



Regione Campania

Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

DECRETO n. 18 del 18.02.2013

OGGETTO: Approvazione atto di indirizzo per l'adozione dell'atto aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Campania – Ulteriori integrazioni

PREMESSO

che con deliberazione n. 460 del 20 marzo 2007 la Giunta regionale della Campania ha approvato l'accordo attuativo ed il Piano di Rientro dal Disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del SSR ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311;

che in data 24 luglio 2009, la Regione Campania è stata sottoposta a commissariamento ai sensi dell'art. , comma 2, del D.L. 1 ottobre 2007 n. 159, convertito con modificazioni dalla Legge 29 novembre 2007, n. 222;

che con delibera del Consiglio dei Ministri in data 24 aprile 2010 il nuovo Presidente pro-tempore della Regione Campania è stato nominato Commissario ad acta per il Piano di rientro con il compito di proseguire nell'attuazione del Piano stesso secondo Programmi Operativi di cui all'art. 1, comma 88, della legge n. 191 del 2009;

che detta deliberazione, nell'individuare gli atti ai quali attendere in via prioritaria, al punto k) dispone di procedere al completamento dell'assetto territoriale delle Aziende Sanitarie e all'adozione dei nuovi atti aziendali;

che con delibera del Consiglio dei Ministri del 3 marzo 2011 il Consiglio dei Ministri ha nominato il dott. Mario Morlacco ed il dott. Achille Coppola sub Commissari ad acta con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere per l'attuazione del Piano di rientro;

che con delibera del 23 marzo 2012 il consiglio dei Ministri ha consolidato nella persona del sub commissario ad acta dott. Mario Morlacco i compiti in precedenza attribuiti al sub commissario dimissionario dott. Achille Coppola;

PREMESSO altresì

che con decreto del Commissario ad Acta n. 135 del 10.10.2012 pubblicato sul BURC 67 del 22.10.2012, sono stati forniti alle aziende sanitarie specifici indirizzi per l'adozione degli atti aziendali, al fine di garantire che le stesse adottino un modello di organizzazione che realizzi concretamente i principi fondanti del SSR nel rispetto degli obiettivi economici previsti dal Piano di Rientro;

che nell'ultima sezione degli indirizzi di che trattasi, al punto 17 "articolarioni delle unità operative", sono riportati i parametri standard, per l'individuazione delle strutture complesse semplici e semplici dipartimentali, definiti 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;
che la Regione si è riservata di impartire ulteriori indirizzi alle aziende per articolare tali parametri in relazione alla diversa complessità e finalità delle strutture entro e non oltre il termine del 31.12.2012, fermi restando comunque i vincoli finanziari ed organizzativi previsti per il personale dal Piano di Rientro e dai connessi Programmi Operativi.

DATO ATTO

che con decreto del Commissario ad Acta n. 6 del 14.01.2012 sono stati impartiti ulteriori indirizzi con riguardo ai parametri standard per l'articolazione delle unità operative e all'aggiornamento di alcune disposizioni per effetto dell'entrata in vigore della legge 8 novembre 2012 n. 189 di conversione del D.L. 158 del 13 settembre 2012.

CONSIDERATO

Successivamente all'adozione del citato decreto commissariale 6/2012 si è evidenziata la necessità di integrare ulteriormente l'atto di indirizzo al fine di assicurare una maggiore coerenza con la normativa di riferimento;

che per agevolare la comprensione del documento, appare opportuno adottare un testo unico integrato; che, pertanto, il documento allegato al presente decreto, che ne forma parte integrante e sostanziale, annulla e sostituisce integralmente l'allegato al decreto del Commissario ad Acta n. 6 del 14.01.2013; Per tutto quanto esposto in premessa e che qui si intende integralmente riportato

DECRETA

Di approvare l'unito documento "Atto di indirizzo per l'adozione dell'atto aziendale delle aziende sanitarie della Regione Campania" che forma parte integrante e sostanziale del presente decreto e che annulla e sostituisce integralmente l'allegato al decreto del Commissario ad Acta n. 6 del 14.02.2012.

Di disporre che gli atti aziendali siano adottati e trasmessi alla Struttura commissariale ed al Coordinatore delle A.G.C. 19 e 20 per i successivi adempimenti di competenza, entro 60 giorni dalla data di pubblicazione sul BURC del presente provvedimento.

Di riservarsi ogni ulteriore determinazione all'esito della valutazione dei Ministeri del presente provvedimento.

Di inviare il presente provvedimento alle AGC 19 e 20, all'ARSAN alle AASSLL, AA.OO, AAOOUU e IRCCS ed al BURC per la pubblicazione.

Il Coordinatore della AGC 19
Dott. Albino D'Ascoli

Il Direttore Generale ARSAN
Dott.ssa Lia Bertoli

Il Dirigente Settore Ruolo Personale SSR
dell'AGC 19
Avv. Antonio Postiglione

Il Commissario ad Acta
Stefano Caldoro

Si esprime parere favorevole
Il Sub Commissario ad acta
Mario Morlacco

ATTO DI INDIRIZZO PER L'ADOZIONE DELL'ATTO AZIENDALE DELLE AZIENDE SANITARIE DELLA REGIONE CAMPANIA

PRIMA SEZIONE

1. PREMESSA

2. NORMATIVA DI RIFERIMENTO

3. FINALITA'

4. AMBITO DI APPLICAZIONE

5. PRINCIPI GENERALI

5.1 Governo clinico, sicurezza delle cure e controllo qualità

5.2 Clima e benessere organizzativo

5.3 Gestione delle risorse umane

5.4 Formazione continua

5.5 Tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro

6. PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI

6.1 Carta dei servizi

6.2 Conferenza dei servizi

6.3 Consulta socio-sanitaria

6.4 Audit Civico

6.5 Trasparenza e Integrità

7. RELAZIONI SINDACALI

SECONDA SEZIONE

8. SISTEMA DI PROGRAMMAZIONE, VALUTAZIONE E CONTROLLO

8.1 Programmazione

8.2 Controllo di gestione e budget

8.3 Controllo di regolarità amministrativa e contabile

9. SISTEMA INFORMATIVO E NUOVE TECNOLOGIE DELLA INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE

10. COMUNICAZIONE NELLE AZIENDE SANITARIE

TERZA SEZIONE

11. STRUTTURA DELL'ATTO AZIENDALE

11.1 Procedure per l'adozione dell'atto aziendale

11.2 Contenuti dell'atto aziendale

11.3 Regolamenti

QUARTA SEZIONE

12. ASSETTO ISTITUZIONALE DELLE AZIENDE SANITARIE: ORGANI E ORGANISMI

12.1 Organi

12.2 Direttore generale

12.3 Collegio Sindacale

12.4 Collegio di direzione: composizione e funzioni

12.5 Direzione strategica

12.6 Direttore sanitario e Direttore amministrativo

12.7 Direttore sanitario

- 12.8 Direttore amministrativo
- 12.9 Consiglio dei sanitari: composizione e funzioni
- 12.10 Comitati e Commissioni aziendali
- 12.11 Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni.
- 12.12 Ufficio Relazioni con il Pubblico
- 12.13 Unità Organizzativa Gestione rischio clinico e Controllo qualità
- 12.14 Servizio prevenzione e protezione

QUINTA SEZIONE

13. ACQUISTI DI BENI E SERVIZI E PROGRAMMAZIONE E GESTIONE DELLE ATTREZZATURE

- 13.1 Acquisti di beni e servizi
- 13.2 Attrezzature: programmazione, acquisti, gestione e manutenzione

14. PROCEDURE CONTABILI

15. ATTRIBUZIONE E REVOCA DEGLI INCARICHI DIRIGENZIALI E RELATIVE MODALITA' DI VALUTAZIONE

- 15.1 Attribuzione e revoca degli incarichi della dirigenza sanitaria

SESTA SEZIONE

16. ARTICOLAZIONI DELLE AZIENDE SANITARIE

- 16.1 Distretto
- 16.2 Forme organizzative del distretto
- 16.3 Comitato dei Sindaci di Distretto
- 16.4 Dipartimenti
- 16.5 Tipologie di Dipartimento
- 16.6 Direttore di dipartimento
- 16.7 Comitato di dipartimento
- 16.8 Dipartimento di prevenzione
- 16.9 Dipartimento di Salute Mentale
- 16.10 Dipartimento delle Dipendenze
- 16.11 Dipartimento Integrato delle Emergenze
- 16.12 Sanità Penitenziaria
- 16.13 Integrazione Sociosanitaria Aziendale e Rapporti con gli ambiti territoriali sociali
- 16.14 Cure Domiciliari
- 16.15 Servizi delle professioni sanitarie infermieristiche e delle altre professioni tecnico-sanitarie
- 16.16 Presidio ospedaliero

SETTIMA SEZIONE

17. PARAMETRI PER L'INDIVIDUAZIONE DELLE UNITA' OPERATIVE COMPLESSE (UOC) SEMPLICI (UOS) E SEMPLICI (UOSD) DELLE AZIENDE SANITARIE LOCALI, DELLE AZIENDE OSPEDALIERE, DELLE AZIENDE OSPEDALIERE UNIVERSITARIE E DELL'IRCCS DI DIRITTO PUBBLICO

18. CRITERI PER LA INDIVIDUAZIONE DELLE UNITA' OPERATIVE (UOC, UOSD, UOS) IN AMBITO OSPEDALIERO E DELLE FUNZIONI CENTRALI DEI PRESIDI OSPEDALIERI DI ASL E DELLE AZIENDE OSPEDALIERE

19. CRITERI PER LA INDIVIDUAZIONE DELLE UNITÀ OPERATIVE (UOC, UOD, UOS) IN AMBITO NON OSPEDALIERO (Ambito territoriale e delle funzioni centrali aziendali)

20. MODELLI OPERATIVI

- 20.1 Reti professionali
- 20.2 Gruppi Operativi Interdisciplinari
- 20.3 Assetto degli incarichi professionali

ATTO DI INDIRIZZO PER L'ADOZIONE DELL'ATTO AZIENDALE DELLE AZIENDE SANITARIE DELLA REGIONE CAMPANIA

PRIMA SEZIONE

1. PREMessa

L'atto aziendale, da adottarsi ai sensi di quanto disposto dall'articolo 3, comma 1.-bis, del D.Lgs n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, costituisce lo strumento giuridico mediante il quale le aziende sanitarie determinano la propria organizzazione ed il proprio funzionamento, delineando 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. 502/1992 e s.m.i. come modificato dall'art.1 del decreto legislativo n. 168/2000).

La strutturazione dell'Atto Aziendale è tesa ad enfatizzare il ruolo dell'autonomia imprenditoriale delle aziende sanitarie, mediante il ricorso a forme e strumenti di intervento tipici del "diritto privato" e dunque del Codice Civile.

Lo scenario nel quale si va a collocare la scelta del legislatore circa la necessità dell'adozione di un atto così significativo e fondante per l'attività dell'Ente Azienda sanitaria, risponde evidentemente alla logica di delineare un perimetro di operatività che mantenga sempre al centro la finalità sostanziale ed istituzionale tesa sempre e comunque al miglioramento dello stato di salute della popolazione, pur sempre nel rispetto dei vincoli dell'equilibrio economico e della natura pubblicistica del servizio complessivamente reso ed inteso.

Nella dinamica di attribuzioni e relazioni che ne consegue trova dunque determinazione lo scenario strategico di azione ed autonomia in sede aziendale, costituito quindi dalla ampiezza di discrezionalità attribuita, dalla normative di settore vigenti, alla Direzione dell'azienda sanitaria, con la conseguente implicita definizione contingente della "governance", intesa come sistema complesso di vincoli, obiettivi e responsabilità, tutti poggianti e scaturenti dalle interrelazioni sinergiche e dai legami sussistenti tra politiche statuali e regionali, vuoi economiche che sanitarie, a loro volta coerenti con la necessità di assicurare il raccordo con gli obiettivi di finanza pubblica, nel più ampio contesto dello scenario regionale di rispetto dei vincoli e degli obiettivi fissati dal Piano di Rientro dal disavanzo.

Nell'adozione dell'Atto Aziendale che rappresenta l'emblema dell'idea di autonomia ed autogoverno dell'azienda sanitaria da parte del management risulta peraltro imprescindibilmente premesso il rispetto e la coerenza del medesimo documento con le specificità del relativo ordinamento regionale, così come le relazioni e concatenamenti normativi e funzionali con i soggetti istituzionalmente sovraordinati, dalla Regione al Ministero della Salute, garantendo una organizzazione aziendale funzionale al perseguimento degli obiettivi di programmazione regionale e la concreta applicazione dei principi fondanti della pianificazione sanitaria, nonché garantire la parità di trattamento del personale ed omogeneità di azioni in relazione agli obiettivi propri del piano di rientro. Ciò implica un nuovo rapporto istituzionale incentrato non più su una mera struttura gerarchica ma su una nuova metodologia del rapporto incentrata sulla programmazione concertata, individuazione di precise responsabilità di

funzionamento (standard di attività) e verifica trasparente dei risultati (audit interni ed esterni).

L'adozione dell'Atto Aziendale deve, altresì, rispondere a precise logiche di management aziendalistico efficiente ed efficace, in grado di innescare percorsi e processi di gestione che tengano comunque presente il limite dello strumento, che, in quanto modello "aziendale", per quanto tenda a conferire all'azienda sanitaria autonomia amministrativa, tecnica e patrimoniale, costituisce pur sempre un mero strumento gestionale, potenzialmente molto efficace, ma in quanto tale connotato da una propria neutralità che solo una corretta gestione manageriale autenticamente "patient oriented", in senso lato, può indirizzare verso il conseguimento dell'obiettivo di assicurare il più razionale utilizzo possibile delle risorse disponibili per il raggiungimento dei fini che costituiscono la mission aziendale, e più in generale le finalità di politica sanitaria su scala regionale.

2. NORMATIVA DI RIFERIMENTO

La disciplina relativa all'assetto organizzativo delle aziende sanitarie della Campania trova, nell'attuale contesto, il suo principale riferimento nella seguente normativa:

- D.Lgs 502/1992 e s.m.i (da ultimo il decreto legge 13.09.2012 n.158 convertito con modificazioni nella legge 8.11.2012 n. 189);
- Decreto legge 6.07.2012 n.95 convertito con modificazioni nella legge 7.08.2012 n. 135;
- L.R. 2/94 e s.m.i.;
- L.R. 32/94 e s.m.i.;
- L.R. 16/2008 per la parte in vigore;
- DGRC n. 460/2007 "Approvazione del Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del Servizio Sanitario Regionale";
- Decreto del commissario ad acta n. 49/2010 "Riassetto della rete ospedaliera e territoriale" e s.m.i.;
- Decreto del commissario ad acta n. 55/2010 "completamento del riassetto della rete laboratoristica";
- Patto per la salute 2010-2012;
- Decreto del Commissario ad acta n. 22/2011 "Piano Sanitario Regionale 2011-2013";
- Decreto del commissario ad acta n.53/2012 "Approvazione Programmi operativi 2011-2012- Adeguamento per l'anno 2012";

3. FINALITA'

Con il presente atto si intende fornire alle Aziende Sanitarie della Regione Campania specifici indirizzi per l'adozione dei propri atti aziendali, al fine di garantire sia un'organizzazione aziendale coerente e funzionale al perseguimento degli obiettivi di programmazione regionale, anche in relazione ai vincoli propri del Piano di Rientro, sia uniformità di comportamenti e omogeneità di azioni nonché parità di trattamento per il personale.

4. AMBITO DI APPLICAZIONE

I destinatari dell'atto di indirizzo sono:

- **Le Aziende Sanitarie Locali:**

- Azienda Sanitaria Locale Avellino
- Azienda Sanitaria Locale Benevento
- Azienda Sanitaria Locale Caserta
- Azienda Sanitaria Locale Napoli 1 centro
- Azienda Sanitaria Locale Napoli 2 nord
- Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 sud
- Azienda Sanitaria Locale Salerno

- **Le Aziende Ospedaliere:**

- Azienda Ospedaliera "G.Moscato"
- Azienda Ospedaliera "Rummo"
- Azienda Ospedaliera "Sant'Anna e San Sebastiano"
- Azienda Ospedaliera Cardarelli
- Azienda Ospedaliera dei Colli
- Azienda Ospedaliera Santobono – Pausilipon - Annunziata

Il presente atto di indirizzo, inoltre, compatibilmente con le specifiche discipline dettate dalle fonti di riferimento e con quanto previsto dai protocolli d'intesa stipulati con la Regione si applica:

- all'Azienda Ospedaliera Universitaria della Seconda Università degli Studi di Napoli;
- all'Azienda Ospedaliera Universitaria della Università Federico II di Napoli;
- all'Azienda Ospedaliera "Ruggi d'Aragona" di Salerno in fase di costituzione in qualità di Azienda ospedaliera Universitaria dell'Università di Salerno;
- all'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) "G.Pascale"

5. PRINCIPI GENERALI

Gli atti aziendali devono definire un assetto organizzativo e principi e regole di funzionamento in grado di garantire:

- flessibilità organizzativa e procedurale;
- dipartimentalizzazione
- adeguati livelli di qualificazione e economicità dell'attività;
- promozione delle attività valutative e di miglioramento della qualità;
- umanizzazione e personalizzazione dell'assistenza;

- integrazione trasversale delle competenze e dei servizi;
- legittimità, imparzialità e trasparenza dell'azione amministrativa
- decentramento dei poteri gestionali attraverso un organico sistema di deleghe ai dirigenti proposti alle strutture organizzative individuati come centri di responsabilità
- accentramento dei poteri di programmazione e d'indirizzo in capo al Direttore generale, coadiuvato dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo aziendale in rapporto fiduciario

I mutamenti intervenuti nel quadro demografico e socioeconomico, l'identificazione di nuovi rischi, la valutazione del loro impatto sulla salute, la pianificazione e la gestione di iniziative di prevenzione tempestive, efficaci e sostenibili, il nuovo quadro epidemiologico richiedono un significativo cambiamento delle politiche sanitarie poiché i bisogni, sempre più articolati e complessi, i nuovi determinanti di salute - da ricercare nelle condizioni sociali, economiche, culturali e comportamentali di una popolazione - non consentono risposte settoriali, ma richiedono risposte unitarie che considerino la persona nella sua globalità, che tengano conto delle prospettive fisiche, economiche, sociali, culturali, ambientali e di genere della popolazione, delle disuguaglianze nella salute e sappiano garantire assistenza senza soluzione di continuità. Inoltre il progresso culturale e scientifico della medicina e delle scienze sanitarie, associati ad una rilevante evoluzione tecnologica, hanno profondamente ridefinito gli spazi di intervento dei servizi sanitari e reso sempre più evidente che l'obiettivo del sistema deve essere il raggiungimento di importanti "guadagni di salute". Tutto ciò mentre sempre più pressante diventa la necessità di gestire in maniera condivisa, partecipata, efficace ed efficiente le risorse disponibili.

Parimenti è necessario tenere nel dovuto conto che l'equilibrio economico - finanziario si pone quale condizione ineludibile per la sostenibilità dell'intero sistema e che il processo organizzativo da mettere in atto si inserisce in un quadro istituzionale che vede la Regione Campania impegnata con il Piano di Rientro dal disavanzo e pertanto deve garantire la coerenza con le linee di azione e le strategie previste nei programmi operativi regionali.

Nella definizione degli atti aziendali deve anche essere posta particolare attenzione ad alcuni fondamentali strumenti per la gestione dei sistemi sanitari ed in particolare a:

5.1 Governo clinico, sicurezza delle cure e controllo qualità.

Il governo clinico rappresenta il tentativo di perseguire un approccio integrato al problema della qualità dell'assistenza, riconoscendo che non si tratta solo di intervenire sulle singole decisioni cliniche per orientarle verso una migliore appropriatezza, ma anche di fare in modo che i sistemi assistenziali nel loro insieme siano orientati verso questo obiettivo.

Le politiche sanitarie aziendali, ai diversi livelli di governo del sistema, devono avere come presupposto il fatto che la qualità dei servizi sanitari e delle prestazioni da essi erogate, venga assunta come parte integrante delle scelte operate sul piano del governo amministrativo, su quello della organizzazione dei servizi e su quello della formazione dei professionisti che vi operano.

In questo senso, la qualità cessa di essere una sorta di dimensione separata, collaterale e parallela, e diventa invece parte integrante del processo di identificazione degli obiettivi delle singole aziende, dei meccanismi di definizione dei processi organizzativi come pure di quelli che presiedono alla definizione dell'allocazione delle risorse, oltre che, ovviamente, degli strumenti di valutazione

delle attività delle singole unità operative e dei percorsi formativi offerti ai professionisti. In particolare, il monitoraggio di processi e di esiti, mediante un sistema di indicatori e lo sviluppo o l'adattamento e l'aggiornamento di procedure organizzative e di linee guida professionali, la verifica della loro applicazione, nonché l'insieme delle azioni finalizzate al controllo qualità rappresentano i determinanti di un efficace governo clinico.

Le Aziende devono provvedere a dotarsi di strumenti per il governo clinico con particolare attenzione a quelli previsti nel Piano Sanitario Regionale 2011-2013 (decreto del Commissario ad acta n. 22 del 22 marzo 2011) e, nell'atto aziendale, devono esplicitare gli aspetti organizzativi (individuazione di strutture, costituzione di gruppi di lavoro ecc.) più direttamente finalizzati alla loro applicazione.

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.

In particolare, al fine di ridurre i costi connessi al complesso dei rischi relativi alla propria attività le Aziende sanitarie, nell'ambito della loro organizzazione, e senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, curano l'analisi, studiano e adottano le necessarie soluzioni per la gestione dei rischi medesimi per la prevenzione del contenzioso e la riduzione degli oneri assicurativi.

5.2 Clima e benessere organizzativo

Realizzare e mantenere il benessere fisico e psicologico delle persone, attraverso la costruzione di ambienti e relazioni di lavoro che contribuiscano al miglioramento della qualità della vita dei lavoratori e delle prestazioni rappresentano un punto strategico per raggiungere obiettivi di efficacia e di produttività.

Le condizioni emotive dell'ambiente in cui si lavora, la sussistenza di un clima organizzativo che stimoli la creatività e l'apprendimento, l'ergonomia - oltre che la sicurezza - degli ambienti di lavoro, costituiscono elementi di fondamentale importanza ai fini dello sviluppo e dell'efficienza dell'Azienda sanitaria.

In tal senso e' importante offrire agli operatori la possibilità di lavorare in contesti organizzativi che favoriscono gli scambi, la trasparenza e la visibilità dei risultati del lavoro, in ambienti dove esiste un'adeguata attenzione agli spazi architettonici, ai rapporti tra le persone e allo sviluppo professionale. Ciò è necessario ed indispensabile per

- Valorizzare le risorse umane;
- Aumentare la motivazione dei dipendenti;
- Migliorare i rapporti tra i vari dipendenti dell'Azienda sanitaria;
- Accrescere il senso di appartenenza e di soddisfazione per la propria Azienda;
- Migliorare l'immagine interna ed esterna e la qualità dei servizi forniti;
- Diffondere la cultura della partecipazione quale presupposto dell'orientamento al risultato piuttosto della cultura del mero adempimento;

- Prevenire rischi psico-sociali.

5.3 Gestione delle risorse umane

La valorizzazione degli operatori della sanità rappresenta uno degli obiettivi prioritari di una concreta politica sanitaria.

Per conseguire questo obiettivo è necessario che l'azienda:

- predisponga un ambiente di lavoro che stimoli il miglioramento e consolidi i rapporti di collaborazione;
- assicuri che siano ben compresi i compiti da svolgere e gli obiettivi da conseguire;
- verifichi il livello di condivisione degli obiettivi;
- accerti periodicamente la motivazione nel provvedere alla qualità del servizio;
- verifichi i risultati delle iniziative di miglioramento dandone evidenza all'organizzazione;

5.4 Formazione continua

La valorizzazione del lavoro è fattore determinante per la realizzazione dei processi di trasformazione e riorganizzazione all'interno delle Aziende sanitarie al fine di garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all'assistenza. Pertanto, la formazione e l'aggiornamento professionale sono assunti dall'Azienda, come metodo permanente, quale strumento essenziale per il miglioramento continuo della qualità delle prestazioni erogate, per lo sviluppo delle professionalità degli operatori attraverso il costante adeguamento delle competenze, per la realizzazione delle finalità istituzionali e per favorire il consolidarsi di una nuova cultura gestionale improntata al risultato.

La formazione e l'aggiornamento professionale devono essere considerati oltre che acquisizione di saperi, sviluppo di abilità e competenze relazionali, quale strumento propedeutico alla trasmissione di valori, di norme comportamentali e di innovazione, indispensabili per le politiche di gestione delle risorse umane.

La formazione deve rappresentare il punto di incontro tra il sistema organizzativo e la qualità delle prestazioni erogate e deve perseguire la concreta integrazione tra gli operatori che hanno la responsabilità della gestione dei processi produttivi. Inoltre, deve permettere di orientare e integrare le singole professionalità su progetti e risultati comuni in linea con gli obiettivi e gli strumenti di programmazione e gestione propri dell'Azienda sanitaria. 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.

Inoltre, poiché la risorsa umana costituisce il fattore determinante che caratterizza la qualità delle prestazioni erogate dalle strutture sanitarie è prioritario sviluppare politiche formative ed informative orientate al raggiungimento degli obiettivi di salute, attraverso appropriati interventi di salute che assicurino efficacia clinica - efficienza. Anche perché agli operatori del settore è richiesto un costante aggiornamento della professionalità incentrato, oltre che sulle conoscenze tecnico scientifiche specifiche dell'attività di assistenza, anche su conoscenze, competenze

ed abilità di tipo programmatico, organizzativo e gestionale, di cui l'Azienda dovrà farsi carico.

In tal senso ogni Azienda dovrà prevedere, come momento fondamentale dell'azione manageriale, l'elaborazione del piano formativo annuale che sarà costituito dalle attività formative annualmente pianificabili sulla base di obiettivi formativi nazionali, regionali ed aziendali, finanziandolo secondo le norme contrattuali e dall'accordo Stato - Regioni e Province autonome e comunque entro una spesa annua non superiore al 50% della spesa sostenuta nell'anno 2009 (ai sensi dell'art.6 del D.L 78/2010 convertito nella L. 122 del 30 luglio 2010.)

L'azienda nell'atto aziendale istituisce per tale funzione una unità operativa dedicata che fa capo ad una idonea struttura organizzativa.

5.5 Tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro

Gli obblighi a gli adempimenti previsti dal D.Lgs. n. 81/08 e s.m.i., in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro hanno la finalità di individuare e 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 apprendono le professioni sanitarie, dei volontari che donano il loro tempo alla struttura sanitaria e non ultimo dei pazienti stessi.

Obiettivo strategico delle Aziende sanitarie deve essere la promozione di tutte le azioni organizzative e gestionali che, nel breve e medio periodo, possano garantire raggiungimento di un Servizio Sanitario sicuro, efficiente ed in equilibrio con le risorse investite ed i risultati complessivi di salute raggiunti.

In tal senso esse devono assicurare:

- che i Servizi Prevenzione e Protezione aziendali e le attività di Medicina del Lavoro abbiano sia l'organizzazione che le risorse quali-quantitativamente adeguate per il raggiungimento degli scopi di istituto
- che siano presenti competenze multidisciplinari per realizzare la complessiva gestione della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro ed il conseguente adempimento degli obblighi normativi.

6. PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI

L'atto aziendale deve individuare le strategie e le azioni atte a sviluppare adeguati livelli di informazione, accoglienza, tutela e partecipazione dei cittadini, nonché modalità atte a consentire l'attività, all'interno delle strutture sanitarie, delle organizzazioni dei cittadini e delle associazioni non aventi fini di lucro.

A tal fine sui siti istituzionali dell'azienda deve essere prevista, ai sensi e con le modalità di cui all'art. 32 della Legge 18 giugno 2009 n.18 e s.m.i., una specifica sezione ove vengono pubblicati, integralmente, gli atti amministrativi (delibere, determine, etc) e il loro accesso deve essere libero e garantito.

La partecipazione e tutela dei cittadini devono essere garantire anche attraverso:

6.1 Carta dei servizi

La Carta dei servizi è il patto che chi eroga un determinato servizio stringe nei confronti del cittadino/utente e deve essere ispirato ai seguenti principi informativi:

- imparzialità nell'erogazione delle prestazioni e 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.

La Carta dei servizi inoltre deve indicare 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.

I destinatari della Carta dei servizi sanitari sono pertanto tutti coloro che intendono utilizzare i servizi ed usufruire delle prestazioni che l'azienda eroga. Deve, quindi, essere scritta in modo comprensibile a tutti e contenere le informazioni che permettano all'utente di conoscere quali prestazioni e servizi l'azienda stessa si impegna a fornire, ma anche in che quantità, in che modo, in che tempi e con quali standard di qualità.

Nell'atto aziendale il Direttore generale deve riportare i contenuti obbligatori che compongono la carta dei servizi secondo il D.P.C.M. del 19 maggio 1995, deve impegnarsi ad aggiornarla annualmente, e deve individuare gli strumenti per la sua diffusione.

Deve inoltre impegnarsi a pubblicarla sul sito internet dell'azienda.

6.2 Conferenza dei servizi

L'art. 14, comma 4, del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i. dispone che il Direttore generale indice, almeno una volta l'anno, apposita Conferenza dei servizi, quale strumento per verificare l'andamento dei servizi e per individuare interventi tesi al miglioramento delle prestazioni.

Nella Conferenza sono resi 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 Conferenza dei servizi partecipano anche i rappresentanti delle associazioni che hanno stipulato convenzioni o protocolli d'intesa con l'azienda.

Qualora il Direttore generale non provveda, la Conferenza viene convocata, previa diffida, dalla Regione.

L'atto aziendale deve contenere l'impegno della direzione aziendale all'indizione della Conferenza dei servizi nel rispetto della normativa vigente.

6.3 Consulta socio-sanitaria

Presso le aziende sanitarie locali è istituita la Consulta socio-sanitaria quale organismo per la partecipazione e la tutela dei diritti dei cittadini nel rispetto di quanto previsto dall'art. 14, comma 2 del DLgs 502/92 e s.m.i.

la Consulta socio-sanitaria, in particolare:

- fornisce contributi per la programmazione sanitaria e socio sanitaria;
- elabora proposte finalizzate al miglioramento della qualità e dell'umanizzazione dei servizi;
- favorisce la partecipazione consapevole degli utenti e delle forze sociali attraverso dibattiti ed altri mezzi adeguati;
- promuove programmi di educazione sanitaria e collabora per favorire la corretta utilizzazione, da parte dell'utenza, dei servizi e delle prestazioni sanitarie;
- promuove iniziative volte all'attivazione di sistemi di informazione sulle prestazioni erogate, sulle tariffe e sulle modalità di accesso;
- promuove progetti di indagine di gradimento, nonché programmi di ricerca sugli eventi avversi e sulle criticità nell'erogazione dei servizi;
- partecipa alla conferenza dei servizi di cui all'articolo 14, comma 4, del D.lgs. n. 502/92 e s.m.i.

Detto organismo si riunisce almeno ogni quattro mesi su convocazione del Direttore generale o suo delegato che lo presiede.

La Consulta socio-sanitaria è costituita da:

- il direttore sanitario aziendale;
- i direttori di distretto;
- i direttori di dipartimento;
- dal Comitato di rappresentanza dei sindaci;
- da 2 rappresentanti degli organismi di volontariato maggiormente rappresentativi nell'azienda;
- da 2 rappresentanti degli organismi di tutela dei diritti dei cittadini maggiormente rappresentativi nell'azienda;
- il responsabile dell'Ufficio per le Relazioni con il Pubblico;
- il responsabile del coordinamento socio sanitario;

La Consulta socio-sanitaria è costituita con provvedimento del Direttore generale e dura in carica due anni. Il suo funzionamento è disciplinato da apposito regolamento aziendale. Per particolari esigenze, anche legate alle specificità del territorio aziendale, il Direttore generale può, nel provvedimento di costituzione della Consulta, prevedere la partecipazione di altri soggetti istituzionali.

6.4 Audit Civico

L'audit civico rappresenta uno degli strumenti primari per la partecipazione, da parte dei cittadini, alle politiche sanitarie aziendali. E', infatti, una metodologia che ha la finalità di promuovere la valutazione, da parte dei cittadini, della qualità delle prestazioni delle Aziende Sanitarie Locali ed Ospedaliere.

Il processo di Audit civico si basa sull'analisi critica e sistematica delle azioni svolte dalle Aziende, attraverso l'utilizzo di uno strumento metodologico che comporta la definizione di indicatori tramite la co-progettazione tra cittadini e referenti aziendali delle modalità di raccolta dati. I dati forniti dalla rilevazione degli indicatori

verranno confrontati con le informazioni tratte da altri sistemi di monitoraggio delle strutture e dei servizi, quali, ad esempio, l'accreditamento, le segnalazioni dei cittadini, la documentazione riguardante delibere e provvedimenti aziendali, le liste di attesa, le interviste alle direzioni generali e sanitarie e la consultazione delle organizzazioni civiche.

Le Aziende potranno promuovere, in via sperimentale, progetti di Audit Civico, coordinandoli con le iniziative che saranno assunte a livello regionale.

6.5 Trasparenza e Integrità

Il d.lgs. n. 150 del 2009, attribuisce particolare rilievo al tema della trasparenza e dell'integrità valorizzando 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".

La trasparenza viene intesa quale livello essenziale delle prestazioni erogate, ai sensi dell'art. 117, secondo comma, lettera m) della Costituzione.

In tale direzione il "Programma triennale per la trasparenza e l'integrità" diviene strumento principe di attuazione della disciplina della trasparenza finalizzata a garantire sia un adeguato livello di informazione che di legalità tesa allo sviluppo della cultura dell'integrità.

Con riferimento a tale Programma, la Commissione indipendente per la valutazione, l'integrità e la trasparenza (Civit) ha emanato la delibera n. 105 del 15 ottobre 2010, contenente apposite linee guida che indicano il contenuto minimo e le caratteristiche essenziali del Programma triennale, a partire dai dati che devono essere pubblicati sul sito istituzionale e relative modalità di pubblicazione.

Il Programma è strutturato nelle seguenti parti, a loro volta suscettibili di articolazioni più specifiche:

- 1) Selezione dei dati da pubblicare
- 2) Descrizione delle modalità di pubblicazione on line dei dati
- 3) Descrizione delle iniziative
- 4) Sezione Programmatica
- 5) Collegamenti con il piano della performance
- 6) Descrizione del processo di coinvolgimento dei portatori di interesse (stakeholders)
- 7) Posta elettronica certificata
- 8) Giornate della trasparenza

Per quanto attiene al buon andamento dei servizi pubblici e alla corretta gestione delle relative risorse, la pubblicazione on line dei dati consente a tutti i cittadini un'effettiva conoscenza dell'azione delle pubbliche amministrazioni, con il fine di agevolare la pubblicità delle informazioni alla collettività. La suddetta pubblicità, consentendo dunque una effettiva conoscenza dell'azione delle Amministrazioni, costituisce il principale strumento informativo dell'andamento della performance e del raggiungimento degli obiettivi espressi nel più generale ciclo di gestione della medesima. In altri termini, si persegue la finalità di mettere a disposizione di tutti i cittadini i dati principali sull'andamento dell'amministrazione quali: gli obiettivi; i

tempi di realizzazione, i costi specifici e le relative risorse, le modalità adottate e le procedure gestionali ed amministrative.

A tal fine le Aziende Sanitarie dovranno, nei propri atti aziendali, descrivere lo stato di attuazione relativamente alle modalità organizzative sinora realizzate e alle risorse dedicate.

7. RELAZIONI SINDACALI

Il processo di programmazione aziendale deve prevedere la consultazione delle parti interessate, in particolare quelle rappresentative di interessi collettivi come le OO.SS e le rappresentanze sindacali unitarie dei lavoratori. L'atto aziendale dovrà pertanto definire adeguate regole di partecipazione del personale, attraverso le loro rappresentanze, per affrontare i problemi organizzativi, per valutare il lavoro e migliorare quantitativamente e qualitativamente l'offerta dei servizi e delle prestazioni.

In base a queste premesse e a quanto previsto dai contratti collettivi nazionali, dovrà essere affermato il principio per cui la correttezza delle relazioni sindacali, la reciproca autonomia e la chiara distinzione dei ruoli, ma nel contempo un'effettiva assunzione e riconoscimento delle reciproche responsabilità, la precisa individuazione dei confini fra contrattazione decentrata, concertazione, informazione e consultazione, diventino aspetti ineludibili per un trasparente e proficuo espletamento delle rispettive attività con l'obiettivo di contemperare 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.

L'atto aziendale descrive le competenze, le procedure ed i termini della informazione, consultazione, contrattazione e concertazione interna ed esterna.

Tale previsione si concretizza attraverso "Il regolamento delle relazioni sindacali"

Il regolamento dovrà prevedere certezza della informazione preventiva alle OO.SS. ed alle Rappresentanze Unitarie dei lavoratori di tutti gli atti inerenti interventi sull'organizzazione del lavoro e su tutti gli atti che hanno riflesso sui rapporti di lavoro. Il regolamento, inoltre, dovrà prevedere certezza e regole per le sessioni di concertazione, consultazione e contrattazione.

Infine, il regolamento dovrà prevedere la garanzia dell'effettiva fruizione delle prerogative e diritti per l'esercizio dell'attività sindacali.

In ogni caso il regolamento dovrà tener conto, nella sua formulazione, delle prerogative sindacali stabilite dai CCNL, conformemente a quanto disposto dal D.lgs. 150/2009, come modificato ed integrato dal D.lgs. 141/2011.

SECONDA SEZIONE

8. SISTEMA DI PROGRAMMAZIONE, VALUTAZIONE E CONTROLLO

8.1 Programmazione

Nell'ambito del processo di pianificazione, l'Azienda predispone, nel rispetto delle normative vigenti e dei vincoli della programmazione regionale, il programma annuale delle attività, nel quale vengono evidenziate le azioni ed i volumi produttivi delle singole specialità, il relativo assorbimento di risorse, gli investimenti e, nel rispetto della legislazione regionale vigente in materia di bilanci, il conto economico dei costi e ricavi previsti per l'esercizio annuale di riferimento, dando così evidenza della programmazione economico-finanziaria di periodo .

La programmazione annuale costituisce il primo step di riferimento operativo-gestionale, oltre che di spesa, rispetto al periodo triennale di pianificazione che trova invece esplicitazione nella pianificazione pluriennale, e come tale deve essere coerente e compatibile con la mission istituzionale attribuita alle aziende in sede di politica economico-sanitaria regionale .

Gli atti di programmazione rivestono un'importanza strategica, in quanto definiscono gli obiettivi, i progetti e le azioni che caratterizzano l'attività sanitaria e mettono in evidenza i processi organizzativi attraverso i quali si rende possibile la loro realizzazione, in uno con la relativa valutazione di incidenza economica . Essi devono assicurare idonea trasversalità, dovendo necessariamente coinvolgere diverse competenze dell'organizzazione aziendale, in modo da integrare funzionalmente le unità operative di volta in volta più direttamente interessate, assicurando in tal modo al processo la necessaria organicità e compiutezza .

Detta programmazione, inoltre, non può basarsi unicamente su criteri e valutazioni di efficienza ed economicità, dovendo essere prioritariamente connotata da valutazioni relative alla qualità ed appropriatezza delle prestazioni in rapporto ai bisogni di salute attesi .

La programmazione deve tradursi, quindi, in un complesso di decisioni strategiche in grado di delineare un insieme integrato e coordinato di criteri, strumenti e procedure, finalizzati ad attuare un complesso sinergico di azioni operative, coerenti con la pianificazione strategica, i cui risultati devono essere posti a verifica circa la rispondenza all'andamento gestionale con riguardo agli obiettivi prefissati di periodo.

Il programma delle attività deve essere articolato, quindi, come un documento che espone e giustifica i progetti, le risorse necessarie e le modalità organizzative/gestionali utili al perseguimento degli obiettivi socio-sanitari in relazione alla normativa e pianificazione vigente .

I processi di cui sopra e le modalità di connessione con il sistema di controllo di gestione sono oggetto di specifica regolamentazione interna all'Azienda .

8.2 Controllo di gestione

L'attività economica delle aziende sanitarie deve essere ispirata alla razionale gestione delle risorse attribuite ed introitate, mediante valutazioni comparative dei costi, dei

rendimenti, dei risultati .

Al fine di garantire un costante monitoraggio dell'esercizio annuale, l'azienda definisce, implementa ed utilizza le tecniche di controllo di gestione, predisponendo un sistema di contabilità analitica coerente con i diversi livelli di responsabilità previsti dal modello organizzativo, assicurando, in particolare, l'adozione di strumenti e modalità di controllo che consentano l'utilizzazione dello strumento oltre la sfera di mera valutazione economica dell'efficienza gestionale, a supporto esclusivo della direzione generale, per evolvere invece verso una connotazione dello strumento di controllo che assuma funzioni più dinamiche ed interrelabili, di supporto metodologico ed operativo alla direzione aziendale ed ai vari livelli in cui essa si articola, nella gestione del processo di programmazione e controllo.

Su tale sistema di contabilità l'Azienda basa i processi organizzativi propri del controllo di gestione, attuando in particolare le seguenti macro-fasi:

- definizione degli standard prestazionali di ciascuna struttura;
- negoziazione degli obiettivi e delle risorse;
- consuntivazione continuativa dei risultati e alimentazione delle banche dati;
- progettazione ed implementazione del sistema di reporting finalizzato a consentire una sistematica rilevazione dei costi e dei ricavi relativi alle diverse articolazioni aziendali (contabilità per centri di costo); costi e ricavi che rapportati ad una serie di dati relativi alle risorse disponibili ed alle prestazioni erogate consentano valutazioni di efficienza ed economicità;
- progettazione e sviluppo di specifici approfondimenti aventi per obiettivo valutazioni di efficienza, efficacia ed economicità;
- progettazione e sviluppo di specifici modelli di rilevazione ed analisi dei dati gestionali di periodo, anche infrannuale, almeno trimestrale (all'atto delle rilevazioni CE), in grado di rilevare, in particolare, scostamenti della spesa corrente rispetto alla spesa previsionale di periodo e/o comunque elementi indicativi di andamento non fisiologico della spesa gestionale;
- analisi degli scostamenti ed azioni correttive.

Ai fini dell'implementazione del controllo di gestione le aziende devono definire:

- l'unità o le unità responsabili della progettazione e del controllo di gestione;
- le unità organizzative 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;
- l'insieme dei prodotti a delle finalità dell'azione amministrativa, con riferimento all'intera amministrazione o a singole unità organizzative;
- le modalità di rilevazione e ripartizione dei costi tra le unità organizzative e di individuazione degli obiettivi per cui i costi sono sostenuti;
- gli indicatori specifici per misurare efficacia, efficienza ed economicità;
- la frequenza di rilevazione delle informazioni.

Inoltre esse devono progettare, sviluppare ed utilizzare il proprio sistema informativo-informatico e le relative banche dati in modo da consentire la realizzazione di tale processo .

L'introduzione del controllo di gestione nelle aziende sanitarie costituisce uno specifico

obbligo normativo sancito dall'articolo 4 del decreto legislativo 286 del 30 luglio 1999 (riordino e potenziamento dei meccanismi e strumenti di monitoraggio e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati dell'attività svolta dalle amministrazioni pubbliche).

I processi di cui sopra e le modalità di connessione con il sistema di controllo di gestione sono oggetto di specifica regolamentazione interna all'Azienda.

L'azienda nell'atto aziendale istituisce per tale funzione una unità operativa dedicata che fa capo ad una idonea struttura organizzativa.

8.3 Controllo di regolarità amministrativa e contabile

Ai controlli di regolarità amministrativa e contabile provvedono gli organi appositamente previsti dall'art. 3 ter del D.Lvo. 502/92 e s.m.i. per la cui composizione e compiti si rinvia al paragrafo 12.3

Le verifiche di regolarità amministrativa e contabile devono rispettare, in quanto applicabili alla pubblica amministrazione, i principi del codice civile.

9. SISTEMA INFORMATIVO E LE NUOVE TECNOLOGIE DELLA INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE

Il sistema informativo delle aziende sanitarie è l'insieme:

- delle informazioni prodotte, trasformate ed utilizzate durante l'esecuzione dei processi aziendali;
- delle modalità con cui esse sono gestite;
- delle risorse sia umane sia tecnologiche coinvolte.

La Regione Campania ritiene, dunque, strategico il ruolo del Sistema Informativo Sanitario Aziendale e Regionale (SISR) perché esso produce la conoscenza dei fenomeni e degli eventi in maniera analitica, completa, accurata, tempestiva ed omogenea.

Tale conoscenza costituisce il necessario presupposto per programmare ed organizzare un'offerta dei servizi efficace ed efficiente.

I dati raccolti dalle Aziende campane devono consentire una lettura integrata degli eventi da essi rappresentati. La finalità sottesa a tale sforzo risiede nella possibilità di ottenere in maniera strutturata informazioni di sintesi che attengono da un lato alla domanda e all'offerta di Servizi Sanitari, da un altro allo stato di salute della popolazione e da un altro ancora alla gestione dell'azienda.

A tal fine, le aziende devono prevedere il potenziamento e la riorganizzazione dei Sistemi Informativi aziendali le cui linee direttrici, coerenti con lo sviluppo del NSIS e del SISR e con gli indirizzi già contenuti nel Piano Sanitario Regionale 2010 - 2012, devono essere definite nell'atto aziendale.

Le aziende devono inoltre impegnarsi a promuovere, in linea con quanto disposto per le pubbliche amministrazioni dal nuovo Codice dell'amministrazione digitale (D.lgs. n.235/2010) l'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.

In tal senso la dematerializzazione intesa quale complesso intervento di semplificazione dei processi e di diminuzione delle fasi e dei passaggi del processo

decisionale, snellimento dei procedimenti, semplificazione, governo del ciclo del documento in tutte le sue fasi incluso quello della conservazione, comunicazione digitale, controllo e riduzione del *digital divide*, rappresenta attualmente uno degli elementi di maggior rilievo all'interno dei processi di riforma dell'attività amministrativa e costituisce una delle linee di azione maggiormente significative anche a fini della riduzione della spesa pubblica in termini sia di risparmi diretti (carta, spazi) sia di risparmi indiretti (tempo, efficienza ecc.).

La dematerializzazione, in uno con lo sviluppo dei sistemi comunicativi, l'utilizzo costante e diffuso della rete aziendale intranet, per le comunicazioni interne, e i portali per la comunicazione, per quelle esterne, l'utilizzo e diffusione della poste certificate (PEC e CECAPAC), permette di facilitare il processo di *democratizzazione aziendale* con un migliore e puntuale dialogo sia tra le diverse strutture organizzative sia con i dipendenti che con i cittadini utenti.

La dematerializzazione deve riguardare, dunque, sia la conservazione dei documenti amministrativi e sanitari che la comunicazione e lo scambio documentale, nell'ambito dell'azienda stessa e tra questa e l'esterno. Tale obiettivo è reso possibile, tra l'altro, dal ricorso alle nuove tecnologie della firma digitale e della posta elettronica certificata.

Le tecnologie digitali devono anche essere messe al servizio del cittadino. A tal proposito è opportuno richiamare l'attenzione sull'utilizzo dei siti web aziendali come strumento di comunicazione aperto e trasparente che, come tale, può essere di notevole valore in sanità in quanto, tra l'altro, offre l'opportunità alle strutture sanitarie di rendere pubbliche informazioni di estrema utilità per i cittadini sui servizi offerti, sulle modalità di fruizione degli stessi, sui tempi di attesa per le prestazioni. Per essere di effettiva utilità è necessario che le aziende ne curino non solo l'allestimento ma il costante arricchimento ed aggiornamento.

Naturalmente l'utilizzo di tali tecnologie deve essere attentamente regolamentata e gli elementi fondamentali di tale azione regolatrice devono essere inclusi nell'atto aziendale.

L'azienda nell'atto aziendale istituisce per tale funzione una unità operativa dedicata che fa capo ad una idonea struttura organizzativa.

10. LA COMUNICAZIONE NELLE AZIENDE SANITARIE

La comunicazione istituzionale rappresenta uno dei terreni su cui si gioca la sfida del cambiamento. Attraverso le attività di informazione e comunicazione le aziende possono, infatti, da una parte rispondere ai doveri di trasparenza, imparzialità e parità di accesso che le leggi assicurano a tutti i cittadini, dall'altra diventare organizzazioni capaci di agire il proprio mandato istituzionale con un maggiore livello di coerenza rispetto ai bisogni dei cittadini.

I mutamenti nella struttura sociale hanno portato a nuove configurazioni nei rapporti interni alla società che attivano una domanda di relazione più personalizzata e richiedono alle istituzioni la capacità di fornire risposte sempre più complesse, estese e differenziate. Nel contempo una più diffusa consapevolezza dei diritti di cittadinanza modifica la relazione tra cittadini e amministrazioni.

Comunicare con i cittadini in maniera studiata, meditata ed integrata stimola la percezione e trasmette l'idea di una struttura amministrativa che funziona e che agisce in maniera coordinata.

Per questo le attività di comunicazione accompagnano le strategie dell'organizzazione e si configurano come uno strumento del policy making in tutte

le sue fasi, dalla individuazione dei problemi fino alla valutazione degli impatti prodotti dalle azioni amministrative.

Affinché le aziende possano raggiungere i propri obiettivi strategici, è necessario, quindi, adottare sistemi di comunicazione interna ed esterna convergenti ed idonei al risultato.

In questa concezione la comunicazione interna intesa come messa in comune di esperienze, valori, responsabilità, come creazione di identità e di condivisione dei processi organizzativi, diventa, al pari della comunicazione esterna, motore dello sviluppo e quindi leva organizzativa strategica.

La comunicazione interna si pone come complementare e funzionale alla comunicazione esterna, dalla quale si distingue perché veicolo principale per condividere qualsiasi tipo di messaggio, sia informativo che funzionale, da parte del pubblico interno all'azienda stessa. La circolazione del flusso di informazioni deve essere convogliata in una rete strutturata di canali di divulgazione, in modo che sia facilmente fruibile e riconoscibile, sia per essere consultata che per essere alimentata.

Ogni dipendente deve poter essere messo nelle condizioni di conoscere i programmi della propria azienda e individuare il senso del proprio ruolo e lavoro all'interno di questi programmi. Perciò la comunicazione interna deve rendere espliciti, nell'organizzazione, i diversi apporti ma, soprattutto, ne deve valorizzare le integrazioni. Si tratta di rendere riconoscibile il ruolo di ciascuno ma anche di comunicare come tutti concorrono al raggiungimento delle sfide strategiche e degli obiettivi operativi che l'azienda si è data.

Ciò è possibile attivando tipologie di comunicazione interna basate su processi di condivisione delle conoscenze e rispondenti a logiche differenti, che vanno ad incidere sul ruolo di appartenenza:

- strategia dell'informazione per guidare il personale dipendente (informare per guidare);
- strategia dell'informazione per motivare il personale dipendente (informare per motivare);
- strategia della comunicazione per cambiare l'organizzazione (comunicare per cambiare).

Al fine di garantire livelli di comunicazioni uniformi le aziende sanitarie sono tenute a predisporre annualmente il piano di comunicazione.

Il Piano di comunicazione è uno degli strumenti in grado di coniugare strategie, obiettivi, destinatari, azioni e strumenti di comunicazione secondo un disegno organico e razionale.

In questa accezione, dunque, il piano di comunicazione aiuta il governo della comunicazione nel senso che ne consente la finalizzazione (perché comunicare), ne individua gli attori (chi comunica e a quali destinatari), ne indica i prodotti (cosa si deve realizzare), ed indica con quali strumenti e con quali risorse si deve effettuare.

Il piano di comunicazione è, quindi, uno strumento che consente di programmare e gestire le azioni di comunicazione per il raggiungimento di specifici obiettivi strategici e di comunicazione dell'azienda. E' finalizzato al perseguimento di tre possibili obiettivi:

- in primo luogo, quello strategico, in quanto può aiutare l'organizzazione nell'implementazione delle proprie politiche;

- in secondo luogo, la facilitazione della convergenza tra le logiche della comunicazione interna e quelle della comunicazione esterna dell'azienda, favorendo quella che si può definire come comunicazione integrata;
- in terzo luogo, quello di incentivare la costruzione di relazioni bidirezionali tra l'organizzazione e i suoi pubblici di riferimento. Si tratta di relazioni consapevoli e costanti nel tempo, non casuali o episodiche, finalizzate alla coproduzione di senso e significati nello scambio comunicativo tra l'azienda e i suoi destinatari.

La costruzione del piano di comunicazione è un processo organizzativo che si articola in tre fasi distinte:

- pianificazione e redazione, fase in cui si arriva alla stesura del piano e che prevede l'analisi del contesto sia interno che esterno e la definizione di alcune variabili fondamentali quali:
 - la segmentazione dei pubblici di riferimento l'individuazione dei target delle proprie azioni comunicative in modo tale da renderle efficaci e adeguate calibrandole sulle caratteristiche del pubblico esterno e degli attori interni a cui si rivolgono..
 - la definizione degli stakeholder:, ovvero coloro che possono essere definiti come soggetti "portatori di interesse della comunità". (ad es. enti locali territoriali, associazioni, ecc.);
- implementazione, fase della gestione e della concreta realizzazione dello stesso che deve essere affidata, in primo luogo, a chi detiene la responsabilità formale della comunicazione, ovvero le strutture che si occupano della comunicazione e delle relazioni esterne, gli Uffici Relazioni con il pubblico, gli uffici stampa o gli uffici di informatica e web, coerentemente con il ruolo svolto nella fase di pianificazione, ed in secondo luogo, deve coniugarsi con il coinvolgimento e la partecipazione di altri soggetti appartenenti alla struttura;
- valutazione, fase di verifica dei risultati ottenuti, dell'impatto e degli effetti generati sul contesto interno ed esterno all'ente e delle eventuali discrepanze tra questi e gli obiettivi prefissati.

Intendere il piano di comunicazione nella sua dimensione processuale significa non ridurlo a semplice documento che elenca le azioni comunicative dell'azienda, ma pensarlo come un processo che attraversa l'azienda stessa, che la coinvolge interamente e la modifica nelle sue modalità organizzative.

Pertanto, il metodo di redazione del piano di comunicazione deve almeno contenere:

- l'analisi dello scenario;
- l'individuazione degli obiettivi di comunicazione;
- l'individuazione dei soggetti di riferimento;
- le scelte strategiche e di contenuto;
- l'individuazione delle azioni e degli strumenti di comunicazione;
- la misurazione dei risultati.

Altro aspetto da evidenziare fortemente nei piani di comunicazione aziendale è quello relativo agli strumenti di ICT - Tecnologie dell'informazione e della comunicazione. La diffusione dei supporti tecnologici, con un riferimento particolare

alle tecnologie informatiche, ha aumentato di gran lunga le potenzialità offerte dalla comunicazione in termini di capillarità di velocità di diffusione del messaggio.

Pertanto, nel Piano di Comunicazione devono essere previsti lo sviluppo di varie soluzioni tecnologiche per scambiare informazioni e attivare relazioni, sia all'interno dell'Azienda, sia con i cittadini.

L'azienda nell'atto aziendale istituisce per tale funzione una unità operativa dedicata che fa capo ad una idonea struttura organizzativa.

TERZA SEZIONE

11. STRUTTURA DELL'ATTO AZIENDALE

11.1 Procedure per l'adozione dell'atto aziendale

L'atto aziendale è 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.

Il Commissario ad Acta per il Piano di Rientro effettua, per il tramite degli uffici regionali all'uopo preposti, la verifica della conformità dell'atto aziendale al presente atto d'indirizzo e alle linee di programmazione regionale.

Qualora il Commissario ad Acta per il Piano di Rientro rilevi la mancanza di conformità dell'atto aziendale alle presenti linee di indirizzo e alle linee di programmazione regionale, rinvia l'atto medesimo al Direttore generale per i necessari adeguamenti.

Sulla scorta degli eventuali rilievi effettuati, l'azienda provvede, entro i successivi 15 giorni, alla regolarizzazione dei contenuti e al recepimento delle indicazioni regionali.

A seguito della approvazione dell'atto aziendale da parte del commissario ad acta lo stesso sarà pubblicato sul BURC. L'azienda provvederà quindi alla pubblicazione sul proprio sito web.

L'atto aziendale può essere successivamente modificato dal Direttore generale, con la procedura di cui ai precedenti capoversi. Il provvedimento di modifica dovrà contenere le relative motivazioni. L'atto aziendale così modificato dovrà nuovamente essere approvato dal Commissario ad Acta e quindi pubblicato sul BURC e sul sito web dell'azienda.

11.2 Contenuti dell'atto aziendale

I contenuti dell'atto aziendale discendono direttamente dalle norme del D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i., e da altre norme della legislazione nazionale e regionale. L' art. 3, comma 1 bis del D.Lvo 502/92 recita "In funzione del perseguimento dei loro fini istituzionali, le unità sanitarie locali si costituiscono in aziende con personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale; la loro organizzazione ed il funzionamento sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato, nel rispetto dei principi e criteri previsti da disposizioni regionali. L'atto aziendale individua le strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico-professionale, soggette a rendicontazione analitica"

Con l'atto aziendale, quindi, le aziende sanitarie adottano un documento che deve essere rappresentativo della complessità aziendale con tutte le caratteristiche strutturali e con il quale vengono almeno definiti:

- la sede legale e il logo aziendale;
- la missione aziendale, intesa come scopo ultimo della azienda che giustifica la sua esistenza;
- i dati demografici ed epidemiologici che caratterizzano la popolazione;

- una mappa geografica e/o topografica che descriva l'ambito territoriale dell'Azienda, con l'individuazione e la dislocazione dei distretti (specificandone la sede) e con i presidi ospedalieri ed i relativi posti letto distinti per specialità (secondo quanto previsto nella pianificazione attuativa del decreto commissariale 49/2010 approvata con specifico decreto del Commissario ad acta);
- l'individuazione, tramite uno specifico allegato all'atto aziendale, dei dipartimenti, delle unità operative complesse, semplici dipartimentali e semplici, nonché dei coordinamenti e delle posizioni organizzative, come rideterminati a seguito della riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale, sulla base delle indicazioni contenute nei programmi operativi e delle presenti linee guida. Per ognuna delle citate articolazioni aziendali deve essere riportato:
 - o il numero di personale dipendente a tempo determinato e indeterminato distinto per ruoli, discipline, profilo professionali e tipologia di contratto;
 - o il numero di specialisti ambulatoriali a tempo determinato e indeterminato distinto per specialità e per numero di ore assegnate;
- gli organi e gli organismi aziendali e la relativa disciplina per la composizione e le funzioni;
- le funzioni attribuite al Direttore sanitario e al Direttore amministrativo, le attribuzioni dei 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 rapporto e di collaborazione dell'azienda con le altre aziende sanitarie nonché con eventuali enti ed organismi, di cui all'articolo 4, comma 3, del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i.;
- 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 D.Lgs. n. 28/2010 che detta la nuova disciplina sulla mediazione finalizzata alla conciliazione nelle controversie civili e commerciali.

In ogni deliberazione o altro provvedimento aziendale successivo, che riguardi anche indirettamente l'assetto organizzativo dell'azienda (ad es. l'affidamento di incarichi), il Direttore generale dovrà attestare che la statuizione è conforme alle previsioni dell'atto aziendale.

11.3 Regolamenti

I Direttori Generali delle aziende sanitarie o i Commissari Straordinari, entro 90 giorni dall'approvazione dell'atto aziendale da parte degli organismi regionali competenti, ai fini di una sua corretta e completa applicazione, procedono all'adozione di regolamenti interni nelle seguenti materie:

- modalità di funzionamento del consiglio dei sanitari,
- modalità di funzionamento del 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 contratta direttamente la fornitura di beni e servizi nel rispetto del decreto legislativo 12 aprile 2006, n. 163 e s.m.i. (c.d. Codice degli Appalti Pubblici);
- formazione e l'aggiornamento professionale;
- modalità di gestione per obiettivi e di negoziazione del budget, nonché collegamento con il sistema premiante;
- modalità di funzionamento dei distretti e 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, ex art. 57 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 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;
- attività libero professionale "intramoenia" – Il regolamento dovrà contenere l'impegno da parte delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, delle aziende ospedaliere universitarie e dell'IRCCS di diritto pubblico a gestire, con integrale responsabilità propria, l'attività libero professionale intramuraria, al fine di garantirne il corretto esercizio e dovrà essere adottato in coerenza con le norme di cui alla Legge 3 agosto 2007 n.120 e tenendo conto delle modifiche e integrazioni apportate dal D.L. 13 settembre 2012 n.158 convertito con modificazioni dalla Legge 8 novembre 2012 n. 189. Tali modifiche ed integrazioni vanno recepite nel regolamento per le disposizioni immediatamente applicabili da parte delle aziende sanitarie e che, quindi, non richiedono l'emanazione di provvedimenti centrali cui la regione dovrà dare attuazione attraverso l'emanazione di linee guida. Ci si riferisce, quindi, in particolare alle norme di cui all'art. 1 della Legge 120/2007 comma 4 lettere a), b), c), d), e) e ai commi 5 e 9.
- Potranno, altresì, essere adottati altri regolamenti interni per definire il funzionamento di altri organismi istituiti con l'atto aziendale e per l'organizzazione di altri settori di attività, nonché i regolamenti che eventualmente si rendano necessari in attuazione di normative nazionali a regionali.

Tutti i regolamenti adottati dovranno essere pubblicati sui siti web aziendali.

QUARTA SEZIONE

12. ASSETTO ISTITUZIONALE DELLE AZIENDE SANITARIE: ORGANI E ORGANISMI

12.1 Organi

Ai sensi dell'articolo 3 del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. sono organi dell'azienda:

- il Direttore Generale;
- il Collegio Sindacale;
- il Collegio di direzione

Nelle Aziende ospedaliero universitarie e nell'IRCCS "G.Pascale" il Collegio di direzione integra gli organi già previsti dalle relative norme vigenti.

12.2 Direttore Generale

Il Direttore generale delle aziende sanitarie 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, e 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.

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 D.Lvo 502/92 e s.m.i.

Il contratto è sottoscritto sulla base di uno schema approvato dalla Giunta regionale.

L'autonomo e pieno esercizio, da parte del Direttore generale, 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 collegio sindacale, cui sono affidati i compiti di vigilanza sull'osservanza delle leggi e dei regolamenti e la verifica sull'attività contabile dell'azienda.
- 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.

In particolare nelle Aziende Sanitarie Locali il cui ambito territoriale coincide con quello del comune spetta al Sindaco e a un suo delegato la rappresentanza del comune per le seguenti funzioni:

- provvedere alla definizione, nell'ambito della programmazione regionale delle linee di indirizzo per l'impostazione programmatica delle attività dell'azienda;
- esaminare il bilancio pluriennale di previsione ed il bilancio di esercizio e rimettere alla Giunta regionale le relative osservazioni;

- verificare l'andamento generale dell'attività segnalando al Direttore Generale e alla Giunta regionale valutazioni e proposte anche con le finalità di assicurare l'adeguata erogazione delle prestazioni previste dai livelli uniformi di assistenza;
- contribuire alla definizione dei piani attuativi programmatici dell'Azienda sanitaria Locale trasmettendo al Direttore Generale e alla Giunta regionale valutazioni e proposte.

Nelle Aziende Sanitarie Locali il cui ambito territoriale non coincide con il territorio del comune le funzioni del Sindaco sono svolte dalla Conferenza dei Sindaci dei comuni ricompresi nell'ambito territoriale di ciascuna Azienda Sanitaria Locale costituita nel suo seno da 5 componenti nominati dalla stessa Conferenza con le modalità di cui alla L.R. 31 luglio 2012 n. 23.

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, ex art. 57 D. Lgs. 165/2001 e s.m.i. e di qualunque altro organismo previsto dalla normativa vigente e dall'atto aziendale
- all'adozione dell'atto aziendale e delle sue modificazioni ed integrazioni;
- all'adozione degli atti regolamentari e di tutti quelli che si rendono necessari in attuazione di normative nazionali e regionali;
- all'adozione degli atti di organizzazione interna dei presidi ospedalieri, dei distretti dei dipartimenti e dei servizi centrali e nonché alla nomina e alla revoca dei responsabili delle strutture operative dell'azienda e al conferimento degli incarichi professionali;
- all'adozione del piano attuativo locale e del programma delle attività territoriali;
- alla adozione del documento per la valutazione dei rischi e la nomina del responsabile del servizio di prevenzione e protezione. Tale responsabile deve essere 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;
- alla determinazione della dotazione organica aziendale;
- 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 locale, del programma delle attività territoriali, nonché degli altri atti programmatici con cui sono definiti gli obiettivi e le priorità per la gestione dell'azienda sanitaria e 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 indicati dalla legislazione regionale vigente
- all'assolvimento di ogni altro compito previsto dalle leggi.

In relazione alle funzioni di cui sopra, al fine di mantenere distinte quelle rientranti negli atti di alta amministrazione da quelle di carattere gestionale, le funzioni attribuite al Direttore generale devono essere distinte in:

- funzioni ad esso esclusivamente riservate;
- funzioni delegabili, in tutto o in parte, ai direttori sanitario ed amministrativo e agli altri dirigenti dell'azienda.

Rimangono di esclusiva competenza del Direttore generale le funzioni di alta amministrazione (cioè quelle più propriamente "di governo"), mentre sono delegabili 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.

Le funzioni gestionali, esercitate dai dirigenti delle aziende ai diversi livelli, possono essere:

- funzioni delegate dal Direttore generale con tutti i limiti, le implicazioni e le conseguenze derivanti dall'istituto della delega;
- 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.

12.3 Collegio Sindacale

Il collegio sindacale delle aziende sanitarie è nominato dal Direttore generale ed è composto da cinque membri, ai sensi dell'art. 3 ter del D.Lgs. 502/92 e s.m.i. e della Legge Regionale 7.8.1996 n. 17 e s.m.i.

Il collegio sindacale, nella prima seduta convocata dal Direttore generale entro cinque giorni dal provvedimento di nomina, elegge il Presidente secondo le modalità previste dalle norme.

Detto organo :

- verifica l'amministrazione dell'azienda sotto il profilo economico;
- vigila sull'osservanza delle leggi;
- 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;
- fornisce al Direttore generale indicazioni utili alla corretta gestione aziendale e provvede ad ogni altro adempimento previsto dalla legislazione vigente e dall'atto aziendale;
- riferisce almeno trimestralmente alla Regione, anche su richiesta di quest'ultima, sui risultati del riscontro eseguito, denunciando immediatamente i fatti se vi è fondato sospetto di gravi irregolarità;
- trasmette periodicamente, e comunque con cadenza almeno semestrale, una propria relazione sull'andamento dell'attività dell'unità sanitaria locale o dell'azienda ospedaliera rispettivamente alla Conferenza dei sindaci o al sindaco del comune capoluogo della provincia dove è situata l'azienda stessa.

12.4 Collegio di direzione: composizione e funzioni

Le competenze del Collegio di direzione sono le seguenti:

- concorre al governo delle attività cliniche;
- partecipa alla pianificazione delle attività, incluse la ricerca, la didattica, i programmi di formazione e le soluzioni organizzative per l'attuazione dell'attività libero-professionale intramuraria e le modalità di pubblicità e divulgazione delle stesse;
- partecipa alla pianificazione delle attività di ricerca e didattica nell'IRCCS di diritto pubblico e nelle aziende ospedaliere universitarie nell'ambito di quanto definito dall'università;
- concorre allo sviluppo organizzativo e gestionale delle aziende, con particolare riferimento all'individuazione di indicatori di risultato clinico-assistenziale e di efficienza, nonché dei requisiti di appropriatezza e di qualità delle prestazioni;
- partecipa alla valutazione interna dei risultati conseguiti in relazione agli obiettivi prefissati ed è consultato obbligatoriamente dal Direttore generale su tutte le questioni attinenti al governo delle attività cliniche;

Il Direttore generale costituisce con proprio provvedimento il Collegio di direzione adottando uno specifico regolamento per le modalità di funzionamento di tale organo che ne garantisca il regolare e costante svolgimento delle attribuzioni sia sul versante della partecipazione attiva alle funzioni su elencate sia al ruolo di organo di consulenza al Direttore generale per l'espressione di pareri obbligatori su tutte le questioni attinenti il governo delle attività cliniche.

II Collegio di direzione è composto da:

- il direttore sanitario che lo presiede
- il direttore amministrativo;
- i direttori di dipartimento;

- i direttori dei distretti (per le ASL);
- i direttori sanitari e amministrativi dei presidi ospedalieri;
- il responsabile della funzione di coordinamento delle attività socio – sanitarie ad elevate integrazione sanitaria;
- il dirigente delle professioni infermieristiche, ostetriche, riabilitative, tecniche sanitarie e tecniche della prevenzione.

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

12.5 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.

In seno alla direzione strategica, le Aziende Sanitarie Locali coordinano l'attività di vigilanza e di controllo esterno sull'assistenza erogata dalle strutture sanitarie ubicate nel territorio di competenza.

12.6 Direttore sanitario aziendale e Direttore amministrativo aziendale

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 D.Lvo 502/92 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 e coadiuvano 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 ed 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.

12.7 Direttore sanitario aziendale

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, di lavoro interdisciplinari, etc.) finalizzate a realizzare la presa in carico degli utenti-pazienti e la continuità assistenziale.

Inoltre:

- 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 D.Lgs. n. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni e dalle Leggi Regionali fatte salve le competenze, le responsabilità e le funzioni individuali dei singoli dirigenti previste dall'articolo 16 e 17 del D. Lgs. 29/93 e successive modifiche ed integrazioni;
- 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 distretti;
- 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 diverse linee di attività svolte nei distretti;
- coordinamento delle attività di ricovero;
- valorizzazione di tutte le professioni sanitarie;

Inoltre il Direttore sanitario, al fine dello sviluppo del governo clinico e 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.

12.8 Direttore amministrativo aziendale

Il Direttore amministrativo dirige i servizi amministrativi dell'azienda, assicura la correttezza, completezza e trasparenza dei processi di formazione dei documenti rappresentativi delle dinamiche economiche, finanziarie e patrimoniali, la legittimità degli atti ed 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 presiedono il sistema informatico di supporto alle attività direzionali proprie dei diversi livelli di governo aziendale 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 AAGG, 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;
- cura inoltre, nei limiti delle disposizioni riportate al punto 13:
 - o acquisizione, gestione e distribuzione dei beni di consumo;
 - o acquisizione e gestione di servizi;

L'atto aziendale deve disciplinare i collegamenti tra le unità operative centrali dei servizi amministrativi e le funzioni amministrative, contabili e tecniche esercitate a livello distrettuale, ospedaliero e di dipartimento.

12.9 Consiglio dei sanitari: composizione e funzioni

Il Consiglio dei sanitari, costituito con provvedimento del Direttore generale, è un organismo elettivo dell'Azienda Sanitaria Locale e dell'azienda ospedaliera 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.

Si esprime, altresì, sulle attività di assistenza sanitaria. Le modalità di funzionamento del Consiglio dei sanitari sono previste da un apposito regolamento.

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.

Il Consiglio dei sanitari è presieduto dal Direttore Sanitario.

La rappresentanza è composta da:

- n. 8 dirigenti medici, di cui 4 ospedalieri, 1 medico territoriale 1 medico veterinario e 2 medici convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale;
- n. 3 dirigenti sanitari laureati non medici
- n. 2 unità del personale infermieristico di cui 1 ospedaliero
- n. 2 unità del personale tecnico sanitario di cui 1 ospedaliero
- n. 2 unità del personale proveniente dalle professioni tecnico-riabilitative di cui una ospedaliera

La rappresentanza del Consiglio dei sanitari delle aziende ospedaliere è identica a quella delle aziende sanitarie locali ma è interamente formata da personale ospedaliero. Va garantita, in ogni caso, la presenza dei responsabili dei dipartimenti ospedalieri che si aggiungono ai componenti elettivi del consiglio, senza diritto di voto.

Nelle Aziende ospedaliere universitarie deve essere comunque garantita la rappresentanza della componente universitaria.

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 3.11.1994 n. 32 e s.m.i.

12.10 Comitati e Commissioni aziendali

L'atto aziendale prevede la costituzione almeno dei seguenti organismi:

- il comitato etico;
- 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 di ciascuna azienda, utilizzando metodologie di autoapprendimento organizzativo.

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

12.11 Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni.

Le aziende sanitarie, ai sensi e con le modalità previste dall'art. 57 del D.L.vo 165/2001 e s.m.i., costituiscono al proprio interno, 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" (CUG) che sostituisce, unificando 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 Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni 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 Comitato unico di garanzia è designato dall'amministrazione.

Il Comitato unico di garanzia 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. Promuove iniziative volte ad attuare le direttive dell'Unione Europea per l'affermazione sul lavoro della pari dignità delle persone.

Nell'ambito del comitato possono essere previste due specifiche sezioni tecniche composte dai componenti stessi del C.U.G. di cui una relativa alle pari opportunità e l'altra relativa al mobbing e benessere dei lavoratori.

La mancata costituzione del Comitato unico di garanzia comporta responsabilità del 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, le aziende sanitarie:

- riservano 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 D.L.vo 165/2001 e s.m.i.;
- adottano 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;
- garantiscono 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;
- possono finanziare programmi di azioni positive e l'attività dei Comitati unici di garanzia per le pari opportunità, per la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni, nell'ambito delle proprie disponibilità di bilancio.

Le aziende sanitarie adottano tutte le misure per attuare le normative vigenti materia di pari opportunità, contrasto alle discriminazioni ed alla violenza morale o psichica.

12.12 Ufficio Relazioni con il Pubblico

L'Ufficio per le Relazioni con il Pubblico (U.R.P.) 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'Ufficio inoltre verifica la percezione della qualità delle prestazioni erogate individuando, per tale finalità, idonei ed adeguati strumenti.

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

Lo stesso è 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'U.R.P. sia organizzato avvalendosi di personale appositamente formato, , anche in relazione al tipo di utenza presente sul territorio, e alla presenza di assistiti appartenenti a diverse etnie.

L'U.R.P. 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.

L'azienda nell'atto aziendale istituisce per tale funzione una unità operativa dedicata che fa capo ad una idonea struttura organizzativa.

12.13 Unità Organizzativa Gestione rischio clinico e Controllo qualità

Nell'ambito dell'atto aziendale deve essere prevista l'adozione di un sistema organico di azioni tese a conoscere, prevenire e ridurre i rischi nelle varie attività, compresa l'attività di radioprotezione in ottemperanza al D.lgs. n. 187/2000 che deve, pertanto, diventare prassi ordinaria della gestione aziendale e del governo clinico.

Anche al fine di dare piena attuazione all'art. 1, comma 6, del D.lgs. n. 299/99 in materia di appropriatezza ed economicità della gestione aziendale e delle prestazioni assistenziali, i direttori generali prevedono la figura del "risk manager", al fine di garantire la sicurezza della pratica medica.

Il "risk manager" assume la responsabilità diretta delle iniziative aziendali sull'argomento; risponde inoltre del rispetto dei debiti informativi nei confronti del Ministero della Salute.

Il Ministero della Salute, con decreto dell'11 dicembre 2009, ha istituito nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) il Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES), con l'obiettivo di raccogliere le informazioni relative agli eventi sentinella (eventi avversi di particolare gravità, che causano morte o gravi danni al paziente e che determinano una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del Servizio Sanitario), ed alle denunce dei sinistri su tutto il territorio nazionale, consentendo la valutazione dei rischi ed il monitoraggio completo degli eventi avversi.

Il controllo del rischio clinico, sia con riferimento agli eventi sentinella che alle infezioni ospedaliere che ad ogni altro fattore comunque connesso, costituisce, unitamente al contenzioso conseguente, elemento di valutazione delle performance del Direttore generale e, ove incidente sulla funzione esercitata, deve essere considerato elemento di valutazione dei dirigenti aziendali.

L'azienda nell'atto aziendale istituisce per tale funzione una unità operativa dedicata che fa capo ad una idonea struttura organizzativa.

12.14 Servizio prevenzione e protezione

Il Servizio di prevenzione e protezione è utilizzato dal datore di lavoro con i compiti attribuiti dall'art.33 del D. Lvo n. 81/08 e s.m.i. e 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.

Per la piena ed efficace attuazione del dettato normativo, i direttori generali provvedono all'organizzazione del Servizio prevenzione e protezione (art. 31 del D. Lgs. 81/08) ed alla designazione del Responsabile (art.17 del D. Lgs. 81/08)

L'azienda nell'atto aziendale istituisce per tale funzione una unità operativa dedicata che fa capo ad una idonea struttura organizzativa.

QUINTA SEZIONE

13. ACQUISTI DI BENI E SERVIZI E PROGRAMMAZIONE E GESTIONE DELLE ATTREZZATURE

13.1 Acquisti di beni e servizi

Le Aziende Sanitarie, in osservanza delle disposizioni nazionali, con particolare riguardo alle disposizioni di cui all'art. 15 del D.L. 6 luglio 2012 n. 95 convertito con modificazione nella Legge 7 agosto 2012 n. 135, nonché delle disposizioni regionali, effettuano, ove previsto, i propri acquisti tramite il MEPA, la CONSIP e la Centrale Acquisti della Regione (SORESA).

Le aziende sanitarie inoltre disciplinano, con proprio regolamento gli acquisti di beni e servizi in economia e predispongono un regolamento nel rispetto delle previsioni di cui all'art. 256 del decreto legislativo 12 aprile 2006 n. 163 e s.m.i..

13.2 Attrezzature: programmazione, acquisti, gestione e manutenzione

Le aziende sanitarie entro 120 giorni dalla data di pubblicazione sul BURC del presente decreto commissariale adottano i seguenti documenti programmatici:

- Programmazione e gestione delle attrezzature

Le attrezzature che sviluppano i processi di erogazione dei servizi hanno impatto sul livello qualitativo ottenuto e pertanto la loro corretta gestione è fondamentale ai fini dei risultati.

Le regole generali di programmazione e di gestione di seguito riportate si riferiscono in particolare alle attrezzature biomediche, che sono di particolare criticità nel processo di erogazione delle prestazioni, e devono essere adottate dall'azienda in specifici atti regolamentari. Per tali attrezzature, ed in particolare per quelle ad alta tecnologia, inoltre l'azienda deve promuovere, attività di valutazione ed analisi relative alla sicurezza, ai costi, ai benefici, all'efficacia nonché agli aspetti etici connessi all'utilizzo.

- Programmazione degli acquisti di attrezzature

L'acquisizione delle attrezzature deve essere pianificata in modo documentato.

Il programma di acquisto delle attrezzature, in particolare delle attrezzature biomediche e dei dispositivi medici deve tenere conto in particolare per quanto riguarda le attrezzature biomediche:

- dell'evoluzione della tipologia dei servizi;
- dell'obsolescenza delle attrezzature;
- dell'adeguamento alle norme tecniche;
- della eventuale disponibilità di nuove tecnologie per il miglioramento dell'assistenza sanitaria.

- Inventario delle attrezzature

L'azienda deve adottare un inventario delle attrezzature biomediche in dotazione, di tipo dinamico, aggiornato con informazioni archiviate su supporto informatico 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 devono essere 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 devono essere immagazzinate, protette, verificate e controllate ad intervalli idonei per garantire i requisiti di precisione, accuratezza e validità siano soddisfatti al momento del riutilizzo.

- Manutenzione delle attrezzature

L'assicurazione della manutenzione è fondamentale in quanto garantisce la efficienza ed efficacia delle apparecchiature biomediche in uso.

Il piano per la manutenzione delle apparecchiature deve tenere conto:

- delle indicazioni relative alla sicurezza;
- delle indicazioni sulla manutenzione contenute nei manuali di servizio;
- delle indicazioni contenute nelle normative tecniche relative alla sicurezza e al mantenimento in uso secondo gli standard di funzionalità.

Il piano di manutenzione generale deve essere articolato sulla base delle criticità dell'apparecchiatura biomedica per il risultato essenziale, distinguendo tra manutenzione correttiva, preventiva e controlli periodici di sicurezza e funzionalità. Esso deve essere documentato per ciascuna apparecchiatura biomedica e reso noto ai diversi livelli operativi per consentire lo svolgimento dei compiti attribuiti al singolo operatore. È importante che la documentazione tecnica relativa alle singole apparecchiature, fornita al momento dell'acquisto, sia a corredo dello strumento e conservata in modo da essere facilmente rintracciabile dal responsabile della manutenzione.

- Manutenzione preventiva

Il piano di manutenzione deve prevedere, se richiesto dalla tipologia di attrezzatura, le attività relative alla manutenzione preventiva e ai controlli di funzionalità e sicurezza al fine di garantire la loro idoneità d'uso.

Il piano di manutenzione prevede, se richiesto dalla tipologia delle attrezzature, le attività relative alla manutenzione preventiva che, per le attrezzature biomediche deve:

- 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.

14. 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 nei Decreti del Commissario ad Acta n. 14/2009 e n.60/2011 cui si rimanda.

Nello specifico della realtà regionale, sussiste un articolata produzione tecnico-normativa in materia, e solo a titolo di riepilogo si richiamano le più salienti, che dunque regolamentano e riepilogano a vario titolo il complesso di norme, linee guida, e procedure, costituenti l'insieme di adempimenti alla cui osservanza le aziende sanitarie sono inderogabilmente e puntualmente tenute.

Conseguentemente, gli stessi Atti aziendali, in tal senso, devono quindi prevedere l'adozione di idonee modalità procedurali ed operative che assicurino il rispetto pieno e puntuale di ogni aspetto e/o adempimento comunque prescritto e/o previsto nelle normative tutte vigenti, che si intendono quindi comunque qui richiamate, quale specifica disposizione costituente elemento imprescindibile per la valutazione di regolarità e compiutezza dell'atto aziendale stesso.

Segnatamente per quanto inerente il Piano di Rientro, esso, come e' noto, vede obbligata la Regione Campania ad una serie di adempimenti, che pongono non casualmente al centro l'obbligo di adottare particolari procedure gestionali e contabili volte ad assicurare l'efficacia delle misure di razionalizzazione e contenimento della spesa sanitaria, ed altresì un correlato puntuale monitoraggio dell'andamento della spesa a conforto della piena operatività delle azioni e del perseguimento degli obiettivi connessi .

Nel contesto dello scenario contingente legato alle misure di rientro dal disavanzo, di cui alla delibera di Giunta regionale n. 460 del 20 marzo 2007 di approvazione del relativo Piano di rientro, ed all'Accordo tra Stato e Regione Campania, ai sensi dell'art. 1, comma 180, legge 311/2004 , nell'ambito degli obblighi assunti con il citato accordo, al fine di provvedere alla quantificazione esatta e definitiva del debito regionale e di implementare corrette procedure contabili e gestionali, la Regione si è impegnata ad attivare, con la consulenza ed il supporto tecnico di un advisor indicato dal Ministero dell'Economia e delle Finanze, tutte le attività utili allo scopo, assumendone i relativi costi sino alla scadenza del Piano di rientro .

Al fine di realizzare gli interventi previsti dal Piano di rientro e dai Programmi Operativi la Regione ha altresì emanato una serie di decreti e delibere attuative il cui recepimento e' già stato posto in capo ad ogni singola Azienda sanitaria/ospedaliera, ed uno dei principali ambiti oggetto di regolamentazione regionale è stato proprio quello delle funzioni gestionali e contabili delle Aziende.

Infatti, lo stesso Piano di rientro della Campania ha stabilito al punto 4 che "il risanamento economico-finanziario dovrà essere accompagnato da un processo di revisione delle funzioni contabili delle singole aziende sanitarie, in modo da assicurare la correttezza dei bilanci e la trasparenza dei processi di monitoraggio dei costi programmati".

La Regione, con il contributo delle Aziende, è giunta alla formulazione di un sistema di regole e linee guida per la corretta definizione delle funzioni gestionali e contabili che ha trovato formale approvazione con il Decreto Commissariale n. 14 del 30 novembre 2009. Il contenuto di tale Decreto ha ricevuto l'approvazione dei Ministeri della Salute e dell'Economia che, tuttavia, hanno invitato la Regione a dare "concreta attuazione dei provvedimenti emanati".

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 ogni Atto aziendale preveda, quale principio generale, ed anche a livello di specifico regolamento contabile, e comunque, vieppiù, in ossequio alle specifiche esigenze contingenti, di assicurare 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.

In particolare l'adozione da parte del Commissario ad acta del decreto n. 14 del 30 novembre 2009 ha approvato, con obbligo di adozione per le AA.SS. a partire dal 1° gennaio 2010, i documenti - di seguito elencati - necessari per supportare le aziende sanitarie nella definizione di corrette procedure contabili,

amministrative e gestionali; nonché anche l'integrazione/aggiornamento del piano dei conti, con Decreto del Commissario ad Acta n. 11 del 14/02/2011, così come modificato dal Decreto n. 60/2011, cui si rimanda ad ogni effetto :

- Manuale dei principi contabili;
- Linee - guida per la predisposizione del Regolamento di Amministrazione e Contabilità delle Aziende Sanitarie della Campania;
- 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 dei Centri 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.

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

15. ATTRIBUZIONE E REVOCA DEGLI INCARICHI DIRIGENZIALI E RELATIVE MODALITA' DI VALUTAZIONE

Nell'ambito del processo di riforma del pubblico impiego, di cui al D.lgs 165/2001 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, nel conferimento degli incarichi, sui principi di trasparenza, pubblicità, autonomia, responsabilità, misurazione, valutazione e di valorizzazione del merito è volto a garantire il corretto svolgimento della funzione dirigenziale nel quadro delle disposizioni legislative e contrattuali vigenti

L'accesso al ruolo dirigenziale avviene nel rispetto delle procedure previste dall'art. 15 del D.lgs 502/92 e s.m.i., dai DD.PP.RR 483/97 e 484/97, e dall'art. 26 del D.lgs 165/2001.

E' obbligo di ciascuna Azienda sanitaria assegnare a ciascun Dirigente un incarico, presupposto per generare il processo valutativo. Il conferimento degli incarichi impegna l'Azienda sanitaria a realizzare le seguenti innovazioni:

- a) ridefinizione delle strutture organizzative e delle funzioni dirigenziali ai sensi del D.lgs. n.502/1992 e s.m.i. e di quanto prescritto nella sezione 7;
- b) attuazione dei principi di razionalizzazione e ottimizzazione previsti dal D.lgs.n. 165/2001 e dal D.lgs. n.150/2009 e s.m.i.

Non potranno essere previsti incarichi dirigenziali, incarichi di posizioni organizzative e di coordinamento finanziati con risorse a carico del bilancio aziendale e non a carico dei fondi contrattuali. Nel caso in cui si rilevasse che gli incarichi affidati non trovino copertura nelle risorse dedicate dei fondi contrattuali come rideterminati, dovrà essere rimodulata la graduazione degli incarichi affinché si trovi adeguata copertura, fatta salva, in alternativa, la riduzione degli incarichi.

Nel formulare i criteri per l'affidamento degli incarichi dirigenziali, le aziende valorizzeranno quegli aspetti che consentono di connotare ciascun incarico da conferire. Per gli incarichi di struttura saranno valutate, in particolare, le componenti che caratterizzano la capacità gestionale. Per l'affidamento, invece, 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 di quanto disposto dall'articolo 9, comma 32, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito con modificazioni dalla legge 30 luglio 2010, n. 122, le aziende sanitarie che, alla scadenza di un incarico di livello dirigenziale, anche in dipendenza dei processi di riorganizzazione, non intendono, anche in assenza di una valutazione negativa, confermare l'incarico conferito al dirigente, conferiscono al medesimo dirigente un altro incarico, anche di valore economico inferiore.

Inoltre, ai sensi di quanto disposto dall'art. 1, comma 18 del D.L. 138 del 2011 convertito con modifiche dall'art. 1 comma 1 della L. n.148 del 14 settembre 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".

15.1 Attribuzione e revoca degli incarichi della dirigenza sanitaria

In particolare le Aziende, nei limiti delle risorse finanziarie ordinarie, e nei limiti del numero di strutture complesse, semplici e semplici dipartimentali definito applicando gli standard di cui alla sezione sette, e previste dall'atto aziendale, tenuto conto delle norme in materia stabilite dalla contrattazione collettiva, disciplinano i criteri e le procedure per il conferimento degli incarichi a dirigenti sanitari, ai sensi del D.L.13 settembre 2012 n. 158, convertito con modificazioni dalla L. 8 novembre 2012 n.189, sulla base dei seguenti principi:

- Procedure per l'attribuzione degli incarichi di struttura complessa:

La selezione, previo avviso cui l'azienda è tenuta a dare adeguata pubblicità, viene effettuata da una commissione composta dal Direttore sanitario dell'azienda interessata e da tre direttori di struttura complessa nella medesima disciplina dell'incarico da conferire, individuati, tramite sorteggio, da un elenco nazionale nominativo costituito dall'insieme degli elenchi regionali dei direttori di struttura complessa appartenenti ai ruoli regionali del Servizio sanitario nazionale. Qualora

fossero sorteggiati tre direttori di struttura complessa della medesima regione ove ha sede l'azienda interessata alla copertura del posto, non si procede alla nomina del terzo sorteggiato e si prosegue nel sorteggio fino ad individuare almeno un componente della commissione direttore di struttura complessa in regione diversa da quella ove ha sede la predetta azienda. La commissione elegge un presidente tra i tre componenti sorteggiati; in caso di parità di voti è eletto presidente il componente più anziano. In caso di parità nelle deliberazioni della commissione prevale il voto del presidente.

La commissione riceve dall'azienda il profilo professionale del dirigente da incaricare. Sulla base dell'analisi comparativa dei curricula, dei titoli professionali posseduti, avuto anche riguardo alle necessarie competenze organizzative e gestionali, dei volumi di attività svolta, dell'aderenza al profilo ricercato e degli esiti del colloquio, la commissione presente al Direttore generale una terna di candidati idonei formata sulla base dei migliori punteggi attribuiti. Il Direttore generale individua il candidato da nominare nell'ambito della terna predisposta dalla commissione; ove intenda nominare uno dei due candidati che non hanno conseguito il migliore punteggio, deve motivare analiticamente la scelta.

L'azienda sanitaria può preventivamente stabilire che, nei due anni successivi alla data di conferimento dell'incarico, nel caso in cui il dirigente cui è stato conferito l'incarico dovesse dimettersi o decadere, si procede alla sostituzione conferendo l'incarico ad uno dei due professionisti facenti parte della terna iniziale.

La nomina dei responsabili di unità operativa complessa a direzione universitaria è effettuata dal Direttore generale d'intesa con il rettore, sentito il dipartimento universitario competente, ovvero, laddove costituita, la competente struttura di raccordo interdipartimentale, sulla base del curriculum scientifico e professionale del responsabile da nominare.

Il profilo professionale del dirigente da incaricare, i curricula dei candidati, la relazione della commissione sono pubblicati sul sito internet dell'azienda prima della nomina. Sono altresì da pubblicare sul medesimo sito le motivazioni della scelta da parte del Direttore generale qualora questa sia caduta su uno dei due candidati che non hanno conseguito il migliore punteggio.

L'incarico di direttore di struttura complessa è soggetto a conferma al termine del periodo di prova di sei mesi, prorogabile di altri sei, a decorrere dalla data di nomina a detto incarico, a seguito di valutazione.

Gli incarichi di struttura complessa hanno durata da cinque a sette anni con facoltà di rinnovo per lo stesso periodo o periodo più breve.

Per il conferimento dell'incarico di struttura complessa non possono essere utilizzati contratti a tempo determinato di cui all'art. 15-septies.

- Procedure per l'attribuzione degli incarichi di struttura semplice e semplice dipartimentale:

L'incarico di responsabile di struttura semplice, intesa come articolazione interna di una struttura complessa, è attribuito dal Direttore generale, su proposta del direttore di struttura complessa di afferenza, a un dirigente con una anzianità di servizio di almeno cinque anni nella disciplina oggetto dell'incarico. L'incarico di responsabile di struttura semplice intesa come articolazione interna di un dipartimento, è attribuito dal Direttore generale, sentiti i direttori delle strutture complesse di afferenza al dipartimento, su proposta del direttore di dipartimento, a un dirigente con anzianità di servizio di almeno cinque anni nella disciplina oggetto dell'incarico.

Gli incarichi di struttura semplice e semplice dipartimentale hanno durata non inferiore a tre anni e non superiore a cinque anni, con possibilità di rinnovo.

Quanto sopra non si applica ai procedimenti di nomina dei direttori di struttura complessa pendenti a gli incarichi già conferiti alla data di pubblicazione sul BURC del presente atto di indirizzo.

- **Valutazione degli incarichi dei dirigenti sanitari**

I dirigenti medici e sanitari sono sottoposti a una verifica annuale correlata alla retribuzione di risultato che tiene conto dei principi del titolo II del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n.150, nonché a una valutazione al termine dell'incarico, attinente alle attività professionali, ai risultati raggiunti e al livello di partecipazione ai programmi di formazione continua, effettuata dal Collegio tecnico, nominato dal Direttore generale e presieduto dal direttore di dipartimento, con le modalità definite dalla contrattazione nazionale. Gli strumenti per la verifica annuale dei dirigenti medici e sanitari con incarico di responsabile di struttura semplice, di direttore di struttura complessa e dei direttori di dipartimento rilevano la quantità e la qualità delle prestazioni sanitarie erogate in relazione agli obiettivi assistenziali assegnati, concordati preventivamente in sede di discussione di budget, in base alle risorse professionali, tecnologiche e finanziarie messe a disposizione, registrano gli indici di soddisfazione degli utenti e provvedono alla valutazione delle strategie adottate per il contenimento dei costi tramite l'uso appropriato delle risorse. Degli esiti positivi di tali verifiche si tiene conto nella valutazione professionale allo scadere dell'incarico. 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'art. 9, comma 32, del decreto legge 31 maggio 2010 n. 78, convertito con modificazioni dalla legge 30 luglio 2010, n. 122.

SESTA SEZIONE

16. ARTICOLAZIONI DELLE AZIENDE SANITARIE

16.1 Distretto

Il Distretto rappresenta un tassello importante soprattutto nell'ottica del completamento del processo di aziendalizzazione, attraverso la diffusione dei principi di:

- autonomia organizzativa;
- responsabilità gestionali;
- attenzione alle reali necessità, aspettative e preferenze dei cittadini.

Il Distretto è contiguo alla domanda e va considerato quale momento chiave dell'organizzazione sanitaria per il governo della salute e per il controllo dell'efficacia delle prestazioni e della spesa.

Per ottenere un reale decentramento delle attività sanitarie sul territorio, si impone un forte ripensamento delle logiche programmatiche, al fine di poter definire - in specifica normativa - il ruolo nodale del Distretto sanitario nell'ambito delle politiche sanitarie.

In più parti del D.Lgs. 502/92 e s.m.i. viene - infatti - sottolineata l'importanza strategica delle funzioni distrettuali anche in termini di vere e proprie "unità di misura e di controllo" ove rilevare sia la domanda di salute che la qualità e quantità di servizi offerti.

In altri termini, il Distretto "unità di misura e di controllo", che ha come obiettivo primario la soddisfazione dei bisogni di salute della popolazione del proprio territorio, deve avere la corretta conoscenza degli stessi, diversificandoli da una mera domanda di prestazioni, indotta e non reale. In tal modo potranno essere individuate la tipologia e la quantità dei servizi necessari per la loro soddisfazione. La conoscenza dello stato di salute della popolazione residente nel distretto diviene infatti fondamentale per rimodulare l'offerta dei servizi e qualificare la domanda, oggi ancora impropriamente rivolta in luoghi di ricovero, che, infatti, stentano ad assumere appieno il ruolo attribuito dalla programmazione regionale.

Il distretto, dunque, può essere considerato quale macrolivello assistenziale extraospedaliero, con tutte le relative attività. Pertanto affinché ciò accada, occorra che il Distretto socio-sanitario sia dotato di autonomia tecnico gestionale ed economico finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio. E', infatti, in relazione agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento che al distretto vengono attribuite le necessarie risorse ed è in tal senso che va orientata la necessità di distinzione operativa tra competenza tecnico-professionale e competenza gestionale del distretto.

Il riconoscimento al Distretto di una specifica responsabilità all'interno della Azienda, per la integrazione delle attività di assistenza territoriale tra loro e con l'assistenza sociale, costituisce - pertanto - uno degli obiettivi di fondo per una programmazione sanitaria attualizzata al contesto normativo vigente. A tal fine nel Distretto è individuato un Ufficio Socio Sanitario che, in staff alla direzione distrettuale e

funzionalmente collegato al Coordinamento Socio Sanitario aziendale, in stretto rapporto con i servizi distrettuali, supporta la direzione distrettuale nella programmazione e realizzazione dell'integrazione tra le attività di assistenza territoriale e con l'assistenza sociale e sovrintende ai processi delle attività di accoglienza e prima valutazione (PUA) nonché a quelli della valutazione funzionale Multidimensionale e della definizione di Progetti Assistenziali Individuali, restando, la gestione di questi ultimi, di competenza dei servizi distrettuali.

Il distretto è il luogo ottimale di esercizio delle attività di promozione della salute e di prevenzione delle malattie e delle disabilità. Esso rappresenta altresì la sede più idonea per il confronto con le autonomie locali e per la gestione dei rapporti con la popolazione e, quale garante della salute del territorio, assicura l'espletamento delle attività e dei servizi nonché delle attività organizzative e di coordinamento del percorso sanitario.

Al distretto competono, in primo luogo, l'analisi del bisogno di salute e la promozione di corretti stili di vita della popolazione, e l'erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione e di integrazione socio-sanitaria, secondo quanto previsto dai livelli uniformi di assistenza.

Il distretto si identifica con l'area territoriale dove sono presenti tutti i punti di erogazione delle prestazioni socio sanitarie sia pubbliche che private accreditate. Esso deve sviluppare soluzioni che vadano verso l'integrazione delle risposte assistenziali erogate in ambito sanitario con le risposte assistenziali erogate in ambito sociale o da soggetti terzi.

Esso è strutturato sul modello della "presa in carico". Con tale termine si intende l'operatività attraverso la quale si instaura un rapporto continuo con la Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta che presidia sia la funzione di accoglienza e prima valutazione (PUA) sia la valutazione funzionale Multidimensionale e la definizione di Progetti Assistenziali Individuali.

Il distretto si configura pertanto quale principale punto d'accesso, non solo ai servizi distrettuali ma alla rete generale dei servizi sanitari e sociosanitari. Tale soluzione si sostanzia, operativamente, nell'organizzazione di punti di accesso territoriali, governati logicamente dalla PUA distrettuale. La PUA è una modalità organizzativa che può prevedere specifici spazi ma deve essere intesa soprattutto come modello e funzione di integrazione e raccordo stabile dei diversi punti e nodi di accesso sanitari e sociali a cui il cittadino si rivolge, eliminando duplicazioni e sovrapposizioni.

Ad essa compete:

- la funzione di accoglienza e informazione
- la funzione di valutazione di primo livello, finalizzata ad avviare un percorso di accesso al sistema dei servizi che, a seconda dell'intensità delle situazioni problematiche espresse, semplici o complesse, possa prevedere:
- l'invio ai servizi sanitari o sociali
- l'attivazione della valutazione multidimensionale finalizzata ad una presa in carico integrata
- la attivazione di tutte le risposte necessarie a soddisfare la richiesta ed il bisogno del cittadino in relazione alle risorse disponibili.

Gli attori della Porta Unitaria di Accesso dovranno discriminare il bisogno espresso dal cittadino ed avviare un percorso di accesso al sistema dei servizi che, a seconda dell'intensità delle situazioni problematiche espresse, semplici o complesse,

possa prevedere l'invio ai servizi sanitari o sociali o l'attivazione della valutazione multidimensionale finalizzata ad una presa in carico integrata.

Tra i principali compiti del distretto si individuano:

- elaborazione del Piano delle Attività Territoriali (PAT), avendo attenzione al sistema delle compatibilità in termini di risorse e di bisogni;
- garanzia del presidio permanente dell'attività assistenziali assicurando il continuo adeguamento quali-quantitativo ai bisogni della popolazione e all'andamento delle risorse disponibili;
- garanzia, in collaborazione con le funzioni di programmazione e controllo, del buon funzionamento del sistema informativo, e puntuale ed esaustivo assolvimento dei debiti informativi e, attraverso il controllo di budget, dell'efficacia ed efficienza nell'uso delle risorse;
- redazione della relazione annuale del distretto;
- monitoraggio dei dati di attività e dei risultati conseguiti in termini quantitativi e qualitativi;
- partecipazione al processo di budget presidiando gli obiettivi di competenza.

Al distretto è preposto un direttore. L'incarico, a tempo determinato, viene attribuito dal Direttore generale dell'azienda, come previsto dalla normativa vigente.

Il direttore di distretto è responsabile del funzionamento di tutti i servizi sul territorio. Egli si configura come il "garante" del complesso delle attività sanitarie e amministrative connesse al percorso terapeutico del paziente. E' responsabile, in particolare, delle attività del distretto, della gestione delle risorse umane, strumentali e finanziarie assegnate per il perseguimento degli specifici obiettivi, nonché della programmazione e valutazione delle attività territoriali sanitarie e socio-sanitarie e risponde al Direttore generale della suddetta gestione e dei risultati raggiunti.

Al Direttore del distretto sono attribuite le risorse definite in rapporto alle funzioni assegnate ed agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento definiti nel Programma delle attività territoriali distrettuali approvato dal Direttore generale.

Il budget di distretto rappresenta il contenitore logico di tale assunto organizzativo di cui rappresenta il coerente strumento gestionale. La Direzione del distretto è individuata come Centro di Responsabilità (CdR) che contratta il budget con la Direzione Strategica. Il distretto pertanto è una struttura operativa dell'azienda dotata di autonomia economico-finanziaria e gestionale, con l'attribuzione di specifico budget e con contabilità separata all'interno del bilancio dell'azienda.

Il direttore di distretto, con il Responsabile del Coordinamento socio-sanitario, supporta inoltre la direzione strategica nei rapporti con i sindaci del distretto nonché con gli altri soggetti di cui all'art. 1 della Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali dell'8 novembre 2000n. 328.

16.2 Forme organizzative del distretto

Per quanto concerne le funzioni di produzione del distretto queste possono essere organizzate almeno nelle seguenti attività:

- salute della donna e dell'età evolutiva, che garantisce la tutela della salute della donna e dell'infanzia-adolescenza, ponendo in stretta continuità e contiguità l'attività svolta dai pediatri di libera scelta e dai consultori familiari;

- tutela della salute mentale, cura e sostegno al benessere psicologico e riabilitazione dell'età evolutiva, che esercita funzioni di prevenzione, tutela, diagnosi, cura, riabilitazione, inserimento scolastico e sociale dei soggetti in età evolutiva (0-18 anni) che presentano disabilità, disturbi e patologie di tipo neurologico, neuropsicologico, psichiatrico, psicologico e dello sviluppo, nonché situazioni di disagio psico-sociale e relazionale;
- assistenza primaria, che garantisce l'attività assistenziale a favore della comunità di riferimento e innanzitutto la continuità assistenziale;
- medicina specialistica territoriale in particolare a livello distrettuale o interdistrettuale per la presa in carico del paziente cronico;
- riabilitazione e presa in carico dell'utente disabile adulto (sopra i 18 anni), ivi compresa l'assistenza protesica che, attraverso equipe multidisciplinari, garantisce gli interventi di cura e riabilitazione, e programma l'attivazione e l'integrazione della rete dei servizi sociali e sanitari;
- accoglienza e presa in carico delle persone con bisogno sociosanitario, che, attraverso la PUA e la valutazione multidimensionale in UVI, garantisce l'accesso appropriato ai servizi sociosanitari e programma l'attivazione e l'integrazione della rete dei servizi sociali e sanitari;
- assistenza domiciliare integrata, indirizzata prevalentemente a persone affette da malattie croniche, sindromi cliniche e funzionali, deficit multipli che determinano disabilità e non autosufficienza attraverso procedure che tengano conto di tale complessità;
- non autosufficienza ed anziani fragili
- medicina legale;
- diagnostica di laboratorio e diagnostica per immagini
- assistenza farmaceutica.

L'atto aziendale dovrà evidenziare le modalità di integrazione tra il distretto e le altre strutture operative dell'azienda Sanitaria: ospedale, dipartimento di prevenzione, dipartimento di salute mentale, il dipartimento delle dipendenze e del dipartimento integrato dell'emergenza, il coordinamento sociosanitario.

Relativamente al rapporto distretto/dipartimenti ospedalieri, l'area dell'integrazione è rappresentata prioritariamente dalla definizione dei percorsi assistenziali ai fini della continuità assistenziale e della presa in carico. In questo ambito vanno definiti, tra l'altro, i protocolli di accesso alle strutture ambulatoriali e diagnostiche ospedaliere e le modalità di valutazione multidimensionale in sede di pre e post dimissione. Devono inoltre essere promosse iniziative di integrazione attraverso la partecipazione di medici ospedalieri ad attività distrettuali e viceversa, mediante il sistema di reti professionali e i gruppi operativi interdisciplinari.

Per quanto attiene al rapporto distretto/dipartimento di prevenzione, l'area di integrazione riguarda i programmi e le iniziative di prevenzione primaria e di promozione di stili di vita salutari; a questo livello occorre definire le modalità di coordinamento tra il dipartimento - che detiene la responsabilità tecnica delle stesse - ed il distretto che, con la sua organizzazione ed i suoi operatori - in particolare i medici di medicina generale - le deve realizzare.

Relativamente al rapporto distretto/dipartimento di salute mentale e dipartimento tossicodipendenze vanno in particolare definite le modalità di integrazione professionale per quanto attiene la valutazione e la progettazione

congiunta degli interventi per i pazienti con problemi psichiatrici di particolare rilievo.

16.3 Comitato dei Sindaci di Distretto

L'efficace esercizio della funzione del Distretto quale centro di riferimento sanitario della comunità locale, presuppone una completa e costante valorizzazione del ruolo delle autonomie locali.

In tale ottica, il Comitato dei Sindaci di Distretto previsto dall'art. 3-quater, comma 4 del decreto legislativo 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni, esplica funzioni consultive e propositive sulla programmazione distrettuale delle attività.

In particolare, il citato art. 3-quater del decreto D.Lgs. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni stabilisce che compete al Comitato dei Sindaci di Distretto, quale organismo rappresentativo di tutte le amministrazioni comunali presenti nell'ambito territoriale del Distretto, quanto segue:

- l'espressione del parere sulla proposta, formulata dal Direttore del distretto, relativa al Programma delle attività territoriali-distrettuali;

Al Comitato dei Sindaci di Distretto viene inoltre trasmessa, a fini conoscitivi, la relazione annuale sulle attività distrettuali predisposta ai fini dell'elaborazione della relazione annuale dell'A.S.L..

Ai fini dell'espressione dei pareri previsti dalla legge, il Comitato dei Sindaci è da intendersi come rappresentativo degli indirizzi relativi alle politiche sociali propri di ciascun Comune e dell'Ente gestore delle funzioni socio-assistenziali esistenti nell'ambito territoriale del Distretto, dei quali ciascun Sindaco fa parte in qualità di membro dell'organo di indirizzo politico (Assemblea consortile, Assemblea dei Comuni associati e Assemblea Comunità Montana).

Il Comitato è presieduto da un Presidente eletto nel suo seno a maggioranza assoluta dei componenti a scrutinio segreto.

Fino alla nomina del Presidente, le sedute del Comitato sono presiedute dal Sindaco del Comune sede di Distretto.

Alle sedute del Comitato partecipano, senza diritto di voto, il Direttore generale o suo delegato e il Direttore del distretto.

Il Comitato dei Sindaci, entro 30 gg. Dall'insediamento, approva il regolamento relativo alla propria organizzazione e funzionamento, sentito il parere del generale e del Direttore del Distretto.

16.4 Dipartimenti

Il dipartimento è una struttura di coordinamento e di 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 strutture organizzative, semplici, semplici dipartimentali e complesse, che, per omogeneità, affinità e complementarità hanno comuni finalità

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.

L'individuazione dei Dipartimenti dovrà essere funzionale all'Azienda e tenere conto della complessità della stessa, della sua estensione sul territorio, delle caratteristiche geomorfologiche, del numero di strutture complesse presenti e degli obiettivi che queste ultime debbono conseguire.

I Dipartimenti possono essere definiti strutturali, funzionali, integrati, trasmurali; comunque siano definiti rappresentano il modello operativo dell'Azienda e svolgono attività professionali e gestionali mediche, tecnico-sanitarie e tecnico-amministrative.

L'organizzazione dipartimentale è predeterminata solo nei casi specificatamente previsti dalla legge o dalle indicazioni regionali (Dipartimento di prevenzione, salute mentale, delle dipendenze ed il Dipartimento Integrato dell'Emergenza sanitaria).

Pertanto, in sede di adozione dell'atto aziendale di diritto privato l'Azienda Sanitaria individua le strutture complesse da aggregare in Dipartimenti.

Vengono inoltre aggregate ai Dipartimenti le strutture semplici dipartimentali ossia quelle strutture che svolgono funzioni non convenientemente esercitabili da strutture complesse già esistenti, o per attività svolte a favore di una pluralità di strutture complesse.

Le strutture "semplici", quali articolazioni di quelle complesse, sono già comprese nella struttura principale aggregata.

16.5 Tipologie di Dipartimento:

In rapporto alla caratterizzazione organizzativo-funzionale si distinguono:

- a) **Dipartimento strutturale:** aggregazione organizzativa e funzionale di strutture che assume la valenza di soggetto negoziale nei rapporti con l'Azienda e con gli altri dipartimenti e/o macrostrutture organizzative secondo il regolamento Aziendale. Esso è dotato di autonomia gestionale ed è soggetto a rendicontazione analitica.
- b) **Dipartimento Funzionale:** aggregazione di strutture con il compito dell'integrazione funzionale delle attività delle singole strutture componenti finalizzata al raggiungimento di specifici obiettivi. Il Dipartimento funzionale non è dotato di autonomia gestionale e non è soggetto a rendicontazione analitica. Una medesima struttura, complessa o semplice a valenza dipartimentale, può far parte di più Dipartimenti funzionali, oltre che del proprio Dipartimento strutturale. Ai Dipartimenti funzionali si applicano, per quanto compatibili, i criteri e le modalità organizzative rappresentati per i Dipartimenti strutturali.

Entrambe le tipologie di dipartimenti possono a loro volta articolarsi in:

- a) **Dipartimento trasmurale:** che stabiliscono l'interazione tra i presidi ospedalieri e/o quelli territoriali.
- b) **Dipartimento Integrato:** che stabilisce interazioni tra aziende sanitarie in specifiche aree di intervento e in particolare nell'ambito dell'emergenza sanitaria;

L'individuazione dei dipartimenti dovrà essere funzionale all'azienda e tenere conto della complessità delle funzioni, del numero di strutture complesse e degli obiettivi che quest'ultime devono conseguire.

Tra i principali compiti dei Dipartimenti si individuano i seguenti:

- organizzare e pianificare la produzione (pianificazione operativa);

- garantire, rispetto agli obiettivi acquisiti, la produzione e i risultati ottenuti attraverso il controllo di qualità tecnica il controllo di efficienza;
- la misurazione delle performance di processo e l'analisi delle attività/del valore, di concerto con i Direttori di Distretto
- la valutazione di efficacia
- assicurare l'integrazione funzionale tra le unità operative interne e tra queste e quelle distrettuali e/o ospedaliere
- collaborare alla definizione del budget distrettuale
- partecipare alla programmazione strategica aziendale, attraverso la condivisione:
 - o degli indirizzi strategici
 - o dell'analisi della domanda
 - o dell'individuazione degli indicatori critici di performance

I dipartimenti, inoltre, adottano linee guida e percorsi assistenziali improntati alla massima appropriatezza, umanizzazione e personalizzazione dell'azione clinica ed assistenziale, e sono funzionali all'adozione di modelli operativi tendenti al continuo miglioramento delle performance aziendali.

Più in particolare ad essi spetta il compito di:

- tendere al miglioramento degli indicatori di performance riferiti all'efficienza, l'efficacia e l'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 a del livello di efficienza delle diverse UU.00., delle diverse equipe professionali in esse rappresentate e dei singoli professionisti.

Pertanto la scelta di armonizzare le competenze tecnico/professionali al fine di evitare da un lato la frammentazione delle risposte, dall'altro la variabilità delle opzioni erogative, sostanzia la focalizzazione e il valore aggiunto del dipartimento.

I dipartimenti strutturali dipartimenti sono caratterizzati dalla necessità di realizzare una conduzione degli interventi fortemente unitaria e pertanto sono strutturati in modo da esercitare una forte giurisdizione sulla gestione delle risorse sulla definizione degli obiettivi e sulla realizzazione delle funzioni. Tale tipologia di dipartimento assume la valenza di soggetto negoziale per l'attribuzione del budget.

I Dipartimenti funzionali invece collaborano alla definizione del budget distrettuale e concorrono alla realizzazione degli obiettivi distrettuali.

L'assetto organizzativo del dipartimento presuppone:

- aggregazione di un numero congruo di unità operative complesse (non inferiore a tre e non superiore a 15). Le Unità Operative complesse costituenti

i dipartimenti ospedalieri devono, di norma, essere afferenti a più discipline di cui all'art. 4 del D.P.R. 10 dicembre 1997, n. 484 e successive modificazioni, con eccezione dei presidi ospedalieri monospecialistici;

- una rilevante consistenza, in termini di complessità gestionale e di quantità di risorse umane, tecniche e finanziarie utilizzate e di unità operative afferenti;
- presenza di contesti organizzativi tipici (sale operatorie, servizi e apparati diagnostici, ambulatori, servizi territoriali ecc.);
- dotazione di posti letto, servizi e/o attività congrua e funzionale al dimensionamento efficiente delle strutture.

16.5 bis Aree Interdipartimentali Organizzativo-Funzionali

Le aree funzionali interdipartimentali rappresentano un possibile modello di gestione per funzioni sanitarie emergenti o per percorsi diagnostico-terapeutici integrati.

Esse si configurano come punti di coordinamento di attività omogenee per finalità di tipologia di intervento e garantiscono, in tal modo, una più completa presa in carico del paziente per l'intero percorso assistenziale.

Al loro interno vengono definiti percorsi, linee guida e protocolli, a carattere diagnostico terapeutico e/o organizzativo, finalizzati al pieno dispiegamento del Governo Clinico.

Le aree funzionali interdipartimentali sono possibili solo nelle aziende che abbiano più presidi ospedalieri e solo nei casi in cui la tipologia di intervento prevede il coinvolgimento di almeno tre dipartimenti.

Il responsabile del coordinamento va individuato nel Direttore sanitario del presidio ospedaliero con il maggior volume di attività rispetto alla specifica tipologia di intervento ovvero in altro dirigente di struttura complessa.

16.6 Direttore di dipartimento

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 Unità Operative complesse 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 unità operative 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 (nel caso dei dipartimenti strutturali);

- garantisce l'appropriatezza degli interventi con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative secondo le modalità di governo clinico come individuate nelle presenti linee guide;
- 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.

16.7 Comitato di dipartimento

Le Aziende Sanitarie istituiscono, ai sensi dell'articolo 17 bis del decreto legislativo n. 502/1992 e s.m.i., il Comitato di dipartimento che è 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 unità operativa 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

Il Comitato si riunisce, previa convocazione formale del direttore di dipartimento e di ogni seduta verrà redatto apposito verbale, conservato in ordine cronologico presso la direzione del dipartimento.

Le modalità di funzionamento del Comitato di dipartimento sono stabiliti dall'azienda con apposito regolamento.

II 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;

II Comitato di dipartimento si riunisce 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:

- gestione ed utilizzazione, in modo coordinato ed integrato, delle risorse attribuite (umane, finanziarie e tecnologiche) per il perseguimento degli obiettivi;
- definizione degli obiettivi del dipartimento che verranno negoziati dal direttore dello stesso con la direzione strategica;

- verifica della corrispondenza dei risultati raggiunti rispetto agli obiettivi concordati;
- modalità organizzative del Dipartimento nell'ambito clinico, percorsi assistenziali, presa in carico, appropriatezza, ecc..

Il Comitato inoltre individua la rosa di candidati a direttore di dipartimento da proporre al Direttore generale.

16.8 Dipartimento di prevenzione

Il dipartimento di prevenzione è una macro struttura operativa dell'Azienda sanitaria locale che garantisce la tutela della salute collettiva, perseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie acute e croniche e delle disabilità, miglioramento della qualità della vita, attraverso il recepimento e l'attuazione degli indirizzi contenuti nel Piano sanitario regionale e nel Piano sanitario di prevenzione.

A tal fine il dipartimento di prevenzione promuove azioni volte a sorvegliare lo stato di salute della popolazione e i suoi determinanti, individuare e rimuovere le cause di nocività e malattia di origine ambientale, umana e animale, mediante iniziative coordinate con i distretti, con i dipartimenti dell'azienda sanitaria locale e delle aziende ospedaliere, prevedendo il coinvolgimento di operatori di diverse discipline. Partecipa alla formulazione del programma di attività, formulando proposte d'intervento nelle materie di competenza e indicazioni in ordine alla loro copertura finanziaria.

Il Dipartimento di prevenzione deve inoltre:

- assicurare il complesso sistema della Sanità Pubblica, a livello aziendale, garantendo sia l'esercizio delle funzioni di analisi, promozione, orientamento, assistenza e vigilanza sui problemi di salute (pertanto sui rischi negli ambienti di vita e di lavoro e sicurezza alimentare) ma anche sui fattori determinanti la salute di una collettività, privilegiando i temi caratterizzati da maggior diffusione, gravità e percezione;
- ricercare in tali ambiti il miglioramento continuo della qualità degli interventi, costruendo e/o partecipando ad alleanze ed integrazioni con tutti i soggetti coinvolti;

Esso è dotato di autonomia tecnico-gestionale, organizzativa e contabile ed è organizzato in centri di costo e di responsabilità e come tale è dotato di una organizzazione flessibile, capace di adattarsi alle esigenze territoriali.

L'assetto organizzativo del Dipartimento di Prevenzione, le cui funzioni, dunque, sono ben individuate dalle norme nazionali e regionali, in virtù dell'evoluzione normativa derivante dalle successive modifiche del D.lgs 502/92 e s.m.i. e dalle conseguenti norme regionali è, già di fatto definito nelle sue linee essenziali.

In particolare, a norma della D.L. 13 settembre 2012 n. 158 convertito con modificazioni nella Legge 8 novembre 2012 n. 189, le strutture organizzative dell'area di sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare devono operare quali centri di responsabilità dotati di autonomia tecnico funzionale e organizzativa nell'ambito della struttura dipartimentale e rispondono del perseguimento degli obiettivi dipartimentali aziendali, dell'attuazione delle disposizioni normative e regolamentali, regionali, nazionali ed internazionali, nonché della gestione delle risorse economiche attribuite.

L'organizzazione del Dipartimento di Prevenzione deve essere modulata, superando la frammentarietà delle funzioni e garantendo la piena integrazione tra le UU.OO. che lo compongono, secondo i principi di flessibilità, adattabilità, revisione periodica,

orientamento progettuale delle attività, tenendo conto delle peculiarità di ciascun territorio, degli insediamenti produttivi, del radicamento territoriale dei servizi, dell'entità numerica della popolazione (umana ed animale) delle caratteristiche orografiche, della viabilità, dei collegamenti nell'ambito aziendale, delle esigenze culturali dei territori nonché le loro specificità di richieste prestazionali.

In territori aziendali particolarmente vasti al fine di meglio governare i bisogni prestazionali e, nel contempo, garantire l'unitarietà delle funzioni e l'unicità dell'interlocuzioni è possibile individuare aree territoriali all'interno delle quali operano le unità operative complesse e semplici del dipartimento.

Pertanto, può prospettarsi una organizzazione su due livelli. Un livello centrale costituito da una tecnostruttura investita da una cosiddetta "*mission funzionale*" e cioè di Direzione tecnico-organizzativa e gestionale complessiva, sovrintendendo alla programmazione generale delle attività, alla verifica dell'efficienza, dell'efficacia e della qualità degli interventi, del rispetto dei livelli minimi di assistenza. Un livello territoriale costituito da Unità organizzative cui sarà affidata la cosiddetta "*mission produttiva*" al fine di garantire i livelli essenziali di assistenza (LEA). Questo livello operativo, come detto, si realizza attraverso l'individuazione di aree territoriali all'interno delle quali si individuano le strutture complesse e le semplici di riferimento che opereranno in ambiti territoriali definiti tali da presidiare l'intero territorio.

Nell'organizzazione del Dipartimento di Prevenzione e delle U.O. che lo compongono, ivi comprese le funzioni tecnico - sanitarie, la funzione di vigilanza, pur esercitata in maniera coordinata in ambito dipartimentale, va considerata come strumento specialistico nell'ambito di ciascun U.O., a fianco alla informazione, formazione e assistenza e a tutte le possibili attività di promozione della prevenzione stessa.

16.9 Dipartimento di Salute Mentale

Il Dipartimento di Salute Mentale è la struttura operativa dell'Azienda Sanitaria Locale preposta alla promozione ed alla tutela della salute mentale della popolazione e svolge attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione delle sofferenze mentali e psichiche, delle disabilità psicofisiche.

Esso è dotato di autonomia tecnico-gestionale, organizzativa e contabile ed è organizzato in centri di costo e di responsabilità.

La struttura organizzativa aziendale (DSM) e periferica (UOSM) da disegnare nell'atto aziendale deve tenere conto di quanto previsto dalla DGRC n. 7262 del 27/12/2001 concernente Linee Guida per l'organizzazione ed il funzionamento dei Dipartimenti di Salute Mentale e dal Programma Obiettivo Regionale per la Salute Mentale in Campania ex DGRC n. 2132 del 20/06/2003. Tale quadro normativo va, naturalmente, integrato con le Linee di Indirizzo Nazionali, recepite con DGRC n. 1680/09 che, tra l'altro, pongono particolare attenzione al sostegno abitativo, residenzialità e domiciliarità, sistema informativo nazionale per la Salute Mentale, alla formazione e ricerca.

Andranno quindi definiti gli aspetti organizzativi e le modalità operative, anche identificando idonei strumenti di governo clinico e manageriale e disegnando servizi integrati e multidisciplinari strutturalmente coesi, attenti alle innovazioni organizzative.

Nel dipartimento salute mentale è prevista la funzione di psicologia clinica.

16.10 Dipartimento delle Dipendenze

Il Dipartimento delle Dipendenze è la struttura operativa dell' Azienda sanitaria locale che garantisce la programmazione, la gestione, la verifica e la valutazione degli interventi e delle azioni rivolte alle dipendenze patologiche nell'ambito della tutela della salute, della prevenzione, della socio-riabilitazione e della riduzione dei danni e dei rischi per le dipendenze patologiche.

Costituisce in ogni azienda, l'organo di indirizzo, controllo e governo del sistema integrato di servizi pubblici e del privato sociale ed è dotato di autonomia tecnico-gestionale, organizzativa e contabile ed è organizzato in centri di costo e di responsabilità.

Il Dipartimento delle dipendenze prevede una articolazione organizzativa aziendale e periferica di servizi centrali, (sovradistrettuali e periferici), e di tipologie (strutture ambulatoriali territoriali -UO SerT, strutture intermedie diurne e residenziali, unità mobili, strutture accreditate degli Enti Ausiliari) il cui insieme configura un sistema di servizi e di azioni diversificate e adeguate alle diverse realtà e caratteristiche degli utenti di riferimento (consumatori di droghe e sostanze psicoattive illegali e legali, detenuti, immigrati STP, senza dimora, alcolisti, consumatori problematici di cocaina e di alcol, policonsumatori, consumatori ricreativi, dipendenze senza sostanze (Ludopatie, internet addiction, etc).

In ordine al DL n. 230/99 ed al DPCM 1 aprile 2008 e successive *"Linee guida per la stesura del protocollo locale per la Gestione del Servizio di Medicina Penitenziaria"* - D.G.R.C. n. 96/2011 - il Dipartimento dovrà porre particolare attenzione all'organizzazione dell'assistenza ai detenuti tossicodipendenti che dovrà essere programmata in modo coerente con l'assistenza ordinaria e raccordata con il circuito dei servizi dipartimentali e di quelli accreditati sia per garantire la continuità assistenziale che per la corretta esecuzione delle misure alternative alla detenzione.

Il Dipartimento individuerà il modello di management adeguato alla logica di rete e capace di garantire efficacia ed efficienza delle singole prestazioni articolate sia per obiettivi che per tipologie di servizi .

Andranno quindi definiti gli aspetti organizzativi e le modalità operative, facendo riferimento alla normativa nazionale (DPR 3099/90, Accordo Stato - Regioni 21 gennaio 1999 e Legge n.49 del 21/02/06, DM n. 444/90 e D.M. 14 giugno 2002) ed agli indirizzi regionali (D.G.R.C. n. 5743/00, D.G.R.C. n. 2136/03, D.G.R.C. n. 1910/05. PSR 2011 - 2013)

Il Dipartimento garantirà tali logiche di sistema integrato curando particolarmente il sistema informativo e la valutazione così come previsto dal D.M. 11 giugno 2011 (Istituzione del Sistema informativo Nazionale) e D.G.R.C. n. 514/05 e D.G.R.C. n. 2107/08.

16.11 Dipartimento Integrato delle Emergenze

I Dipartimenti strutturali Integrati delle Emergenze (DIE), sono programmati in modo tale da governare tutte le componenti territoriali ed ospedaliere del S.I.R.E.S., che ricomprende le funzioni di Allarme Sanitario, di Trasporto Infermi, Servizio di

Assistenza Urgenza Territoriale e le Attività di Emergenza Ospedaliera per il territorio della Centrale Operativa (C.O.). L'ambito di riferimento dei DIE è, a regime, quello provinciale. Tuttavia, tenuto conto dell'attuale assetto degli ambiti territoriali delle C.O. e considerata la complessità dell'intero percorso riorganizzativo, si procederà alla graduale attuazione di tale obiettivo nell'arco di un triennio. Con decreto commissariale n.57 del 14.06.2012 si sono completate le disposizioni in tema di dipartimento integrato dell'emergenza.

In fase di prima attuazione sono costituiti i seguenti DIE:

- provinciali:

DIE Avellino - DIE Benevento - DIE Caserta

- subprovinciali:

DIE Napoli 1 centro - DIE Napoli 2 nord - DIE Napoli 3 sud - DIE 1 Salerno - DIE 2 Salerno

I DIE Avellino, Benevento, Caserta, Napoli 1 centro, e il DIE 1 Salerno sono interaziendali, comprendendo componenti facenti capo ad AASSLL e AAOO; i DIE Napoli 2 nord, Napoli3 sud e DIE 2 Salerno sono intraziendali, facenti capo alle sole AASSLL territoriali.

Ogni azienda Sanitaria dovrà garantire la piena funzionalità del Sistema Emergenza-Urgenza.

Nel caso di dipartimenti interaziendali dovrà essere sottoscritto preliminarmente un formale atto d'intesa, il cui schema sarà approvato con provvedimento regionale, tra i Direttori Generali che, sulla base della stima documentata dei costi, stabiliranno le risorse di rispettiva competenza da utilizzare in comune e da affidare al direttore del Dipartimento a seguito di opportuna negoziazione.

Il Consiglio del DIE è costituito dai responsabili delle seguenti strutture:

- della U.O. Centrale Operativa,
- della U.O. Emergenza territoriale,
- delle U.O. P.S. ed Osservazione breve, ovvero,
- delle U.O. P.S. osservazione breve e Medicina d'Urgenza,
- dai Direttori Servizi Infermieristici.

Il Direttore del DIE, scelto tra i responsabili delle Unità Operative che lo costituiscono, è nominato dal Direttore generale dell'Azienda competente su proposta del Consiglio di Dipartimento. Nel caso di DIE interaziendale la nomina avverrà d'intesa tra i Direttori Generali della Aziende Sanitarie competenti.

Tutte le funzioni previste dalla normativa regionale vigente, se non diversamente esplicitate, sono demandate al DIE.

Il DIE, avvalendosi delle proprie componenti integrate e ripartendo tra di esse i compiti previsti, deve:

- garantire la necessaria mobilità del personale (per adeguamento alle necessità d'intervento) e l'opportuna sua rotazione sulle varie articolazioni del servizio (al fine di ridurre il rischio di burn out e riproporzionare i carichi di lavoro);
- garantire la realizzazione di percorsi territorio/ospedale per le patologie a più alta incidenza di morbilità e mortalità (cardiovascolari, neurologiche, traumatiche, ecc.);

- garantire gli standard strutturali, operativi e clinici definiti dall'Assessorato alla Sanità;
- garantire la corretta gestione dei flussi informativi istituzionali;
- applicare le linee guida diagnostico/terapeutiche sui percorsi del paziente;
- effettuare le valutazioni qualitative dell'attività svolta;
- attuare i programmi di formazione e miglioramento della qualità definiti dall'Assessorato alla Sanità;
- verificare il possesso ed il mantenimento dei requisiti e degli standard organizzativo/clinici degli Enti ed Associazioni che collaborano nell'attività di emergenza;
- approntare piani di gestione delle emergenze intra ed extrospedaliere;
- eseguire esercitazioni di gestione delle emergenze intra ed extrospedaliere.

16.12 Sanità Penitenziaria

Il D.P.C.M. 1 aprile 2008 ("Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria"), all'art. 2, comma 2, stabilisce che, nell'assolvimento delle funzioni sanitarie in ambito penitenziario, le Regioni disciplinano gli interventi da attuare attraverso le Aziende sanitarie locali in conformità ai principi definiti dalle linee guida di cui all'allegato A, integrate da quanto analogamente stabilito per gli OPG nell'Allegato C .

I predetti allegati richiamano il D.Lgs. n. 230/1999, che prevede che gli obiettivi per la tutela della salute dei detenuti, degli internati e dei minori del circuito penale siano precisati nei programmi delle Regioni e delle Aziende sanitarie e realizzati mediante l'individuazione di specifici modelli organizzativi, differenziati in rapporto alla tipologia e alla consistenza degli Istituti di pena ubicati in ciascuna Regione, che aggregino specifici servizi multidisciplinari (in presenza di Istituti Penitenziari con una capienza complessiva fino a 200 detenuti), specifiche unità operative (in presenza di Istituti di pena per Minorenni (IPM), Centri di Prima Accoglienza (CPA) o Comunità, Istituti Penitenziari femminili per adulti e per minori) ed idonee strutture con autonomia organizzativa (in presenza di Istituti con capienza superiore a 500 persone; OPG; più Istituti Penitenziari anche di diversa tipologia).

Il riordino della Sanità Penitenziaria, per la molteplicità e complessità dei modelli organizzativi e dei livelli istituzionali che sottende, non può però essere pensato come un evento che si realizzi in maniera istantanea. Pertanto il modello organizzativo delineato con le presenti linee guida, che tiene conto della normativa nazionale, e recepisce, al contempo, le indicazioni dell'Osservatorio permanente sulla sanità penitenziaria di cui alla DGRC n. 96 del 21 marzo 2011 ed al documento approvato all'unanimità dal predetto Osservatorio nella seduta del 7 luglio 2011, costituisce l'obiettivo di un processo da realizzarsi in funzione delle risorse umane e strumentali e soprattutto tenuto conto di quanto stabilisce espressamente l'art. 6 del citato DPCM del 1° aprile 2008.

A) Istituzione delle funzioni aziendali.

La Regione Campania garantisce un omogeneo percorso per la presa in carico della Salute in Carcere da parte del Sistema Sanitario Regionale attraverso le AA.SS.LL., in costante raccordo con gli organismi regionali, tra cui, prioritariamente, l'Osservatorio Permanente Regionale sulla Sanità Penitenziaria che, anche in collaborazione con l'Osservatorio Epidemiologico Regionale, è preposto tra l'altro al monitoraggio delle attività dei servizi sanitari penitenziari, attraverso le funzioni di analisi del volume delle prestazioni erogate, di valutazione epidemiologica sulle caratteristiche dell'utenza e pattern di trattamento, di descrizione della condizione igienico sanitaria e di supporto alla costruzione di indicatori di struttura, livello ed esito a livello regionale.

Il modello organizzativo da implementare progressivamente in rapporto anche alla tipologia e alla consistenza degli Istituti di pena ubicati in ciascuna ASL è costituito dalle seguenti articolazioni:

1. U.O. Tutela della Salute in Carcere

che, dotata di autonomia organizzativa, assicurerà per l'assolvimento delle seguenti funzioni:

- coordinamento di tutte le funzioni sanitarie rivolte alle persone in regime di esecuzione penale e ai minori destinatari di provvedimenti penali;
- unificazione della gestione dei rapporti di lavoro oggetto di trasferimento dalla Amministrazione di Giustizia al Sistema Sanitario della Regione Campania;
- consulenza;
- raccordo con l'Osservatorio Permanente Regionale sulla Sanità Penitenziaria, gli uffici della Regione Campania e con quelli del PRAP, del Centro di Giustizia Minorile, e dell'Autorità Giudiziaria;
- coordinamento funzionale di tutti i Servizi, le UU.OO e le articolazioni distrettuali e/o dipartimentali del Servizio Aziendale per la Tutela della Salute in Carcere;
- coordinamento organizzativo, clinico e medico legale correlato alle funzioni di ufficiale medico del Corpo degli Agenti di Polizia Penitenziaria - di cui alla lettera circolare GDAP-0366497-2007 del 26.11.1007, per quanto ivi citato di competenza della figura del medico incaricato - da svolgersi a cura del personale dei servizi distrettuali e/o dipartimentali;
- coordinamento di tutte le altre funzioni sanitarie anche non previste esplicitamente dall'allegato A e C del DPCM 1 aprile 2008 e oggetto di transito dall'Amministrazione Penitenziaria al SSN, di competenza del personale dei servizi distrettuali e/o dipartimentali.
- coordinamento, programmazione e integrazione intraziendale, attraverso il "Gruppo di Lavoro Aziendale per la Tutela della Salute in Carcere", al quale partecipano almeno i Direttori dei Distretti Sanitari sede di Istituto Penitenziario, il direttore del DSM, il direttore del Dipartimento Dipendenze Patologiche, i Responsabili dei Servizi di Medicina Penitenziaria Distrettuali e ed i Referenti del personale infermieristico e tecnico; per specifiche problematiche connesse alla medicina penitenziaria, il Gruppo di lavoro dovrà essere integrato, a richiesta del Responsabile della "U.O. Tutela della Salute in Carcere", con la partecipazione dei Referenti dei Servizi Centrali e delle Aree Tematiche Aziendali competenti per altre attività. Al Gruppo di Lavoro spetterà prioritariamente il compito di predisporre il "Piano dell'offerta dei servizi sanitari penitenziari", che andrà recepito con atto Aziendale. Il Responsabile della "U.O. Tutela della Salute in Carcere" costituirà uno specifico sottogruppo di lavoro di

riferimento per le attività correlate alle azioni previste dall'allegato C al D.P.C.M. 01.04.2008 "Linee di indirizzo per gli interventi negli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e nelle case di cura e custodia" (sottogruppo "Prevenzione, cura e riabilitazione nel campo della salute mentale"), e potrà, per motivate esigenze locali, attivare altri specifici sottogruppi di lavoro;

2. Servizio di Medicina Penitenziaria Distrettuale (S.M.P.D.), collocato strutturalmente nell'ambito dei Distretti Sanitari sede di Istituti Penitenziari.

Il direttore di Distretto Sanitario sede d'Istituto Penitenziario, nell'ambito della propria autonomia organizzativa, e in coerenza con i principi di equità e qualità formalizzerà il collocamento organizzativo del SMPD nelle UU.OO. distrettuali esistenti. Qualora invece, sulla base delle caratteristiche dell'istituto (tipologia, dimensione, complessità), degli indirizzi organizzativi previsti dal DPCM 01.04.08 e dei rilevati bisogni sanitari dei detenuti, e comunque nel caso di Distretti Sanitari nel cui territorio siano presenti Istituti Penitenziari con una capienza complessiva superiore a 500 detenuti e/o internati, il Servizio debba costituire una U.O. specifica, l'ASL istituirà una "U.O. Distrettuale Tutela della Salute in Carcere", anche definendone la relativa articolazione e conferendo specifico incarico di responsabilità, nel rispetto delle disposizioni normative vigenti, ad un Dirigente Medico Aziendale.

Il servizio garantirà le prestazioni sanitarie di base (medicina primaria; continuità assistenziale; prestazioni specialistiche), anche attraverso il necessario raccordo con i Dipartimenti Dipendenze Patologiche e Salute Mentale per quanto attiene alle attività di prevenzione, cura e riabilitazione nelle specifiche aree.

Dovrà essere, peraltro, individuata, in ogni Istituto Penitenziario, la funzione di **Medico Referente d'Istituto (M.R.I.)**. Al predetto M.R.I., strutturalmente e gerarchicamente subordinato al Responsabile del Servizio di Medicina Penitenziaria Distrettuale, saranno da quest'ultimo assegnati specifici compiti e/o funzioni.

Il M.R.I., se già medico incaricato dell'istituto, conserverà tutte le attribuzioni previste dalla disciplina della Legge 740/70.

3. Servizio di Salute Mentale Penitenziaria (S.S.M.P.) collocato nell'ambito dell'assetto organizzativo del Dipartimento di Salute Mentale.

Il direttore del Dipartimento di Salute Mentale, nell'ambito della propria autonomia organizzativa, e in coerenza con i principi di equità e qualità, formalizzerà il collocamento organizzativo del Servizio tra le UU.OO. del Dipartimento. Al S.S.M.P. afferiranno le specifiche articolazioni attivate, ai sensi dell'Allegato A alla DGRC n. 96/2011 (Capitolo 7, Obiettivi primari) e della DGRC n. 654 del 06/12/2011, in uno degli Istituti Penitenziari ordinari del territorio aziendale e finalizzate sia alla tutela intramuraria della salute mentale delle persone ivi ristrette che alla presa in carico degli utenti di competenza internati in OPG, ai fini del ritorno nelle carceri dei ricoverati in OPG per disturbi psichici sopravvenuti in corso di detenzione e dell'espletamento negli Istituti ordinari delle osservazioni per l'accertamento delle infermità psichiche di cui all'art. 112 del DPR 230/2000.

Dovranno essere assicurate modalità operative e organizzazione dei percorsi terapeutici idonei a garantire anche quanto in precedenza previsto per il SMPD, assicurando nello stesso tempo una progettualità diversa da quella attuale, in termini anche organizzativi interni e tecnico-professionali, così come richiesto dall'Allegato C del D.P.C.M. 01.04.2008, al fine di realizzare un Servizio che si inserisca pienamente nel processo di superamento dell'OPG sancito dal predetto D.P.C.M. e nella costituenda specifica rete di servizi regionali per le misure di sicurezza alternative all'OPG.

Il direttore del DSM garantirà il necessario raccordo con i Direttori del Dipartimento Dipendenze e del Distretto Sanitario di riferimento, per quanto attiene alle attività di

prevenzione, cura e riabilitazione nelle specifiche aree, da garantire attraverso le UU.OO. competenti per il territorio distrettuale.

Qualora sulla base delle caratteristiche degli Istituti (tipologia, dimensione, complessità), degli indirizzi organizzativi previsti dal DPCM 01.04.08 e dei rilevati bisogni sanitari dei detenuti e/o internati, e comunque nel caso di ASL nel cui territorio siano presenti Istituti Penitenziari con una capienza complessiva superiore a 500 detenuti e/o internati, il Servizio debba costituire una U.O. specifica, la ASL istituirà una "U.O. Salute Mentale Penitenziaria", anche definendone la relativa articolazione e conferendo specifico incarico di responsabilità, nel rispetto delle disposizioni normative vigenti, ad un Dirigente Medico Aziendale.

Per quanto specificamente stabilito nell'Allegato C al D.P.C.M. 01.04.2008, nel caso di ASL sul cui territorio insiste un O.P.G. dovrà essere istituita una specifica U.O. dotata di autonomia organizzativa. In tale caso, il Servizio di Salute Mentale Penitenziaria (S.S.M.P.) sarà strutturato, tra le UU.OO. del Dipartimento di Salute Mentale, come specifica U.O. dotata di autonomia organizzativa, assumerà la denominazione di U.O. "Salute Mentale Penitenziaria e Superamento OPG", sarà competente per l'Ospedale Psichiatrico Giudiziario e ne assicurerà il superamento nel rispetto degli indirizzi e delle normative vigenti.

La sua strutturazione dovrà essere funzionale al percorso di superamento dell'OPG e tra le sue funzioni sono ricomprese anche quelle di coordinamento e garanzia della tutela della salute mentale all'interno di tutti gli Istituti Penitenziari del territorio aziendale di competenza, come precedentemente evidenziate per il S.S.M.P.; all'U.O. "Salute Mentale Penitenziaria e Superamento OPG" afferiranno pertanto anche tutte le articolazioni specifiche o forma organizzativa del S.S.M.P., da definirsi all'interno del DSM, ovvero richieste dalle normative e dagli indirizzi regionali, e prioritariamente quella finalizzata alla tutela intramuraria della salute mentale di cui alle D.G.R.C. n. 96 del 21/03/2011 e n. 654 del 06/12/2011.

4. Servizio per le Dipendenze Patologiche Penitenziario (S.D.P.P.), collocato nell'ambito dell'assetto organizzativo del Dipartimento Dipendenze Patologiche.

Il direttore del Dipartimento Dipendenze Patologiche, nell'ambito della propria autonomia organizzativa, ed in coerenza con i principi di equità e qualità, formalizzerà il collocamento organizzativo del Servizio tra le UU.OO. del Dipartimento. Al Servizio sono assegnati i compiti, le funzioni e le risorse, anche umane, già trasferite alle ASL ex Deliberazione N. 2545 del 6 agosto 2003 (Trasferimento rapporti convenzionali operatori Presidi Tossicodipendenti Detenuti, in attuazione del Decreto interministeriale Salute/Giustizia del 10/4/02).

Dovranno essere assicurate modalità operative e organizzazione dei percorsi terapeutici idonei a garantire quanto in precedenza prevista per il SMPD. Il Servizio garantirà il coordinamento ed i livelli essenziali di assistenza per le dipendenze patologiche all'interno di tutti gli Istituti Penitenziari del territorio di competenza, attraverso articolazioni specifiche o forme organizzative da definirsi all'interno del Dipartimento, ovvero richieste dalle normative e dagli indirizzi regionali. Il direttore del Dipartimento Dipendenze Patologiche garantirà il necessario raccordo con i Direttori del Dipartimento Salute Mentale e del Distretto Sanitario di riferimento, per quanto alle attività di prevenzione, cura e riabilitazione nelle specifiche aree, da garantire attraverso le UU.OO. competenti per il territorio distrettuale.

Qualora, sulla base delle caratteristiche degli Istituti (tipologia, dimensione, complessità), degli indirizzi organizzativi previsti dal DPCM 01.04.08 e dei rilevati bisogni sanitari dei detenuti e/o internati, e comunque nel caso di ASL nel cui territorio siano presenti Istituti Penitenziari con una capienza complessiva superiore a 500 detenuti e/o internati, il Servizio debba costituire una U.O. specifica, la ASL

istituirà una "U.O. Dipendenze Patologiche Penitenziaria", anche definendone la relativa articolazione e conferendo specifico incarico di responsabilità, nel rispetto delle disposizioni normative vigenti, ad un Dirigente Medico Aziendale.

16.13 Integrazione Sociosanitaria Aziendale e Rapporti con gli ambiti territoriali sociali

Le prestazioni e i livelli essenziali di assistenza socio-sanitaria di competenza del SSN sono agevolmente individuabili in base alla Tabella allegata al *DPCM 14.02.2001* ed all'allegato 1C del *DPCM 29.11.2001*: perché si concretizzino nell'attuale sistema sanitario e sociale campano bisogna necessariamente infrastrutturare definitivamente gli assetti organizzativi.

E' preposto al governo di tale funzione il responsabile del coordinamento sociosanitario che, supporta la direzione e le strutture dipartimentali e distrettuali nella governance dei processi gestionali e professionali che sottendono all'intero sistema sociosanitario.

L'azienda nell'atto aziendale istituisce per tale funzione una unità operativa dedicata che fa capo ad una idonea struttura organizzativa.

Di seguito si evidenziano le forme organizzative e le tematiche finalizzate a consentire una governance:

- delle diverse aree socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria;
- delle aree socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria ed i servizi centrali dell'azienda, tra i distretti e gli ospedali;
- dell'azienda e dei Comuni, in particolare all'interno del Coordinamento istituzionale e dell'Ufficio di piano;
- delle attività socio-sanitarie di competenza della ASL e quelle di competenza dell'Ente Locale.

che accompagni e sovrintenda a tutte le azioni della componente territoriale a supporto del distretto sociosanitario.

Essa deve:

- aggregare tutte le attività assistenziali socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria, individuate dal DLgs 229/99, dal DPCM 14.02.01 e dal DPCM 29.11.01, e costituenti nel loro insieme l'Area Socio-Sanitaria ad Elevata Integrazione Sanitaria (materno-infantile, anziani, disabili fisici, psichici e sensoriali, salute mentale, dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezione da HIV, patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronic-degenerative, assistenza ai detenuti affetti da dipendenza o disturbi mentali). Ciò anche al fine di promuovere una integrazione operativa tra le stesse, una cultura e una metodologia del lavoro integrata;
- partecipare alla formulazione dei protocolli relativi alla "dimissione socio-sanitaria protetta", e partecipare a quelli relativi all'ADI;
- svolgere funzioni di programmazione, indirizzo e coordinamento delle attività sociosanitarie ad elevata integrazione (con particolare riferimento ai LEA socio-sanitari) e delle attività socio-sanitarie in favore di immigrati e senza fissa dimora;
- concorrere, in collaborazione con le altre articolazioni aziendali e comunali, all'analisi dei bisogni socio-sanitari (e, in particolare, delle disuguaglianze sociali

- nell'accesso ai servizi), al monitoraggio delle attività socio-sanitarie, alla costruzione di un Sistema Informativo Socio-Sanitario Integrato;
- curare in particolare il livello organizzativo, gestionale ed operativo della integrazione socio-sanitaria territoriale, avvalendosi degli Uffici Socio-Sanitari distrettuali meglio descritti nel sistema di organizzazione distrettuale;
 - partecipare all'Ufficio di Piano, dove rappresenta il livello centrale aziendale, unitamente con i direttori dei distretti che sottoscrivono il PDZ per la parte afferente al proprio distretto.

E' indispensabile infine un collegamento organico (informatico, cartaceo, operativo) tra gli ospedali e la rete dei servizi sociosanitari territoriali, anche attraverso l'istituzione dei protocolli della "dimissione socio-sanitaria protetta": allorché un paziente con determinate caratteristiche viene dimesso dall'ospedale vi è la necessità della preparazione tra ospedale e rete dei servizi territoriali di un piano personalizzato congiunto di assistenza territoriale.

16.14 Sistema delle cure Domiciliari

La nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare ha (documento del Ministero della Salute 2006) ridefinito le cure domiciliari, distinguendo, in dettaglio, gli interventi basati su prestazioni -che non necessitano di integrazione e valutazioni multidimensionali- dalle Cure Domiciliari Integrate, definite come una modalità di assistenza integrata - sanitaria e sociale erogata al domicilio dell'Assistito, in modo continuo ed integrato, in relazione alla natura ed alla complessità dei bisogni a cui si rivolge. La Regione ha definito il modello di riferimento del sistema cure domiciliari con delibera 41/2011 .

Gli obiettivi specifici del Sistema delle Cure Domiciliari sono:

- fornire adeguata assistenza a persone che presentano problematiche di tipo sanitario e sociale suscettibili di trattamento domiciliare, evitando i ricoveri ospedalieri impropri e l'ingresso in residenza;
- favorire la permanenza a domicilio delle persone non autosufficienti, perseguendo il recupero o la conservazione delle residue capacità di autonomia e relazionali;
- 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;
- migliorare in ultima analisi la qualità della vita di persone non autosufficienti o a rischio di perdita dell'autosufficienza, favorendo il mantenimento delle capacità residue.

Il documento ministeriale denominato "*Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio*" recepito dalla Regione Campania ha articolato le cure domiciliari in tre tipi:

- Cure Domiciliari di tipo prestazionale;
- Cure Domiciliari Integrate di primo e secondo livello, e terzo livello;
- Cure Domiciliari palliative per malati terminali.

16.15 Servizi delle professioni sanitarie infermieristiche, della riabilitazione e delle altre professioni tecnico-sanitarie

Al fine di dare compimento a quanto previsto dalle indicazioni della legge del 10 agosto 2000 n. 251 e dalla Legge Regionale del 10 aprile 2001 n. 4, e per valorizzare tutte le professioni sanitarie, le aziende devono provvedere alla costituzione dei Servizi delle professioni infermieristiche e ostetriche, delle professioni della riabilitazione, delle professioni tecnico sanitarie e delle professioni di tecnico della prevenzione.

Tali servizi devono espletare le funzioni individuate dai regolamenti regionali e dalle altre norme in materia e devono utilizzare metodologie di pianificazione per obiettivi al fine di assicurare una adeguata risposta ai bisogni di salute dei singoli e della collettività mediante l'ottimizzazione, il coordinamento ed il controllo della qualità delle prestazioni delle professioni.

Le aziende sanitarie "integrano i predetti servizi nei dipartimenti previsti dagli atti aziendali, avuto riguardo all'omogeneità di competenza e di intervento, e delle aree disciplinari di riferimento e/o ne determinano il collegamento funzionale con tali dipartimenti".

Le Aziende Sanitarie, pertanto, istituiscono i seguenti Servizi:

- a) Servizio infermieristico e ostetrico con a capo un Dirigente Responsabile;
- b) Servizio Tecnico-Sanitario con a capo un Dirigente Responsabile;
- c) Servizio Tecnico Riabilitativo con a capo un Dirigente Responsabile;
- d) Servizio Tecnico della Prevenzione con a capo un Dirigente Responsabile;

I compiti dei dirigenti dei servizi di cui sopra, prevedono il concorso, per gli aspetti di competenza, all'individuazione e realizzazione degli obiettivi individuati dalla Direzione Generale e Strategica per la programmazione, organizzazione, gestione, verifica e controllo dell'erogazione delle prestazioni proprie della specifica area professionale legate alla promozione della salute, prevenzione, cura e riabilitazione, per questi si richiama integralmente quanto specificatamente contenuto nel regolamento di attuazione della Legge Regione Campania in premessa richiamata e cioè il D.G.R.C. n. 336/2003.

I servizi centrali delle professioni sanitarie sono a loro volta collegati in LINE con i Servizi Infermieristici e delle altre Professioni Sanitarie e Sociali a livello Ospedaliero, Distrettuale, Dipartimentale e di Unità Operativa o Servizio – Servizi cui è preposto personale anche con incarichi di posizione organizzativa, di coordinamento complesso e semplice.

Gli incarichi dei dirigenti dei servizi delle professioni sanitarie sono conferiti attraverso le procedure concorsuali di cui al DPCM del 25/01/2008 pubblicato nella G.U. – Serie Generale n. 48 del 26/02/2008.

L'azienda nell'atto aziendale individua le condizioni organizzative per lo sviluppo di tale funzioni, collocandole in staff alla direzione strategica ed in stretto rapporto con le altre strutture organizzative aziendali.

Ci si riserva di integrare le presenti linee guida con gli indirizzi per la costituzione dei Servizi Sociali Professionali delle aziende sanitarie, all'atto dell'emanazione delle norme regionali sulle modalità di attribuzione delle funzioni di direzione delle attività dell'area professionale dei servizi sociali.

16.16 Presidio ospedaliero

Con decreto commissariale n.49 del 27 settembre 2010 e s.m.i. la Regione ha definito il riassetto della rete ospedaliera.

Il presidio ospedaliero è una struttura operativa dell'azienda Sanitaria ed è organizzato, secondo modello dipartimentale, in strutture complesse e semplici e strutture semplici dipartimentali.

Le funzioni specialistiche esercitate da ciascun ospedale sono quelle previste dalla programmazione regionale e dalla pianificazione attuativa aziendale approvata dagli organismi regionali competenti.

Il presidio ospedaliero rappresenta un livello di responsabilità condivisa dei livelli qualitativi e di appropriatezza delle prestazioni erogate, ovvero del miglioramento continuo della qualità e del governo clinico.

Nelle aziende sanitarie locali, il presidio ospedaliero è dotato di autonomia economico-finanziaria, con l'attribuzione di specifico budget e con contabilità analitica separata all'interno del bilancio dell'azienda.

Ai presidi ospedalieri delle aziende sanitarie è preposto, previa procedura di selezione pubblica, un direttore medico quale responsabile delle funzioni igienico-organizzative.

Il direttore medico di presidio ospedaliero assicura, inoltre, la funzione d'integrazione e coordinamento interni e di raccordo e di continuità operativa con la direzione strategica.

Ai sensi dell'art. 15, comma 13, lettera fbis del D.L. 95/2012 convertito con modificazioni dalla Legge 135/2012, nelle Aziende ospedaliere, nelle Aziende ospedaliero universitarie e negli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici costituiti da un unico presidio, le funzioni e i compiti del direttore sanitario aziendale e del direttore medico di presidio sono svolti da un unico soggetto avente i requisiti di legge.

Per le funzioni di coordinamento amministrativo è preposto un dirigente amministrativo in possesso dei requisiti di legge.

SETTIMA SEZIONE

17. PARAMETRI PER L'INDIVIDUAZIONE DELLE UNITA' OPERATIVE COMPLESSE (UOC) SEMPLICI (UOS) E SEMPLICI DIPARTIMENTALI (UOSD) DELLE AZIENDE SANITARIE LOCALI, DELLE AZIENDE OSPEDALIERE, DELLE AZIENDE OSPEDALIERE UNIVERSITARIE e DELL'IRCCS DI DIRITTO PUBBLICO

Il 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), ha approvato, nella seduta del 26 marzo 2012, un documento contenente i parametri standard per l'individuazione delle strutture semplici e complesse del SSN così come previsto dall'art. 12 comma 1 lettera b) del Patto per la salute 2010-2012.

I parametri standard definiti dal documento sono:

- 17,5 posti letto per struttura complessa in ambito ospedaliero;
- 13.515 residenti per struttura complessa in ambito territoriale;
- 1,31 strutture semplici per struttura complessa sia in ambito ospedaliero che territoriale.

Nel documento è precisato che le Regioni che hanno sottoscritto un accordo con il Piano di rientro dai disavanzi sanitari sono tenute ad emanare, entro il 31 dicembre 2012, apposite direttive ai fini dell'adozione da parte delle aziende di specifici provvedimenti di riorganizzazione aziendale al fine di contenere il numero di strutture semplici e complesse entro i limiti previsti dai predetti standard, fermi restando i vincoli finanziari ed organizzativi previsti per il personale dai rispettivi Piani di rientro e/o Programmi Operativi.

Con nota 279-P del 17.07.2012, il Direttore Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute, nel chiarire che "lo standard 17,5 posti letto per struttura complessa è da intendersi al livello regionale", ha precisato che "ogni regione, nell'ambito della propria autonomia gestionale e organizzativa, potrà emanare direttive, fermo restando l'obiettivo del raggiungimento di tali standard su scala regionale, articolando i parametri regionali anche in funzione delle riconosciute e documentate specificità tecnico - assistenziali, ovvero tecnico-scientifiche delle rispettive Aziende o Enti del SSN, che svolgono attività di alta specializzazione o di ricerca traslazionale, attività didattiche e formative, cui la Regione intende assegnare una particolare ruolo di rilevanza nazionale ed internazionale".

Pertanto, anche in considerazione di tali indicazioni, si è ritenuto opportuno articolare i parametri sopra riportati per la programmazione delle strutture complesse in ambito ospedaliero, in modo da tener conto del diverso ruolo svolto dalle strutture ospedaliere nell'ambito del servizio sanitario regionale e della maggiore o minore complessità dell'articolazione interna che si determina in funzione del numero e della rilevanza delle funzioni attribuite ed in particolare delle specificità tecnico assistenziali delle aziende ospedaliere e delle esigenze scientifiche e didattiche delle Aziende ospedaliere universitarie e dell'IRCCS di diritto pubblico.

Si è inoltre considerato che, per quanto attiene alcune funzioni sia sanitarie che amministrative e tecniche (farmacia, radiologia, laboratorio di analisi, servizio

tecnico, gestione del personale ecc.) le aziende sanitarie locali possono prevedere una organizzazione accentrata con la costituzione di unità operative che garantiscano lo svolgimento di tali attività per più presidi e/o per presidi ospedalieri e strutture territoriali.

Pertanto i parametri fissati dal Comitato LEA per l'individuazione delle strutture complesse in ambito ospedaliero vengono così articolati:

- U.O.C. in ambito ospedaliero

- per i presidi ospedalieri di ASL una struttura complessa ogni 22 posti letto;
- per le Aziende Ospedaliere una struttura complessa ogni 16 posti letto;
- per le Aziende Ospedaliere Universitarie e l'IRCCS di diritto pubblico una struttura complessa ogni 14 posti letto.

I parametri di cui sopra si applicano al numero di posti letto programmati dal decreto del commissario ad acta n. 49 del 27 settembre 2010 e ridefiniti dalle pianificazioni attuative delle aziende approvate con i relativi decreti commissariali;

Per i presidi ospedalieri di ASL lo standard una struttura complessa ogni 22 posti letto è da intendersi a livello aziendale e può essere declinato dall'azienda in modo diverso da presidio a presidio ferma restando la necessità di non superare in ogni caso la media aziendale una struttura complessa ogni 22 posti letto;

Per i presidi ospedalieri di ASL e per le Aziende Ospedaliere, le Aziende Ospedaliere Universitarie e l'IRCCS il numero di strutture complesse, semplici e semplici dipartimentali identificate in base agli standard di cui sopra è comprensivo dei servizi centrali sanitari (farmacia, radiologia, laboratorio di analisi ecc.). Per le Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere Universitarie e IRCCS non è comprensivo dei servizi centrali tecnici, professionali ed amministrativi (servizio tecnico, gestione del personale ecc.);

Per le unità operative complesse a direzione universitaria, presenti nelle Aziende ospedaliere e nei Presidi ospedalieri di ASL, si applica il parametro fissato per le Aziende ospedaliere universitarie (14 p.l. per UOC).

- U.O.C. in ambito territoriale

Il parametro per l'individuazione delle strutture complesse, territoriali è quello definito dal Comitato LEA pari a 1 struttura complessa ogni 13.515 residenti.

- U.O.S e U.O.S.D. in ambito ospedaliero e territoriale

Il parametro per la individuazione delle strutture semplici e semplici dipartimentali, sia in ambito ospedaliero che in ambito territoriale, è 1,31 strutture semplici o semplici dipartimentali per ogni struttura complessa.

18. CRITERI PER LA INDIVIDUAZIONE DELLE UNITÀ OPERATIVE (UOC, UOSD, UOS) IN AMBITO OSPEDALIERO E DELLE FUNZIONI CENTRALI DEI PRESIDI OSPEDALIERI DI ASL E DELLE AZIENDE OSPEDALIERE

Criteria per l'individuazione delle UOC:

Le Unità operative complesse di norma devono essere caratterizzate da:

- a) Rilevanza delle attività svolte per volume e tipologia;
- b) Rilevanza del livello di responsabilità per la gestione della struttura
- c) Valore delle risorse professionali, operative e organizzative, adeguate qualitativamente e quantitativamente alla natura e all'entità degli obiettivi attesi;
- d) 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;

Criteria per l'individuazione delle UOSD:

Le Unità operative semplici dipartimentali di norma devono essere caratterizzate da:

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

Criteria per l'individuazione delle UOS:

Le Unità operative semplici di norma devono essere caratterizzate da:

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

Ogni UO ospedaliera deve erogare prestazioni sia in regime di ricovero che ambulatoriali in misura tale da:

- contenere i tempi di esecuzione e di risposta entro tempi 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 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 e d'assistenziali;
- garantire una efficiente gestione delle risorse in dotazione

19. CRITERI PER LA INDIVIDUAZIONE DELLE UNITA' OPERATIVE (UOC, UOD, UOS) IN AMBITO NON OSPEDALIERO (Ambito territoriale e delle funzioni centrali aziendali).

Criteria per l'individuazione delle UOC:

Le Unità operative complesse di norma devono essere caratterizzate da:

- a) Rilevanza delle attività svolte per volume e tipologia;
- b) Rilevanza del livello di responsabilità per la gestione della struttura
- c) Valore delle risorse professionali, operative e organizzative, adeguate qualitativamente e quantitativamente alla natura e all'entità degli obiettivi attesi;
- d) Articolazione interna della struttura e livello di diversificazione delle responsabilità;
- e) 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;

Criteria per l'individuazione delle UOSD:

I criteri e i parametri da utilizzare per la costituzione, il mantenimento delle UOS in ambito territoriale sono:

- a) capacità di erogare autonomamente servizi sul territorio;
- b) congrua dotazione di risorse professionali, operative e organizzative adeguate qualitativamente e quantitativamente alla natura e all'entità degli obiettivi attesi;
- c) funzione strategicamente rilevante per il buon funzionamento del Dipartimento e delle UOC in esso comprese, senza sovrapposizione con le attività delle stesse

Criteria per l'individuazione delle UOS:

I criteri e i parametri da utilizzare per la costituzione, il mantenimento e la riconversione delle UOS in ambito territoriale sono i seguenti:

- a) esistenza di una struttura complessa già esistente e pienamente configurata;
- b) utilizzazione di risorse umane, strutturali, strumentali e materiali indispensabili per realizzare gli obiettivi di cui ai successivi punti;
- c) funzione strategicamente rilevante per il buon funzionamento della UOC di appartenenza e, per il tramite di questa, del Dipartimento in cui essa è compresa;

Ogni UO territoriale deve poter erogare prestazioni di prevenzione, ambulatoriali di natura diagnostica clinica e strumentale, specialistiche specifiche, medico-legali e di natura terapeutica o riabilitativa in misura tale da:

- contribuire al contenimento dei tempi di attesa entro i limiti stabiliti in sede regionale e/o nazionale;
- contribuire all'appropriatezza prescrittiva e al contenimento della spesa sia di farmaci che dispositivi medici.

Le aziende sanitarie provvederanno nell'ambito della adozione dell'atto aziendale alla individuazione programmatica delle strutture complesse, semplici dipartimentali e semplici sulla base dei parametri e dei criteri sopra individuati garantendo il progressivo adeguamento agli standard.

Per le Aziende ospedaliero universitarie e per l'IRCCS la previsione di adeguamento agli standard sarà effettuata nell'ambito dei nuovi protocolli d'intesa.

20. MODELLI OPERATIVI

20.1 Reti professionali

Una rete professionale è costituita da un insieme di singoli professionisti, UUOO 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 fiducia reciproca.

In un'organizzazione complessa formale la creazione di reti ha lo scopo di collegare diverse dimensioni professionali e/o linee di attività e/o più professionisti e/o strutture operative, e/o loro articolazioni interne, dell'azienda non direttamente tra loro, ma direttamente collegabili in termini di posizionamento nell'organigramma dall'azienda stessa. Una rete professionale infatti connette quanti partecipano a un'organizzazione reale che può non coincidere con l'organizzazione formale dell'azienda.

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 o ancora a un centro specialistico.

20.2 Gruppi Operativi Interdisciplinari

I gruppi operativi interdisciplinari sono momento di diffusione e 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. Sono costituiti da più professionisti appartenenti a discipline e/o UUOO 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 di Dipartimento/Distretto. Tra i gruppi operativi interdisciplinari assumono rilevanza quelli dedicati alla concreta applicazione degli strumenti del governo clinico tra i quali: EBM, linee guida, Clinical Audit, Percorsi Assistenziali, Risk Management, Disease Management, Tecnology assesment, Sistemi di Indicatori, Accreditamento.

20.3 Assetto degli incarichi professionali

Al fine di assicurare la rilevanza delle funzioni ad alto contenuto tecnico-professionale, le Aziende individuano attività specialistiche per le quali conferire 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 ciò che prevale è la specifica competenza professionale, diversamente dai precedenti casi delle Strutture complesse e semplici, ove prevalevano 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 Unità Operativa Complessa o dal direttore del Dipartimento qualora l'incarico professionale abbia valenza dipartimentale.