla disciplina codicistica (come integrata dalle decretazioni e normazioni statuali, ministeriali e regionali in campo sanitario e di contabilità pubblica) e di cui ai principi contabili nazionali ed internazionali (OIC, IPAS, IAS/IFRS); come peraltro riepilogate nel Decreto Commissariale n. 07 del 2009 – Allegato Manuale dei principi contabili - cui si rimanda.

La riforma del Servizio Sanitario Nazionale nasce con la Legge n. 421 del 1992, che ha conferito al Governo la delega di definire i principi organizzativi delle Unità Sanitarie Locali come aziende infraregionali con personalità giuridica. Tale Legge è stata recepita con il Decreto Legislativo n. 502 del 1992, successivamente corretto dal Decreto Legislativo n. 517 del 1993 ed ancora dai provvedimenti legislativi di accompagnamento alle leggi finanziarie 1995 e 1996 (rispettivamente, Legge n. 724 del 1994 e Legge n. 549 del 1995). Di notevole importanza è l'art. 13 comma 1 del Decreto Legislativo n. 502 del 1992 che prevede il trasferimento alle Regioni della responsabilità per disavanzi delle ASL, attraverso la cosiddetta "regionalizzazione" del sistema sanitario. In precedenza l'USL dipendeva, sotto il profilo economico-finanziario, dal Comune; attualmente, le aziende sanitarie riescono a gestire autonomamente la propria attività e le Regioni hanno il compito di controllare l'andamento della spesa sanitaria regionale. Il Decreto Legislativo n. 502 del 1992, così come modificato e integrato dal Decreto Legislativo n. 229 del 1999, prevede all'art. 5, comma 5, che le Regioni emanino norme per la gestione economico finanziaria e patrimoniale delle aziende sanitarie locali e ospedaliere, informate ai principi del codice civile, prevedendo:

- la tenuta del libro delle deliberazioni del Direttore Generale;
- l'adozione del bilancio economico pluriennale di previsione nonché del bilancio preventivo economico annuale relativo all'esercizio successivo;
- la destinazione dell'eventuale avanzo e la modalità di copertura degli eventuali disavanzi di esercizio;
- la tenuta di una contabilità analitica per centri di costo e responsabilità che consenta analisi comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati;
- l'obbligo delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere di rendere pubblici, annualmente, i risultati delle proprie analisi dei costi, dei rendimenti e dei risultati per centri di costo e responsabilità.

Il successivo processo di aziendalizzazione, derivante dall'adozione di tali criteri, ha dotato le aziende sanitarie pubbliche di strumenti di contabilità e controllo più adeguati, ovvero la contabilità economico-patrimoniale in luogo della contabilità finanziaria. Il passaggio da una contabilità finanziaria ad una contabilità economico-patrimoniale ha comportato un notevole sforzo per l'adeguamento dell'impianto contabile e per il radicale cambiamento della cultura

amministrativa delle aziende sanitarie, che da un criterio di cassa sono passate ad un criterio di competenza economica (Decreto Legislativo n. 279 del 1997). Attualmente la rendicontazione delle aziende sanitarie locali prevede:

- il bilancio pluriennale per tre anni, che deve essere coerente con il piano strategico aziendale concordato con la Regione (esso contiene la previsione della situazione patrimoniale e del conto economico, viene approvato dal Direttore Generale di concerto con il Direttore Amministrativo e con il Direttore Sanitario);
- il bilancio di previsione annuale, che si compone di uno stato patrimoniale ed un conto economico (esso deve tener conto dei limiti di spesa autorizzati dalla Regione e deve essere approvato dal Direttore Generale, dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo);
- il bilancio consuntivo di esercizio che esprime la situazione anno per anno del patrimonio e dei componenti economici, costi e ricavi, che deve essere approvato entro il 30 aprile dell'esercizio successivo ed evidenzia il risultato dell'esercizio;
- i prospetti sulle previsioni annuali di cassa, che rappresentano le previsioni del fabbisogno annuale di cassa e vengono predisposti assieme al bilancio di previsione.

La novità della contabilità economico - patrimoniale ha richiesto l'adattamento dello schema di bilancio civilistico alle esigenze delle aziende sanitarie e, pertanto, il Ministero della Sanità di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze ha predisposto:

- uno schema di bilancio economico - patrimoniale uniforme a livello nazionale con delega alle Regioni per la predisposizione della nota integrativa;
- un piano dei conti tipo;
- linee guida ministeriali ai fini dell'integrazione dei criteri di valutazione riportati nell'art. 2424 c.c.;
- un percorso metodologico ai fini dell'introduzione della contabilità economica e patrimoniale.

Il Decreto Legislativo n. 502 del 1992, insieme alle linee guida per la predisposizione della contabilità economico - patrimoniale e degli schemi di bilancio, ha permesso alle Regioni di:

- adattare l'impianto contabile previsto a livello nazionale dal Ministero dell'Economia e delle Finanze e dal Ministero della Sanità alle specifiche esigenze regionali;
- integrare e variare lo schema della nota integrativa ministeriale;
- emanare linee guida a livello regionale sia relativamente alla scelta dei criteri di valutazione sia relativamente al contenuto delle voci di bilancio.

Nella stessa ottica, la successiva Legge n. 4193 del 1998, recante delega per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, dopo aver ribadito, in tema di enunciazione dei principi, l'obiettivo primario del perseguimento della piena realizzazione del diritto alla salute, si propone di portare a compimento quel processo di regionalizzazione ed aziendalizzazione delle strutture sanitarie, che era stato gradualmente avviato dalla legislazione precedente. La Legge delega, infatti, mira, da un lato, a conferire nuove e più ampie facoltà alle Regioni in sede di programmazione sanitaria e di controlli di gestione delle strutture sanitarie, dall'altro, persegue le finalità di garantire una gestione tipicamente imprenditoriale del servizio sanitario attraverso l'organizzazione di unità sanitarie locali.

Il Decreto Legislativo n. 229 del 1999, fissa, inoltre, i criteri direttivi per il rafforzamento del ruolo dei Comuni sia nel campo della programmazione che nei procedimenti di valutazione dei risultati conseguiti dalle aziende sanitarie locali e dalle aziende ospedaliere. Viene, poi, demandato al Governo il riordino delle forze integrative di assistenza sanitaria e la ridefinizione dei modelli di accreditamento e degli standard minimi di strutture, attrezzature e personale che assicurino i servizi necessari derivanti dalle funzioni richieste in seguito all'accreditamento. In attuazione della delega, il Decreto Legislativo n. 229 del 1999, dopo aver richiamato il principio costituzionale della tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività, ribadisce la garanzia dell'uniformità dei livelli assistenziali in coerenza con i principi e gli obiettivi indicati dagli artt. 1 e 2 della Legge n. 833 del 1978 (Legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale).

Con modifica dell'art. 1 del Decreto Legislativo n. 502 del 1992, viene riconosciuta un'ampia funzione propositiva alla Regione in sede di predisposizione del Piano sanitario nazionale, cui dovranno, poi, adeguarsi i Piani sanitari regionali, i quali, a loro volta, mirano a soddisfare le esigenze specifiche della popolazione regionale. Con Legge regionale dovranno, tra l'altro, essere stabiliti il funzionamento delle aziende sanitarie regionali, le modalità di vigilanza e di controllo da parte della Regione medesima sulle aziende sanitarie e ospedaliere, nonché le modalità di valutazione dei risultati delle stesse. Per quanto riguarda l'aspetto organizzativo e funzionale delle aziende sanitarie locali, è previsto che tali organismi, che si costituiscono in aziende con personalità giuridica di diritto pubblico ed autonomia imprenditoriale, uniformino la propria attività ai criteri di efficienza, efficacia ed economicità ed agiscano mediante atti di diritto privato. A tal riguardo, le aziende sanitarie devono provvedere:

- alla realizzazione degli obiettivi prefissati sia dalle Regioni che dalle aziende stesse in sede di approvazione dell'atto Aziendale (efficienza);
- al raggiungimento del più elevato numero di obiettivi programmati (efficacia);
- al conseguimento degli obiettivi prefissati con il minimo costo (economicità).

L'intervento delle Regioni si è concretizzato nella creazione di un piano dei conti in linea con l'impostazione economico - patrimoniale, nella costruzione di una contabilità analitica ed infine nell'elaborazione di linee guida per la redazione del bilancio aziendale composto di stato patrimoniale, conto economico e nota integrativa, quest'ultima con un maggiore livello di dettaglio di quanto previsto a livello centrale. L'ampiezza dell'intervento normativo regionale non è stata uniforme sul territorio nazionale, infatti, alcune regioni hanno spinto in profondità la loro legiferazione, mentre altre si sono limitate ai dettagli della struttura o semplicemente al recepimento degli schemi ministeriali senza aggiungere specificazioni.

Oltre a quanto disposto a livello nazionale ed internazionale, tra le fonti giuridiche ed interpretative che regolano il bilancio d'esercizio delle aziende occorre prendere in considerazione le seguenti norme a carattere regionale:

- la Legge Regionale n. 32 del 1994 relativa alla predisposizione del sistema informativo e contabile delle Aziende Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere in seguito alla emanazione del Decreto Legislativo n. 502 del 1992, e s.m.i., affida alla Giunta Regionale il compito di provvedere ad emanare direttive per la regolamentazione della gestione contabile delle Aziende Sanitarie nonché, per la definizione del Piano dei conti e dello schema di bilancio. In particolare, l'art. 29, comma 9 della legge stabilisce che le aziende applicano obbligatoriamente la contabilità analitica e la metodologia del budget allo scopo di pervenire, su base temporale certa e con riferimento alle scelte

- programmatorie, alla formulazione di articolate e puntuali previsioni relativamente ai risultati da conseguire, alle attività da realizzare, alle risorse da acquisire ed utilizzare e agli investimenti da effettuare;
- la Delibera di Giunta Regionale n. 8306 del 28 ottobre 1996 con la quale è stato approvato il documento tecnico, con la relativa nota illustrativa, recante le direttive per l'impianto e l'attivazione del sistema di contabilità economico – patrimoniale delle AA. SS. LL. e delle AA. OO;
 - la Legge Regionale n. 7 del 2002 relativa all'Ordinamento contabile della Regione Campania;
 - la Delibera di Giunta Regionale n. 1271 del 28 marzo 2003 relativa al sistema di bilancio ed alla contabilità delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, alla luce delle disposizioni del DM 11 febbraio 2002 e della Legge Regionale 10/2001, concernente disposizioni in materia di finanza regionale. In particolare la Delibera prevede che "il Presidente della Giunta Regionale, con proprio Decreto, su proposta dell'Assessore alla Sanità, istituisce un "Comitato Consultivo Permanente per il bilancio, la contabilità ed i sistemi informativi gestionali delle Aziende Sanitarie, presieduto dal dirigente del Settore Programmazione Sanitaria e composto da esperti dell'amministrazione regionale, dell'ARSAN e da esperti esterni, con il compito, tra l'altro, di supportare l'Assessorato alla Sanità nella elaborazione di Linee Guida per la contabilità analitica ed il controllo di gestione";
 - la Delibera di Giunta Regionale n. 460 del 20 marzo 2007 con la quale è stato approvato il Piano di rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del Servizio Sanitario Regionale ai fini della sottoscrizione dell'Accordo tra Stato e Regione Campania ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della Legge n. 311 del 2004. Il Piano prevede che strumento cardine per conseguire l'obiettivo del risanamento economico finanziario del sistema sanitario regionale è pervenire ad una contabilità analitica codificata ed uniforme per tutte le aziende sanitarie della Regione.

La Regione Campania, con Decreto del Commissario ad acta n. 14 del 2009, nonché integrazione/aggiornamento del piano dei conti, di cui al Decreto n. 11 del 2011, con obbligo di adozione dal 01/01/2011, sono stati approvati i documenti – di seguito elencati -necessari per supportare le aziende sanitarie nella definizione di corrette procedure contabili, amministrative e gestionali in particolare:

- "Manuale dei principi contabili" che definisce i principi contabili e le regole che dovranno essere applicate dalle Aziende Sanitarie per la rilevazione in contabilità dei principali fenomeni gestionali al fine di pervenire alla predisposizione di bilanci di esercizio che siano omogenei per contenuto e forma;
- "Linee guida per la predisposizione del Regolamento di Amministrazione e Contabilità delle Aziende Sanitarie della Regione Campania" che definiscono i principi a cui ciascuna Azienda deve ispirarsi per la redazione dei propri documenti di programmazione, di gestione, di rendicontazione e controllo;
- "Piano dei Conti di Contabilità Generale Unico Regionale";
- "Linee guida per la definizione del Piano dei Centri di Costo e dei Centri di Responsabilità" corredate dal Piano dei Centri di Costo e di Responsabilità, dal

Piano dei Fattori Produttivi e dalle Schede di Budget che definiscono i principi per la tenuta della Contabilità Analitica atti a garantire l'omogeneità dei sistemi di rilevazione delle singole aziende e la confrontabilità dei dati a livello regionale;

- "Modello di Nota Integrativa";
- "Manuale dei principi di consolidamento e delle relative procedure" che definisce le regole per la predisposizione del Bilancio Consolidato Regionale.

La Regione, con successivo Decreto n. 60 del 2011 - Rif. punti a) e b) della delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010 - avente ad oggetto: "Implementazione dei corretti procedimenti contabili e gestionali, sia a livello Aziendale che regionale. Rif. punto n. 1 Delibera Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009. Integrazione del Decreto commissariale n° 14 del 30 novembre 2009: B.P.R. (Business Process Reengineering) - Processi di supporto alle attività Aziendali: adozione di modelli relativi ai processi amministrativi e contabili del ciclo attivo, ciclo passivo, ciclo magazzino, ciclo cespiti, ciclo personale, ciclo planning, budget e reporting. - Modifica al Piano dei Conti di contabilità generale unico regionale", ha adottato i modelli di processi amministrativi e contabili all'interno delle strategie di intervento manageriale ispirate al Business Process Reengineering, che definiscono i Processi di supporto alle attività Aziendali e mappano le attività riferite ai seguenti cicli:

- ciclo attivo;
- ciclo passivo;
- ciclo magazzino;
- ciclo cespiti;
- ciclo personale;
- ciclo planning, budget e reporting.

Con Decreto del Ministro della salute di concerto con Il Ministro dell'economia e delle finanze del 20 marzo 2013 sono stati ulteriormente modificati gli schemi del Conto Economico, dello Stato Patrimoniale e della Nota Integrativa di cui agli articoli 26, comma 3 e 32, comma 6 del Decreto Legislativo n. 118 del 2011,;

La Regione, con il contributo delle Aziende, è giunta quindi alla formulazione di un sistema di regole e linee guida per la corretta definizione delle funzioni gestionali e contabili. L'efficacia e la tempestività attraverso cui gli indirizzi contenuti nei Decreti/Delibere regionali vengono sviluppati presso le singole aziende costituisce una delle principali tematiche che la Struttura commissariale si trova ad affrontare per realizzare le condizioni necessarie al conseguimento degli obiettivi di contenimento della spesa sanitaria. E' dunque, con l'occasione, necessario che con regolamento contabile ed in ossequio alle specifiche esigenze contingenti, l'Azienda assicurerà che tutte le procedure contabili garantiscano e realizzino il rispetto delle normative sopra richiamate e comunque i principi e procedure ed azioni intraprese dalla Regione indirizzate alla corretta applicazione di quanto previsto nei decreti/delibere regionali.

I processi relativi a quanto espresso nel presente articolo sono oggetto di specifica normazione interna regolamentare all'Azienda.

7 ACQUISTI DI BENI E SERVIZI E PROGRAMMAZIONE E GESTIONE DELLE ATTREZZATURE

7.1 (PRINCIPI GENERALI)

L'Azienda, in osservanza delle disposizioni nazionali con particolare riguardo alle disposizioni di cui all'art. 15 del Decreto Legge n. 95 del 2012, convertito con modificazione nella Legge n. 135 del 2012, nonché delle disposizioni regionali, effettua, ove previsto, i propri acquisti tramite il MEPA, la CONSIP e la Centrale Acquisti della Regione (SORESA).

L'Azienda disciplina, con proprio regolamento, gli acquisti di beni e servizi in economia e predispone un regolamento nel rispetto delle previsioni di cui all'art. 256 del Decreto Legislativo n. 163 del 2006 e s.m.i..

L'Azienda favorisce modelli di gestione di acquisizione di beni e servizi anche attraverso l'apporto di terzi con forme anche di partenariato, nel rispetto dei principi di economicità, efficienza ed efficacia, secondo tutti gli istituti previsti dal Decreto Legislativo n. 163 del 2006 e s.m.i.

7.2 (ATTREZZATURE: PROGRAMMAZIONE, ACQUISTI, GESTIONE E MANUTENZIONE)

L'Azienda ritiene strategica l'attività di programmazione, acquisti, gestione e manutenzione delle attrezzature, soprattutto biomediche e di alta specialità. A tal fine istituisce l'UOS Ingegneria Clinica e la Commissione HTA.

L'Azienda, in applicazione del Decreto del Commissario ad acta n. 18 del 2013, adotta i seguenti documenti programmatici:

- un documento di programmazione e gestione delle attrezzature, che si sofferma con particolare riferimento alle attività di valutazione ed analisi relative alla sicurezza, ai costi, ai benefici, all'efficacia nonché agli aspetti etici connessi al loro utilizzo;
- un documento di programmazione degli acquisti di attrezzature, che tiene conto dell'evoluzione della tipologia dei servizi, dell'obsolescenza delle attrezzature, dell'adeguamento alle norme tecniche e della eventuale disponibilità di nuove tecnologie per il miglioramento dell'assistenza sanitaria;
- un inventario informatico delle attrezzature, che annovera tutte le attrezzature biomediche in dotazione e che viene periodicamente aggiornato per soddisfare gli obblighi di legge, disporre di dati riassuntivi, permettere la rintracciabilità, fare analisi per stabilire i criteri di sostituzione, al fine di programmare gli investimenti tecnologici tenendo conto dell'obsolescenza del parco macchine e delle singole attrezzature biomediche (le informazioni sono raccolte sia in forma aggregata per l'intero parco macchine, sia in forma disaggregata per singola tipologia di attrezzature, centro di costo, classe di età, produttore, periodo di ammortamento e modalità di acquisizione; le apparecchiature temporaneamente disattivate sono immagazzinate, protette, verificate e controllate ad intervalli idonei per garantire i requisiti di precisione, accuratezza e validità siano soddisfatti al momento del riutilizzo);

- un piano per la manutenzione delle attrezzature che deve tenere conto delle indicazioni relative alla sicurezza e alla manutenzione contenute nei manuali di servizio nonché delle indicazioni contenute nelle normative tecniche relative alla sicurezza e al mantenimento in uso secondo gli standard di funzionalità; esso deve:
 - essere articolato sulla base delle criticità delle apparecchiature;
 - essere comprensivo della manutenzione correttiva, della manutenzione preventiva e dei controlli periodici di sicurezza e funzionalità;
 - essere documentato per ciascuna apparecchiatura biomedica;
 - essere reso noto ai diversi livelli operativi per consentire lo svolgimento dei compiti attribuiti al singolo operatore facendo anche in modo che la documentazione tecnica, relativa alle singole apparecchiature, fornita al momento dell'acquisto a corredo dello strumento, è conservata in modo da essere facilmente rintracciabile dal responsabile della manutenzione;
- un piano per la manutenzione preventiva che deve comprendere le attività finalizzate a:
 - identificare tutte le attrezzature che possono influire sulla qualità del servizio offerto, controllarle e metterle a punto ad intervalli prefissati o prima dell'uso, a fronte di campioni certificati riconosciuti nazionali (in mancanza di tali campioni il criterio di controllo deve essere definito e documentato);
 - definire il processo da utilizzare per la manutenzione preventiva, compresi i dettagli relativi al tipo di apparecchiatura biomedica, identificazione univoca, ubicazione, frequenza delle verifiche, metodo di verifica, criteri di accettazione e provvedimenti da adottare qualora i risultati non fossero soddisfacenti;
 - definire il processo da utilizzare per i controlli di funzionalità e sicurezza delle apparecchiature biomediche, compresi i dettagli relativi al tipo di apparecchiatura biomedica, identificazione univoca, ubicazione, frequenza delle verifiche, metodo di verifica, criteri di accettazione e provvedimenti da adottare qualora i risultati non fossero soddisfacenti;
 - identificare le apparecchiature biomediche mediante contrassegno appropriato o documenti approvati di identificazione per evidenziare lo stato di controllo;
 - conservare le registrazioni relative alle manutenzioni preventive e ai controlli delle apparecchiature biomediche;
 - assicurare che le condizioni ambientali siano adatte alle operazioni di manutenzione preventiva e controllo;
 - assicurare che la manipolazione, la custodia e la conservazione delle apparecchiature biomediche siano adatte a mantenere l'accuratezza e l'idoneità richiesta;
 - evitare che le apparecchiature biomediche subiscano interventi che possano pregiudicare il controllo funzionale e di sicurezza.

7.3 (COMMISSIONE TECNICA HTA ED HS)

Il Decreto Legislativo n. 229 del 1999 ed il PSN 2006-2008 hanno, da un lato, individuato come priorità per le Aziende Sanitarie il “Governo Clinico” e, dall’altro, enfatizzato la funzione dell’Health Technology Assessment (HTA) quale uno dei principali strumenti di governo clinico a supporto delle decisioni regionali e aziendali circa l’utilizzo delle tecnologie applicate alla salute.

Il Piano Regionale Ospedaliero della Campania 2007 – 2009 proponeva l’ HTA come strumento di grande utilità ai fini della programmazione rappresentando il ponte tra il mondo tecnico-scientifico e quello dei decisori, nel senso di produrre informazioni a supporto dei processi decisionali.

Il Piano Sanitario Nazionale 2011 – 2013 dedica ampio risalto all’importanza dell’HTA stigmatizzando l’esigenza della sua diffusione all’interno delle strutture sanitarie.

La Giunta Regionale ha deliberato (BURC n.37, 15.9.2008) il finanziamento del Progetto Robinson per l’implementazione dell’HTA in Sanità, nell’ambito della più ampia ripartizione di risorse tra le 8 linee progettuali funzionali al raggiungimento degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale a norma dell’art.1 della Legge n. 662 del 1996.

Per l’HTA la Regione Campania ha recepito l’importanza che riveste lo strumento dell’Horizon Scanning (HS) nell’identificare precocemente nuove tecnologie al fine di valutarne l’impatto assistenziale ed ha partecipato attivamente al Progetto COTE (Centro per l’ Osservazione delle Tecnologie Emergenti) attivato dall’AGENAS;

La Regione Campania ha adottato, altresì, la DGRC n. 1370 del 2008 avente ad oggetto: “Implementare la HTA e la Medicina Basata sulle Evidenze (EBM) tra il personale del Servizio Sanitario Regionale”.

La Regione Campania, con il Decreto dell’Assessore alla Sanità della Giunta Regionale della Campania n. 43 del 2009 “ Implementazione dello strumento innovativo gestionale HTA nelle strutture sanitarie a supporto delle decisioni di politica sanitaria”, ha istituito formalmente la Commissione espressamente finalizzata all’implementazione dell’HTA nelle strutture sanitarie della Regione.

Con Decreto n. 22 del 2011 è stata prevista l’: “Approvazione del Piano sanitario regionale ai sensi del punto t) della delibera della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 24 aprile 2010” che ha ribadito come “l’ HTA rappresenta un potente strumento innovativo gestionale utile ad effettuare valutazioni di reale efficacia delle tecnologie che posseggano requisiti di sostenibilità economica con l’obiettivo di supportare la politica sanitaria nell’assumere decisioni. I tempi, non sempre brevi, necessari per lo sviluppo di una valutazione HTA rendono questo strumento non utilizzabile efficacemente ai fini programmatici. Sovviene perciò l’HS che consente l’identificazione precoce di nuove tecnologie e fornisce valide valutazioni di impatto assistenziale e sostenibilità economica.”

Con Delibera della Giunta Regionale n. 64 del 07/03/2011 pubblicata sul Burc n. 17 del 14 Marzo 2011, avente ad oggetto: “Implementazione dello strumento innovativo gestionale Health Technology Assessment e dell’ Horizon Scanning nelle strutture sanitarie a supporto delle decisioni di politica sanitaria” la Regione Campania ha istituito una commissione regionale con l’obiettivo di:

- organizzare una task force regionale costituita da esperti della materia ed integrata con i referenti dei team delle singole aziende sanitarie, ospedaliere ed universitarie della regione;

- adottare un piano di formazione tradizionale ed a distanza per formare le equipe Aziendali e del management regionale;
- diffondere all'interno delle aziende sanitarie regionali e dei competenti Settori regionali la cultura della Health Technology Assessment e dell' Horizon Scanning attraverso la promozione di eventi scientifici dedicati a manager, clinici, nursing, ingegneri biomedici, farmacisti, personale amministrativo ecc.;
- attivare modelli e strumenti tecnologici di supporto alle decisioni dei manager.

Lo sviluppo delle tecnologie sanitarie ha modificato, in maniera determinante, l'approccio diagnostico e terapeutico delle patologie aumentando la capacità di rispondere alla domanda di salute e consentendo il miglioramento della qualità della vita dei pazienti. Con l'accezione "tecnologie", si tende a ricomprendere qualsiasi prodotto o procedura in campo sanitario quali farmaci, apparecchiature elettromedicali, dispositivi medici, procedure, percorsi diagnostico terapeutici, tecniche di riabilitazione, nonché modelli organizzativi strettamente legati alla implementazione delle stesse tecnologie .

Un corretto approccio alla gestione delle "tecnologie" è rappresentato dal ricorso strutturale all'Health Technology Assessment (HTA) ed Horizon Scanning (HS) quale strumento di valutazione essenziale alla strategia Aziendale.

La valutazione delle tecnologie sanitarie richiede una competenza multidisciplinare per l'analisi delle implicazioni medico-cliniche, sociali, organizzative e legali attraverso una valutazione di più dimensioni quali l'efficacia, l'appropriatezza, la sicurezza, i costi e l'impatto sulla qualità di vita dei pazienti di tutte le tecnologie (farmaci, procedure diagnostiche, interventi chirurgici, tecnologie biomedicali etc), che sono utilizzate per l'assistenza sanitaria con maggior attenzione alle tecnologie di recente immissione sul mercato ed emergenti e quindi non ancora largamente diffuse.

L'Azienda, pertanto, riserva grande rilevanza alle attività di Health Technology Assessment (HTA) e Horizon Scanning (HS) e costituisce la Commissione Tecnica (HTA) ed Horizon Scanning (HS) i cui componenti sono i responsabili o loro delegati delle strutture di:

- Direzione Sanitaria Aziendale;
- Direzioni Mediche di Presidio;
- UOC Area Manutenzione e Gestione del Patrimonio;
- UOC Tecnica e Programmazione
- UOC Farmacia;
- UOS Ingegneria Clinica;
- UOC Epidemiologia e Valutazione dell'Assistenza.

La Commissione Tecnica è coordinata dalla Direzione Sanitaria Aziendale che, a seconda dei casi, potrà ampliare le competenze coinvolte nel processo di valutazione.

8 NORME FINALI, TRANSITORIE E DI RINVIO

Il presente Atto illustra i principi ispiratori dell'azione dell'Azienda, le garanzie che s'intendono assicurare all'utenza, nonché i termini generali nei quali si sostanzia l'assetto organizzativo.

L'Azienda adotta, per l'applicazione puntuale dei principi del presente Atto, appositi Regolamenti attuativi.

Per quanto non espressamente previsto si applica la normativa nazionale e regionale vigente.

Il presente Atto si conformerà direttamente alle sopravvenienze legislative e/o normative nazionali e regionali.

9 ALLEGATO 1: ELENCO COMPLETO DELLE ARTICOLAZIONI AZIENDALI E LORO COLLOCAZIONE NELL'ORGANIGRAMMA

ARTICOLAZIONI AZIENDALI della DIREZIONE STRATEGICA

AREA	STRUTTURA
<p>STAFF DIREZIONE SANITARIA</p> <p>^Strutture nel computo dei parametri da DC 18/16</p>	<p>UOC Direzione Medica di Presidio (PO Rummo)^:</p> <ul style="list-style-type: none"> - UOS Igiene e Dietetica^; - IPAS Infezioni Ospedaliere; - IPAS Medicina Legale <p>UOC Direzione Medica di Presidio (PO Sant'Alfonso)^:</p> <ul style="list-style-type: none"> - IPAS Gestione del Rischio Clinico e Qualità <p>UOC Epidemiologia e Valutazione dell'Assistenza^:</p> <ul style="list-style-type: none"> - UOS Appropriatelyzza, Percorsi Assistenziali e Gestione Centralizzata delle Procedure^; - IPAS Monitoraggio LEA e PNE. <p>UOC Farmacia^:</p> <ul style="list-style-type: none"> - UOS Gestione dei Farmaci Oncologici (UMACA)^; - IPAS Gestione Interpresidiale dei Farmaci e dei Dispositivi Medici
<p>STAFF DIREZIONE AMMINISTRATIVA</p>	<p>UOC Affari Generali e Legali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - UOS Affari Legali <p>UOC Risorse Economiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> - UOS Procedure Fiscali e Tributarie; - UOS Contabilità Economico-Finanziaria <p>UOC Risorse Umane:</p> <ul style="list-style-type: none"> - UOS Trattamento Giuridico/Concorsi; - UOS Trattamento Economico; - IPAS Relazioni Sindacali <p>UOC Provveditorato ed Economato:</p> <ul style="list-style-type: none"> - UOS Provveditorato; - UOS Economato <p>UOC Manutenzione e Gestione del Patrimonio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - UOS Gestione Fonti Energetiche; - UOS Ingegneria Clinica <p>UOC Tecnica e Programmazione – CED</p> <p>UOC Ufficio Relazioni con il Pubblico</p> <ul style="list-style-type: none"> - IPAS Comunicazione, Umanizzazione e Benessere Organizzativo <p>UOC Controllo di Gestione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - IPAS Internal Auditing; - IPAS Flussi Informativi

COORDINAMENTO DEI SERVIZI STRATEGICI

ARTICOLAZIONE AZIENDALE	COLLOCAZIONE NELL'ORGANIGRAMMA
UOC Controllo di gestione	Staff Direzione Amministrativa
UOSD Programmazione, Progettazione, Valutazione Strategica e Gestione della Performance [^]	Dipartimento dei Servizi Sanitari e Organizzativi
UOSD Medicina del Lavoro [^]	Dipartimento dei Servizi Sanitari e Organizzativi
UOSD Preospedalizzazione e Gestione dei Trasporti [^]	Dipartimento dei Servizi Sanitari e Organizzativi
UOSD Implementazione dei Processi e Monitoraggio delle Attività Direzionali	Dipartimento dei Servizi Sanitari e Organizzativi
UOS Ingegneria Clinica	UOC Manutenzione e Gestione del Patrimonio
IPAS a valenza dipartimentale Formazione e Rapporti con l'Università	Dipartimento dei Servizi Sanitari e Organizzativi
IPAS a valenza dipartimentale Poliambulatori, CUP, ALPI e PACC	Dipartimento dei Servizi Sanitari e Organizzativi
IPAS a valenza dipartimentale Servizio Professioni Sanitarie	Dipartimento dei Servizi Sanitari e Organizzativi
IPAS a valenza dipartimentale Servizio di Prevenzione e Protezione	Dipartimento dei Servizi Sanitari e Organizzativi
IPAS a valenza dipartimentale Servizio Tecnico Antincendio	Dipartimento dei Servizi Sanitari e Organizzativi

[^] Struttura nel computo dei parametri da DC 18/2016 ma conteggiata nel Dipartimento dei Servizi Sanitari e Organizzativi.

DIPARTIMENTI

DIPARTIMENTO	STRUTTURA
<p>DIPARTIMENTO DI EMERGENZA E ACCETTAZIONE</p> <p>^Strutture nel computo dei parametri da DC 18/16</p>	<p>UOC Anestesia e Rianimazione^: - UOS Rianimazione^;</p> <p>UOC Chirurgia d'Urgenza^: - UOS Urgenze Toraciche^</p> <p>UOC Medicina d'Urgenza – PS^ - UOS Pronto Soccorso e OBI^</p> <p>UOC Ortopedia e Traumatologia^</p> <p>UOSD Terapia Intensiva Post-Operatoria^</p> <p>UOSD Chirurgia e Microchirurgia della Mano^</p> <p>UOSD Chirurgia Maxillo-Facciale e Odontostomatologia^</p> <p>UOSD Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva^</p> <p>IPAS a valenza dipartimentale Camera Iperbarica</p> <p>IPAS a valenza dipartimentale Punto di Primo Intervento</p>
<p>DIPARTIMENTO DELLE SCIENZE MEDICHE E DELLA LUNGODEGENZA</p> <p>^Strutture nel computo dei parametri da DC 18/16</p>	<p>UOC Medicina Interna (PO Rummo)^: - UOS Lungodegenza Post-Acuzie^; - UOS Nefrologia e Dialisi^</p> <p>UOC Medicina Interna (PO Sant'Alfonso)^: - UOS Lungodegenza Oncologica^; - UOS Endocrinologia^</p> <p>UOC Malattie Infettive^</p> <p>UOC Dermatologia^</p> <p>UOC Reumatologia^</p> <p>UOSD Diabetologia, Malattie Metaboliche e Nutrizione Clinica^;</p> <p>UOSD Day Hospital Medico^</p> <p>IPAS a valenza dipartimentale Nutrizione e Dietetica – Medicine Complementari</p>
<p>DIPARTIMENTO DI SCIENZE CHIRURGICHE</p> <p>^Strutture nel computo dei parametri da DC 18/16</p>	<p>UOC Otorinolaringoiatria^: - UOS Chirurgia Oncologica Testa e Collo^</p> <p>UOC Oculistica^</p> <p>UOC Urologia^</p> <p>UOSD Audiologia e Fonologia^</p> <p>UOSD Diagnostica e Chirurgia Laparoscopica^</p>
<p>DIPARTIMENTO MATERNO-INFANTILE</p> <p>^Strutture nel computo dei parametri da DC 18/16</p>	<p>UOC Ostetricia e Ginecologia^: - UOS Diagnostica Ultrasonografica^</p> <p>UOC Neonatologia con TIN^</p> <p>UOC Pediatria e Adolescentologia^</p> <p>UOSD Pronto Soccorso Pediatrico^</p> <p>UOSD Genetica Medica^</p> <p>UOSD Ginecologia Laparoscopica^</p> <p>UOSD Fisiopatologia della Riproduzione Umana e Diagnosi Prenatale Integrata^</p> <p>UOSD Neuropsichiatria Infantile^</p> <p>IPAS a valenza dipartimentale I.V.G.</p> <p>IPAS a valenza dipartimentale DH Materno-Infantile</p>
<p>DIPARTIMENTO ONCOLOGICO</p> <p>^Strutture nel computo dei parametri da DC 18/16</p>	<p>UOC Chirurgia Generale e Oncologica^</p> <p>UOC Chirurgia Onco-Addominale^</p> <p>UOC Oncologia Medica^: - UOS DH Oncologico^</p> <p>UOC Radioterapia^</p> <p>UOC Senologia^:</p> <p>UOSD Day Surgery Senologico^</p> <p>UOSD Terapia Antalgica e Cure Palliative^</p> <p>IPASD Coordinamento GOM</p>

DIPARTIMENTO	STRUTTURA				
<p>DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE</p> <p>^Strutture nel computo dei parametri da DC 18/16</p>	<p>UOC Neurologia^:</p> <ul style="list-style-type: none"> - UOS Stroke Unit^ <p>UOC Neurochirurgia^</p> <ul style="list-style-type: none"> - UOS Urgenze Neurochirurgiche^ <p>UOC Neuroranimazione^:</p> <ul style="list-style-type: none"> - UOS Neuroranimazione e prevenzione del danno cerebrale secondario^ <p>UOC Neuroradiologia^:</p> <ul style="list-style-type: none"> - UOS Neuroradiologia interventistica^ <p>UOSD Medicina Riabilitativa Intensiva^</p>				
<p>DIPARTIMENTO CARDIO-TORACO-VASCOLARE</p> <p>^Strutture nel computo dei parametri da DC 18/16</p>	<p>UOC Cardiologia UTIC con Emodinamica Interventistica^:</p> <ul style="list-style-type: none"> - UOS Ecocardiografia e Riabilitazione Cardiologica^; - UOS Elettrostimolazione Cardiaca ed Elettrofisiologia^ <p>UOC Chirurgia Vascolare^:</p> <ul style="list-style-type: none"> - UOS Diagnostica Vascolare Non Invasiva^ <p>UOC Pneumologia^:</p> <ul style="list-style-type: none"> - UOS Riabilitazione Pneumologica e Sub-Intensiva^ <p>UOSD Broncologia ed Endoscopia Toracica^</p>				
<p>DIPARTIMENTO DEI SERVIZI SANITARI E ORGANIZZATIVI</p> <p>^Strutture nel computo dei parametri da DC 18/16</p> <p>*Strutture afferenti al Coordinamento dei Servizi Strategici</p>	<table border="1"> <tr> <td style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Area Sanitaria</td> <td> <p>UOC Patologia Clinica^:</p> <ul style="list-style-type: none"> - UOS Biologia Molecolare^ <p>UOC Anatomia Patologica^</p> <p>UOC Diagnostica per Immagini^:</p> <ul style="list-style-type: none"> - UOS Radiologia Interventistica Extra-Vascolare^; - UOS Ecografia Centralizzata Diagnostica e Operativa^. <p>UOSD Immunoematologia e Trasfusione^</p> </td> </tr> <tr> <td style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Area Organizzativa</td> <td> <p>UOSD Programmazione, Progettazione, Valutazione Strategica e Gestione della Performance^*</p> <p>UOSD Medicina del Lavoro^*</p> <p>UOSD Preospedalizzazione e Gestione dei Trasporti^*</p> <p>UOSD Implementazione dei Processi e Monitoraggio delle Attività Direzionali*</p> <p>IPAS a valenza dipartimentale Formazione e Rapporti con l'Università*</p> <p>IPAS a valenza dipartimentale Poliambulatori, CUP, ALPI e PACC*</p> <p>IPAS a valenza dipartimentale Servizio Professioni Sanitarie*</p> <p>IPAS a valenza dipartimentale Servizio di Prevenzione e Protezione*</p> <p>IPAS a valenza dipartimentale Servizio Tecnico Antincendio*</p> </td> </tr> </table>	Area Sanitaria	<p>UOC Patologia Clinica^:</p> <ul style="list-style-type: none"> - UOS Biologia Molecolare^ <p>UOC Anatomia Patologica^</p> <p>UOC Diagnostica per Immagini^:</p> <ul style="list-style-type: none"> - UOS Radiologia Interventistica Extra-Vascolare^; - UOS Ecografia Centralizzata Diagnostica e Operativa^. <p>UOSD Immunoematologia e Trasfusione^</p>	Area Organizzativa	<p>UOSD Programmazione, Progettazione, Valutazione Strategica e Gestione della Performance^*</p> <p>UOSD Medicina del Lavoro^*</p> <p>UOSD Preospedalizzazione e Gestione dei Trasporti^*</p> <p>UOSD Implementazione dei Processi e Monitoraggio delle Attività Direzionali*</p> <p>IPAS a valenza dipartimentale Formazione e Rapporti con l'Università*</p> <p>IPAS a valenza dipartimentale Poliambulatori, CUP, ALPI e PACC*</p> <p>IPAS a valenza dipartimentale Servizio Professioni Sanitarie*</p> <p>IPAS a valenza dipartimentale Servizio di Prevenzione e Protezione*</p> <p>IPAS a valenza dipartimentale Servizio Tecnico Antincendio*</p>
Area Sanitaria	<p>UOC Patologia Clinica^:</p> <ul style="list-style-type: none"> - UOS Biologia Molecolare^ <p>UOC Anatomia Patologica^</p> <p>UOC Diagnostica per Immagini^:</p> <ul style="list-style-type: none"> - UOS Radiologia Interventistica Extra-Vascolare^; - UOS Ecografia Centralizzata Diagnostica e Operativa^. <p>UOSD Immunoematologia e Trasfusione^</p>				
Area Organizzativa	<p>UOSD Programmazione, Progettazione, Valutazione Strategica e Gestione della Performance^*</p> <p>UOSD Medicina del Lavoro^*</p> <p>UOSD Preospedalizzazione e Gestione dei Trasporti^*</p> <p>UOSD Implementazione dei Processi e Monitoraggio delle Attività Direzionali*</p> <p>IPAS a valenza dipartimentale Formazione e Rapporti con l'Università*</p> <p>IPAS a valenza dipartimentale Poliambulatori, CUP, ALPI e PACC*</p> <p>IPAS a valenza dipartimentale Servizio Professioni Sanitarie*</p> <p>IPAS a valenza dipartimentale Servizio di Prevenzione e Protezione*</p> <p>IPAS a valenza dipartimentale Servizio Tecnico Antincendio*</p>				

10 ALLEGATO 2: RIPARTIZIONE DEI POSTI LETTO AI SENSI DEL DCA 8/2018

Cod.	Disciplina	PL	Sede	Denominazione locale (UOC, UOS, UOSD)
8	Cardiologia	22	Rummo	UOC Cardiologia UTIC con emodinamica interventistica
50	Unità Coronarica	8	Rummo	
56	Recupero e riabilitazione funzionale	4	Rummo	UOS Ecocardiografia e Riabilitazione Cardiologica
9	Chirurgia Generale	18	Sant'Alfonso	UOC Chirurgia Onco-Addominale
9	Chirurgia Generale	2	Sant'Alfonso	UOSD Day Surgery Senologico
9	Chirurgia Generale	6	Rummo	UOC Senologia
9	Chirurgia Generale	20	Rummo	Chirurgia Generale e Oncologica
9	Chirurgia Generale	14	Rummo	UOC Chirurgia d'Urgenza
10	Chirurgia Maxillo-Facciale	6	Rummo	UOSD Chirurgia Maxillo-Facciale e Odontostomatologia
14	Chirurgia Vascolare	10	Rummo	UOC Chirurgia Vascolare
18	Ematologia	4	Rummo	UOSD Servizio di Immunoematologia e Trasfusione
24	Malattie Infettive e Tropicali	16	Rummo	UOC Malattie infettive
26	Medicina Generale	14	Sant'Alfonso	UOC Medicina interna (PO Sant'Alfonso)
60	Lungodegenti	24	Sant'Alfonso	UOS Lungodegenza Oncologica
26	Medicina Generale	32	Rummo	UOC Medicina interna (PO Rummo)
60	Lungodegenti	12	Rummo	UOS Lungodegenza Post-Acuzie
29	Nefrologia	10	Rummo	UOS Nefrologia e Dialisi
30	Neurochirurgia	20	Sant'Alfonso	UOC Neurochirurgia
30	Neurochirurgia	10	Rummo	UOS Urgenze Neurochirurgiche
32	Neurologia	20	Rummo	UOC Neurologia
34	Oculistica	10	Rummo	UOC Oculistica
36	Ortopedia e Traumatologia	24	Rummo	UOC Ortopedia e Traumatologia
37	Ostetricia e Ginecologia	30	Rummo	UOC Ostetricia e Ginecologia
38	Otorinolaringoiatria	12	Rummo	UOC Otorinolaringoiatria
39	Pediatria	16	Rummo	UOC Pediatria
40	Psichiatria	18	Rummo	Psichiatria
43	Urologia	14	Rummo	UOC Urologia
49	Terapia Intensiva	6	Sant'Alfonso	UOC Neuroranimazione
49	Terapia Intensiva	6	Sant'Alfonso	UOSD Terapia Intensiva Post-Operatoria
49	Terapia Intensiva	12	Rummo	UOC Anestesia e Rianimazione
58	Gastroenterologia	6	Rummo	UOSD Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva
51	Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza	18	Rummo	UOC Medicina d'Urgenza-PS
56	Recupero e riabilitazione funzionale	32	Sant'Alfonso	UOSD Medicina Riabilitativa Intensiva
57	Fisiopatologia della Riproduzione Umana	2	Rummo	UOSD Fisiopatologia della Riproduzione Umana
62	Neonatologia	6	Rummo	UOC Neonatologia con TIN
73	Terapia Intensiva Neonatale	6	Rummo	
64	Oncologia	20	Sant'Alfonso	UOC Oncologia Medica
64	Oncologia	8	Rummo	UOS DH Oncologico
56	Recupero e riabilitazione funzionale	2	Rummo	UOS Riabilitazione Pneumologica e Sub-Intensiva
68	Pneumologia	14	Rummo	UOC Pneumologia
71	Reumatologia	10	Rummo	UOC Reumatologia

11 ALLEGATO 3: ORGANIGRAMMA

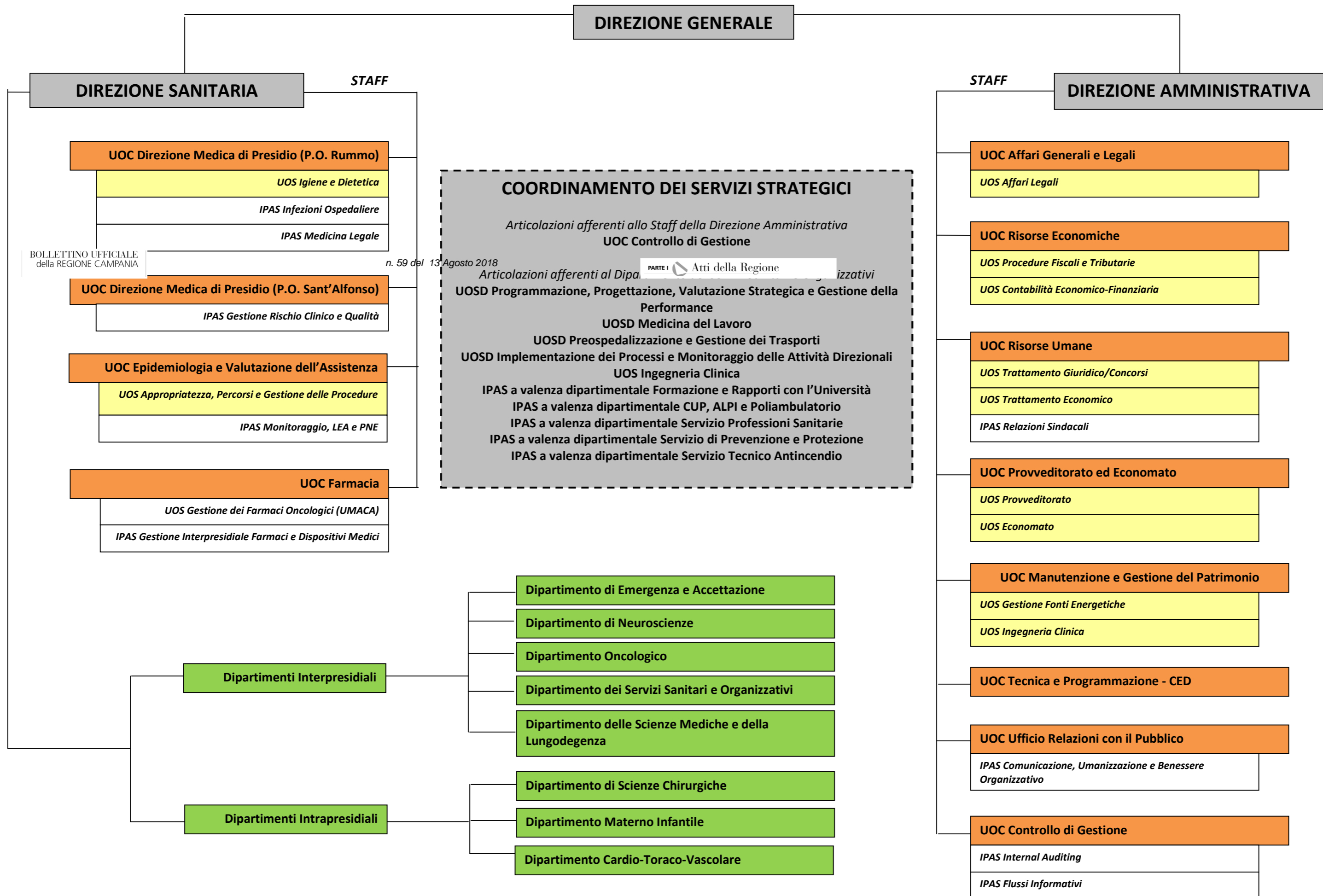
LEGENDA:

-  Affiliazione diretta
-  Aggregazione Funzionale
-  Staff
-  Dipartimento
-  Unità Operativa Complessa
-  Unità Operativa Semplice
-  Unità Operativa Semplice Dipartimentale
-  Presidio "Rummo"
-  Presidio "Sant'Alfonso"

ALLEGATO 3. ORGANIGRAMMA DELL'AZIENDA OSPEDALIERA SAN PIO

LEGENDA:

-  Affiliazione diretta
-  Aggregazione Funzionale
-  Staff
-  Dipartimento
-  Unità Operativa Complessa
-  Unità Operativa Semplice
-  Unità Operativa Semplice Dipartimentale
-  Presidio "Rummo"
-  Presidio "Sant'Alfonso"



DIREZIONE SANITARIA

STAFF

UOC Direzione Medica di Presidio (P.O. Rummo)

UOC Epidemiologia e Valutazione dell'Assistenza

UOC Farmacia

STAFF

DIPARTIMENTI INTRAPRESIDIALI

BOLLETTINO UFFICIALE
della REGIONE CAMPANIA

n. 59 del 13 Agosto 2018

PARTE I Atti della Regione

DIPARTIMENTO CARDIO-TORACO-VASCOLARE

UOC Cardiologia UTIC con Emodinamica Interventistica

UOS Ecocardiografia e Riabilitazione Cardiologica

UOS Elettrostimolazione Cardiaca ed Elettrofisiologia

UOC Chirurgia Vascolare

UOS Diagnostica Vascolare non Invasiva

UOC Pneumologia

UOS Riabilitazione pneumologia e Sub-Intensiva

UOSD Broncologia ed Endoscopia Toracica

DIPARTIMENTO SCIENZE CHIRURGICHE

UOC Otorinolaringoiatria

UOS Chirurgia Oncologica Testa e Collo

UOC Oculistica

UOC Urologia

UOSD Audiologia e Fonologia

UOSD Diagnostica e Chirurgia Laparoscopica

DIPARTIMENTO MATERNO-INFANTILE

UOC Ostetricia e Ginecologia

UOS Diagnostica Ultrasonografica

UOC Neonatologia con TIN

UOC Pediatria

UOSD Pronto Soccorso Pediatrico

UOSD Genetica Medica

UOSD Ginecologia Laparoscopica

UOSD Fisiopatologia Riproduzione Umana e Diagnosi Prenatale Integrata

UOSD Neuropsichiatria Infantile

IPASD IVG

IPASD DH Materno-Infantile

DIREZIONE SANITARIA

STAFF

UOC Direzione Medica di Presidio (P.O. Rummo)

UOC Direzione Medica di Presidio (P.O. Santi'Alfonso)

UOC Epidemiologia e Valutazione dell'Assistenza

UOC Farmacia

STAFF

DIPARTIMENTI INTERPRESIDIALI

**DIPARTIMENTO DI EMERGENZA
E ACCETTAZIONE**

UOC Anestesia e Rianimazione

UOS Rianimazione

UOC Chirurgia d'Urgenza

UOS Urgenze Toraciche

UOC Medicina d'Urgenza-PS

UOS Pronto Soccorso e OBI

UOC Ortopedia e Traumatologia

UOSD TIPO

UOSD Chirurgia/Microchirurgia Mano

UOSD Chirurgia Maxillo-Facciale e
Odontostomatologia

UOSD Gastroenterologia ed
Endoscopia Digestiva

IPASD Camera Iperbarica

UOS Urgenze Neurochirurgiche

UOS Stroke Unit

IPASD Punto di Primo Intervento

**DIPARTIMENTO DI
NEUROSCIENZE**

UOC Neurologia

UOS Stroke Unit

UOC Neuroradiologia

UOS Neuroradiologia Interventistica

UOS Urgenze Neurochirurgiche

UOC Neurochirurgia

UOC Neuroranimazione

*UOS Neuroranimazione e prevenzione del
danno cerebrale secondario*

UOSD Medicina Riabilitativa Intensiva

DIPARTIMENTO ONCOLOGICO

UOC Radioterapia

UOC Chirurgia Generale e Oncologica

UOC Senologia

UOSD Terapia antalgica e Cure
Palliative

UOS DH Oncologico

UOC Oncologia Medica

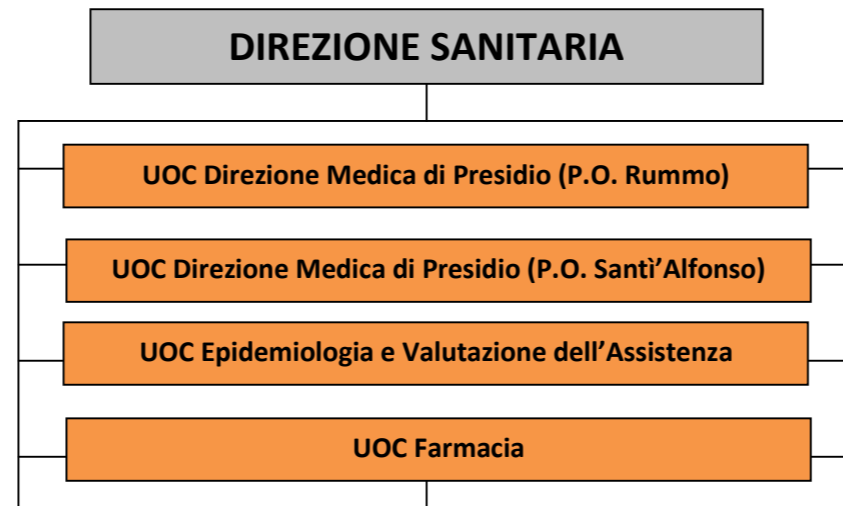
UOC Chirurgia Onco-Addominale

UOSD Day Surgery Senologico

IPASD Coordinamento GOM

DIREZIONE SANITARIA

STAFF



STAFF

DIPARTIMENTI INTERPRESIDIALI

PARTE I Atti della Regione

DIPARTIMENTO DELLE SCIENZE MEDICHE E DELLA LUNGODEGENZA

UOC Medicina Interna

UOS Lungodegenza post-acuzie

UOS Nefrologia e Dialisi

UOC Malattie Infettive

UOC Dermatologia

UOC Reumatologia

UOSD Diabetologia, Malattie
Metaboliche e Nutrizione Clinica

UOSD DH Medico

IPASD Nutrizione e Dietetica –
Medicine Complementari

UOC Medicina Interna

UOS Lungodegenza oncologica

UOS Endocrinologia

DIPARTIMENTO DEI SERVIZI SANITARI E ORGANIZZATIVI

SERVIZI SANITARI

UOC Patologia Clinica

UOS Biologia Molecolare

UOC Anatomia Patologica

UOC Diagnostica per Immagini

*UOS Radiologia Interventistica Extra-
Vascolare*

*UOS Ecografia Centralizzata Diagnostica e
Operativa*

UOSD Immunoematologia e
Trasfusione

SERVIZI ORGANIZZATIVI

UOSD Programmazione, Progettazione,
Valutazione Strategica e Gestione della
Performance

UOSD Medicina del Lavoro

UOSD Preospedalizzazione e Gestione dei
Trasporti

UOSD Implementazione dei Processi e
Monitoraggio delle Attività

IPASD Formazione e Rapporti con
l'Università

IPASD CUP, ALPI, Poliambulatori e PACC

IPASD Servizio Professioni Sanitarie

IPASD Servizio di Prevenzione e
Protezione

IPASD Servizio Tecnico Antincendio