REGIONE CALABRIA AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE CROTONE DIREZIONE GENERALE

DELIBERA Nº 253

OGGETTO: Adozione Nuovo Atto Aziendale.

L'anno duemilasedici, il giorno del mese di luglio, nella sede dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone, sita in Crotone, via M. Nicoletta angolo via G. Di Vittorio.

Su conforme proposta del responsabile direttore della U.O. Programmazione Sanitaria e Pianificazione Strategica, nonché della espressa dichiarazione di regolarità e legittimità dell'atto resa dal medesimo direttore.

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

PREMESSO

Che l'organizzazione ed il funzionamento delle aziende sanitarie sono disciplinate con Atto Aziendale di diritto privato, ai sensi dell'articolo 3, comma 1 bis, del D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502, adottato dal direttore generale in applicazione dei principi e dei criteri stabiliti dalla Regione.

Che con DCA n. 130 del 16.12.2015, il Commissario ad acta per il piano di rientro dalla Regione Calabria, in coerenza con il quadro normativo nazionale e gli atti di programmazione regionale, ha approvato specifiche linee guida per l'adozione degli atti aziendali delle aziende del SSR apportando, nel contempo, modifiche e integrazioni al precedente DPGR n.97/2013.

Che per come previsto dal citato DCA 130/2015 le Aziende del S.S.R. sono tenute ad adottare l'atto aziendale e trasmetterlo al Dipartimento Tutela della Salute della Regione per la prescritta verifica di conformità ai principi ed ai contenuti delle linee guida di cui al citato DCA 130/2015.

Che l'approvazione definitiva dell'Atto Aziendale è disposta con decreto del Commissario ad acta.

Che le Aziende del SSR possono dare attuazione alle previsioni dell'Atto Aziendale solo dopo l'approvazione da parte della Struttura Commissariale.

VISTI

I principali provvedimenti in materia di programmazione sanitaria nazionale e regionale, la cui attuazione richiede un coerente adeguamento dell'organizzazione e del funzionamento delle aziende sanitarie attraverso l'adozione degli atti aziendali, e richiamati, in particolare:

- L'Intesa Stato Regioni concernente il Patto per la Salute per gli anni 2014-2016, sancita il 10 luglio 2014;
- Il DM 2 aprile 2015, n. 70, che definisce gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera;

- Il DCA n. 64 del 5 luglio 2016 con il quale è approvata la riorganizzazione della rete assistenziale ospedaliera, della rete dell'emergenza urgenza e delle reti tempo dipendenti;
- Il DCA n. 76 del 6 luglio 2015 con il quale è approvato il documento di riorganizzazione della rete assistenziale territoriale;
- Il DCA n. 32 del 8 marzo 2016 con il quale è approvato il Piano Regionale Prevenzione 2014-2018;

RITENUTO

Necessario superare la strutturazione organizzativa e di funzionamento dell'ASP attualmente ancora determinata sulla base dall'atto aziendale vigente nell'Azienda approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 2578/2001 precisando che lo stesso non risulta più coerente sia al principio di efficienza dell'azione amministrativa ne adeguato alle modificazioni della configurazione dell'offerta dei servizi sanitari ospedalieri, territoriali e della prevenzione nel tempo intervenuti in attuazione di provvedimenti normativi nazionali e regionali al riguardo adottati.

CONSIDERATO

Che il testo del nuovo atto aziendale, elaborato nel rispetto dei principi e dei criteri stabiliti dal DCA n. 130 /2015, è costituito da una parte generale di cui al documento allegato alla presente deliberazione e dalle tabelle di seguito indicate:

- Allegato Tabella 1
 Strutturazione organizzativa generale e organigramma azienda.
- Allegato Tabella 2
 Strutturazione organizzativa dipartimenti e strutture organizzative complesse e semplici in cui si articolano i servizi ospedalieri, territoriali e della prevenzione nonchè i servizi tecno-amministrativi centrali e di staff della direzione aziendale.
- Allegato Tabella 3
 Riepilogo generale delle strutture organizzative previste e differenza con incarichi attuali.
- Allegato Tabella 4
 Dotazione organica del personale a tempo indeterminato e determinato al 31.12.2015.

EVIDENZIATO

Che, in relazione al nuovo assetto organizzativo e di funzionamento stabiliti dall'atto aziendale e in funzione dei fabbisogni accertati, coerentemente con i criteri che saranno stabiliti dalla regione, l'azienda provvederà a rideterminare, con apposito e separato atto deliberativo, la dotazione organica dell'azienda, nel rispetto dei tetti di spesa stabiliti in materia di personale e previa approvazione da parte della struttura commissariale regionale.

DATO ATTO

Che sul nuovo atto aziendale è stata data specifica informativa preventiva alle organizzazioni sindacali della dirigenza medica e veterinaria e della dirigenza SPTA nonchè alle OO.SS. del comparto e alla RSU, trasmettendo agli stessi, via

e-mail, con nota n. 44828 del 20.04.2016 la bozza della proposta di atto aziendale predisposto dall'azienda.

Che a riscontro della informativa preventiva di cui sopra i rappresentanti delle OO.SS. della dirigenza medica e veterinaria nonchè del comparto hanno richiesto specifici incontri di concertazione con la direzione aziendale.

Che tra i rappresentanti della direzione aziendale e i rappresentanti delle OO.SS. del comparto e della RSU, nonchè della dirigenza medica e veterinaria e SPTA si sono svolti specifici incontri rispettivamente in data 05.05.2016 aggiornata al 09.05.2016 ed in data 13.05.2016.

Che in esito agli incontri di cui sopra l'azienda, considerati taluni dei suggerimenti, delle indicazioni e delle osservazioni espresse dai rappresentanti delle OO.SS. e valutati gli stessi non in contrasto con le linee guida regionali di cui al DCA n.130/2015 e con il DCA n. 30/216 e il DCA n.64/2016, ha ritenuto di tenerne conto nel presente provvedimento definitivo di adozione dell'atto aziendale.

VISTA

La nota del 15 luglio 2016 del Dipartimento regionale Tutela della Salute trasmessa a questa ASP in ordine all'analisi preventiva della proposta di atto aziendale.

CONSIDERATO

Che l'attuazione dell'atto aziendale avrà avvio solo dopo verifica di conformità ai principi ed ai contenuti delle linee guida a cura del dipartimento regionale tutela della salute e che l'approvazione da parte della Struttura Commissariale è disposta con decreto del Commissario ad acta.

Che una volta approvato l'Atto aziendale, l'Azienda adotterà, con successivo e specifico atto deliberativo, uno piano attuativo di massima che prevede una serie di azioni, provvedimenti e adempimenti tra loro coordinati e correlati, essenziali per portare a compimento la progressiva implementazione del nuovo assetto organizzativo è di funzionamento dell'azienda definiti con il nuovo atto aziendale.

RITENUTO

Di adottare l'atto aziendale e i relativi allegati, nel testo unito al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale.

VISTE

Le vigenti disposizioni di legge in materia.

VISTA

La proposta formulata dal direttore della UOC Programmazione Sanitaria e Pianificazione Strategica.

ACOUISITO

Il parere favorevole del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo.

DELIBERA

Per le motivazioni esposte in premessa, che qui si intendono integralmente riportate e confermata, di:

1. Prendere atto:

- del DCA n. 130 del 16 dicembre 2015 recante "Linee guida per l'adozione degli atti aziendali delle Aziende del Servizio Sanitario della Regione Calabria - modifiche ed integrazioni al D.P.G.R. n. 97/2013"
- del DCA n. 30/2016 per come interato e rettificato dal DCA n. 64 del 5 luglio 2016 con il quale è approvata la riorganizzazione della rete assistenziale ospedaliera, della rete dell'emergenza urgenza e delle reti tempo dipendenti;
- del DCA n. 76 del 6 luglio 2015 recante "Riequilibrio Ospedale territorio Approvazione documento di riorganizzazione della rete Territoriale";
- del DCA n. 32 del 8 marzo 2016 recante "Piano Regionale Prevenzione (PRP) 2014-2018.
- 2. Adottare l'Atto Aziendale dell'ASP di Crotone con i relativi allegati nel testo unito al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale.
- 3. Stabilire che l'azienda provvederà, con successivo e separato atto, a rideterminare la dotazione organica nel rispetto degli indirizzi regionali e dei tetti di spesa stabiliti in materia di spesa per il personale e previa approvazione della struttura commissariale.
- 4. Stabilire che con l'entrata in vigore del presente atto aziendale si intendono revocati tutti gli incarichi dirigenziali relativi a strutture organizzative complesse e semplici nonché a posizioni organizzative e di coordinamento preesistenti e non più previste dal presente atto aziendale, gli stessi sono comunque prorogati fino al conferimento di nuovi incarichi dei dirigenti e del comparto interessati.
- 5. Stabilire che una volta approvato l'Atto aziendale, l'Azienda adotterà, con successivo e specifico atto deliberativo, uno piano attuativo di massima che preveda azioni, provvedimenti e adempimenti tra loro coordinati e correlati, essenziali per portare a compimento la progressiva implementazione del nuovo assetto organizzativo e di funzionamento dell'azienda definiti con il presente atto aziendale.
- 6. Di trasmettere il presente provvedimento al Dipartimento Tutela della Salute della Regione Calabria.
- 7. Di dare atto che solo all'esito positivo del procedimento di verifica e dopo l'adozione di specifico DCA di approvazione da parte del Commissario ad acta sarà possibile dare avvio alla graduale attuazione dell'atto aziendale.

Il Direttore della UOC
Programmazione sanitaria e pianificazione strategica
Responsabile del procedimento
Dr. Giuseppe Fratto

Il Direttore Amministrativo
Dr. Giuseppe Fico

Il Direttore Sanitario
Dr. Agostino Talerico

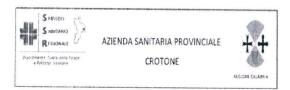
Il Commissario Straordinario
Dr. Sergio Arena

UFFICIO AFFARI GENERALI CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

Si certifica che la presente deliberazione è pubblicata nelle forme di legge all'Albo Pretorio dell'ASP di Crotone il 21LUG.2016 con protocollo della Segreteria Generale n. 073 ed ivi rimarrà per un periodo di dieci giorni.

Il Responsabile Valter Cosentino

> Il Direttore f.f. Ufficio Affari Generali e Legali Dr.ssa Anna GIORDANO



Commissario Straordinario Dr. Sergio Arena

AZIENDALE AZIENDALE

(Adottato in applicazione del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i. e del DCA 130/2015)

Documento allegato alla deliberazione del Commissario Straordinario

n ._____ del _____

INDICE

A. ELEMENTI IDENTIFICATIVI DELL'AZIENDA		
1. Denominazione ragione sociale sede riferimenti fiscali patrimonio	o logo e sito internet azienda	Pag. 4
2. Territorio		Pag. 5
3. Missione istituzionale		Pag. 6
4. Visione aziendale, valori e principi, politiche sanitarie		Pag. 6
B. L'AZIENDA E I SUOI INTERLOCUTORI ESTERNI		
5. Partecipazione dei cittadini e le relazioni con la società civile		Pag. 8
6. Relazioni con gli enti istituzionali		Pag. 8
7. Rete regionale dei servizi sanitari		Pag. 9
8. Integrazione socio-sanitaria		Pag. 9
C. L'ASSETTO ISTITUZIONALE		
9. Organi dell'Azienda. Il direttore generale		Pag. 10
10. Organi dell'Azienda. Il collegio sindacale		Pag. 11
11. Organi dell'Azienda. Il collegio di direzione		Pag. 11
12. Il direttore sanitario		Pag. 12
13. Il direttore amministrativo		Pag. 13
14. La Conferenza dei Sindaci		Pag. 14
15. Il consiglio dei sanitari		Pag. 15
16. Organismo Indipendente di Valutazione		Pag. 15
17. I collegi tecnici		Pag. 15
18. Il comitato etico		Pag. 16
19. Il comitato consultivo aziendale misto		Pag. 16
20. Il sistema delle deleghe e dei poteri		Pag. 16
21. Le relazioni sindacali		Pag. 19
D. I PRINCIPI ISPIRATORI DELLA GESTIONE		
22. Unitarietà della gestione		Pag. 20
23. Orientamento ai bisogni dell'utenza e miglioramento dei processi	clinico-assistenziali	Pag. 21
24. Integrazione ospedale-territorio		Pag. 22
25. Rapporti convenzionali		Pag. 23
26. Governo clinico Risk management		Pag. 23
27. Controllo e verifica dell'appropriatezza delle prestazioni ospedalie	ere	Pag. 25
28. Accreditamento		Pag. 25
29. Innovazione gestionale e tecnologica		Pag. 25
30. Valorizzazione delle professionalità		Pag. 26
31. Relazioni sindacali (vedi punto C.21)		Pag. 27
32. Responsabilizzazione gestionale		Pag. 27
33. Deleghe dei poteri (vedi punto C.20)		Pag. 27
E. LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA		
34. I dipartimenti e l'organizzazione dipartimentale		Pag. 27
35. Le strutture complesse e semplici		Pag. 28
36. L'area territoriale e la riorganizzazione dei sistemi di cura territor	iali	Pag. 30
37. Il distretto sanitario unico aziendale		Pag. 32
38. Il dipartimento di prevenzione		Pag. 44
39. Il dipartimento di salute mentale e delle dipendenze		Pag. 46
40. Il dipartimento interaziendale materno-infantile		Pag. 48
41. La rete farmaceutica		Pag. 49
42. La rete emergenza-urgenza		Pag. 50
43. La rete ospedaliera e la sua riorganizzazione	A	Pag. 52

Bo

44. La direzione ospedaliera	Pag. 56
45. L'organizzazione delle attività delle professioni ex legge 42/1999	Pag. 57
46. Organizzazione delle funzioni tecnico-amministrative	Pag. 58
47. Le funzioni di staff	Pag. 61
48. I percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali (vedi precedente punto. 37)	Pag. 64
49. Le funzioni di supporto	Pag. 64
50. L'organizzazione delle attività assistenziali (vedi punto E. 45)	Pag. 64
51. Gli incarichi dirigenziali	Pag. 64
52. Le posizioni organizzative e gli incarichi di coordinamento del personale del comparto	Pag. 66
F. I SISTEMI E GLI STRUMENTI DI GESTIONE E DI CONTROELO	
53. Pianificazione strategica	Pag. 67
54. I sistemi di programmazione e controllo	Pag. 68
55. I sistemi di gestione e valutazione del personale	Pag. 69
56. Le procedure di acquisto e la gestione degli appalti	Pag. 70
57. La gestione della qualità	Pag. 70
58. Le rilevazioni contabili	Pag. 71
59. Il controllo ex ante ed ex post di regolarità amministrativa, contabile e gestionale	Pag. 71
60. L' attività libero professionale intramuraria	Pag. 71
DISPOSIZIONI TRANSITORIE E FINALI	
ALLEGATI	
Tabella 1 - Strutturazione organizzativa generale e organigramma azienda	Pag. 74
Tabella 2 - Dipartimenti e Strutture Complesse e Semplici	Pag. 75
Tabella 3 - Riepilogo generale strutture organizzative atto aziendale	Pag. 83
Tabella 4 - Dotazione Organica	Pag. 84



A. ELEMENTI IDENTIFICATIVI DELL'AZIENDA

1. Denominazione, ragione sociale, sede legale, riferimenti fiscali, patrimonio, logo e sito internet aziendale.

L'Azienda sanitaria provinciale di Crotone, di seguito denominata "Azienda", è un ente, senza fini di lucro, con personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale avente la finalità di assicurare la tutela della salute della popolazione in conformità alla normativa nazionale e regionale, agli obiettivi di salute stabiliti dalla Regione e ai livelli essenziali di assistenza definiti dai provvedimenti di programmazione sanitaria nazionale e regionale.

Il presente Atto aziendale, adottato in conformità e nel rispetto dei principi e criteri al riguardo stabiliti nell'allegato A) del Decreto del Commissario ad acta n. 130 del 16 dicembre 2015, rappresenta lo strumento di diritto privato diretto a formalizzare l'autonomia imprenditoriale ed organizzativa dell'Azienda per la realizzazione delle proprie finalità, nel rispetto dei principi, criteri e vincoli contenuti nella normativa nazionale e regionale.

L'Azienda, nell'esercizio della propria autonomia imprenditoriale, opera, ai sensi dell'art. 3, comma 1-ter, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni, mediante atti di diritto privato ed esercita i poteri di diritto pubblico ad essa direttamente attribuiti dalla legge mediante procedimenti ed atti di diritto amministrativo assoggettati alla normativa prevista dalla legge 7 agosto 1990, n. 241 e s.m.i.

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 3, comma 1-bis, del D.Lgs. n. 502/92 come modificato dal D.Lgs. n. 229/1999, l'Azienda gode di personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale, la sua organizzazione e il suo funzionamento sono disciplinati dal presente atto aziendale di diritto privato.

L'Azienda, denominata anche ASP "Magnagrecia", è stata costituita nel maggio 2007 con legge regionale 11 maggio 2007 n. 9 e ricomprende nel proprio ambito territoriale tutti i Comuni della Provincia di Crotone.

La ragione sociale dell'Azienda è quella di assicurare la promozione, il mantenimento e lo sviluppo dello stato di salute della popolazione di riferimento attraverso l'erogazione e la produzione dei servizi e delle prestazioni comprese nei livelli essenziali di assistenza (LEA) definiti dalla programmazione sanitaria nazionale e regionale.

La sede legale dell'Azienda è in Crotone, provvisoriamente, alla via M. Nicoletta, presso il Centro Direzionale il "Granaio".

Il codice fiscale e partita IVA dell'Azienda è 01997410798.

Il patrimonio dell'Azienda è costituito da tutti i beni mobili ed immobili, risultanti dal libro cespiti, ad essa appartenenti in virtù di leggi o di provvedimenti amministrativi, nonché da tutti i beni comunque acquisiti nell' esercizio della propria attività o a seguito di atti di liberalità, nel rispetto delle disposizioni nazionali e regionali in materia. L'Azienda dispone del proprio patrimonio secondo il regime della proprietà privata ferme restando le disposizioni di cui all'articolo 830, secondo comma, del codice civile. Tutti i beni mobili ed immobili utilizzati dall'azienda per il perseguimento dei propri fini istituzionali costituiscono patrimonio indisponibile e, pertanto, non possono essere sottratti alla loro destinazione, se non nei modi, nei termini e alle condizioni stabiliti dalla legge. Gli atti di trasferimento a terzi di diritti reali su immobili sono assoggettati ad autorizzazione preventiva della Regione, come previsto dall'articolo 5 del D.Lgs 502/1992. L'Azienda per l'espletamento della propria attività si può avvalere di beni mobili ed immobili di terzi in locazione, leasing o comodato d'uso. La consistenza del patrimonio è rappresentata nello stato patrimoniale e nella nota integrativa dell'ultimo bilancio approvato.

Il logo ufficiale dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone, in attuazione del Decreto n. 1501 del 24.02.2016 adottato del Dirigente Generale del Dipartimento Tutela della Salute della Regione Calabria, è stabilito per come segue:







Il sito internet aziendale è all' indirizzo web: http://www.asp.crotone.it.

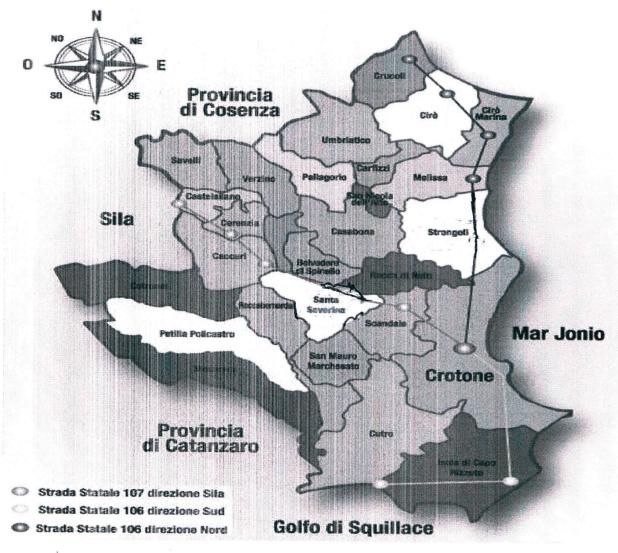
Il sito internet aziendale è un importante strumento di divulgazione delle informazioni istituzionali, volto ad attuare una maggiore trasparenza dell'attività propria dell'Azienda e a facilitare la comunicazione tra l'Azienda e i cittadini e altri diversi stakeholders, rendendo disponibili in un sito dinamico l'interattività delle informazioni.

Lo scopo del sito quello è quello di fornire maggiore visibilità e accessibilità ai servizi e alle attività offerte ai diversi target di utenza, garantendo trasparenza alle informazioni ed assicurando ai dati diffusi chiarezza, sicurezza, completezza, aggiornamento continuo pur nel rispetto del diritto alla riservatezza dei dati personali.

Ai sensi dell' art. 32 della Legge 18 giugno 2009, n. 69, vengono assolti sul predetto sito gli obblighi di pubblicazioni degli atti e dei provvedimenti amministrativi nonché tutti gli obblighi relativi alla trasparenza nella apposita sezione "Amministrazione Trasparente".

2. Territorio

L'Azienda ha come contesto di riferimento tutto il territorio della Provincia di Crotone, suddiviso in 27 Comuni, per come indicato nella tabella che segue, caratterizzato da zone collinari, di pianura e montani, da una densità di popolazione particolarmente elevata in pianura con la presenza del capoluogo, da una popolazione ultrasessantacinquenne e da una scolarizzazione nella media regionale, con un alto tasso di disoccupazione.





			Popolazione	
	COMUNE	Maschi	Femmine	Totale
	Belvedere Spinello	1.136	1.183	2.319
	Crotone	29.934	31.197	61.131
	Caccuri	799	854	1.653
	Castelsilano	625	526	1.051
	Cerenzia	570	596	1.166
	Cutro	5.278	5.255	10.533
	Isola Capo Rizzuto	9.357	8.195	17.552
	Rocca di Neto	2.825	2.871	5.696
	San Mauro Marchesato	1.066	1.114	2.180
	Savelli	616	671	1.287
	Scandale	1.591	1.659	3.250
	Sub Totale	53.697	54.121	107.818
AZIENDA	Carfizzi	321	350	671
ANITARIA	Casabona	1.296	1.450	2.746
OVINCIALE	Ciro	1.421	1.575	2.996
CROTONE	Ciro Marina	7.322	7.651	14.973
CROTONE	Crucoli	1.518	1.647	3.165
	Melissa	1.805	1.835	3.640
	Pallagorio	615	627	1.242
	San Nicola dell'Alto	396	450	846
	Strangoli	3.227	3.369	6.596
	Umbriatico	450	433	883
	Verzino	899	985	1.884
	Sub Totale	19.270	20.372	39.642
	Cotronei	2.619	2.840	5.459
	Mesoraca	3.181	3.393	6.574
	Petilia Policastro	4.601	4.629	9.230
	Roccabernarda	1.691	1.739	3.430
	Santa Severina	1.063	1.112	2.175
	Sub Totale	13.155	13.713	26.868
	TOTALE	86.122	88.206	174.328

3. Missione istituzionale

L'Azienda garantisce la promozione, il mantenimento e lo sviluppo dello stato di salute della popolazione di riferimento nonché il soddisfacimento dei bisogni di tutela della salute e dei bisogni socio-sanitari delle persone presenti nel territorio di competenza. A tale fine, l'Azienda organizza le proprie strutture e le attività assicurando l'universalità ed equità d'accesso ai servizi sanitari e socio-sanitari, la globalità di copertura in base alle necessità di ciascuno, secondo quanto previsto dai livelli essenziali di assistenza (LEA) e l'economicità delle scelte nel rispetto delle risorse disponibili.

L' azienda assicura i livelli essenziali di assistenza (LEA) previsti dalla programmazione sanitaria nazionale e regionale, tutela e promuove la salute di tutti i cittadini, a cominciare dai residenti, vero centro dell'interesse aziendale, sia adottando misure di prevenzione che erogando prestazioni sanitarie per acuti e prestazioni ad alta integrazione socio-sanitaria a domicilio degli utenti e sul territorio in presidi a gestione diretta o in altri presidi pubblici o privati accreditati secondo i principi di appropriatezza, efficienza ed economicità, nella convinzione che l'eliminazione degli sprechi, in sanità, non è un puro obiettivo economico, ma un'esigenza etica, perché ogni risorsa può essere reinvestita in prestazioni ai cittadini.

4. Visione aziendale, valori e principi, politiche sanitarie

L'Atto aziendale costituisce lo strumento giuridico mediante il quale l'Azienda determina la propria organizzazione ed il proprio funzionamento, delineando gli ambiti della propria autonomia imprenditoriale ed organizzativa, nel rispetto dei principi e dei criteri emanati dalla Regione. La Regione Calabria, con le linee guida per gli atti aziendali di cui all'allegato A) al



AP"

DCA n. 130/2015 ha delineato i principi ed i criteri in base ai quali adottare il presente Atto aziendale, ai sensi di quanto disposto dall'articolo 3, comma l-bis, del D.Lgs n. 502/1992 e successive modificazioni ed integrazioni.

Tali principi di riferimento comprendono la piena assunzione della responsabilità pubblica nella tutela della salute dei cittadini, la universalità ed equità di accesso ai servizi sanitari per tutte le persone presenti sul territorio regionale, la globalità di copertura in base alla necessità assistenziale di ciascuno, secondo quanto previsto dai livelli essenziali di assistenza, il finanziamento pubblico attraverso la fiscalità generale, la portabilità dei diritti in tutto il territorio nazionale.

La visione strategica della Azienda è rivolta a consolidare un sistema organizzativo capace di garantire appropriatezza, tempestività, efficacia, qualità dei servizi offerti ai cittadini rispetto ai loro bisogni di salute, orientato al miglioramento continuo della qualità dell'offerta e rivolto alla ricerca della soddisfazione dei cittadini, in un contesto di ottimizzazione della gestione delle risorse disponibili.

L'azienda tende ad assicurare la ricerca dell'eccellenza mediante un'organizzazione basata sui principi del Total Quality Management (TQM). L'Azienda promuove le attività di prevenzione, cura e riabilitazione in stretta connessione con i soggetti pubblici e privati presenti nel contesto del proprio territorio in una logica di fiducia e di cooperazione e attraverso un percorso di ascolto e di trasparenza con la società civile per concretizzare la qualità, efficacia, appropriatezza ed efficienza delle prestazioni. L'Azienda promuove la formazione e la crescita professionale del proprio personale per mantenere elevati livelli qualitativi dei servizi offerti. L'Azienda svolge, pertanto, la sua azione ispirandosi ai sequenti valori:

- <u>centralità della persona</u>: capacità di mettere al centro delle azioni aziendali la persona, in quanto titolare del diritto alla salute, che si esprime sia a livello individuale sia a livello collettivo.
- <u>equità e uguaglianza</u>: rendere disponibile e facilmente accessibili le informazioni necessarie a consentire una fruibilità consapevole, corretta e tempestiva dei servizi e delle prestazioni nel rispetto del principio di libera scelta del luogo di cura; garantire, in base al bisogno, pari e tempestive opportunità all'accessibilità dei servizi messi a disposizione dall'Azienda al fine di assicurare interventi sostenibili per la comunità; concorrere al superamento delle barriere, sociali, culturali, ideologiche e religiose valorizzando l'integrazione tra attività istituzionali e attività sociali, di volontariato e di assistenza sociale.
- <u>trasparenza</u>: assicurare visibilità e chiarezza dei processi decisionali e delle modalità di erogazione e accesso ai servizi al fine di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche pur nel rispetto della legislazione in materia di tutela dei dati personali (il D.Lgs n. 33/2013 raccoglie, in un unico atto normativo le numerose disposizioni legislative in materia di obblighi di informazione, trasparenza e pubblicità della pubblica amministrazione).
- <u>sostenibilità e valorizzazione del personale e dei professionisti</u>: sviluppare politiche aziendali attente ai problemi di sostenibilità ambientale, organizzativa ed economica; attivare strategie di attenzione al benessere organizzativo e al rispetto dei principi di pari opportunità e al contrasto di qualsiasi forma di discriminazione; implementare il senso di appartenenza dei dipendenti e del personale convenzionato del SSR attraverso la loro partecipazione consapevole ai processi decisionali, direttamente ed attraverso le organizzazioni di rappresentanza collettiva.
- <u>ricerca ed innovazione</u>: promuovere lo sviluppo delle attività di ricerca e di formazione per l'innovazione tecnologica alfine di migliorare i processi di avanzamento diagnostico e terapeutico in grado di rispondere ai sempre più crescenti e complessi bisogni di salute dei cittadini; promuovere l'innovazione gestionale anche attraverso lo sviluppo di nuovi modelli organizzativi.
- miglioramento continuo della qualità dell'assistenza e dell'attività amministrativa: la prima attraverso la promozione dei percorsi assistenziali clinici allo scopo di realizzare un'assistenza appropriata fondata sulle migliori evidenze scientifiche oltre a garantire la tracciabilità delle attività assistenziali erogate e offrire prestazioni in condizione di tutela del rischio; la seconda attraverso l'adozione di procedure amministrative volte a garantire la massima efficienza e assicurando uniformità ed integrazione a livello aziendale, nonché



basandosi sui principi di legalità, trasparenza e buon andamento dell'atti vità amministrativa.

La riorganizzazione dell'offerta assistenziale, il potenziamento delle cure primarie e lo sviluppo della rete territoriale costituiscono i principi ispiratori cardine delle politiche sanitarie sottese al presente Atto aziendale.

Gli interventi e le azioni previsti nei Programmi Operativi 2013-2015 e 2016-2018 della Regione Calabria individuano, infatti, nei seguenti valori/obiettivi le coordinate di riferimento per la definizione delle scelte organizzative alla base del presente Atto aziendale:

- Presa in carico "globale" della persona con i suoi bisogni di salute;
- Presa in carico "attiva" della fragilità e della cronicità;
- Prossimità ed accessibilità ai servizi;
- Misurabilità e valutazione delle prestazioni, della performance nelle singole strutture organizzative e degli esiti;
- Sicurezza delle cure;
- Integrazione ospedale e territorio;
- Multidisciplinarietà e integrazione professionale;
- Efficientamento della gestione;
- Integrazione di funzioni interaziendali;
- Governo della rete degli erogatori;
- Sviluppo di politiche di valorizzazione delle risorse umane e professionali;

B. L'AZIENDA E I SUOI INTERLOCUTORI ESTERNI

5. Partecipazione dei cittadini e relazioni con la società civile

L'Azienda riconosce tra i propri valori fondanti la centralità del cittadino, quale titolare del diritto alla tutela della salute, nella definizione delle prestazioni sanitarie e nella fruizione dei servizi per favorire una scelta consapevole nell'ambito delle prestazioni e dei servizi offerti. A tal fine assicura la partecipazione del cittadino, sia come singolo che tramite le associazioni di volontariato e di tutela dei diritti, alle fasi di programmazione delle attività, di valutazione della qualità dei servizi dal punto di vista degli utenti e di tutela dei diritti, nel rispetto della vigente normativa nazionale e regionale in materia, anche attraverso forme innovative di partecipazione. Gli strumenti principali a tal fine previsti dall'Azienda sono i seguenti:

- la carta dei servizi socio sanitari
- la conferenza annuale dei servizi
- il comitato consultivo degli utenti
- l'ufficio relazioni con il pubblico;

La carta dei servizi è l'espressione formale del patto sulla qualità dei servizi offerti e sul loro costante miglioramento, stipulato tra l'Azienda ed i Cittadini, condiviso nel tempo e in costante evoluzione.

L'ufficio relazioni con il pubblico rappresenta il punto di incontro preliminare con i cittadini. E' orientato ad assicurare una informazione semplice, tempestiva corretta su tutto il territorio dell'azienda e costituisce anche uno strumento di ascolto dei cittadini, attraverso i reclami, i suggerimenti. L'URP fa parte del sistema qualità dell'Azienda e contribuisce ad acquisire la percezione della qualità delle prestazioni erogate, individuando idonei ed adeguati strumenti per l'ascolto dell'utenza e la comunicazione con i cittadini e le Associazioni di volontariato e di tutela dei diritti. Il sistema di gestione dei reclami si svolge attraverso procedure predefinite, sulla base di apposito regolamento di pubblica tutela.

I Comitati Consultivi Misti sono organismi costituiti presso il Presidio Ospedaliero aziendale e le aree sub distrettuali territoriali, per favorire la partecipazione al processo decisionale dell'Azienda, con l'obiettivo del miglioramento della qualità dei servizi dal lato dell'utenza. La loro costituzione ed il loro funzionamento sono disciplinati con apposito regolamento.

6. Relazioni con gli enti istituzionali

La responsabilità pubblica della tutela della salute trova nella disciplina contenuta nella vigente normativa nazionale e regionale una significativa valorizzazione con la previsione degli strumenti e delle modalità per il suo esercizio, accompagnata dalla chiara responsabilità dell'Azienda nella gestione dei servizi. L'azienda privilegia relazioni virtuose con i diversi

P

stakeholders ed in particolare con le altre componenti del servizio sanitario e della realtà locale, allo scopo di condividere obiettivi e strumenti operativi ed ottimizzare l'efficace e l'efficienza delle azioni intraprese, attivando percorsi di informazione, partecipazione e, quando previsto, concertazione con:

- gli altri enti ed istituzioni operanti sul territorio
- gli ordini ed i collegi professionali
- le organizzazioni sindacali confederali
- l'università
- le altre aziende sanitarie e ospedaliere

7. Rete regionale dei servizi sanitari

Nella propria attività l'Azienda assume come riferimento le strategie, la programmazione, gli indirizzi e i vincoli definiti dalla Regione. Il Servizio sanitario regionale costituisce un sistema unitario nell'ambito dei quale si integrano in rete i servizi e le attività delle aziende sanitarie, come declinate dalla programmazione di ambito provinciale e di ambito distrettuale e nella pianificazione attuativa aziendale e distrettuale, attraverso gli strumenti previsti dalla normativa e dagli atti di indirizzo e programmazione regionale. L'azienda promuove, assieme alle altre aziende del servizio sanitario, strategie e strumenti finalizzati a creare, mantenere e sviluppare una rete di servizi ad integrazione ospedale-territorio e sodale-sanitario, anche in modalità interaziendale al fine di garantire i più completi ed efficaci percorsi assistenziali ed il miglioramento continuo della qualità dei servizi.

In tale contesto si colloca lo sviluppo della collaborazione con le altre aziende sanitarie ed ospedaliere della regione anche con particolare riferimento alle reti cliniche integrate ed in particolare alle reti assistenziali tempo dipendenti.

8. Integrazione socio-sanitaria

L'Azienda individua nell'integrazione fra gli interventi di natura sociale e le attività di assistenza sanitaria un valore primario ed un principio fondamentale di organizzazione e di funzionamento dei servizi nella convinzione che essa rappresenti un fattore essenziale per la qualificazione dell'offerta, per i seguenti motivi:

- l'integrazione genera maggiore efficacia assistenziale consentendo di rispondere a bisogni complessi attraverso processi assistenziali multiprofessionali e interdisciplinari e favorisce un uso più efficiente delle risorse umane superando settorialità, disuguaglianze, frammentazione di interventi o inutili ridondanze;
- attraverso un approccio integrato, l'Azienda si pone l'obiettivo di ridurre il disagio dei cittadini superando la logica delle prestazioni assicurate con figure singole, sanitarie o sociali, e favorendo, invece, una erogazione unitaria e coordinata a cura di una equipe di professionisti rappresentati, nel rapporto con l'utenza, da un'unica figura di riferimento.

Per le ragioni sopra esposte l'Azienda persegue l'obiettivo strategico dell'integrazione sociosanitaria a livello istituzionale, gestionale e professionale attraverso:

- l'identificazione e la condivisione di responsabilità coordinate fra i diversi soggetti istituzionali presenti sul territorio, attraverso la concertazione e la formalizzazione degli impegni assunti, nella elaborazione e approvazione dei contenuti programmatori e nella loro realizzazione;
- la costruzione di un welfare condiviso, locale e di comunità, integrando politiche sociali e sanitarie con quelle più generali che incidono sulla qualità della vita e supportano l'effettiva fruibilità dei servizi;
- il coordinamento dei soggetti presenti a livello distrettuale per realizzare la unicità gestionale dei fattori organizzativi e delle risorse per la produzione dei servizi sociosanitari e la regolazione del funzionamento delle reti socio-sanitarie nelle loro diverse afferenze;
- la realizzazione di condizioni operative unitarie fra figure professionali diverse, sanitarie e sociali, sia in area pubblica che provenienti dal terzo settore, assicurando il massimo di efficacia nell'affrontare bisogni di natura multiproblematica.
- l'integrazione socio-sanitaria è garantita all'interno del distretto attraverso la funzione servizi sociali appositamente prevista.

4

A

C. L'ASSETTO ISTITUZIONALE

9. Organi dell'Azienda: Il Direttore Generale

Il Direttore generale, nominato dalla Regione, ha la rappresentanza legale dell'Azienda, è responsabile della gestione complessiva dell'Azienda stessa, assicura l'imparzialità ed il buon andamento dell'azione amministrativa, indirizza ed orienta il funzionamento dell'Azienda secondo criteri di efficienza, efficacia ed economicità, risponde alla Regione in relazione agli obiettivi assegnati.

Le funzioni del Direttore generale, previste dall'articolo 3 del D.Lgs. n. 50211992 e s.m.i. e dall'articolo 14, comma 1, della L.R. n. 11/2004 e s.m.i. sono le seguenti:

- l'adozione dell'Atto aziendale e delle sue modificazioni ed integrazioni;
- la nomina del Collegio sindacale e la sua prima convocazione nei termini di legge;
- la nomina, la sospensione e la decadenza del Direttore sanitario e del Direttore amministrativo;
- la costituzione del Collegio di direzione e del Consiglio dei sanitari;
- l'adozione del piano attuativo locale del PSR, del piano strategico e delle performance, nonché degli altri atti programmatori con i quali sono definiti gli obiettivi e le priorità per la gestione dell'Azienda e sono assegnate le risorse umane, strumentali e finanziarie;
- l'adozione del bilancio economico di previsione annuale e pluriennale, nonché del bilancio di esercizio;
- l'adozione degli atti e provvedimenti necessari per la implementazione, organizzazione e sviluppo delle reti assistenziali (ospedaliera, territoriale, emergenza urgenza e tempo dipendenti);
- l'adozione degli atti di regolamentari di organizzazione interna del presidio ospedaliero unico aziendale, del distretto unico aziendale, dei dipartimenti ospedalieri e territoriali nonchè dei servizi tecnico-amministrativi centrali e delle funzioni in staff della Direzione aziendale;
- l'adozione dei regolamenti interni aziendali ivi compresi quelli per il funzionamento degli organismi collegiali, individuati nell'Atto aziendale;
- la costituzione dell'Organismo Indipendente di Valutazione, dei Collegi tecnici, del Comitato per le pari opportunità e degli altri organismi previsti nell'Atto aziendale o la cui nomina è ad esso demandata dalla vigente legislazione;
- l'adozione della dotazione organica aziendale e le sue variazioni;
- la nomina e la revoca dei dirigenti di struttura complessa o semplice, nonché degli altri incarichi dirigenziali;
- la nomina e la revoca dei direttori di dipartimento e del direttore di distretto;
- i provvedimenti conseguenti la valutazione dei dirigenti ivi comprese le decisioni di recesso di cui agli articoli 2118 e 2119 cc;
- la sottoscrizione dei contratti collettivi integrativi aziendali di lavoro;
- l'adozione del documento per la valutazione dei rischi e la nomina del responsabile del servizio di prevenzione e protezione (SPP);
- la verifica quali-quantitativa dei servizi erogati avvalendosi delle strutture a ciò preposte;
- la verifica, attraverso il servizio di controllo di gestione, mediante valutazione comparativa dei costi, dei rendimenti e dei risultati, della corretta ed economica gestione delle risorse nonché dell'imparzialità e del buon andamento dell'azione amministrativa;
- le decisioni in merito alla promozione ovvero alla resistenza in giudizio ed alla conciliazione o transazione delle controversie, fatto salvo quanto previsto da specifiche normative vigenti;
- l'adozione di ogni altro atto espressamente riservato dalla legislazione vigente alla sua competenza.

Le funzioni attribuite al Direttore Generale si distinguono in funzioni al medesimo esclusivamente riservate e funzioni delegabili, in tutto o in parte, ai Direttori sanitario ed amministrativo ed agli altri dirigenti dell'Azienda.

Sono di esclusiva competenza del Direttore generale le "funzioni di alta amministrazione", o 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.

Po

Il Direttore generale, infatti, ferma restando la responsabilità complessiva della gestione dell'Azienda attribuitagli dalla legge, può delegare funzioni di gestione che impegnano l'Azienda verso l'esterno e i relativi poteri di firma ai Direttori sanitario ed amministrativo aziendali nonché a dirigenti aziendali cosi come previsto al successivo punto 20 del presente atto. Le funzioni gestionali esercitate dai dirigenti dell'Azienda ai diversi livelli possono essere, dunque, sia funzioni delegate dal Direttore generale - con tutti i limiti, le implicazioni e le conseguenze derivanti dall'istituto della delega - sia funzioni proprie agli stessi attribuite nel momento della sottoscrizione del contratto con il quale viene conferito l'incarico o con specifico atto del Direttore generale.

Il Direttore generale esercita le proprie funzioni direttamente, ovvero, in caso di assenza o impedimento, delegandole al Direttore amministrativo o al Direttore sanitario. In mancanza di delega, il Direttore generale è sostituito dal direttore più anziano per età. In caso di contestuale assenza o impedimento temporaneo del Direttore generale e del direttore individuato sulla base dei due criteri precedenti, il Direttore generale è sostituito dal direttore presente in Azienda.

Il Direttore Generale promuove l'attuazione delle politiche aziendali finalizzate al perseguimento del soddisfacimento dei bisogni di salute della popolazione nel rispetto dei vincoli determinati dalla programmazione sanitaria regionale e dalle risorse assegnate dalla Regione, di cui garantisce l'utilizzo ottimale secondo criteri di pertinenza, evidenza di efficacia, sicurezza, appropriatezza, efficienza ed equità nell'accesso alla fruizione dei servizi. Il Direttore Generale riserva direttamente alla sua personale determinazione gli atti di "alta amministrazione" la cui valenza strategica chiama in causa il suo ruolo di vertice aziendale, risultando comunque e altresì pienamente riconosciuti i poteri di autotutela ed avocativi nei riguardi dei dirigenti in caso di loro inerzia o intempestivo attivarsi.

10. Organi dell'Azienda: Il Collegio Sindacale

Il Collegio Sindacale è organo della Azienda ai pari del Direttore Generale che lo nomina in base alla specifica designazione delle Autorità competenti, sulla scorta di quanto previsto dall'art. 3 comma 13 del D.Lgs 502/92 e s.m.i. nonché dalla vigente normativa regionale in materia. La funzione del Collegio si estrinseca in azione di vigilanza riguardo al rispetto da parte dell'Azienda delle regole di buon governo nonché delle norme vigenti disciplinanti la garanzia della legittimità procedurale e la tenuta della contabilità in ciò ricomprendendo tutte le disposizioni disciplinanti la corretta compilazione dei libri contabili previsti nonché la scrupolosa annotazione delle registrazioni.

Il Collegio in particolare:

- esercita la vigilanza sulla gestione economica, finanziaria e patrimoniale;
- vigila sull'osservanza della legge, sulla correttezza degli atti e sulla regolare tenuta della contabilità e dei libri, garantendo la conformità del bilancio alle risultanze delle scritture e dei libri contabili;
- esprime un parere sul bilancio di previsione e di esercizio;
- vigila sugli adempimenti relativi agli obblighi fiscali;
- effettua periodiche verifiche di cassa;
- procede ad atti di ispezione e di controllo.

Il carattere di Organo dell'Azienda abilita pienamente il Collegio alla esecuzione di ogni forma di controllo ritenuta utile in ordine all'assolvimento delle incombenze devolute anche per il tramite del controllo degli atti assunti ovvero di richiesta al Direttore Generale o ai Dirigenti di informazioni riguardanti l'andamento della gestione in senso lato.

11. Organi dell'Azienda: Il Collegio di Direzione

Il Collegio di direzione, a norma dell'art. 3, comma 1 quater, del D.lgs. 502/1992 e s.m.i., è organo dell'azienda. Il Direttore generale, si avvale ai sensi dell'art. 17 del D.Lgs. 502/92 e s.m.i., nel testo sostituito dalla lettera f) del comma 1 dell'art. 4, D.L. 13 settembre 2012, n. 158, come successivamente sostituito dalla legge di conversione 8 novembre 2012, n. 189, di detto organo per il governo delle attività cliniche, la programmazione e la valutazione delle attività sanitarie e di quelle di alta integrazione sanitaria.

In particolare il Direttore generale si avvale dello stesso per la elaborazione del programma di attività complessive dell'azienda, nonché per l'organizzazione e lo sviluppo dei servizi e per

P

l'utilizzazione delle risorse umane. Il Collegio di direzione è presieduto dal Direttore Generale, o suo delegato, ed è composto da:

- direttore sanitario
- direttore amministrativo
- direttori di dipartimento
- direttore del distretto sanitario unico aziendale
- dirigente medico del presidio ospedaliero unico aziendale
- direttore dell'area programmazione e controllo

In rapporto a singoli argomenti trattati potrà essere prevista la partecipazione al Collegio stesso di dirigenti o professionisti cui è affidata la responsabilità di strutture o incarichi di particolare rilevanza strategica.

Il Direttore generale costituisce, con proprio provvedimento, il Collegio di direzione, prevedendo uno specifico regolamento per le modalità di funzionamento che tenga conto, oltre che delle indicazioni regionali contenute nell'allegato A) del DCA 130/2015, anche delle funzioni del Collegio di direzione previste dalla normativa vigente.

Il Direttore generale si avvale del Collegio di direzione, quale organo dell'Azienda che concorre al governo delle attività cliniche e 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.

II Collegio di direzione è un organo consultivo che si esprime attraverso la formulazione di pareri non vincolanti per il Direttore generale, che 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 Collegio di Direzione è convocato dal Direttore generale, che lo presiede, e si riunisce, di norma, una volta ogni tre mesi. La convocazione, recante l'ordine del giorno della seduta, deve essere inviata via e-mail ai componenti con un preavviso di sette giorni (tre giorni in caso di urgenza).

L'ordine del giorno delle riunioni è predisposto dal Direttore generale, sentiti il Direttore sanitario ed amministrativo.

La documentazione riguardante gli argomenti da trattare, di norma, viene messa a disposizione dei membri del Collegio al momento della convocazione o, in caso di convocazione di urgenza, contestualmente alla seduta.

Per la validità delle riunioni del Collegio devono essere presenti la metà più uno dei componenti.

Per le decisioni del Collegio si osservano i seguenti criteri:

- maggioranza assoluta (metà più uno dei componenti) per l'espressione del parere in ordine al Piano Strategico triennale, al Programma annuale di formazione, ai Progetti di ricerca e innovazione, e più in generale per tutti gli atti a valenza programmatoria;
- maggioranza semplice (metà più uno dei presenti) negli altri casi.

Per ogni riunione del Collegio viene redatto apposito verbale, che verrà inoltrato ai componenti via e-mail ed approvato nella seduta successiva.

La qualità di componente del Collegio e le relative funzioni rientrano nei compiti istituzionali di ciascun soggetto e, pertanto, per la partecipazione alle sedute e per le attività svolte non è previsto alcun compenso.

L'attività del Collegio richiede ai componenti il rispetto dell'obbligo di riservatezza relativamente alle informazioni ottenute ed ai dati trattati.

Il Collegio di direzione si dota di uno specifico regolamento per le modalità di funzionamento che tenga conto, oltre che delle indicazioni contenute nel presente atto aziendale, anche delle funzioni del Collegio di direzione previste dalla normativa vigente.

12. Il Direttore Sanitario

Il Direttore sanitario concorre al governo aziendale partecipando al processo di programmazione e pianificazione strategica generale e di pianificazione annuale sanitaria dell' azienda, secondo quanto espressamente previsto dall'art. 3, comma 7, del D. Lgs. 502/92 e s.m.i., dall'art. 15, comma I, della LR. 11/2004 e s.m.i. nonché da ogni altra norma, regolamento, legge e atto della programmazione regionale e aziendale.



P

Nello specifico il Direttore sanitario coadiuva il Direttore generale nell'esercizio delle sue funzioni; partecipa unitamente al Direttore generale, che ne ha la responsabilità, alla Direzione dell' azienda, assumendo diretta responsabilità delle funzioni attribuite alla propria competenza dalla legislazione vigente e concorrendo, con la formulazione di proposte e pareri, alla formazione delle decisioni della Direzione generale; dirige i servizi sanitari aziendali ai fini organizzativo-gestionali e tecnico-sanitario e fornisce parere obbligatorio al Direttore generale sugli atti relativi alle materie di competenza.

Nel rispetto della normativa vigente il Direttore sanitario:

- presiede il Consiglio dei sanitari;
- svolge le funzioni e adotta gli atti ad esso delegati e attribuiti dal Direttore generale;
- formula, per le parti di competenza, proposte al Direttore generale, ai fini della elaborazione dei piani pluriennali, dei programmi annuali e dei progetti di attività;
- coordina e supporta i Direttori di Dipartimento e delle aree funzionali nelle loro funzione di sviluppo organizzativo assicurando l'applicazione di criteri di gestione e valutazione omogenei, efficaci ed efficienti;
- esercita i poteri di spesa nell'ambito delle deleghe eventualmente conferite dal Direttore generale e degli importi determinati dallo stesso;
- determina, informandone le organizzazioni sindacali, i criteri generali di organizzazione dei servizi, di competenza, nell' ambito delle direttive ricevute dal direttore generale;
- promuove lo sviluppo e l'implementazione delle reti che presiedono al sistema informatico di supporto alle attività direzionali proprie dei diversi livelli di governo aziendale;
- promuove programmi specifici per la formazione del personale;
- svolge ogni altra funzione attribuita dalle leggi e dai regolamenti.

Il Direttore sanitario, in particolare:

- esercita l'alta direzione dei servizi sanitari dell'Azienda ai fini organizzativi ed igienicosanitari, in conformità agli indirizzi generali di programmazione e gestione stabiliti dal Direttore generale;
- assicura il raccordo e il coordinamento generale tra la Direzione aziendale e le strutture dell'Azienda e le macroarticolazioni organizzative al fine della realizzazione dei programmi e degli obiettivi individuati dalla Direzione aziendale;
- promuove, attraverso l'individuazione di metodologie, procedure e protocolli operativi l'efficienza, l'efficacia e dell'appropriatezza dei servizi e delle prestazioni sanitarie;
- è responsabile del miglioramento continuo della qualità e del governo clinico complessivi dell'Azienda;

Il Direttore sanitario per l'esercizio delle funzioni di competenza, si avvale delle strutture di staff della Direzione aziendale, delle strutture aziendali ai vari livelli organizzativi nonché degli organismi costituiti all' interno dell'Azienda.

Il Direttore sanitario, di propria iniziativa o su indicazione del Direttore generale, può, in qualsiasi fase del procedimento, avocare la trattazione diretta di affari che rivestono particolare rilevanza nell'ambito delle funzioni e competenze ad esso attribuite, adottando conseguentemente tutti gli atti necessari.

Il direttore Sanitario presidia e coordina direttamente, o delegando tale funzione, l'esercizio dell'attività libero professionale dei dirigenti del ruolo sanitario, tenuto conto di quanto al riguardo stabilito dallo specifico provvedimento aziendale per l'esercizio della LPI.

In posizione di staff del direttore sanitario è prevista una figura di dirigente delle professioni sanitarie che risponde direttamente a direttore sanitario per l'organizzazione delle attività assistenziali.

In caso di assenza o impedimento, il Direttore sanitario è sostituito da un dirigente medico dell'azienda direttore di dipartimento nominato dal Direttore generale, su proposta dello stesso direttore sanitario.

13. Il Direttore amministrativo

Il Direttore amministrativo concorre al governo aziendale partecipando al processo di programmazione e pianificazione strategica generale e di pianificazione annuale dell'azienda e coadiuva il Direttore generale nella definizione e direzione del sistema di governo economicofinanziario aziendale secondo quanto espressamente previsto dall'art. 3, comma 7, del D.Lgs. 502/92 e s.m.i., dall'art. 15, comma 2, della L.R. 11/2004 e s.m.i. Lo stesso svolge ogni altra

Po

funzione a lui attribuita da ogni altra norma, regolamento, legge e atto della programmazione regionale e aziendale.

Il Direttore amministrativo dirige i servizi amministrativi dell'Azienda e partecipa, unitamente al Direttore generale che ne ha la responsabilità, alla direzione dell'azienda, assume dirette responsabilità delle funzioni attribuite alla sua competenza dalla legislazione vigente, e concorre con la formulazione di proposte e pareri non vincolanti alla formazione delle decisioni del Direttore generale.

Nel rispetto della normativa vigente il Direttore amministrativo:

- svolge le funzioni e adotta gli atti ad esso delegati e attribuiti dal Direttore generale;
- formula, per le parti di competenza, proposte al Direttore generale, ai fini della elaborazione dei piani pluriennali, dei programmi annuali e dei progetti di attività;
- esercita i poteri di spesa nell'ambito delle deleghe eventualmente conferite dal Direttore generale e degli importi determinati dallo stesso;
- determina, informandone le organizzazioni sindacali, i criteri generali di organizzazione dei servizi, di competenza, nell' ambito delle direttive ricevute dal direttore generale;
- promuove lo sviluppo e l'implementazione delle reti che presiedono al sistema informatico di supporto alle attività direzionali proprie dei diversi livelli di governo aziendale;
- promuove programmi specifici per la formazione del personale;
- svolgono ogni altra funzione attribuita loro dalle leggi e dai regolamenti.

Il Direttore amministrativo, in particolare:

- esercita l'alta direzione dei servizi amministrativi dell'aziendale in conformità agli indirizzi generali di programmazione e gestione stabiliti dal Direttore generale e sovrintende al corretto assolvimento delle funzioni di supporto tecnico e amministrativo;
- persegue, favorendo idonee procedure, la correttezza, la completezza e la trasparenza dei processi amministrativi, con particolare riguardo a quelli di formazione dei documenti rappresentativi delle dinamiche economiche, finanziarie e patrimoniali;
- definisce gli orientamenti delle strutture assegnate al governo economico finanziario aziendale;
- indirizza l'organizzazione dei servizi amministrativi in funzione dell'esigenza di assicurare alle strutture sanitarie il supporto e gli strumenti necessari per poter operare in termini di efficienza, efficacia, economicità e tempestività.

Il Direttore amministrativo per l'esercizio delle funzioni di competenza, si avvale dello staff della Direzione aziendale, delle strutture aziendali ai vari livelli organizzativi nonché degli organismi costituiti all' interno dell'Azienda.

Il Direttore amministrativo, di sua iniziativa o su indicazione del Direttore Generale, può, in qualsiasi fase del procedimento, avocare la trattazione diretta di affari che rivestono particolare rilevanza nell'ambito delle rispettive funzioni e competenze, adottando conseguentemente tutti gli atti necessari.

In caso di assenza o impedimento, il Direttore Amministrativo è sostituito da un dirigente amministrativo dell'azienda nominato dal Direttore generale, su proposta dello stesso direttore amministrativo.

14. La Conferenza dei Sindaci

Al fine di corrispondere alle esigenze sanitarie della popolazione, la Conferenza dei Sindaci, quale organismo rappresentativo di tutte le amministrazioni comunali presenti nell'ambito territoriale dell'Azienda, nell'esercizio dei compiti di cui al combinato disposto dagli artt. 3, comma 14, del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i. e 11 della L.R. 2/1996 e s.m.i., provvede, in particolare:

- alla definizione, nell'ambito della programmazione regionale, delle linee di indirizzo per l'impostazione programmatica della attività;
- all'esame del bilancio pluriennale di previsione e del bilancio di esercizio rimettendo alla regione le relative osservazioni;
- alla verifica dell'andamento generale dell'attività contribuendo alla definizione dei piani programmatici e trasmettendo le proprie valutazioni e proposte motivate al Direttore Generale ed alla Regione.

A

15. Il Consiglio dei Sanitari

Il Consiglio dei sanitari svolge le funzioni di consulenza tecnico-sanitaria previste dall'art. 3, comma 12, del DLgs 502/92 e s.m.i., nella composizione definita della legislazione regionale. Il Consiglio dei Sanitari è presieduto dal direttore sanitario ed opera con le modalità e la composizione previste dalle specifiche disposizioni normative regionali.

16. L'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.)

L'azienda istituisce l'Organismo indipendente di valutazione della performance ai sensi e con le modalità previste dell'art. 14 del D.Lgs. n. 150/2009 e s.m.i. L'O.I.V. (già Nucleo di valutazione) supporta la Direzione generale per la verifica e valutazione annuale:

- dei risultati delle strutture operative aziendali;
- dei risultati di gestione del dirigente di struttura complessa e di struttura semplice;
- dei risultati raggiunti da tutti i dirigenti e dal personale del comparto in relazione agli obiettivi affidati, anche ai fine dell'attribuzione della retribuzione di risultato e produttività.

Ai sensi dell'art. 30, comma 2 del D.Lgs. 150/2009, l'azienda assicura la validità ad l'operare del Nucleo di valutazione, con i compiti, l'organizzazione e le attribuzioni precedentemente definiti fino all'attivazione e/o costituzione dell'Organismo indipendente di valutazione della performance (O.I.V.) disciplinato dal D.Lgs. 150/2009 e la cui attivazione è normata secondo gli indirizzi emanati tramite l'organismo regionale di coordinamento del sistema di valutazione della performance, appositamente istituito presso il Dipartimento della Salute.

La fase transitoria, dai Nuclei di valutazione agli O.I.V. non comporterà nuovi o maggiori oneri economici.

Secondo quanto definito ai sensi del combinato disposto dagli artt. 14 del D.lgs. 150/2009 e 44 del D.lgs. 33/2013, l'O.I.V. ha le seguenti funzioni:

- monitorare il funzionamento complessivo del sistema di valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni ed elaborare una relazione annuale sullo stato dello stesso, e comunicare tempestivamente le criticità riscontrate ai competenti organi interni di governo ed amministrazione, nonché alla Corte dei Conti, all'Ispettorato per la funzione pubblica e alla commissione di cui all'articolo 13 del D.Lgs 150/09;
- validare la relazione sulla performance ed assicurarne la pubblicazione sul sito istituzionale dell'azienda;
- garantire la correttezza dei processi di misurazione e valutazione, nonché dell'utilizzo dei premi di cui al Titolo III del D.Lgs. 150/09, dei contratti collettivi integrativi, dei regolamenti interni all'amministrazione nel rispetto del principio di valorizzazione del merito e della professionalità;
- proporre all'organo di indirizzo politico amministrativo, la valutazione annuale dei dirigenti di vertice e l'attribuzione ad essi dei premi di cui al già citato Titolo III;
- promuovere ed attestare l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità di cui al Titolo IV del D.Lgs. 150/09;
- verificare i risultati e le buone pratiche di promozione delle pari opportunità;
- curare gli adempimenti di cui all'art. 14, comma 5del D.Lgs 150/09.
- verifica la coerenza tra gli obiettivi previsti nel Programma triennale per la trasparenza e l'integrità di cui all'articolo 10 del D.Lgs. 33/2013 e quelli indicati nel Piano della performance, valutando altresì l'adeguatezza dei relativi indicatori.

L'O.I.V. sarà responsabile della corretta applicazione delle linee guida, delle metodologie e degli strumenti predisposti dalla Commissione di cui all'art. 13 del D. Lgs. n. 150/09.

L'OIV si avvale della Struttura tecnica permanente per come previsto dall'art. 14 del D.L.gs. n. 150/09 in coerenza con quanto disposto dal DPGR n. 3957 del 27/03/2012 integrato dalle Linee di indirizzo sul regolamento relativo giusto DPGR n. 6860 del 05/06/2014.

La composizione ed il funzionamento degli O.I.V. verranno definiti a seguito dell'adozione dei provvedimenti regionali attuativi in materia.

17. I Collegi tecnici

Il Collegio Tecnico, ai sensi del combinato disposto dell'art. 15 comma 5 del D.Lgs.502/1992 e dei CCNL di Area Dirigenza Medica, Veterinaria, Sanitaria, Tecnica, Professionale e Amministrativa nonché della Deliberazione della Giunta Regionale n.99/2007, è l'organismo preposto alla valutazione dell'attività professionale della dirigenza. E' chiamato ad esprimere un giudizio complessivo (di seconda istanza) sulle attività professionali del dirigente valutato,

Ho

15

tenuto conto anche delle valutazioni annuali del Nucleo di Valutazione. Le specifiche attribuzioni del Collegio Tecnico e la procedura di nomina, sono già stabiliti dall'Azienda con specifico provvedimento, lo stesso provvedimento regolamenta le modalità di funzionamento e di valutazione nonché la composizione dei Collegi Tecnici.

18. Il Comitato Etico

Le funzioni e le attività del comitato etico dell'azienda con DPGR-CA n. 2 del 13 gennaio 2014 sono state trasferite al Comitato Etico Regionale - Sezione Area Centro, con ubicazione presso l'Azienda Ospedaliero Universitaria "Mater Domini" di Catanzaro e competenza per:

- Azienda Ospedaliera Universitaria "Mater Domini" di Catanzaro
- Azienda Ospedaliera "Pugliese-Ciaccio" di Catanzaro
- Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro
- Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone
- Azienda Sanitaria Provinciale di Vibo Valentia

19. Il Comitato consultivo aziendale misto

Nell'ottica di quanto previsto dalla normativa in tema di trasparenza e valutazione delle pubbliche amministrazioni e secondo i criteri della rendicontazione sociale e dell'audit civico l'Azienda prevede l'istituzione, senza alcun onere economico aggiuntivo, di un comitato consultivo misto per il controllo della qualità dal lato degli utenti e la sperimentazione di modalità di raccolta e di analisi dei segnali di disservizio, rappresentando la possibilità di partecipazione organizzata delle Associazioni di volontariato e di Tutela dei diritti dei cittadini. Il Comitato è composto da utenti e operatori dei servizi sanitari e socio-sanitari nell'ambito territoriale di riferimento (art. 14, comma 7 del D. Lgs n. 502/1992). Le funzioni, di massima, sono le seguenti:

- formula proposte su campagne di informazione sui diritti degli utenti, sulle attività di prevenzione ed educazione alla salute, sui requisiti e criteri di accesso ai servizi sanitari e sulle modalità di erogazione dei servizi medesimi;
- collabora con l'Ufficio relazioni con il pubblico per rilevare il livello di soddisfazione dell'utente rispetto ai servizi sanitari e per verificare sistematicamente i reclami inoltrati dai cittadini;
- esprime pareri non vincolanti e formula proposte al Direttore Generale in ordine agli atti di programmazione dell'Azienda, all'elaborazione dei Piani di educazione sanitaria, alla verifica della funzionalità dei servizi aziendali nonché alla loro rispondenza alle finalità del Servizio sanitario regionale ed agli obiettivi previsti dai Piani sanitari nazionale e regionale, redigendo ogni anno una relazione sull'attività dell'Azienda.

Le modalità di costituzione, funzionamento, organizzazione, attribuzione dei compiti, articolazioni e composizione del Comitato consultivo aziendale sono disciplinate da specifico regolamento aziendale.

20. Il sistema delle deleghe e dei poteri

Il Direttore Generale può delegare con riferimento ad ambiti settoriali di attività ovvero all'adozione di singoli atti di diritto privato o di diritto pubblico le proprie funzioni al Direttore Amministrativo, al Direttore Sanitario, nonché ai Direttori di Dipartimento e di unità operativa complessa.

La delega relativa all'attività di diritto privato è conferita per iscritto nei modi e nelle forme rapportate alla tipologia di attività delegata e di essa deve darsi idonea pubblicità. L'originale dell'atto di delega è conservato in apposito registro tenuto presso l'Ufficio di Segreteria del Direttore Generale e ove si riferisca a un ambito settoriale di attività è anche pubblicato in copia conforme nell'Albo dell'Azienda.

La delega relativa all'attività di diritto pubblico è disposta dal Direttore Generale con apposito provvedimento da pubblicare all'Albo dell'Azienda.

La revoca delle deleghe conferite deve aver luogo nelle stesse forme seguite per il loro conferimento, dovendosi quindi osservare anche le identiche modalità di pubblicazione e conservazione degli atti.

Il soggetto delegato ha la piena responsabilità, a qualsiasi effetto interno ed esterno all'Azienda, degli atti compiuti, non essendo previste forme di controllo preventivo sugli atti medesimi né essendo previste forme di controllo successivo a carattere continuativo e sistematico, salva la

X

Do

possibilità per la Direzione Aziendale di effettuare controlli a campione anche in modo non formalizzato.

Nel caso di inerzia del soggetto delegato il Direttore Generale può adottare direttamente l'atto di diritto privato o il provvedimento ovvero delegarne ulteriormente l'adozione ad altro incaricato, previa comunicazione al delegato rimasto inerte e fatti salvi gli ulteriori provvedimenti conseguenti.

Il Direttore Generale nell'ambito dell'eventuale attività di controllo di cui sopra, può, nel rispetto dei principi generali dell'ordinamento, annullare d'ufficio e/o revocare i provvedimenti amministrativi illegittimi o inopportuni assunti dal delegato nonché può assumere rispetto agli atti gestionali di diritto privato invalidi o non convenienti assunti dai delegati le iniziative consentite dal codice civile.

Il sistema delle deleghe e delle attribuzioni dirigenziali rappresenta lo strumento attraverso il quale, ferma restando la responsabilità della gestione complessiva dell'Azienda che spettante al Direttore generale, affidare compiti e responsabilità alla dirigenza per l'attuazione degli obiettivi definiti nei piani programmatici e nel budget aziendale, in attuazione dei principi contenuti nel D.Lgs 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni e integrazioni, concernente la disciplina del pubblico impiego.

Finalità di tale sistema sono, in particolare, le seguenti:

- attuare il principio della distinzione tra i compiti del Direttore generale di programmazione e di indirizzo dell'attività delle strutture aziendali e di verifica della rispondenza dei risultati dell'attività amministrativa e della gestione dagli indirizzi impartiti e i compiti dei dirigenti, con riferimento all'adozione di atti e provvedimenti amministrativi, compresi quelli che impegnano l'amministrazione verso l'esterno, nonché alla gestione finanziaria, tecnica e amministrativa mediante autonomi poteri di spesa e di organizzazione delle risorse umane e strumentali;
- responsabilizzare i dirigenti nella gestione aziendale;
- rendere certa e trasparente la gestione;
- rendere l'azione amministrativa più snella, trasparente e tempestiva.

Le deleghe di funzioni

Il Direttore generale può delegare al Direttore amministrativo ed al Direttore sanitario funzioni di gestione di particolare rilevanza, che impegnano l'Azienda verso l'esterno, con i relativi poteri di spesa.

Il Direttore generale può delegare ai dirigenti funzioni di carattere gestionale, attraverso le quali si esplica l'autonomia funzionale delle articolazioni organizzative dell'Azienda, che comportano l'esercizio di autonome facoltà di spesa o che impegnano l'Azienda verso l'esterno, nell'ambito dei programmi stabiliti dalla Direzione aziendale ed in particolare:

- 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 limiti di valore prefissati;
- L'approvazione degli atti di gara per lavori e per l'acquisizione di beni o servizi entro limiti di valore prefissati;
- la stipula di contratti.

La delega è conferita per iscritto nei modi e nelle forme necessarie in relazione alla tipologia delle attività delegate. L'atto di conferimento della delega contiene l'esatta specificazione delle attribuzioni delegate e le eventuali direttive, stabilisce i limiti e la durata della delega.

Gli atti di delega di categorie di atti sono pubblicati sul sito internet aziendale.

Gli atti emanati dal delegato non sono impugnabili con ricorso al delegante e sono soggetti allo stesso regime dei controlli previsto per gli atti emanati dal titolare.

Il delegato è tenuto ad agire nell'ambito e nei limiti previsti nell'atto delega del Direttore Generale.

Al titolare rimangono comunque riservati i poteri di autotutela e, in particolare, l'annullamento, la riforma e la revoca degli atti adottati dal delegato.

In caso di omissione da parte dei dirigenti di atti delegati, i poteri sostitutivi sono esercitati dal Direttore generale, previa diffida e fissazione di un termine perentorio.



17

In caso di atti che vedano coinvolti direttamente o indirettamente interessi personali del soggetto delegato, questi è tenuto ad astenersi dall'adozione dell'atto, rimettendolo, motivatamente al Direttore Generale.

Le attribuzioni dirigenziali

L'articolo 4 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 e successive modificazioni e integrazioni, prevede che ai dirigenti spetta l'adozione degli atti e dei provvedimenti amministrativi, ivi compresi tutti gli atti che impegnano l'amministrazione verso l'esterno, nonché la gestione finanziaria, tecnica e amministrativa, mediante autonomi poteri di spesa all'interno di un budget predeterminato, di organizzazione delle risorse umane, strumentali e di controllo.

Il d.lgs. 502/92, all' articolo 3, comma 1-quater, attribuisce al Direttore generale la gestione complessiva dell'Azienda e all'art. 15-bis, comma 1, prevede che l'Atto aziendale disciplini l'attribuzione al Direttore amministrativo, al Direttore sanitario, nonché ai direttori di presidio, di distretto, di dipartimento e ai dirigenti responsabili di struttura, dei compiti, comprese, per i dirigenti di strutture complesse, le decisioni che impegnano l'Azienda verso l'esterno, per l'attuazione degli obiettivi definiti nel piano programmatico e finanziario aziendale.

Fermi restando i compiti attribuiti in via esclusiva al Direttore generale e quelli attribuiti al Direttore sanitario e al Direttore amministrativo aziendali, ai dirigenti sono, pertanto, attribuite, in via generale, le attività di ordinaria amministrazione dell'Azienda, anche a rilevanza esterna, con particolare riferimento agli atti senza contenuto discrezionale, nell'ambito di eventuali limiti di spesa o di oggetto predefiniti.

Le attribuzioni dei dirigenti comprendono, in particolare:

- l'attuazione dei piani, dei programmi e delle direttive definiti dalla Direzione aziendale;
- la direzione, organizzazione, coordinamento e gestione delle strutture cui sono preposti, nonché la verifica e il controllo delle relative attività;
- l'individuazione, ai sensi della legge 7 agosto 1990, n. 241 e successive modificazioni e integrazioni, dei responsabili dei procedimenti di competenza;
- la firma degli atti istruttori anche diretti all'esterno, nell'ambito dei procedimenti amministrativi di competenza, salve diverse prescrizioni della normativa vigente;
- la firma di tutti gli atti interni di esecuzione degli obiettivi e dei programmi definiti dalla Direzione aziendale;
- l'adozione degli atti di esecuzione, anche a rilevanza esterna, di provvedimenti esecutivi adottati dal Direttore generale, nonché, per delega dello stesso, dal Direttore amministrativo e dal Direttore sanitario;
- la liquidazione delle spese derivanti da atti deliberativi, contratti o convenzioni ovvero riferite a prestazioni da assicurare alle persone assistite nell'ambito dei livelli di assistenza;
- la presidenza di commissioni di gara e di concorso;
- la responsabilità delle procedure di gara e di concorso;
- la gestione e il controllo del personale assegnato;
- gli atti di accertamento tecnico o sanitario nonché le attestazioni, certificazioni, diffide, verbali ed ogni altro atto costituente manifestazione di giudizio non discrezionale o di conoscenza;
- ogni altro atto ad essi attribuito dalla vigente legislazione o dagli atti organizzativi e regolamentari aziendali.

Gli atti previsti nell'ambito del sistema di attribuzioni dirigenziali sono adottati con determinazione, da pubblicarsi all'albo dell'Azienda come previsto dalla normativa vigente.

I dirigenti possono delegare le funzioni e gli adempimenti loro attribuiti ad altri dirigenti ovvero ad altri operatori. Le funzioni delegate non possono essere sub-delegate.

Le deleghe di funzioni dirigenziali conferite possono essere in ogni momento revocate anche per singoli atti.

In caso di omissione di atti delegati da parte dei soggetti cui è stata conferita la delega, i poteri sostitutivi sono esercitati, previa diffida e fissazione di un termine perentorio, dal soggetto delegante.

In caso di atti dirigenziali che vedano coinvolti direttamente o indirettamente interessi personali del soggetto competente ad assumerli, la relativa adozione è effettuata dal dirigente sovraordinato.

Nell'esercizio della funzione tecnica-amministrativa di cui al combinato disposto dal comma 2 dell'art. 4 e dall'art. 17 del D. Lgs. N. 165/01 e, come tali, ai Responsabili delegati, spetta ogni potere di firma su tutti i provvedimenti afferenti le dirette competenze istituzionalmente assegnate a rilevanza interna ed esterna.

L'attività delegata non è soggetta a controllo preventivo e diventa esecutiva nelle forme di legge.

Gli atti del Direttore Amministrativo, del Direttore Sanitario, e degli altri Dirigenti aventi titolo alla delega si distinguono in atti delegati ed atti di propria competenza.

Tali atti debbono risultare improntati al rispetto dei seguenti principi:

- rispetto della normativa generale e specifica;
- rispetto degli obiettivi generali dell'azienda;
- rispetto della trasparenza, esaustività e chiarezza espositiva, motivazione e decisione;
- rispetto dei limiti di compatibilità finanziaria e dei criteri di armonizzazione, coerenza e coordinazione nel caso di adempimenti integrati con altre articolazioni organizzative;
- rapidità delle procedure e comunque rispetto dei termini previsti dalla legge per la conclusione dei procedimenti e per l'assunzione delle decisioni;
- coinvolgimento e responsabilizzazione degli operatori;
- valorizzazione dei momenti di comunicazione/informazione nei confronti dei destinatari dei provvedimenti e degli operatori interessati all'adozione degli stessi; individuazione del responsabile del procedimento;
- massima attenzione alla razionalizzazione e contenimento delle spese ed alla corretta ed economica gestione di tutte le risorse e, per quanto riguarda l'acquisizione di beni e servizi, un continuo raccordo e collaborazione con il competente settore amministrativo, al fine di una costante verifica dei prezzi rapportata alle condizioni del mercato.

Le determinazioni dirigenziali vengono assunte in forma scritta svincolata da schemi prefissati e comunque nel rispetto delle norme procedimentali in materia ed in particolare delle Leggi n.241/1990 e n.69/2009. La Direzione Generale può stabilire, a livello indicativo, la forma più consona per la redazione ed emissione di dette Determinazioni;

L'Azienda disciplina ulteriormente con apposito regolamento la definizione dei contenuti e dell'articolazione delle responsabilità e della delega dei poteri ai dirigenti.

21. Le relazioni sindacali

Lo sviluppo del sistema delle relazioni sindacali con le organizzazioni rappresentative dei dipendenti aziendali è uno degli strumenti indispensabili per rispondere ai bisogni dei cittadini, per garantire la qualità delle prestazioni e l'efficienza dell'azione gestionale dell'Azienda. L'Azienda è impegnata in un corretto rapporto con le organizzazioni sindacali orientato all'obiettivo di armonizzare l'esigenza di incremento e mantenimento di una elevata efficacia ed efficienza dei servizi erogati con l'interesse al miglioramento delle condizioni di lavoro ed alla crescita professionale del personale dipendente e di quello convenzionato, nel rispetto di quanto definito nei contratti di lavoro collettivi a livello nazionale e degli accordi integrativi locali.

L'Azienda, per quei temi non direttamente esplicitati nei CCNL, ma che hanno ripercussioni sulla vita dei lavoratori, adotta altresì il confronto e la negoziazione quale metodo di relazione costante e continuo con le organizzazioni sindacali affinché le stesse partecipino alla vita dell'azienda.

L'Azienda si rapporta anche con il livello provinciale delle Organizzazioni Sindacali, in quanto parti sociali interessate al welfare locale, per affrontare tematiche di interesse generale in un'ottica di interesse alla tutela della salute dei cittadini della provincia. Le stesse organizzazioni sono inoltre coinvolte in momenti di confronto che riguardano la programmazione territoriale, nelle diverse fasi del percorso stesso e comunque nell'ambito di tavoli di concertazione condivisi con gli enti locali.

L'Azienda riconosce il ruolo delle rappresentanze sindacali del personale e si impegna a valorizzarlo per favorirne lo sviluppo, nella trasparenza delle reciproche competenze e responsabilità.

Il sistema delle relazioni sindacali è strutturato in modo funzionale all'obiettivo di contemperare l'interesse al miglioramento delle condizioni di lavoro, alla crescita professionale dei dipendenti e alla valorizzazione delle singole professionalità con l'esigenza aziendale di incrementare e mantenere elevate l'efficacia e l'efficienza dei servizi erogati alla collettività. Tale obiettivo



richiede il pieno coinvolgimento delle parti sindacali chiamate ad affrontare, in uno spirito di fattiva collaborazione, il perseguimento e la realizzazione di detto processo che prevede l'introduzione di sistemi di gestione e interventi funzionali innovativi, secondo gli istituti contrattuali e gli strumenti gestionali ai diversi livelli di evoluzione.

L'Azienda stabilisce un sistema di relazioni sindacali che si articola su modelli relazionali specifici, tra i quali la contrattazione collettiva integrativa, la concertazione, la consultazione e l'informazione che rappresentano gli istituti attraverso cui si realizzano i principi della partecipazione, della trasparenza e della correttezza dei comportamenti. L'azienda attiva quindi un corretto rapporto con le organizzazioni sindacali, nel rispetto delle rispettive prerogative e responsabilità. È utile qui ricordare che l'organizzazione aziendale è di esclusiva competenza della direzione aziendali e soggetta a semplice concertazione e non contrattazione. Per una migliore e più efficace funzionalità delle procedure di comunicazione e di gestione delle relazioni sindacali l'Azienda ha previsto il conferimento di uno specifico incarico professionale di alta specializzazione nell'ambito dell'ufficio gestione risorse umane che curerà i rapporti tra direzione generale e organizzazioni sindacali.

D. I PRINCIPI ISPIRATORI DELLA GESTIONE

22. Unitarietà della gestione

La unitarietà della gestione aziendale come sistema scaturisce dall'esigenza di dare ordine, dare un senso logico alle cose, collegarle tra loro e renderne evidente il significato strategico complessivo del sistema azienda. I risultati in termini di qualità dell'offerta, di efficienza gestionale, di riconoscimento dei vari fruitori e della comunità, rappresentano per l'Azienda la chiave di lettura dell'organizzazione interna e la premessa per le azioni di sviluppo.

Richiamando quanto affermato nella premessa delle linee guida regionali di cui al DCA n.130/2015, nelle organizzazioni che ricercano l'eccellenza, "risultati di performance sanitari ed economici, risultati per gli utenti, per i dipendenti e per il tessuto sociale di riferimento, si ottengono con una forte leadership su politiche e strategie, sulla gestione delle risorse umane, sulle risorse finanziarie e partnership e sui processi, in modo continuo".

Ciò è possibile garantendo:

- partecipazione di tutti gli stakeholder in particolare, degli utenti e degli operatori;
- trasparenza dei risultati, delle procedure e dei processi organizzativi;
- integrazione istituzionale, finanziaria, organizzativa e professionale;
- valorizzazione delle risorse umane;
- decentramento e responsabilizzazione degli aspetti gestionali.

Misurando ogni processo ed esito al fine di evitare autoreferenzialità e precisando con forza che per tutti deve valere il principio che <u>ciò che non si misura non esiste</u>.

Al fine di affermare tali principi, il presente atto aziendale, definisce:

- le forme di partecipazione dei cittadini, degli utenti e degli operatori (conferenza di partecipazione, relazioni sindacali, ecc.);
- le forme con cui vengono articolati, comunicati e posti a verifica degli obiettivi aziendali, la valutazione del loro raggiungimento, favorendo la trasparenza dei risultati attesi e di quelli conseguiti e dei vincoli imposti dal contesto. In tale ottica dovranno essere fissati i criteri generali della comunicazione interna (piani attuativi, sistemi di budget, bilanci sociali e di missione, relazioni sanitarie, ecc.);
- le forme con cui si realizza l'integrazione professionale nelle singole strutture aziendali e nelle relazioni fra diverse unità operative, privilegiando il lavoro di gruppo quale modalità organizzativa regolata e la formazione integrata di èquipe (organizzazione dipartimentale strutturale e/o funzionale, gruppi di progetto, gruppi di lavoro, ecc.);
- le forme di valorizzazione delle risorse umane presenti nell'azienda;
- le forme di decentramento e di responsabilizzazione dei dirigenti in merito a: competenze ad effettuare le spese; competenze relative alla micro organizzazione; competenze relative alla gestione del personale.

La gestione unitaria dell'azienda, inoltre, è ispirata ai seguenti principi.

- Affidabilità: intesa come capacità di adeguare tempestivamente e con continuità l'organizzazione aziendale, le azioni, i comportamenti e il servizio prodotto alle necessità



della popolazione di riferimento, alle priorità e agli obiettivi a tal fine fissati dalla programmazione regionale e aziendale nonché alle esigenze interne.

- efficacia dei risultati: la selezione delle azioni, basate su prove di evidenza, nella capacità di raggiungere gli obiettivi assistenziali od organizzativi che si intendono perseguire significa la capacità di adeguare continuamente tipo e modo di intervento in funzione dei risultati raggiunti e rappresenta il presupposto di realizzazione del principio di appropriatezza delle cure, che viene perseguito attraverso il governo clinico assistenziale.
- equità: intesa come la garanzia attraverso la quale, a parità di bisogno e di competenza, è
 fornita pari e tempestiva opportunità di accesso alle prestazioni, ai servizi, e agli strumenti
 del Servizio Sanitario Regionale, per assicurare alla popolazione di riferimento livelli di
 assistenza adeguati nella loro appropriatezza e qualità ed economicamente sostenibili per la
 comunità che ne sopporta gli oneri.
- flessibilità: la volontà e la capacità di adeguare il comportamento aziendale e l'uso delle risorse ai cambiamenti interni ed esterni all'Azienda e di rendere sensibile e specifica l'azione e la risposta al bisogno, assistenziale o organizzativo, sono elementi della qualità dell'organizzazione delle attività.
- trasparenza: come libera circolazione delle idee e delle informazioni sulle procedure, sulle risorse e sui risultati, la visibilità e ia comprensibilità del processo decisionale, internamente ed esternamente all'Azienda, rappresentano meccanismi di supporto della autorevolezza istituzionale della Azienda.
- sicurezza: dei prodotti, processi e ambienti di lavoro, intesa come insieme di tecnologie, regole, procedure e comportamenti finalizzati a garantire la massima tutela per i pazienti e gli operatori che usufruiscono o lavorano nelle strutture dell'Azienda.
- economicità: intesa come ricerca delle soluzioni in grado di minimizzare i costi di produzione; la ricerca dell'economicità si concretizza anche attraverso l'individuazione di soluzioni organizzative capaci di rendere condivise, tra più articolazioni aziendali, le risorse strutturali e il patrimonio tecnologico e professionale dell'Azienda e nella realizzazione di soluzioni improntate ad un principio di essenzialità e non di ridondanza, in una visione che abbia a riferimento l'intera rete assistenziale provinciale.

23. Orientamento ai bisogni dell'utenza e miglioramento dei processi clinico - assistenziali

Obiettivo prioritario dell'Azienda è quello di orientare i propri servizi al soddisfacimento dei bisogni dell'utenza. Questi si configurano già nella fase che precede l'instaurazione del rapporto diretto clinico-assistenziale e possono essere individuati in un'informazione esaustiva e chiara sulle sedi e modalità di erogazione delle prestazioni, in un accesso semplificato ai servizi sanitari e una fruizione degli stessi con tempi di attesa contenuti. Il miglioramento della fase successiva, quella propriamente clinico-assistenziale, si fonda poi soprattutto sulla revisione continua dei processi diagnostico-terapeutici-assistenziali effettuata sulla scorta delle evidenze della letteratura scientifica in modo da assicurare i migliori possibili risultati di salute. In questo ambito, l'Azienda riserva particolare attenzione alla sicurezza dei pazienti attraverso interventi e pratiche che riducano i rischi e gli errori possibili nello svolgimento dei processi diagnostico-terapeutici.

Ai fini di garantire l'orientamento all'utenza e il miglioramento continuo dei processi clinico assistenziali, l'Azienda ispira la propria azione ai seguenti principi:

- il rispetto della dignità umana;
- l'universalità ed equità di accesso alle prestazioni e ai servizi;
- la centralità della persona, intesa come singolo soggetto autonomo e responsabile;
- la valorizzazione delle responsabilità individuali e collettive;
- la qualità clinico-assistenziale e l'appropriatezza delle prestazioni erogate;
- il coinvolgimento, la valorizzazione e la qualificazione continua delle risorse umane e professionali;
- la compatibilità tra le risorse disponibili ed il costo dei servizi offerti;
- la partecipazione dei cittadini e degli operatori, la trasparenza e l'integrazione con le diverse componenti sociali e aziendali.

L'Azienda concorre a soddisfare i bisogni di salute della popolazione, con modalità che assicurino l'integrazione socio-sanitaria e la continuità assistenziale attraverso specifici interventi

Do

nell'ambito del sistema di prevenzione, cura e riabilitazione, organizzando direttamente, o acquisendo presso altre strutture pubbliche o private accreditate, le prestazioni sanitarie ed i servizi indispensabili per soddisfare in modo appropriato e tempestivo la domanda espressa da tali bisogni. È compito dell'Azienda promuovere e garantire la partecipazione alla propria attività dei singoli cittadini e delle loro associazioni, incentivando la partecipazione alla definizione delle politiche di offerta e alla organizzazione dei servizi.

L'azione dell'Azienda si ispira al principio della trasparenza ed in tal senso rende visibili gli impegni dell'organizzazione e le relative garanzie mediante l'impiego di adeguati strumenti al fine di favorire la valutazione dei servizi ivi compresa la capacità dell'Azienda di rispettare gli standard definiti dei livelli essenziali di assistenza. Inoltre l'Azienda si impegna a rispettare la tutela della privacy, nell'ottica della protezione dei dati personali, secondo quanto previsto dalla normativa vigente.

24. Integrazione Ospedale-Territorio

L'integrazione fra le attività sanitarie ospedaliere e quelle territoriali è fondamentale per assicurare la corretta erogazione di numerose attività sanitarie e/o programmi assistenziali. L'Azienda, attraverso l'integrazione della rete ospedaliera e di quella territoriale assicura:

- la multidisciplinarietà delle diverse fasi del percorso clinico-assistenziale e riabilitativo compresa l'attività di prevenzione, il trattamento della cronicità e delle patologie a lungo decorso, la personalizzazione dell'assistenza primaria, farmaceutica e specialistica, nonché la continuità assistenziale;
- una maggiore appropriatezza delle prestazioni e un contenimento della spesa sanitaria con riduzione dell'accesso al Pronto Soccorso ospedaliero (anche mediante ambulatori dedicati ai codici bianchi) e dei ricoveri impropri;
- la riduzione delle liste d'attesa;

I punti di interconnessione Ospedale-Territorio riguardano in particolare:

- Collegamento tra medici delle cure primarie, medici di continuità assistenziale e rete territoriale dell'emergenza urgenza per rispondere alla necessità di costituire dei punti di riferimento alternativi all'ospedale, per i casi urgenti gestibili a livello territoriale;
- Dimissioni protette per pazienti ricoverati e dimessi con problemi di autosufficienza, da inserire nel circuito delle cure domiciliari o, ove necessario, residenziali;
- Dimissione facilitate, in particolare dei pazienti cronici e dei pazienti post-acuzie. Le dimissioni facilitate garantiranno la continuità assistenziale attraverso il collegamento predimissione con la rete territoriale di assistenza di riferimento del paziente (MMG, PLS, ADI e Specialistica ambulatoriale, Servizio Sociale).

Lo strumento prioritario per l'integrazione ospedale-territorio è rappresentato dalla definizione dei percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali (PDTA) anche ai fini della continuità assistenziale. In ordine ai PDTA si fa rinvio a quanto indicato al successivo punto E37 del presente atto aziendale.

În 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. Vanno inoltre programmate e formalizzate congiuntamente le presenze di operatori ospedalieri in sedi distrettuali e viceversa.

L'integrazione ospedale territorio è demandata al Direttore del distretto unico aziendale, tuttavia stante la rilevanza strategica delle attività di integrazione ospedale-territorio l'azienda ha ritenuto utile prevedere tra le funzioni di staff della direzione generale, a cui si rimanda, una specifica struttura per il governo, lo sviluppo, il coordinamento e la verifica dei PDTA e PIC (percorsi integrati di cura).

L'azienda persegue prioritariamente l'obiettivo della continuità dei percorsi di cura intesa come presa in carico globale dell'assistito e integrazione di tutti i momenti del percorso.

A questo fine l'azienda promuove l'integrazione tra:

- le attività del servizio di continuità assistenziale e la medicina generale;
- la medicina generale e l'assistenza domiciliare;
- i percorsi facilitati di accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale;
- le cure primarie e l'assistenza ospedaliera;
- le diverse attività erogate nell'ambito dell'assistenza ospedaliera.

H

La continuità dei percorsi di cura nel quadro dell'assistenza ospedaliera è realizzata mediante l'organizzazione dipartimentale del presidio ospedaliero unico aziendale e per il tramite dell'integrazione dei dipartimenti che lo compongono con il distretto unico aziendale con il coordinamento della struttura di staff sopra richiamata.

25. Rapporti convenzionali

In materia si fa espresso rinvio alle specifiche disposizioni normative nazionali e regionali in materia. L'Azienda si avvale nell'erogazione delle prestazioni sanitarie del privato accreditato, attraverso un processo di pianificazione e sviluppo a carattere armonico, secondo principi di equità e corresponsabilizzazione di tutti gli attori. Per il sistema sanitario provinciale i produttori accreditati rappresentano una risorsa integrativa e complementare, orientata verso settori di attività di interesse aziendale, secondo una programmazione ed un sistema di verifica e riallineamento verso obiettivi quali-quantitativi determinati. Essi partecipano alle reti cliniche integrate, condividendo percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali e standard di appropriatezza del sistema.

Al fine di garantire risposte assistenziali adeguate alla domanda di salute delle persone, l'Azienda offre prestazioni sanitarie erogate direttamente attraverso le proprie strutture, ovvero, indirettamente attraverso la contrattualizzazione di rapporti convenzionali con vari soggetti pubblici e privati accreditati operanti nel territorio aziendale:

- Case di cura;
- Strutture residenziali (RSA, CP, Strutture di riabilitazione territoriale, etc);
- Strutture di assistenza specialistica ambulatoriale;
- Medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici di continuità assistenziale e medici specialisti ambulatoriali interni.

L'integrazione degli erogatori di prestazioni sanitarie e sociosanitarie esterni alla struttura aziendale avviene mediante gli strumenti della programmazione sanitaria locale e gli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies del d.lgs. 502/92 e sue successive modifiche e integrazioni.

L'integrazione dei soggetti erogatori esterni che operano nell'ambito territoriale dell'azienda trova specifica concretizzazione attraverso lo strumento del Piano Annuale di acquisto delle prestazioni di cui alla vigente normativa nazionale e regionale, nel rispetto degli specifici tetti di spesa annualmente stabiliti dalla regione. La stipula di specifici accordi contrattuali con ciascun erogatore definizione, inoltre, i rapporti giuridici ed economici tra l'azienda ed i soggetti erogatori.

26. Governo Clinico

L'Azienda adotta i principi e gli strumenti del governo clinico come elementi strategici del proprio modello di funzionamento. Mediante questo strumento l'Azienda ricerca il miglioramento continuo della qualità dei servizi erogati e la tutela di elevati standard sanitari, creando un ambiente in cui possa svilupparsi l'eccellenza.

Obiettivo fondamentale è che ogni paziente riceva, in funzione dei bisogni di cui è portatore, le risposte clinico-assistenziali in grado di assicurare il miglior esito possibile in base alle conoscenze e alle risorse disponibili, il minor rischio di danni conseguenti ai trattamenti e la massima soddisfazione. Tale obiettivo richiede un approccio di sistema che coinvolge i pazienti, i professionisti e l'organizzazione, in una logica di programmazione, gestione e valutazione. L'Azienda attua le politiche del governo clinico con l'integrazione di numerose determinanti tra loro interconnesse e complementari, tra le quali l'apprendimento continuo, la gestione e la comunicazione del rischio, l'audit, la medicina basata sulle prove di efficacia, le linee guida cliniche e i percorsi assistenziali, la gestione dei reclami e dei contenziosi, la comunicazione e la gestione della documentazione, la ricerca e lo sviluppo, la valutazione degli esiti, la collaborazione multidisciplinare e multiprofessionale, il coinvolgimento dei pazienti e l'informazione corretta e trasparente.

A tale scopo l'Azienda persegue:

- l'analisi delle condizioni di salute e di bisogno/domanda di servizi, anche sulla base delle analisi epidemiologiche condotte a livello nazionale e regionale e del grado di perseguimento dei LEA;

Do

- la definizione del ruolo dell'Azienda nel soddisfacimento dei bisogni e della domanda espressa in coerenza con il ruolo svolto, a tale scopo, dalle altre strutture del Sistema Sanitario Regionale;
- la formulazione delle priorità d'intervento e di allocazione delle risorse strutturali (personale, tecnologia e spazi fisici) secondo principi e valutazioni di economicità;
- la gestione appropriata, efficiente, sicura ed economica delle tecnologie e degli interventi sanitari;
- l'efficienza dell'Azienda e delle sue articolazioni organizzative anche mediante analisi comparative di tipo temporale e spaziale;
- l'efficacia dell'azione aziendale misurata sia attraverso la capacità di perseguire gli obiettivi operativi definiti dalla programmazione, che la misurazione e/o la creazione delle condizioni fondamentali necessarie per assicurare il soddisfacimento dei bisogni e della domanda sotto il profilo clinico-assistenziale.

L'Azienda assicura l'integrazione tra governo clinico ed economico-finanziario, garantendo che tali dimensioni gestionali risultino fra loro strettamente integrate e alla base dei processi di programmazione e valutazione. Per dare piena attuazione a questi strumenti l'Azienda promuove la responsabilizzazione diffusa, in coerenza con i ruoli attribuiti, di tutta la funzione dirigenziale, anche attraverso la chiara separazione fra funzioni di committenza e di produzione nonché attraverso una costante rotazione negli incarichi e nelle mansioni, ove questo risulti compatibile con la specializzazione sanitaria o amministrativa.

La necessità di un governo clinico è una questione che riguarda sostanzialmente il livello di responsabilità operativa dei professionisti per definire e governare in maniera equa il livello di risposta sanitaria. Esistono ancora delle grandi opportunità di miglioramento per i professionisti impegnati nell'assistenza sanitaria, in particolare per cercare di ridurre gli errori evitabili, la sotto utilizzazione di alcuni servizi, la sovrautilizzazione di altri, la variabilità nell'erogazione dei servizi.

La necessità di governo clinico è una questione sostanzialmente anche etica, ed è indipendente dalla quota di risorse a disposizione, per definire e governare in maniera equa il livello di risposta sanitaria: poiché con risorse definite e non illimitate è impossibile dare il massimo a tutti, ci si deve impegnare per garantire a tutti un livello di assistenza che sia il più alto possibile.

Il governo clinico assistenziale attiene anche alla predisposizione dei percorsi assistenziali ed in tal senso è un processo ad altissimo contenuto professionale, che però non può essere lasciato in mano ai soli professionisti, ma i professionisti devono essere motivati a mettere in gioco la loro professionalità per costruire e realizzare il governo clinico.

Per Governo clinico deve intendersi quindi semplicemente <u>"ottima clinica in ottima organizzazione"</u> che si ottiene attraverso il confronto continuo e profondo tra la direzione aziendale titolare dell'organizzazione, supportata delle specifiche competenze delle strutture di staff a ciò deputata, e le articolazioni sanitarie nelle loro varie espressioni, su basi oggettive fornite dall'analisi dai dati delle prestazioni sanitarie e di quelli economici relative alle stesse.

A sostegno del Governo clinico, l'azienda adotta un sistema di monitoraggio delle prestazioni e degli esiti dell'assistenza erogata, con relativi flussi di dati inseriti sull'Intranet aziendale, di facile accesso a tutti gli stakeholder del governo clinico stesso, favorendo lo scambio di informazioni e la condivisione delle decisioni.

A questo fine l'azienda in particolare provvede:

- all'adozione di linee guida cliniche e clinico-organizzative, alla formalizzazione di percorsi di audit clinico, alla adozione di strumenti di gestione del rischio, con particolare attenzione al contenimento del contenzioso;
- all'adozione di strumenti di controllo dell'appropriatezza;
- alla formazione continua mirata ai bisogni;
- alla promozione della collaborazione multi professionale e di percorsi assistenziali integrati;
- alla responsabilizzazione degli operatori e al monitoraggio delle performance;
- alla partecipazione responsabile dei cittadini.

P

Risk management

A norma del DCA n. 70 del 29 giugno 2015 e di quanto al riguardo espressamente stabilito dalle linee guida regionali in materia di atto aziendale, l'azienda ha previsto una struttura di Gestione del Rischio Clinico in forma di struttura semplice dipartimentale, che agisce in staff alla Direzione aziendale e quale supporto alla direzione sanitaria, al fine di dare concreta attuazione al sistema di verifica e controllo, le cui attività sono declinate nel DCA n. 70/2015 e in altri atti precedenti e successivi.

Il responsabile dell'Unità di Gestione del Rischio Clinico Aziendale espleta funzioni di indirizzo, coordinamento e verifica e supporta il sistema decisionale del management ospedaliero e territoriale dal punto di vista metodologico ed organizzativo, al fine di migliorare la risposta alla domanda di sicurezza dei cittadini e degli operatori e di orientare l'organizzazione a standard di qualità eccellenti. Svolge, nell'ambito delle direttive regionali e aziendali, attività trasversali interfacciandosi con tutti i Dipartimenti aziendali e con le altre Strutture aziendali che si occupano di rischio a vari livelli.

27. Controllo e verifica dell'appropriatezza delle prestazioni ospedaliere

Allo scopo di portare a regime un sistema di reporting periodico sull'efficienza, appropriatezza clinica e organizzativa delle prestazioni sanitarie nonché di garantire la corretta compilazione delle SDO e la loro corrispondenza con le cartelle cliniche ovvero gli specifici flussi in attuazione delle disposizioni nazionali e regionali in materia, l'Azienda ha previsto, nell'ambito delle funzioni di staff della Direzione aziendale ed in attuazione delle disposizioni di cui al DPGR 53/2011, una specifica Struttura di Monitoraggio e Controllo delle Attività di Ricovero, in forma di struttura semplice al fine di dare concreta attuazione al sistema di verifica e controllo, le cui attività sono declinate nel decreto 53/2011 e atti successivi. Lo scopo è di portare a regime un sistema di reporting periodico sull'efficienza e sull'appropriatezza clinica e organizzativa delle prestazioni di ricovero ospedaliero, rese da tutti gli erogatori pubblici e privati accreditati, e di promuovere azioni correttive in caso di scostamento dai valori standard individuati, attraverso i controlli analitici interni e le revisioni sdo-cartella clinica, provvedendo a garantire un controllo e miglioramento dei flussi SDO.

L'azienda, inoltre, ha previsto, in caso di positiva verifica della fattibilità organizzativa e della compatibilità con le specifiche competenze attribuite al distretto unico aziendale in corso di esame, un possibile accorpamento alla struttura di cui al presente punto, anche delle funzioni di controllo e verifica dell'appropriatezza delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza riabilitativa territoriale ambulatoriale e residenziale rese da tutti gli erogatori pubblici e privati accreditati.

28. Accreditamento

Al fine di verificare e facilitare i percorsi di miglioramento della qualità e di conformità ai requisiti minimi ed ulteriori richiesti per l'autorizzazione all'esercizio e l'accreditamento istituzionale da parte delle strutture, pubbliche e private, sanitarie, socio sanitarie e dei singoli professionisti l'azienda ha provveduto ad istituire la Commissione Aziendale per l'autorizzazione e l'accreditamento, prevista dalla Legge Regionale 24/2008 e s.m.i. e regolamentata dai DD.PP.GG.RR. n. 28/2010, 23/2011 e n. 44/2013; fatto salvo quanto al riguardo stabilito dalla regione con DCA n. 36 del 23.03.2016, che recepimento integralmente l'intesa Stato Regioni in materia di adempimenti relativi all'accreditamento delle strutture sanitarie (rep. N. 32/CSR del 19.02.2015) rinvia l'attuazione della stessa a successivi provvedimenti.

29. Innovazione gestionale e tecnologica

In coerenza con gli indirizzi regionali in materia di adozione degli atti aziendali di cui al DCA n. 130/2015 la direzione aziendale al fine del conseguimento di più elevati gradi di efficienza ed efficacia delle attività aziendali promuove e sviluppa forme innovative di gestione in ambito sanitario e tecnico amministrativo, quali il TQM. Utilizza un sistema informatizzato di comunicazione intranet e un sistema informatico per la gestione dei dati del tipo datawhwrehouse. L'azienda, inoltre, prevede la possibilità di sviluppo di forme associate di gestione con le altre aziende del SSR, sulla base della vigente normativa, con particolare riferimento al sistema informatico aziendale attraverso la gestione tecnologica della rete informatica, di tutto l'hardware aziendale e il controllo dei programmi informatici.

P

L'Azienda riconosce il tema del governo della ricerca e dei processi di adozione e valutazione delle innovazioni come parte fondamentale dell'esercizio del governo clinico e fissa, tra gli obiettivi prioritari, lo sviluppo della capacità di recepire le innovazioni tecnologiche di provata efficacia, analizzandone il possibile impatto e di sostenere l'innovazione organizzativa come espressione della capacità di capire le trasformazioni del contesto e anticiparne ove possibile la implementazione.

In particolare l'azienda, in attesa della centralizzazione regionale degli acquisti, provvede ad adottare e sviluppare sistemi innovativi per l'attivazione di:

- procedure di acquisto comuni;
- adesioni a convenzioni;
- utilizzo di procedure automatizzate, quali il commercio elettronico.

L'azienda prevede, inoltre, la possibilità di sviluppare forme associate di gestione con le altre aziende del SSR, sulla base della vigente normativa, in particolare per quanto attiene al sistema informatico aziendale attraverso la gestione tecnologica della rete informatica, di tutto l'hardware aziendale e il controllo dei programmi informatici.

30. Valorizzazione delle professionalità

In sanità il rapporto operatore-utente è fortemente caratterizzato dal grado di personalizzazione, di appropriatezza e di umanizzazione delle prestazioni rese.

Per questo nella produzione di servizi alla persona il fattore umano è un elemento strategico, che influisce direttamente sulla quantità e qualità dell'assistenza oltre che sul grado di soddisfazione degli utenti. L'azienda assume come impegno prioritario la valorizzazione del personale, nel quadro di riferimento normativo del DIgs 502/92 e s.m.i., dei contratti collettivi nazionali di lavoro e dei contratti integrativi locali; esso riguarda tutte le componenti professionali operanti nell'Azienda, coinvolge le loro rappresentanze sindacali e si concretizza mediante progetti e programmi specifici realizzati prioritariamente all'interno dell'Azienda.

L'azienda attribuisce significato strategico e di valore alle risorse professionali aziendali, nelle quali riconoscere il vero capitale sociale e pertanto promuove e tutela forme di valorizzazione del proprio personale, favorendone la partecipazione consultiva, propositiva e decisionale negli ambiti di competenza riconosciuti, il coinvolgimento nella responsabilità e la gratificazione professionale, nel quadro di strategie incentivanti con il supporto della formazione e dell'aggiornamento continuo e finalizzato.

Le persone che lavorano nell'Azienda rappresentano l'elemento fondamentale e distintivo del suo patrimonio. L'Azienda vuole offrire un contesto organizzativo capace di riconoscere, utilizzare, ricompensare e valorizzare adeguatamente le competenze e le potenzialità dei propri collaboratori. Al contempo chiede loro un contributo leale, pieno e responsabile nel perseguimento della missione aziendale, una assunzione delle responsabilità connesse al proprio ruolo, un impegno costante per migliorare i propri livelli di professionalità e la qualità dei contributi offerti dall'Azienda. L'Azienda mira ad acquisire la collaborazione di professionisti e operatori fortemente qualificati e a sviluppare le capacità delle risorse umane della struttura per mettere a disposizione del cittadino un sistema di competenze in grado di tutelare al meglio i diritti e bisogni di benessere della persona.

L'Azienda è orientata allo sviluppo professionale del personale, inteso come incremento delle conoscenze, delle capacità, della consapevolezza e della disponibilità ad assumere responsabilità.

In tal senso, particolare attenzione è posta all'addestramento, all'aggiornamento e alla formazione del personale, quali fattori fondamentali della crescita professionale, nonché alla sua utilizzazione multidisciplinare e in costante rotazione tra i vari reparti costituenti le divisioni omogenee. Scopo dell'Azienda è di costruire un percorso continuo di sviluppo delle risorse umane, realizzando programmi di apprendimento sistematici e diffusi, che abbiano come riferimento gli obiettivi produttivi, i processi gestionali e clinico-assistenziali e le relative esigenze di crescita professionale del personale ed il sistema complesso di relazioni richiesto e necessario per raggiungere i risultati coerenti con gli obiettivi.

Promuove lo sviluppo di sistemi interni di relazione tra i professionisti, quali reti informali, gruppi, forum di discussione, connessioni con le reti scientifiche all'interno e all'esterno dell'Azienda per lo sviluppo professionale e il miglioramento dei servizi.

Valorizza il lavoro di equipe quale modalità di partecipazione alle scelte ed all'individuazione delle soluzioni, circolazione delle informazioni e condivisione delle competenze acquisite. L'azienda valorizza le proprie risorse anche attraverso la formazione ed il sistema premiante, ispirandosi ai seguenti criteri:

- pianificazione della formazione e del sistema ECM anche nel quadro dello sviluppo del governo clinico;
- diversificazione e arricchimento dei ruoli professionali anche attraverso i processi di innovazione tecnologica ed organizzati va e di riqualificazione del personale;
- percorsi formativi orientati allo sviluppo tecnico professionale delle competenze degli operatori sui processi piuttosto che sui singoli ruoli;
- adozione di un sistema premiante che tenga conto delle competenze e dell'impegno per acquisirle e mantenerle;
- adozione di un sistema di valutazione permanente.

31. Relazioni sindacali - (vedi precedente punto C 21)

32. Responsabilizzazione gestionale

Nel rinviare a quanto al riguardo già stabilito al precedente punto 19 relativo a deleghe e poteri, alle strutture organizzative dell'Azienda, sono preposti dirigenti a cui vengono assegnate le relative aree di responsabilizzazione gestionale e le corrispondenti funzioni dirigenziali. Essi possono essere oggetto di rotazione periodica negli incarichi e nelle mansioni secondo direttive e principi generali dettati dalla Direzione Generale nonché da leggi, normative o previsioni dei CCNL.

Per ciascuna funzione le specifiche aree di responsabilità, nonché le attribuzioni di competenze sono definite dai Responsabili delle strutture operative soggette a rendicontazione analitica in coerenza con l'organizzazione aziendale.

Costituisce compito della dirigenza l'attuazione degli obiettivi e dei programmi stabiliti dalla Direzione Aziendale e la formulazione di proposte nei confronti dei superiori livelli direzionali. Spetta in particolare ai dirigenti lo svolgimento delle seguenti funzioni o attività:

- la direzione, il coordinamento, l'organizzazione e la gestione delle strutture organizzative professionali o funzionali cui siano preposti e la predisposizione dei programmi di lavoro delle strutture medesime, secondo i principi di flessibilità ai fini del conseguimento degli obiettivi programmati attraverso l'uso razionale delle risorse;
- lo svolgimento di attività di elaborazione, consulenza, studio o ricerca ovvero di funzioni ispettive e di controllo ovvero, ancora, lo svolgimento di attività di natura tecnico professionale;
- la responsabilizzazione del personale ai fini del raggiungimento dei risultati ed la adozione degli atti datoriali di gestione organizzatoria del personale che non comportano modifiche di posizione funzionale dello stesso;
- l'armonizzazione degli orari di servizio per il miglior soddisfacimento delle esigenze dell'utenza;
- il controllo dell'insieme delle attività delle strutture organizzative cui sono preposti ai fini della valutazione dei risultati conseguiti;
- la partecipazione alle procedure informative nonché di verifica e controllo delle prestazioni e della gestione.

I Dirigenti sono responsabili del risultato dell'attività svolta dalle strutture e/o dagli uffici ai quali sono preposti, della realizzazione dei programmi e dei progetti loro affidati in relazione agli obiettivi, dei rendimenti e dei risultati della gestione finanziaria, tecnica ed amministrativa, incluse le decisioni organizzative e di gestione del personale.

33. Le deleghe e i poteri - (vedi precedente punto C 20)

E. LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA

34. I dipartimenti e l'organizzazione dipartimentale

L'organizzazione dipartimentale, ai sensi e per gli effetti dell'articolo 17-bis, del DLgs 502/92 e s.m.i. e in applicazione delle disposizioni regionali vigenti in materia, costituisce il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività dell'Azienda.

I dipartimenti aggregano una pluralità di unità operative complesse, semplici o semplici dipartimentali con funzioni affini, complementari o funzionalmente collegate, secondo principi di non ridondanza e specializzazione.

I dipartimenti perseguono l'ottimizzazione dell'uso delle risorse con particolare riferimento a quelle di uso comune attraverso la definizione di criteri espliciti di accesso e/o di allocazione interna, nonché attraverso la ricerca e la messa in pratica di innovazioni organizzative e tecnologiche nell'ottica di migliorare la qualità dei servizi e la loro sostenibilità economica.

Il dipartimento è costituito dall'aggregazione di strutture operative in una specifica tipologia organizzativa e gestionale volta a dare risposte unitarie, flessibili, tempestive, razionali e complete rispetto ai compiti assegnati in una logica di comunanza delle risorse.

Una struttura, semplice o complessa che sia, non può far parte di più di un dipartimento.

I dipartimenti sono sovraordinati rispetto alle unità operative che li compongono; ad essi è demandata la gestione di fattori produttivi significativi per quantità e valore economico personale, spazi, tecnologie, beni e servizi) anche in relazione agli obiettivi ad essi assegnati;

l'obiettivo principale è comunque la gestione efficiente ed efficace delle risorse afferenti al dipartimento. Essi svolgono altresì funzioni di standardizzazione dei processi, di verifica della qualità, di monitoraggio delle attività e dei risultati del dipartimento.

I dipartimenti strutturali sono composti da un numero significativo di strutture complesse ed eventualmente da strutture semplici dipartimentali, tenuto anche conto della complessità e dell'ampiezza organizzativa dell'azienda.

I dipartimenti ospedalieri dell'Azienda sono costruiti considerando il presidio ospedaliero unico aziendale San Giovanni di Dio di Crotone quale SPOKE della nuova rete assistenziale ospedaliera. Nei dipartimenti sono applicate le logiche di governo collegiale i cui processi di coordinamento e controllo sono previsti e descritti negli appositi regolamenti aziendali eventualmente tenuto conto di specifiche linee di indirizzo eventualmente emanate dal Dipartimento Tutela della Salute e dalla Struttura Commissariale.

Sono organi del dipartimento:

- il Direttore del dipartimento;
- il Comitato di dipartimento.

Il Direttore di dipartimento è nominato dal Direttore generale tra i direttori titolari di strutture complesse afferenti al dipartimento stesso.

I regolamenti aziendali e le eventuali linee guida regionali sopra richiamate disciplineranno il funzionamento degli organi del dipartimento.

Al comitato di dipartimento, che ha compiti consultivi, dovrà essere garantita la più ampia partecipazione coinvolgendo, al bisogno, anche figure con formali responsabilità in riferimento ad ambiti specifici quali, ad esempio, la formazione, il rischio clinico, la privacy, ecc.

I Direttori dei dipartimenti dipendono e rispondono direttamente alla Direzione aziendale.

Nella **Tabella 1** allegata al presente atto aziendale per costituirne parte integrante e sostanziale sono indicati i dipartimenti ospedalieri e le strutture organizzative ad essi afferenti nonché i dipartimenti non ospedalieri.

35. Le strutture complesse e semplici

Per struttura operativa si intende l'articolazione organizzativa alla quale è attribuita la responsabilità di gestione di risorse umane, strumentali e finanziarie. Nell'ambito della strutturazione organizzativa dell'Azienda si articolano diverse tipologie di Unità Operative, dotate di specifiche competenze professionali e risorse, finalizzate allo svolgimento di funzioni di amministrazione, programmazione e controllo, produzione di prestazioni e servizi o di supporto alle precedenti.

La riorganizzazione delle reti ospedaliera, territoriale, dell'emergenza-urgenza e tempo dipendenti di cui agli specifici provvedimenti adottati dalla regione e il rispetto del dettato del DM 70/2015, delinea una nuova articolazione organizzativa delle aziende, la cui razionalizzazione è un prerequisito necessario per la definizione di un piano di ottimizzazione delle risorse umane e del relativo contenimento della spesa.

Tenuto altresì conto delle disposizioni regionali di cui al richiamato DCA n. 130/2015 l'azienda ha individuato le strutture operative semplici e complesse in coerenza con i ruoli attribuiti alle singole strutture all'interno della propria rete ospedaliera e territoriale, nonché alla rete dell'emergenza urgenza ed alle reti tempo dipendenti.

PPP

Le strutture organizzative sono quindi articolazioni aziendali in cui si concentrano competenze professionali e risorse (umane, strumentali e tecnologiche) al fine di ottemperare alle funzioni di amministrazione, di programmazione e di committenza, o di produzione di prestazioni e di servizi sanitari.

L'individuazione di una struttura con responsabilità di organizzazione e di gestione delle risorse assegnate è resa opportuna dalla valenza strategica e dalla complessità organizzativa.

La valenza strategica di una struttura è indicata dal livello di interfaccia con istituzioni o organismi esterni all'azienda, dal volume delle risorse da allocare, dalla rilevanza delle problematiche trattate e dal livello di intersettorialità che caratterizza gli interventi.

La complessità organizzativa di una struttura è legata, invece, alla numerosità e all'eterogeneità delle risorse professionali, al dimensionamento tecnologico, ai costi di produzione e all'impatto organizzativo in relazione alle strutture con cui interagisce.

Le strutture operative, si distinguono in semplici e complesse in relazione al variare dei parametri su citati.

Le strutture operative complesse, individuati sulla base dell'omogeneità delle prestazioni e dei servizi erogati, dei processi gestiti e delle competenze specialistiche richieste, sono dotate di responsabilità ed autonomia professionale, organizzativa e gestionale e si caratterizzano per la rilevanza quantitativa e strategica delle attività svolte e per l'attribuzione di un budget.

L'Azienda nel definire numero e tipologia delle strutture complesse, ha tenuto conto del bacino di utenza di riferimento e dell'esistenza di una unica struttura ospedaliera che grava sullo stesso bacino nonché delle strutture complesse, semplici e semplici dipartimentali espressamente previste dal DCA n. 64 del 5 luglio 2016 relativo alla riorganizzazione della rete ospedaliera con il quale è stato modificato il precedente DCA n.30 de 3.3.2016, nonché dallo specifico DCA n. 76/2015 relativo alla riorganizzazione della rete territoriale.

Le funzioni delle strutture operative complesse sono:

- di committenza aziendale o di amministrazione per settori di attività qualificati come prioritari dalla programmazione regionale o locale;
- di produzione di prestazioni o di servizi sanitari, tecnico professionali che richiedano un significativo volume/impiego di risorse;
- di rilevanza strategica e di supporto alla direzione per le attività di programmazione e di pianificazione dell'azienda;
- di gestione, coordinamento ed integrazione dei processi professionali ad elevata complessità caratterizzati da intersettorialità, interdisciplinarietà ed interprofessionalità.

Le unità operative semplici sono articolazioni interne della struttura complessa o possono avere valenza dipartimentale (con specifiche responsabilità dirette di gestione di risorse umane, tecniche e finanziarie, il cui responsabile risponde al Direttore di dipartimento), nei limiti della compatibilità col numero totale previsto dalla regione. Le strutture semplici comportano responsabilità ed autonomia nella gestione di risorse umane, tecniche e/o finanziarie assegnate e necessarie all'assolvimento delle funzioni attribuite.

Le strutture complesse e semplici dipartimentali non devono svolgere attività già di pertinenza di altre strutture.

Le funzioni e le responsabilità specifiche delle strutture organizzative sono definite da parte dei livelli sovraordinati (quindi dal responsabile di struttura complessa per le strutture semplici ad essa afferenti, dal responsabile di dipartimento per le strutture semplici dipartimentali afferenti al medesimo dipartimento) con attribuzione di ambiti di autonomia in un quadro di relazione gerarchica comunque definita. Esse sono individuate sulla base delle caratteristiche delle attività e delle funzioni della struttura organizzativa di appartenenza e/o del dipartimento in risposta all'esigenza di massimizzare l'efficacia e l'efficienza delle stesse attività e funzioni, ossia di preservare la peculiarità del processo a cui siano preposte specifiche risorse professionali e organizzative.

Qui di seguito si riporta il numero totale delle strutture, complesse e semplici previste per questa azienda dal DCA n. 64 del 5 luglio 2016 e dal DCA n.130/2015.

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE CROTONE

	STRUTTURE COMPI	LESSE E SEMPLICI	
Numero Strutture Complesse		Numero Strutture Semplici	
Ospedaliere	Non Ospedaliere	Ospedaliere	Non Ospedaliere
19	16	23	21

36. L'Area Territoriale e la riorganizzazione dei sistemi di cura territoriali

Il processo di riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale passa inevitabilmente dallo sviluppo e dalla valorizzazione dei servizi territoriali, in sinergia con la rimodulazione e il riassetto della rete assistenziale ospedaliera e dell'emergenza/urgenza.

La linea strategica fondante l'azione di riqualificazione del Sistema Sanitario passa attraverso una riorganizzazione e razionalizzazione complessiva i servizi per la salute a favore dei cittadini, agendo in particolare sul consolidamento e miglioramento dei servizi territoriali e promuovendo azioni volte all'integrazione ospedale-territorio.

L'area territoriale dell'Azienda è quindi definita in coerenza con l'evoluzione della normativa del SSN, (Patto per la Salute 2014-2016) e con gli specifici indirizzi regionali di cui al DCA n.76 del 06 luglio 2015.

Il nuovo modello di rete assistenziale territoriale è volto ad ottimizzare l'appropriatezza delle risposte fornite dalle diverse reti assistenziali, con l'obiettivo di garantire la centralità delle persone nell'ambito di tali reti integrate e coordinate fra loro e di far fronte nel modo più adeguato a bisogni di salute sempre più complessi, in gran parte generati dalla crescente diffusione di patologie croniche a rilevante impatto sociale, conciliando altresì le esigenze di equità e di solidarietà con il quadro delle risorse disponibili.

Nell'ambito di tale processo in attuazione delle vigenti disposizioni regionali in materia, l'Azienda ha individuato fra le proprie strategie prioritarie il rafforzamento e la riqualificazione della rete assistenziale territoriale, realizzando nel contempo la massima integrazione fra le funzioni sanitarie e quelle socio-assistenziali destinate a garantire il percorso complessivo di presa in carico della persona, a garanzia della continuità assistenziale.

Il rafforzamento e la riqualificazione della rete assistenziale territoriale consente quindi la valorizzazione ed il consolidamento:

- del ruolo del Distretto quale articolazione organizzativa ed operativa fondamentale dell'ASP per il governo della rete territoriale;
- del ruolo del sistema dell'assistenza primaria, quale primo livello clinico di contatto dei cittadini con il sistema sanitario, competente a garantire la continuità delle cure attraverso il rapporto diretto con la popolazione, la presenza capillare sul territorio distrettuale e la funzione di filtro, integrazione e coordinamento rispetto alla risposta specialistica ed ospedaliera.
- il potenziamento dell'assistenza domiciliare, quale aspirazione e diritto delle persone e dei familiari, che risponde all'obiettivo qualitativamente e culturalmente rilevante di favorire il mantenimento della persona nel proprio ambiente di vita e al proprio domicilio;
- il rafforzamento della rete delle cure palliative, ambito in cui l'attenzione alla prossimità al decesso assume di per sé un valore etico, in cui la multiprofessionalità diventa una risorsa per la dignità della persona;
- la rimodulazione dell'assistenza residenziale sviluppando una flessibilità organizzativa per adeguare il sistema alle nuove esigenze assistenziali, considerando le strutture residenziali come parti integranti del Sistema, specie nel gravoso ambito della non autosufficienza;
- lo sviluppo di interventi organizzati per l'effettiva integrazione tra servizi ospedalieri e servizi territoriali atti a garantire un adeguato passaggio dall'ospedale al territorio senza soluzione di continuità. L'obiettivo è di evitare alla persona una permanenza inappropriata in ambito ospedaliero, un precoce o improprio ricorso all'istituzionalizzazione, in particolare della persona anziana, favorendo il rientro al domicilio: un rientro che dovrà essere guidato, supportato, tutelato.

4

Ho

Centrale, in tale processo, è il ruolo delle cure primarie che, riorganizzate per Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT) e Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP), come previsto dal Patto per la Salute e dalla L. 189/2012, assicurano nelle 24 ore la piena presa in carico del paziente, in collaborazione con gli specialisti (ospedalieri e territoriali).

La definizione e la contestualizzazione dei Percorsi Diagnostici Terapeuti Assistenziali (PDTA) rivolti alle cronicità e/o ai percorsi riabilitativi, o profili integrati di cura, induce le varie componenti professionali che operano nei percorsi assistenziali, dell'ospedale e del territorio, ad assicurare concretamente un efficace rapporto interprofessionale, con un maggiore apporto di competenze a favore dell'assistito.

Gli obiettivi e gli indirizzi rivolti alla riorganizzazione dell'assistenza territoriale e del sistema delle cure primarie contenuti, peraltro, nell'art. 1 della legge 8.11.2012, n. 189, sono adottati e declinati nel presente atto aziendale nella piena condivisione delle seguenti ragioni:

- il processo di deospedalizzazione, se non è accompagnato da un contestuale rafforzamento dei servizi sul territorio, determina di fatto l'impossibilità per i cittadini di usufruire dell'assistenza sanitaria;
- il cambiamento radicale dello stato di salute, dovuto anche al progressivo invecchiamento della popolazione e caratterizzato dall'incremento delle patologie croniche e della non autosufficienza, può essere affrontato solo con la messa a punto di nuovi percorsi assistenziali basati su un approccio interdisciplinare rispetto al paziente per garantire l'efficacia e la continuità delle cure.

Il processo di riordino della rete territoriale è altresì in sintonia con gli indirizzi ed i principi già contenuti nella più recente normativa nazionale e con gli specifici indirizzi regionali rappresentati dai seguenti provvedimenti:

- Intesa Stato-Regioni del 10.7.2014 contenente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014-2016, con particolare riferimento all'art. 5 "Assistenza territoriale" che prevede incisivi interventi di riorganizzazione, sia della rete e del ruolo strategico dei Distretti sanitari, sia del sistema dell'Assistenza primaria, con l'istituzione della rete AFT/UCCP ed il suo orientamento verso la medicina d'iniziativa, per contribuire ad ottimizzare la risposta nell'assistenza territoriale per i soggetti affetti da patologia cronica che hanno scarsa necessità di accessi ospedalieri ma che richiedono interventi di tipo ambulatoriale o domiciliare nell'ambito di PDTA predefiniti e condivisi.
- Decreto 2.4.2015, n. 70, "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", con particolare riferimento al punto 10 "Continuità ospedale-territorio", dove si prevede che si proceda, contestualmente alla riorganizzazione della rete ospedaliera, al riassetto dell'assistenza primaria e all'organizzazione in rete delle strutture territoriali: intervento fondamentale per garantire una risposta continuativa sul territorio ed un utilizzo appropriato dell'ospedale.
- DCA n.76 del 06 luglio 2015 di riorganizzazione della rete territoriale.

L'Azienda, inoltre, intende riorganizzare il proprio modello di governance del territorio al fine di realizzare un approccio più adeguato ai bisogni del cittadino, fornendo al paziente fragile anche un servizio di civiltà nel proprio ambiente sociale senza costringerlo a percorsi molto gravosi per lui, per i suoi cari e per la comunità.

Tale percorso di riorganizzazione persegue pertanto anche i seguenti obiettivi:

- 1) Migliorare l'organizzazione del sistema di assistenza territoriale, fondandola su principi quali:
 - la centralità del paziente e della persona
 - la prossimità dei percorsi per le cronicità
 - la tempestività di intervento ed efficienza
 - il coordinamento degli interventi, specie per quanto attiene ai processi di integrazione sociosanitaria
 - l'elaborazione di percorsi basati su evidenze scientifiche
 - la semplificazione e la trasparenza organizzativa,
- 2) Garantire l'informazione e la partecipazione del paziente e delle famiglie al processo di cura.
- 3) Migliorare, per quanto possibile, le modalità di integrazione con i servizi sociali comunali e del terzo settore.



P

Occorre in sostanza perseguire la strutturazione della rete assistenziale territoriale, connessa con la rete ospedaliere, in modo tale da garantire: da un lato la corretta presa in carico del cittadino in tutte le fasi e passaggi del suo percorso di salute; dall'altra la continuità delle cure in un sistema integrato dove i livelli di intensità degli interventi possano essere modulati dall'ospedale al territorio e viceversa.

Ciò rappresenta un obiettivo di cultura sanitaria e di "civiltà assistenziale" nella misura in cui evita inutili e dispendiosi passaggi del paziente tra i vari soggetti erogatori del S.S.R. e locale, restituendogli una sensazione di attenzione e di presenza da parte della sanità pubblica.

Il modello di riordino della rete dei servizi territoriali delineato dall'azienda e definito nel presente atto aziendale si fonda sui seguenti principi ispiratori, contenuti, peraltro, nel documento di programmazione regionale della rete territoriale allegato al DCA 76/2015:

- è orientato a perseguire un riequilibrio funzionale del sistema sanitario fondato sull'integrazione multidiscplinare e multiprofessionale, partendo dai bisogni di salute della popolazione;
- intende realizzare e garantire la continuità assistenziale nella presa in carico e nei percorsi di cura fra territorio ed ospedale e viceversa, nella fase post dimissione ospedaliera;
- mira a garantire la partecipazione, nell'adozione delle scelte strategiche inerenti le politiche sanitarie e socio-sanitarie territoriali, sia dei cittadini e della comunità locale, sia degli operatori che operano nel sistema.

37. Il Distretto Sanitario

Nel caso specifico della realtà aziendale di Crotone si è quindi operato verso una linea di superamento dell'Iarticolazione distrettuale oggi esistente che vede articolata l'area territoriale in tre distretti sanitari Crotone, Cirò Marina e Mesoraca, con una popolazione residente rispettivamente di 107.818 abitanti, di 39.642 abitanti e di 26.868 abitanti, ciascuno configurato come struttura complessa a sua volta articolata in strutture semplici.

Nella situazione attuale i tre Distretti dell'Azienda si configurano tuttavia più come una struttura di gestione di alcuni servizi territoriali e sociosanitari che come un effettivo centro di responsabilità per la tutela della salute dei cittadini ed il governo dei relativi percorsi assistenziali.

Il DCA n. 76/2015, specifico per il riordino della rete assistenziale territoriale, stabiliscono che il rafforzamento del ruolo del Distretto presuppone la riconsiderazione delle attuali articolazioni e l'individuazione di aree territoriali più ampie delle attuali, idonee a superare la parcellizzazione oggi rappresentata da un numero di distretti di dimensione limitata, che non consentono la funzione di governo complessivo né le condizioni per ricondurre a sistema la sommatoria di servizi, interventi, prestazioni e per garantire le necessarie efficienze organizzative.

L'azienda, pertanto, in ragione della limitata entità della popolazione complessivamente residente, 174.328 abitanti, con l'adozione della presente atto aziendale ed in coerenza con le disposizioni regionali di cui al DCA n.130/2015 recante "Linee guida atti aziendali" ha previsto una strutturazione organizzativa e funzionale dell'assistenza territoriale articolata in un distretto unico aziendale coincidente con l'intera area territoriale dell'ASP, al suo interno articolata in tre area territoriali subdistrettuali coincidenti ciascuna con i Comuni afferenti agli attuali tre distretti peraltro, già omogeneamente definiti dall'azienda tenuto conto:

- delle caratteristiche demografiche, sociali, epidemiologiche e morfologiche del territorio;
- della rete della viabilità e dei trasporti e quindi dalla accessibilità ai servizi territoriali e ospedalieri;
- del grado di vicinanza ai punti di emergenza territoriali e alle strutture del dipartimento di emergenza urgenza e accettazione del DEA del P.O. di Crotone.

Il modello organizzativo di riorganizzazione dell'area territoriale articolato in un distretto unico aziendale, configurato come struttura complessa al suo interno articolata in tre sole strutture semplici, si pone, infatti, come obiettivo primario il rafforzamento della struttura distrettuale, con particolare riferimento alla sua dimensione organizzativa ed alla sua dimensione clinico-assistenziale, privilegiando da un lato un'organizzazione trasversale e dall'altro un approccio fondato su percorsi assistenziali.

Inoltre è opportuno sottolineare la scelta della costituzione di un Distretto Unico Aziendale, indipendente mente dalle dimensioni del bacino di riferimento, è finalizzata a privilegiare la

dimensione della uniformità gestionale ed organizzativa dell'area territoriale non essendo, peraltro, più previsto il dipartimento aziendale territoriale dell'area assistenza distrettuale ed essendo venuta meno con il distretto unico aziendale l'esigenza di coordinamento precedentemente in capo al direttore dell'area territoriale.

L'ambito territoriale del distretto unico aziendale coincide quindi con l'intero territorio dell'ASP, gli ambiti territoriali delle tre aree subdistrettuali in cui è articolato il distretto unico con i relativi Comuni e la popolazione di appartenenza, sono ridefiniti per come indicato nella tabella che segue e coincidono con gli ambiti territoriali già appartenenti ai preesistenti tre distretti sanitari.

ASP CROTONE
DISTRETTO SANITARIO UNICO AZIENDALE
-Popolazione ed ambiti subdistrettuali-

	COMUNE	Popolazione			
		Maschi	Femmine	Totale	1
DISTRETTO SANITARIO UNICO AZIENDALE	Belvedere Spinello	1.136	1.183	2.319	Area Territoriale Subdistrettuale Crotone
	Crotone	29.934	31.197	61.131	
	Caccuri	799	854	1.653	
	Castelsilano	625	526	1.051	
	Cerenzia	570	596	1.166	
	Cutro	5.278	5.255	10.533	
	Isola Capo Rizzuto	9.357	8.195	17.552	
	Rocca di Neto	2.825	2.871	5.696	
	San Mauro Marchesato	1.066	1.114	2.180	
	Savelli	616	671	1.287	
	Scandale	1.591	1.659	3.250	
	Sub Totale	53.697	54.121	107.818	
	Carfizzi	321	350	671	Area Territoriale Subdistrettuale Cirò Marina
	Casabona	1.296	1.450	2.746	
	Cirò	1.421	1.575	2.996	
	Cirò Marina	7.322	7.651	14.973	
	Crucoli	1.518	1.647	3.165	
	Melissa	1.805	1.835	3.640	
	Pallagorio	615	627	1.242	
	San Nicola dell'Alto	396	450	846	
	Strongoli	3.227	3.369	6.596	
	Umbriatico	450	433	883	
	Verzino	899	985	1.884	
	Sub Totale	19.270	20.372	39.642	
	Cotronei	2.619	2.840	5.459	Area Territoriale Subdistrettuale Mesoraca
	Mesoraca	3.181	3.393	6.574	
	Petilia Policastro	4.601	4.629	9.230	
	Roccabernarda	1.691	1.739	3.430	
	Santa Severina	1.063	1.112	2.175	
	Sub Totale	13.155	13.713	26.868	
	Totale Generale	86.122	88.206	174.328	

Nell'ambito del distretto sanitario unico aziendale opera la Case della Salute (CdS) di Mesoraca gestita, per quanto riguarda gli aspetti igienici e organizzativi e di facility management, da un responsabile di sede, con incarico di struttura semplice coincidente con l'incarico di responsabile dell'area territoriale subdistrettuale di Mesoraca, che risponde direttamente al direttore del distretto unico aziendale. Lo stesso, avvalendosi del personale dipendente e convenzionato operante nell'area territoriale sub distrettuale, assicura il coordinamento e l'organizzazione di tutte le attività e funzioni ricomprese nell'aree delle cure primarie, nell'area dei servizi e nell'area delle cure palliative e terapia del dolore.

Nell'ambito del distretto sanitario unico aziendale opera la struttura poliambulatoriale di Cirò Marina gestita, per quanto riguarda gli aspetti igienici e organizzativi e di facility management, da un responsabile di sede, con incarico di struttura semplice coincidente con l'incarico di responsabile dell'area territoriale sub distrettuale di Cirò Marina, che risponde direttamente al





direttore del distretto unico aziendale. Lo stesso, avvalendosi del personale dipendente e convenzionato operante nell'area territoriale sub distrettuale, assicura il coordinamento e l'organizzazione di tutte le attività e funzioni ricomprese nell'area delle cure primarie, nell'area dei servizi e nell'area delle cure palliative e terapia del dolore.

Nell'ambito del distretto sanitario unico aziendale opera la struttura poliambulatoriale di Crotone gestita, per quanto riguarda gli aspetti igienici e organizzativi e di facility management, da un responsabile di sede, con incarico di struttura semplice coincidente con l'incarico di responsabile dell'area territoriale sub distrettuale di Crotone, che risponde direttamente al direttore del distretto unico aziendale. Lo stesso, avvalendosi del personale dipendente e convenzionato operante nell'area territoriale sub distrettuale, assicura il coordinamento e l'organizzazione di tutte le attività e funzioni ricomprese nell'area delle cure primarie, nell'area dei servizi e nell'area delle cure palliative e terapia del dolore.

Nell'ambito del distretto sanitario unico aziendale opera, per come di seguito meglio specificato, una struttura organizzativa deputata ad assicurare lo sviluppo e il coordinamento dei PDTA e il governo dell'attività specialistica ambulatoriale e di monitoraggio delle liste di attesa, oltre che la verifica ed il controllo dell'appropriatezza delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogate dalle strutture pubbliche e private accreditate.

Il Distretto Unico Aziendale è quindi ridefinito quale articolazione dell'Azienda deputata a garantire l'erogazione delle attività e prestazioni ricomprese nel LEA assistenza distrettuale livelli sul proprio territorio mediante l'integrazione tra i diversi servizi sanitari e socio-sanitari competenti e coinvolti, in modo da assicurare una risposta coordinata e continuativa ai bisogni della popolazione, con particolare riferimento alle problematiche connesse alle cronicità e alle situazioni di fragilità sociale.

Gli indirizzi di programmazione sanitaria nazionale, regionale e locale, caratterizzano le funzioni strategiche del Distretto con riferimento all'analisi della domanda, al governo dell'offerta, al coordinamento e alla gestione delle risorse, alla verifica dei risultati di salute.

Il buon funzionamento del Distretto è condizione necessaria per lo sviluppo del welfare locale, sanitario e sociosanitario, integrato con le funzioni di prevenzione, cura e riabilitazione, garantendo accesso unitario ai servizi, continuità assistenziale, responsabilizzazione sui risultati e sugli esiti di salute.

In quanto riferimento per l'erogazione delle prestazioni individuate dai livelli essenziali di assistenza, il Distretto realizza i propri obiettivi nel coordinamento e nell'integrazione:

- di tutte le attività di assistenza sanitaria di base e di assistenza specialistica, erogate con modalità ambulatoriali, domiciliari, residenziali e semiresidenziali.
- delle attività di assistenza sanitaria a rilevanza sociale di cui all'art. 3-septies, lettera a, comma 2, del D.Lgs. n. 229/99 e s.m.i.
- delle attività ad elevata integrazione sociosanitaria.
- delle attività di prevenzione rivolte alla persona unitamente al dipartimento di prevenzione.

Il Distretto realizza i propri obiettivi nella unitarietà degli interventi, con una visione globale dei problemi e una gestione integrata delle responsabilità e delle risorse.

L'evoluzione normativa nazionale e regionale ha delineato il Distretto come il livello di attività sanitarie e socio-sanitarie più prossime alle comunità locali, fulcro del sistema dei servizi sanitari.

In tale quadro l'articolazione territoriale nel distretto sanitario unico aziendale deve perseguire obiettivi di razionalizzazione, sviluppo e riqualificazione attraverso:

- una chiara distinzione fra livello e responsabilità organizzative e produttive.
- una maggiore personalizzazione del prodotto aziendale sanitario, portandolo in un ambito più vicino e a misura del cittadino e del complesso della realtà locale, nel quale la realtà locale stessa si riconosce e si vede rappresentata e garantita nelle proprie specifiche esigenze e bisogni di salute.
- un riordino del territorio aziendale attraverso una rete di servizi sanitari di base sempre più ampia e a portata del cittadino che, partendo dal Distretto quale unità di base, si sviluppi attraverso una rete produttiva territoriale, articolata a livello distrettuale e integrata con il sociale, quale risposta a tutte le esigenze e i bisogni sanitari di tipo extraospedaliero.

Una configurazione quindi del Distretto che passi da quella attuale, operante in modo settoriale, prevalentemente concentrata sul versante della produzione delle singole prestazioni territoriali, ad una configurazione incentrata in via prioritaria sul governo della domanda e sulla garanzia di salute, in cui la responsabilità è attribuita alla globalità della presa in carico dell'utente e non alle singole attività, le quali invece fanno capo alle strutture produttive ed ai servizi distrettuali.

Lo sviluppo e la qualificazione dell'assistenza distrettuale è quindi caratterizzata, con riferimento alle funzioni strategiche del Distretto, alla valutazione dei bisogni sanitari, ai problemi di controllo dell'offerta, al miglioramento dell'accesso ai servizi, alla promozione dell'integrazione sociosanitaria, alla progettazione personalizzata delle risposte, alla continuità assistenziale, alla creazione di alternative positive ai ricoveri, ponendo attenzione in primo luogo alla qualificazione delle cure domiciliari, alla integrazione operativa nel Distretto dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta.

Per sviluppare queste funzioni strategiche, l'Azienda ha inteso, attraverso l'adozione del presente atto aziendale ridefinire l'attuale modello organizzativo dell'assistenza distrettuale assicurando che il Distretto sanitario sia in grado di:

- dirigere unitariamente il sistema di erogazione, avvalendosi della conoscenza dei bisogni e delle strategie per affrontarli previste da uno specifico strumento, normativamente previsto e fino ad ora non utilizzato, quale il Programma delle Attività Territoriali (PAT).
- promuovere l'integrazione sociosanitaria.
- predisporre valutazioni periodiche, quantomeno annuali, finalizzate a verificare il conseguimento dei risultati attesi e a renderli disponibili per la comunità locale.
- mettere in atto strategie per facilitare la piena integrazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta nell'organizzazione distrettuale, anche promuovendo e valorizzando forme associative di lavoro tra medici.
- rendere contigue e possibilmente unitarie la medicina specialistica ospedaliera e territoriale, con un'organizzazione in cui vengono erogate le prestazioni appropriate nei luoghi adeguati, in quantità e qualità tali da soddisfare i bisogni di salute della popolazione.
- promuovere la condivisione degli strumenti informativi a supporto delle decisioni e delle verifiche di efficienza e di efficacia da parte di tutti gli operatori.
- mettere in atto verifiche sistematiche sulla gestione degli accessi, sulle liste di attesa, sulla qualità dei progetti personalizzati e sulla loro attuazione, sulla verifica degli esiti e, per quanto possibile, della qualità percepita dagli utenti sui servizi resi.

L'organizzazione distrettuale, in modo integrato con quella ospedaliera e dell'emergenza urgenza e con la sperimentazione del modello di Casa della Salute, rappresenta una reale innovazione organizzativa in quanto rende possibile lo sviluppo di un modello effettivo di presa in carico del paziente integrata e continuativa, fornendo una qualificata risposta ai bisogni assistenziali complessi delle persone affette da patologie croniche. Si realizza così un sistema delle cure in grado di fornire livelli assistenziali di qualità, sicurezza, appropriatezza e sostenibilità, secondo una logica di prossimità.

AI fine di assicurare quanto sopra, l'Azienda si dota di un sistema/organizzazione che, anche in tale contesto, adotta una metodologia di assistenza e servizi impostati e modulati per intensità di cura; tale sistema, partendo dalla constatazione della centralità delle cure primarie assicurate, in prossimità al cittadino, dalla rete dei MMG e dei PLS (singoli e/o associati), assicura il sostegno di una rete di servizi e professionalità integrate, di livello man mano crescente in relazione alla complessità crescente del quadro clinico e delle cure assistenziali necessarie. In particolare, si prevedono tre livelli di intensità di cure:

- 1. Un primo livello di base in cui l'intervento del territorio e dei suoi servizi a sostegno delle cure primarie presenta carattere occasionale (sostanzialmente patologie acute gestibili in ambulatorio/domicilio dal MM G/PLS);
- Un secondo livello caratterizzato dal supporto continuativo e coordinato in cui la componente diagnostico/terapeutica è prevalente (patologie croniche gestite dai PDTA ambulatoriali secondo il Cronic Care Model);
- 3. Un terzo livello in cui alla complessità del quadro clinico si associa una complessità di assistenza specialistica, infermieristico-riabilitativa ed anche sociale, da assicurarsi in regime di residenzialità ovvero semiresidenzialità.

Tale crescente complessità, nel rispetto del ruolo centrale del MMG/PLS, è supportato da una sempre crescente importanza/condivisione collegiale della governance che nel livello più alto è assicurata dalle Unità Valutative Multidisciplinari (UVM). Le UVM, sono costruite "ad assetto variabile" intorno ad un nucleo di professionisti centrale, ed assicurano al singolo caso, tramite la presenza delle necessarie professionalità di volta in volta variabili, oltre al setting assistenziale più appropriato, anche l'assegnazione delle risorse esistenti nel territorio (pubbliche e private accreditate) necessarie al suo soddisfacimento, nel rispetto dei principi di qualità, sicurezza, appropriatezza, equità e sostenibilità.

La UVM, grazie alla presenza al suo interno dei rappresentanti dei Comuni che ne assicurano le competenze sociali, garantisce direttamente l'integrazione socio-sanitaria sul territorio quale prevista dalla vigente normativa; a tale componente sociale l'Azienda contribuisce mettendo a disposizione il proprio persona le specializzato (assistenti sociali) tramite appositi protocolli operativi.

In tale ottica di assistenza per intensità di cure si colloca anche il rapporto di integrazione con il livello di assistenza ospedaliera, cui la UVM ovvero la struttura deputata alla gestione del PDTA ambulatoriale, affida il proprio assistito quando lo necessita la complessità di cure richieste. Analogamente il livello ospedaliero, qualora individui la necessità della prosecuzione delle cure e la presa in carico da parte del territorio affida, con analoghe modalità, il proprio assistito a tali strutture.

L'integrazione con l'Ospedale funge in ogni caso anche quale supporto quali/quantitativo nei casi in cui il territorio non sia in grado di assicurare le prestazioni richieste dalle proprie necessità assistenziali.

Punto di snodo al riguardo è il Punto Unico di Accesso (PUA): nella funzione di front office come luogo di segnalazione/raccolta/esplicitazione della necessità di assistenza (bisogni espressi/inespressi) da chiunque effettuata (MMGIPLS; cittadino, ospedale, comune, terzo settore ecc.); nella funzione di back office come luogo di assegnazione, in base all'intensità di cure rilevata, alle rispettive strutture operative territoriali (UVM, gestore del PDTA, MMG/PLS).

Alla Continuità Assistenziale viene assegnato un ruolo di filtro dell'emergenza-urgenza nei confronti dei soggetti che esulano dai percorsi di presa in carico attiva, con l'invio al livello ospedaliero ovvero al reindirizzo nel territorio.

Il Distretto orienta la propria programmazione e le relative attività ispirandosi al modello della Comunity Oriented Primary Care, definibile come l'erogazione dell'assistenza primaria ad una comunità specifica congiunta con lo sforzo sistematico di identificare e affrontare i maggiori problemi di salute di tale comunità mediante un'efficace modificazione dei servizi di assistenza primaria.

In estrema sintesi. il distretto garantisce, nel rispetto degli atti di programmazione di livello regionale e aziendale, l'erogazione delle prestazioni definite nell'ambito del PAT ed afferenti alle seguenti aree funzionali specifiche.

Area delle cure primarie

- assistenza sanitaria di base (medicina generale pediatria di libera scelta continuità assistenziale)
- assistenza specialistica ambulatoriale
- assistenza domiciliare
- assistenza residenziale e semiresidenziale
- assistenza riabilitativa territoriale extraospedaliera
- anziani e disabili
- sanità penitenziaria

Area dei servizi

- assistenza farmaceutica
- assistenza protesica
- servizi amministrativi
- CUP
- assistenza sociale

Area cure palliative e terapia del dolore

- cure palliative
- terapia, del dolore

/R

Percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali (PDTA), governo attività specialistica ambulatoriale e monitoraggio delle liste di attesa.

Percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali (PDTA)

In ambito sanitario, il trattamento di un problema di salute richiede frequentemente il contributo di più attori all'interno di un sistema inter-professionale, inter-disciplinare e multi- disciplinare. La complessità di un sistema, così organizzato, può creare condizioni favorenti la variabilità, i difetti di congruità, continuità ed integrazione della cura, tutte condizioni che facilitano la possibilità di errore.

L'approccio per processi, insito nella strutturazione di un "percorso diagnostico terapeutico assistenziale", permette di valutare la congruità delle attività svolte rispetto agli obiettivi, alle linee guida di riferimento nazionali e regionali ed alle risorse disponibili, permette il confronto "benchmarking" e la misura delle attività e degli esiti con indicatori specifici, conducendo al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza di ogni intervento.

La costruzione di un processo tecnico-gestionale, nel senso compiuto di "percorso", definisce gli obiettivi, i ruoli e gli ambiti di intervento, garantisce chiarezza delle informazioni all'utente e chiarezza dei compiti agli operatori, aiuta a migliorare la costanza, la riproducibilità e l'uniformità delle prestazioni erogate e, nel contempo, aiuta a prevedere e quindi ridurre l'evento straordinario, facilitando la flessibilità e gli adattamenti ai cambiamenti.

Il valore aggiunto dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali è insito nella valorizzazione dell'esito "outcome" come obiettivo e non tanto come prodotto, nel coinvolgimento multidisciplinare, che consente lo scambio di informazioni e la comprensione dei ruoli. Condividere un percorso diagnostico terapeutico assistenziale non vuol dire comunque perdere autonomia e flessibilità, bensì utilizzare uno strumento che supporti lo svolgimento dei compiti e che sia d'aiuto in caso di contenzioso, con un costante adattamento alla realtà specifica ed una costante verifica degli aggiornamenti e dei miglioramenti.

La scelta di utilizzare l'espressione di "percorso diagnostico terapeutico assistenziale" per definire la tematica in esame è stata orientata da due fondamentali motivazioni:

- 1. il termine "percorso", più di altri termini, rende ragione sia dell'esperienza del cittadino/paziente, sia dell'impatto organizzativo che lo strumento dei PDTA può avere nella realtà aziendale che lo utilizza.
- 2. i termini "diagnostico", "terapeutico" e "assistenziale" consentono di affermare la prospettiva della presa in carico attiva e totale - dalla prevenzione alla riabilitazione - della persona che ha un problema di salute, per la gestione del quale, spesso, diventano necessari interventi multi professionali e multidisciplinari rivolti in diversi ambiti come quello psico-fisico, sociale e delle eventuali disabilità.

In tal senso i Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali rappresentano la contestualizzazione di Linee Guida, relative ad una patologia o problematica clinica, nella specifica realtà organizzativa di un'azienda sanitaria, tenute presenti le risorse ivi disponibili. I PDTA sono quindi modelli locali che, sulla base delle linee guida ed in relazione alle risorse disponibili, consentono un'analisi degli scostamenti tra la situazione attesa e quella osservata in funzione del miglioramento della qualità. I PDTA sono, in pratica, strumenti che permettono all'azienda sanitaria di delineare, rispetto ad una patologia o un problema clinico, il miglior percorso praticabile all'interno della propria organizzazione. Quando si costruisce un PDTA risulta fondamentale indicare il suo ambito di estensione, qualificandolo come PDTA ospedaliero e/o PDTA territoriale. Quando un PDTA descrive il processo relativo a un problema di salute nella sua gestione sia territoriale sia ospedaliera è possibile parlare di Profilo Integrato di Cura (PIC), percorso orientato alla continuità, all'integrazione e alla completezza della presa in carico.

Lo sviluppo dell'organizzazione per processi per tutte le principali attività anche attraverso l'attuazione di percorsi assistenziali condivisi, delineato con il presente atto aziendale, ha lo scopo di "superare la frammentazione territoriale" e potenziare "le forme di aggregazione e integrazione" territorio/ospedale.

A tal fine l'azienda ha ritenuto che tra le funzioni di staff della direzione aziendale sia identificato e formalizzato una struttura di staff di coordinamento e controllo, che, in stretta collaborazione con la direzione medica del presidio unico aziendale e con la direzione del distretto unico aziendale, assuma la responsabilità complessiva - sia di programmazione che organizzativa oltre che di verifica e di controllo- di tutti i progetti aziendali relativi ai PDTA e all'integrazione

Po

ospedale/territorio, e che abbia la funzione di guida, di stimolo, di supporto metodologico ed organizzativo al gruppo di lavoro specifico che svilupperà il PDTA/PIC.

In particolare lo staff di coordinamento dei PDTA e dei percorsi integrati di cura territorio/ospedale è costituito da operatori con competenze metodologiche e organizzative a differenti livelli: dalla gestione per processi alla valutazione e miglioramento per la qualità, dal coordinamento di gruppi di lavoro al coinvolgimento dei professionisti impegnati in azienda, dalla programmazione e controllo di gestione alla formazione.

I compiti specifici dello staff di coordinamento PDTE/PIC fanno riferimento agli aspetti progettuali generali dell'approccio per processi: la facilitazione dell'avvio del progetto e la sua gestione, il reperimento e la valutazione delle Linee Guida, l'organizzazione degli incontri del gruppo di lavoro, la predisposizione di documenti e moduli, l'elaborazione dei dati, la produzione dei reports e la loro diffusione, la tenuta del dossier di riferimento.

Rinviando ad una specifica regolamentazione aziendale e tenuto conto degli indirizzi di programmazione sanitaria nazionale e regionale al riguardo già adottati, qui di seguito si riportano gli indirizzi generale aziendali in materia.

- 1. Condizioni essenziali per la realizzazione di PDTA e Percorsi integrati di cura Territorio/ospedale (PIC).
- Scelta del problema di salute e ricognizione dell'esistente.

 La scelta della problematica di salute, clinico organizzativa, da affrontare per la costruzione di un PDTA/PIC deve basarsi, secondo criteri di priorità, sull'analisi dei bisogni, analisi che deve essere contestualizzata nella realtà organizzativa aziendale. La ricognizione dell'esistente consiste nel raccogliere informazioni relative a come, attualmente, sono gestite le situazioni clinico organizzative del problema sanitario oggetto del PDTA/PIC. La ricognizione dell'esistente è pertanto mirata alla descrizione ed alla rappresentazione di quanto effettivamente succede ad un "paziente tipo" nel suo percorso di diagnosi e/o di terapia e/o assistenza nella specifica organizzazione aziendale ("percorso effettivo").
- Costruzione del "percorso ideale"
 In parallelo alla costruzione del percorso effettivo o eventualmente il più presto possibile, come momento propedeutico alla fase successiva, devono essere ricercate le fonti di letteratura/EBM/EBN e le linee guida nazionali e regionali, relative al problema individuato, con lo scopo di definire le migliori pratiche professionali e gestionali e disegnare un "percorso ideale" che serva da riferimento e confronto per valutare incongruenze e punti critici del percorso effettivo oggetto di modifica e monitoraggio.
- Costruzione del "percorso di riferimento"

 Identificati i traguardi assistenziali e gli outcomes attesi il "percorso di riferimento" rappresenta, sulla base delle linee guida e EBM/EBN e del percorso ideale, la migliore sequenza temporale e spaziale possibile delle attività da svolgere nel contesto di una determinata situazione organizzativa e di risorse. Dopo aver identificato i traguardi assistenziali e gli outcomes attesi ed aver focalizzato ogni singola attività sul paziente, deve essere definita la successione temporo-spaziale delle azioni necessarie e realizzabili, le azioni ritenute non necessarie o ridondanti, saranno eliminate in accordo con l'obiettivo di ottenere il miglior risultato (efficacia), di utilizzare la miglior pratica clinica (appropriatezza) e di ottimizzare risorse e tempi (efficienza).
- Fase pilota.

La fase pilota ha l'obiettivo principale di valutare la solidità in ambito assistenziale e organizzativo dell'applicazione del percorso di riferimento aziendale, così come definito, ed eventualmente correggere le azioni che non risultino congruenti con il raggiungimento degli obiettivi prefissati. Gli aggiustamenti necessari sono finalizzati a garantire la fattibilità dell'applicazione del miglior PDTA/PIC che l'azienda può proporre ai suoi cittadini. Durante questa fase diventa necessario identificare le aree di criticità, come l'impossibilità ad attuare o la necessità di inserire indicazioni o azioni diversamente da quanto descritto nel PDTA/PIC di riferimento.



R

- Attuazione del PDTA all'interno dell'azienda. L'attuazione aziendale del PDTA/PIC è la fase successiva a quella pilota e consiste nell'applicazione del PDTA/PIC all'intera organizzazione con pianificazione dei momenti di verifica e riesame.
- L'utenza del PDTA/PIC e i criteri di inclusione

 Uno dei primi compiti del gruppo di lavoro è definire le caratteristiche dei pazienti oggetto del PDTA/PIC individuando i criteri di inclusione ed esclusione in relazione alle caratteristiche assistenziali dei soggetti. I criteri di inclusione/esclusione possono essere generici o con gradi diversi di specificità, la precisione con la quale può essere costruito un PDTA/PIC è direttamente proporzionale alla precisione con la quale sono definite le tipologie di pazienti-utenti soggetti del PDTA/PIC. I criteri di tipo clinico, soprattutto quando molto generici, possono diventare incongruenti con alcune attività o processi definiti nel PDTA/PIC, è possibile pertanto che questa fase richieda numerosi aggiustamenti. E' raccomandabile che i criteri di inclusione facciano riferimento a modelli di classificazione univoci come quello ICD IX CM o DRG, ciò consente di uniformarsi ed ottenere flussi coerenti dai sistemi infornativi correnti oltre ad ottimizzare il sistema di valutazione.

2. Il processo di analisi e la rappresentazione

Dall'esperienza di molti si evince che lo strumento migliore per descrivere e rappresentare un PDTA/PIC è il diagramma di flusso in quanto permette una visione globale dell'intero percorso e l'identificazione di episodi (attività o insieme di attività) maggiormente significativi che lo compongono. Attraverso il diagramma di flusso è, inoltre, possibile identificare i soggetti preposti alla gestione di ogni singolo episodio o attività. Il diagramma di flusso è la rappresentazione grafica di un processo inteso come una sequenza di attività e snodi decisionali, realizzato secondo modalità standard in modo da rendere più semplice e immediata la comunicazione e la comprensione del processo a tutte le persone coinvolte.

Con un diagramma di flusso si è in grado di rappresentare schematicamente i componenti di una struttura, i passaggi di una procedura o una cronologia. Gli elementi che concorrono all'identificazione e alla descrizione di un processo aziendale e che devono essere rappresentati nel diagramma di flusso sono sei:

- gli input
- le attività o fasi
- gli snodi decisionali
- le interdipendenze tra attività l'output
- le risorse (gli attori, le infrastrutture, le tecnologie)
- le responsabilità (gli attori, gli ambienti)

3. Le categorie assistenziali

Nella descrizione e/o costruzione di un PDTA/PIC, nell'ottica della personalizzazione dell'assistenza e delle cure al singolo paziente può essere di grande aiuto fare riferimento alle categorie assistenziali proposte dalla JOINT COMMISSION e dall'esperienza del TriHealth. Queste categorie, in tutto sono nove:

- valutazione dei pazienti (quali informazioni è utile rilevare e come acquisirle);
- educazione del paziente e/o della famiglia (intendendo sia le informazioni da fornire sia le attività specifiche di educazione terapeutica);
- pianificazione del percorso ed eventualmente della dimissione (il diagramma non è una sequenza casuale di attività; la sequenza va pianificata ottimizzando tempi e risorse non solo dell'organizzazione, ma soprattutto del paziente e dei suoi bisogni sanitari e sociali);
- esami (indicazione di tutti gli esami di diagnostica strumentale, di laboratorio e di immagine che, sulla base delle raccomandazioni di provata efficacia, risultano indispensabili per la valutazione ed il monitoraggio con particolare attenzione alle problematiche di appropriatezza);
- interventi, procedure (indicare quali interventi sanitari e non solo risultano necessari e, se il gruppo lo ritiene utile, quali istruzioni o procedure è importante redigere);
- consulenze (indicare quali consulenze specialistiche è opportuno richiedere per migliorare l'esito finale dell'intervento, prestazione, attività);
- terapja;

- nutrizione (se, rispetto alla patologia, è importante fare il punto sull'aspetto nutrizionale, quest'aspetto deve essere formalizzato);
- attività e sicurezza del paziente (indicare tutto ciò che è necessario predisporre affinché venga garantita la sicurezza del paziente).

4. Il sistema di valutazione

Tecnicamente la valutazione è un processo attraverso cui si attribuisce un valore a qualcosa, su scale qualitative o quantitative, utilizzando tecniche e strumenti diversi e lo si confronta con un valore di riferimento esplicito, al fine di esprimere un giudizio di merito.

La valutazione passa attraverso la definizione di criteri, indicatori e standard.

Gli indicatori sono variabili ad alto contenuto informativo, che consentono una valutazione sintetica di fenomeni complessi e forniscono gli elementi necessari ad orientare le decisioni. In aggiunta gli indicatori sono variabili misurabili utili per confrontare un fenomeno nel tempo (in momenti diversi) e nello spazio (tra realtà diverse) o rispetto ad un obiettivo da raggiungere o da mantenere. Nell'ambito della progettazione e analisi dei PDTA/PIC, gli indicatori di valutazione rappresentano uno degli strumenti per verificare in modo sintetico la specifica applicazione del percorso e gli scostamenti tra il percorso di riferimento e quello effettivamente attuato nell'organizzazione. In tal senso la definizione ed applicazione degli indicatori nei percorsi rappresenta senza dubbio uno degli elementi maggiormente qualificanti, ma anche più critici. Affinché un indicatore diventi un'informazione utile, cioè possa realmente essere utilizzato per prendere decisioni, è opportuno dunque che sia accompagnato da un valore soglia o standard, ossia un valore di riferimento tale che, se il valore osservato nella realtà è più alto (o più basso) l'organizzazione deve impegnarsi ad intervenire, accertando se si tratti di un fenomeno reale o se il risultato osservato sia invece dovuto al caso o ad errori di rilevazione, per eventualmente porre in atto le specifiche azioni di miglioramento. Lo standard può essere basato su valori riportati in letteratura, su dati forniti da organismi nazionali o internazionali (soglia "istituzionale" o "normativa"), può dipendere da situazioni locali (soglia "interna"): ad esempio può corrispondere al valore dell'indicatore osservato l'anno precedente o in altri contesti simili. Altresì possono essere individuati lo standard "ottimale", che non sempre rappresenta un valore perseguibile per l'organizzazione e lo standard "operativo", a cui effettivamente tendere in quel preciso contesto. Nelle fasi iniziali, quando si comincia a rilevare sistematicamente un indicatore, può essere più semplice non avere ancora una soglia, ma questa andrà definita quanto prima, non appena saranno più chiari gli specifici riferimenti.

- 5. La diffusione aziendale e eventualmente interaziendale
- Il PDTA e i PIC realizzati devono necessariamente essere diffusi dalla Aziendale, a cura della struttura di coordinamento dei PDTE/PAC attraverso il sito aziendale nonché l'ufficio comunicazione istituzionale. che ha competenza specifica nel diffondere comunicazioni e informazioni.
- Il target per la diffusione deve essere preventivamente individuato a livello del gruppo di lavoro PDTA/PIC, anche sulla base delle indicazioni rappresentate dal livello regionale.
- Particolare cura deve essere dedicata alla redazione finale dei documenti, da distribuire utilizzando il canale sia informatico sia cartaceo e in termini formali. Deve essere prevista una strategia di diffusione che veda l'intervento della Direzione Aziendale in incontri e riunioni mirati a conferire importanza e visibilità al processo di cambiamento, che con l'applicazione del PDTA/PIC si intende perseguire.
- La Struttura Aziendale deve anche prevedere un costante monitoraggio sulle tematiche oggetto del percorso, in un'ottica di bench-marking, raffrontando nel tempo le conoscenze acquisite a livello di comunità scientifica nazionale ed internazionale. Il confronto inter aziendale e l'eventuale condivisione dei PDTA/PIC potranno essere guidati e monitorizzati da strutture regionali precedentemente individuate.

Governo attività specialistica ambulatoriale e monitoraggio delle liste di attesa.

In ordine al governo delle attività di specialistica ambulatoriale ed al monitoraggio delle liste di attesa si fa rinvio a quanto stabilito nell' intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome sul "Piano Nazionale di Governo delle liste di attesa (PNGLA)", nonché al DPGR n. 126 del 2 Dicembre 2011 con il quale è stato approvato il Piano Regionale di Governo delle Liste d'Attesa e s.m.i.

Si fa rinvio, inoltre, ai relativi Programmi Attuativi Aziendali, adottati in coerenza con quanto stabilito dallo stesso PRGLA e agli specifici provvedimenti aziendali che saranno adottati in materia dalla competente struttura prevista ed istituita con il presente atto aziendale nell'ambito del distretto sanitario unico aziendale, in cui opera la specifica struttura organizzativa deputata ad assicurare lo sviluppo e il coordinamento dei PDTA e il governo dell'attività specialistica ambulatoriale e monitoraggio delle liste di attesa, oltre che la verifica ed il controllo dell'appropriatezza delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogate dalle strutture pubbliche e private accreditate.

Il Direttore del Distretto

Il Direttore del Distretto unico aziendale, nominato in base all'art. 3-sexies, comma 3 del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i., svolge ed assicura prioritariamente le seguenti funzioni:

- coordina le attività produttive gestite direttamente o indirettamente dal distretto;
- promuove e presidia l'integrazione organizzativa tra le strutture territoriali per la garanzia di un coordinato svolgimento dei percorsi di presa in carico e di continuità assistenziale.

Il Direttore del Distretto si avvale dell'ufficio di coordinamento delle attività distrettuali (UCAD), come previsto e disciplinato dall'art. 3-sexies, comma 2 del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i., a cui partecipano di diritto anche i dirigenti responsabili delle aree territoriali sub-distrettuali configurati come struttura semplice per come sopra indicato.

Nel nuovo modello organizzativo sopra delineato trattandosi di un unico distretto aziendale non si pone alcun problema di coordinamento interdistrettuale che viene garantito dalla Direzione del distretto unico aziendale assicurando omogeneità ed equità di procedure, criteri gestionali/valutativi e percorsi nello svolgimento delle funzioni territoriali e distrettuali, fermi restando gli orientamenti programmatici connessi alle specificità del fabbisogno delle diverse aree subdistrettuali e tenuto conto degli indirizzi, degli obiettivi e del budget annualmente assegnati dall'azienda al distretto.

Inoltre, il direttore del distretto partecipa quale componente alla Direzione Aziendale Allargata (DAA) di cui il management aziendale ha previsto di dotarsi quale adeguato strumento organizzativo dell'integrazione, così per come espressamente già previsto dallo stesso DCA 76/2015 a cui si rimanda.

La strutturazione organizzativa del distretto unico aziendale, le unità operative complesse in esso previste e la loro articolazione interna in unità operative semplici è definita cosi per come indicato nella *Tabella 2* allegata al presente atto aziendale per costituirne parte integrante e sostanziale.

Il Sistema informativo aziendale a supporto delle funzioni distrettuali

Il supporto informativo necessario per l'ottimale funzionalità del Distretto unico aziendale è distinto in due tipologie:

- flussi informativi sulle attività svolte.
- procedure operative a supporto dell'attività distrettuale.

Il primo tipo è composto da informazioni differite relative all'attività ordinaria, consolidate mensilmente, mentre il secondo tipo attiene alle procedure che ne gestiscono in tempo reale l'attività.

La nuova organizzazione del Distretto presuppone l'esistenza delle seguenti condizioni:

- che la struttura distrettuale abbia un accesso mirato al S.I. attraverso cruscotti specifici relativi ai propri residenti, contenenti gli indicatori e le misure definite nel Programma delle attività territoriali-distrettuali (PAT) di cui al punto successivo, relativamente alle attività di competenza del Distretto;
- che la struttura distrettuale possa procedere ad un dialogo informatizzato con le altre strutture dell'ASP e del SSR per una gestione attiva in tempo reale, con particolare riferimento:
- agli assistiti segnalati dall'ospedale, per i quali si rende necessaria l'attivazione di percorsi che prevedono cure domiciliari, inserimenti in strutture residenziali/semiresidenziali sociosanitarie oppure dei follow up ambulatoriali nel sistema della cure primarie;
- alla gestione dei PDTA per pazienti cronici, che prevede contatti periodici in cui il sistema sanitario territoriale (infermiere del distretto o della rete AFT/UCCP) contatta l'assistito per

Bo

l'esecuzione delle previste prestazioni diagnostiche/terapeutiche, come calendarizzate nel rispettivo Piano individuale definito con il MMG e/o gli specialisti ospedalieri e territoriali;

- alla gestione delle risorse disponibili presso tutti i punti di erogazione del sistema sanitario pubblico e privato accreditato per ottimizzarne l'uso a risposta dei fabbisogni.

Così come i flussi informativi sono definiti e organizzati centralmente per esigenze di omogeneità di lettura e condivisione delle informazioni, è necessario quindi pianificare un processo di informatizzazione delle procedure operative, a regole comuni, che permetta lo stesso approccio uniforme per il distretto e per ciascuna delle aree sub distrettuali in cui esso si articola, a garanzia dei percorsi aziendali e regionali e nel rispetto delle regole amministrative e operative definite. La Regione Calabria con il progetto regionale SIGEMONA, di informatizzazione territoriale, segue nel suo impianto, la logica di processo descritta nel paragrafo precedente, proponendo un modulo di accesso ai servizi (PUA), un modulo dedicato alla valutazione multidimensionale ed uno relativo ai servizi di erogazione.

Il sistema informativo correlato al Progetto SIGEMONA, con la finalità di creare un sistema informativo dedicato alla sanità territoriale, si ispira alla logica di processo delineato con il DPGR n. 12/2011, estendendola ai differenti tasselli assistenziali afferenti a tale livello di assistenza.

Il sistema, strutturato in differenti moduli a governance distrettuale e tutti interconnessi, trova il suo "esordio" logico nel modulo Punto Unico di Accesso (PUA) che consente, nella sua componente front office, la formalizzazione della richiesta di assistenza.

L'informazione, una volta gestita a livello di front office, è pronta per essere lavorata nella componente back office del medesimo modulo PUA.

Strettamente interconnesso al modulo PUA è il modulo UVM (unità di valutazione multiprofessionale, anch'essa di livello distrettuale) che gestisce la fase di valutazione multidimensionale.

A valle del nucleo centrale PUA - UVM sono presenti i moduli di gestione dei diversi servizi che garantiscono i differenti sub livelli assistenziali:

- modulo ADI (da cui si genera il flusso SIAD)
- modulo ADP (assistenza domiciliare programmata)
- modulo Residenzialità (da cui si genera il flusso FAR)
- modulo Salute Mentale (da cui si genera il flusso SISM)
- modulo Consultori
- modulo Neuropsichiatria Infantile
- modulo Cure Palliative
- modulo NAD

Il Programma delle Attività Territoriali (PAT)

Nell'ambito delle risorse assegnate in relazione agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento ed al fabbisogno rilevato sul proprio territorio, il Distretto unico aziendale definisce il Programma delle Attività Territoriali o distrettuali (PAT), coerentemente con gli indirizzi della programmazione strategica aziendale e regionale e con le risorse assegnate.

Tale Programma, adottato in coerenza con gli strumenti di programmazione sanitaria e socio sanitaria ha durata coincidente con quella del Programma Operativo regionale e comunque non inferiore ad un triennio; è aggiornato ogni anno contestualmente alla definizione del bilancio e del piano della performance ed è redatto secondo i criteri e le modalità di cui all'art. 3-quater del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i.

Il PAT individua gli obiettivi da perseguire, in attuazione delle strategie aziendali, come definite nei relativi atti di programmazione e sulla base del fabbisogno rilevato nell'area di riferimento, definendo le attività da svolgere per conseguirli e la relativa distribuzione delle risorse assegnate.

In fase di prima attuazione, compatibilmente con i tempi di approvazione del presente atto aziendale da parte della regione il PAT dovrà essere adottato entro il 31.12.2016 e riguarderà l'attività dell'anno 2017.

Contestualmente all'adozione del bilancio aziendale e del piano della performance, il PAT verrà aggiornato ed integrato la con la programmazione triennale.

Il PAT comprende, in appositi capitoli, anche la pianificazione delle attività dei Dipartimenti e dei Servizi Territoriali, con particolare riferimento a quelle svolte a livello distrettuale.

A tal fine il PAT sarà orientato ad armonizzare eventuali indirizzi e priorità specifiche di un'area distrettuale con gli obiettivi fissati della pianificazione nazionale, regionale e aziendale della materia.

Il PAT individua inoltre, sulla base di indicatori misurabili le modalità di verifica e valutazione degli effettivi risultati raggiunti rispetto agli obiettivi prefissati, al fine di rendere possibili periodici riadeguamenti delle attività.

Il PAT rappresenta l'ambito d'integrazione, sul piano della definizione degli obiettivi e della destinazione delle rispettive risorse, fra i servizi sanitari distrettuali e quelli sociali gestiti dai Comuni singoli o associati, al fine di offrire al cittadino interventi coordinati e completi, in un'ottica di ottimizzazione nell'impiego delle risorse disponibili e sulla base di una comune analisi dei bisogni di salute presenti sul territorio di riferimento.

Il PAT è proposto dal Direttore del Distretto unico aziendale, sulla base degli obiettivi specifici e delle risorse annualmente assegnate (budget), previa negoziazione e coordinamento con i responsabili territoriali competenti nelle diverse aree di attività e sentito l'ufficio di coordinamento delle attività distrettuali (UCAD) di cui all'art. 3-sexies, comma 2 del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i.

La proposta di Programma, corredata del parere del Comitato dei Sindaci di Distretto/Conferenza dei Sindaci è trasmessa al Direttore Generale per i successivi adempimenti.

L'area della continuità tra ospedale e territorio e reti integrate ospedale/territorio

L'invecchiamento della popolazione, la presenza di patologie croniche a rilevante impatto sociale, le disabilità motorie-sensitive costituiscono una problematica sicuramente in crescita e di particolare rilevanza per i risvolti clinico-assistenziali e riabilitativi che investono gli Ospedali ed il territorio.

La principale criticità è correlata alla difficoltà di interazione fra strutture e funzioni ospedaliere e territoriali che devono intervenire in modo appropriato temporalmente e quali-quantitativamente nei percorsi di cura ed assistenziali.

Questa fragilità induce spesso inappropriatezza nell'uso di risorse sanitarie con outcome inferiori alle attese.

Si è ritenuto quindi necessario che l'Azienda sviluppi una specifica progettualità organizzativa per la gestione della continuità ospedale-territorio, prevedendo la partecipazione di strutture e funzioni sia aziendali (ospedaliere e territoriali) che extra aziendali pubbliche e private, secondo un modello di rete che definisca il ruolo di ciascuna struttura/funzione all'interno di percorsi aziendali clinico-assistenziali riabilitativi predefiniti.

L'Azienda, nella definizione dei percorsi di presa in carico e continuità assistenziale, secondo i criteri e le modalità già indicate dagli specifici provvedimenti al riguardo adottati intende coinvolgere obbligatoriamente la struttura ospedaliera aziendale che dovrà assicurare il proprio intervento coerentemente con le specifiche funzioni e professionalità.

Il progetto organizzativo deve articolarsi su specifici percorsi e per specifici problemi e avvalersi di tutti i possibili strumenti utili a finalizzare le azioni delle articolazioni organizzative coinvolte.

Si indicheranno, pertanto, gli strumenti tipici delle articolazioni dipartimentali coinvolte (sistemi informativi dedicati, responsabilità diretta dell'impiego delle risorse umane e finanziarie assegnate) e strumenti specifici dei progetti finalizzati: sistemi di valutazione dei risultati raggiunti e metodi di remunerazione per percorsi o per risultato.

Afferiscono all'area della continuità assistenziale i seguenti programmi ed iniziative in corso nelle varie articolazioni del servizio sanitario regionale, che dovranno essere ricondotti organizzativamente all'ambito distrettuale:

<u>l'ospedalizzazione a domicilio</u>

Trattasi di un setting assistenziale, simile a quello riscontrabile nell'attività di ricovero ospedaliero per acuti, destinato a pazienti che necessitano di cure di tipo ospedaliero per le quali non è necessario un monitoraggio intensivo e le cui condizioni abitative e la collaborazione della famiglia ne consentono una sorveglianza continua. Tali forme assistenziali sono attualmente caratterizzate dalla presa in carico del paziente a totale responsabilità dell'ospedale oppure dalla presa in carico a cura dei servizi territoriali: quindi

Do

con la piena responsabilizzazione dei medici di medicina generale o dei pediatri di libera scelta ma con un'assistenza specialistica resa dalla struttura ospedaliera.

- l'assistenza diagnostica e specialistica domiciliare
 - Consiste nell'effettuazione al domicilio del paziente di indagini diagnostiche di semplice esecuzione e di basso contenuto tecnologico a sostegno di percorsi di deospedalizzazione. In particolare, trattasi di programmi di diagnostica domiciliare e delle attività di svariate reti specialistiche che operano anche interventi domiciliari di diagnosi e cura (cure palliative, terapia del dolore, ecc.).
- la continuità assistenziale a valenza sanitaria
 - Rappresenta un setting in cui prevale la componente assistenziale rispetto alla parte clinicointernistica, che pur è presente in modo significativo; deve seguire specifici criteri di tipo clinico, assistenziale, riabilitativo e socio-ambientale.
- <u>progetti sperimentali di teleassistenza e di telemedicina</u>, finalizzati a realizzare un sistema di cure integrate e continuative tra ospedale e territorio (area dell'assistenza primaria), con particolare attenzione a pazienti fragili e/o affetti da patologie croniche (es. scompenso cardiaco, BPCO).

Il raccordo con la rete dei servizi dell'area dell'integrazione socio-sanitaria e socio-assistenziale. L'esigenza di cura e assistenza della popolazione in stato di fragilità, sia essa derivante da una patologia o da un contesto sociale, richiede l'attivazione di servizi non esclusivamente sanitari. La presa in carico di queste persone sempre più necessita di interventi di sostegno di carattere assistenziale ed integrato socio-sanitario.

In Calabria l'integrazione tra i due comparti, sanitario e sociale, si è andata sviluppando nel tempo con elementi di criticità, che ancora permangono e sono caratterizzati da una non sufficiente attenzione dei Comuni alle problematiche legate a fasce di popolazione vulnerabili e in costante aumento a causa dell'andamento demografico.

Analogamente a quanto sta avvenendo per l'assetto sanitario regionale, anche l'area dell'integrazione socio-sanitaria mostra l'esigenza di urgenti interventi organizzativi al fine di rispondere ai bisogni crescenti ed alla limitata disponibilità di risorse nazionali, regionali e comunali.

L'azienda, di conseguenza, in attesa degli ulteriori interventi regionali, intende proporre, con il coinvolgimento dei Comuni, specifici interventi sull'assetto organizzativo socio-sanitario locale, al fine di rispondere in maniera positiva alla richiesta di intervento più volte pervenuta dal territorio, laddove la necessità di convergenza tra i due ambiti, sanitario e sociale, diventa sempre di più un'esigenza ineludibile per il miglioramento della programmazione e di una più efficace allocazione delle risorse. Al fine di rispondere correttamente ai principi di efficienza, omogeneità ed equità territoriale dovrà essere sviluppato un percorso congiunto tra Azienda ed Enti locali al fine di individuare un adeguato modello organizzativo in grado di permettere lo svolgimento delle attività integrate socio-sanitarie in ambiti territoriali omogenei.

La presente proposta fornisce gli indirizzi essenziali della programmazione in ambito sociosanitario e socio-assistenziale, puntualizzando modalità di raccordo stabili tra la Direzione del distretto e i Comuni nella ricerca di modalità operative condivise.

All'interno di questa cornice, a livello locale, anche la programmazione e l'attività degli Enti gestori e dell'Azienda necessita di uno strumento programmatico congiunto nel quale devono essere individuati obbligatoriamente quattro elementi:

- analisi dei bisogni;
- obiettivi di servizio;
- indicatori di risultato;
- budget assegnato dai due ambiti.

Questo strumento programmatico di carattere non descrittivo ma operativo, risulta vincolante per le parti, deve inoltre indicare gli strumenti concordati per gestire il budget complessivo.

38. Il Dipartimento di Prevenzione

Il dipartimento di prevenzione costituisce la macrostruttura dell'azienda deputata a garantire ed assicurare le prestazioni e le attività definite dal DPCM 29.11.2001 e s.m.i. per il LEA "Assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro", esso opera secondo gli indirizzi della programmazione sanitaria regionale al riguardo adottati.

D

Il dipartimento di prevenzione opera nell'ambito della programmazione aziendale, ha autonomia organizzativa e contabile, è centro di responsabilità ed è destinatario del budget complessivo assegnato al LEA assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro.

Il dipartimento di prevenzione promuove azioni volte a individuare e rimuovere le cause di nocività e malattia di origine ambientale, umana e animale, mediante iniziative coordinate con le altre macrostrutture dell'azienda (distretto e ospedale), prevedendo il coinvolgimento di operatori di diverse discipline.

Il dipartimento di prevenzione partecipa alla formulazione del piano attuativo locale, limitatamente alle materie di sua competenza e concorre alla predisposizione del piano annuale delle attività aziendali formulando proposte d'intervento nelle materie di competenza e indicazioni in ordine ai costi e alla loro copertura finanziaria.

Il dipartimento di prevenzione è articolato ai sensi dell'art. 7 quater, comma 2, del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i. nelle seguenti funzioni, per ciascuna delle quali è prevista l'individuazione di una struttura organizzativa o servizio:

- igiene e sanità pubblica;
- igiene degli alimenti e della nutrizione;
- prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro;
- sanità animale;
- igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati;
- igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche;

L'area dei servizi veterinari è articolata in tre strutture semplici dipartimentali una per ciascuno dei servizi veterinari sopra indicati; tra i dirigenti veterinari con incarico di struttura semplice dipartimentale sarà individuato dal direttore del dipartimento di prevenzione, un dirigente cui delegare la funzione di coordinatore unico dell'area veterinaria che risponde allo stesso direttore del dipartimento di prevenzione. In ordine ai Servizi Veterinari e Sian, inoltre, si dovrà tenere conto delle specifiche disposizioni regionali di cui all'allegato A del DCA n. 19/2016 recante "Linee Guida sulla gestione del conflitto d'interesse degli addetti al controllo ufficiale in materia di sanità veterinaria e sicurezza alimentare della Regione Calabria"

Alle funzioni del dipartimento di prevenzione sopra indicate si aggiunge la funzione di medicina legale, pur se non prevista dal D.Lgs. 502/92 e s.m.i., in quanto attività similare di prevenzione.

L'area dell'assistenza collettiva, in coerenza alla classificazione nazionale dei LEA e al Piano Sanitario Nazionale, comprende inoltre le seguenti funzioni aggregate:

- epidemiologia (vedi successivo punto 47 funzioni di staff)
- integrazione salute e ambiente;
- progettazione e coordinamento delle iniziative di prevenzione rivolta alle persone (vaccinazioni), prevenzione nelle scuole e pediatria di comunità, sviluppate con la collaborazione delle aree di assistenza distrettuale e ospedaliera;
- educazione sanitaria e attività di screening oncologici;
- tutela della salute delle attività sportive;

Con DCA n 103 del 30.09.2015 si è provveduto al recepimento dell'Intesa di Conferenza Stato /Regioni del 13.11.2014 di approvazione del Piano Nazionale per la Prevenzione 2014-2018 e dell'Accordo Stato-Regioni del 25.03.2015 nonché all'approvazione del documento Profilo di Salute ed individuazione preliminare dei programmi del Piano Regionale per la Prevenzione 2014- 2018.

In tale ottica il Dipartimento di Prevenzione dovrà garantire il ruolo di stewardship e governante del PRP a livello locale, rappresentando il motore per l'attuazione e il monitoraggio delle attività previste.

Il Dipartimento di prevenzione, in relazione alle funzioni proprie del LEA assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, si articola, in unità operative tendenti ad accorpare attività omogenee.

Il Direttore del dipartimento di prevenzione è nominato dal Direttore Generale ai sensi dell'articolo 7-quater, comma 1, del Dlgs 502/92 e risponde alla direzione generale del perseguimento degli obiettivi aziendali in materia di prevenzione, dell'assetto organizzativo e della gestione del dipartimento in relazione alle risorse assegnate.

La direzione e la gestione complessiva del Dipartimento di prevenzione è attribuita al Direttore del Dipartimento che dovrà assicurare:

- la verifica del raggiungimento degli obiettivi assegnati al dipartimento ed in particolare il razionale utilizzo delle risorse umane, tecnologiche e dei materiali di consumo;
- la predisposizione della proposta di piano di attività annuale delle attività del Dipartimento, corredandola all'utilizzo delle risorse disponibili;
- la gestione operativa del budget assegnato al Dipartimento, tenuto conto delle indicazioni fornite dal Comitato di Dipartimento.
- la negoziazione del budget con le strutture organizzative del Dipartimento nonché la verifica dei risultati e il corretto, efficiente ed efficace utilizzo delle risorse assegnate al dipartimento.
- il presidio dei punti di integrazione del dipartimento con l'assistenza distrettuale e ospedaliera.
- la valutazione quantitativa e qualitativa dell'attività svolta delle unità organizzative del dipartimento,
- il coordinamento del Comitato di Dipartimento
- la direzione e il coordinamento delle funzioni di supporto amministrativo del dipartimento.

La strutturazione organizzativa dell'area di prevenzione, le unità operative complesse in esso aggregate e la loro articolazione interna in unità operative semplici nonché le unità operative semplici a valenza dipartimentale è definita per come indicato nella **Tabella 2** allegata al presente atto aziendale per costituirne parte integrante e sostanziale. Nell'apposito regolamento di Dipartimento, da adottarsi entro 90 giorni dalla validazione regionale del presente atto aziendale, saranno definite le specifiche attività e competenze delle strutture organizzative afferenti al dipartimento nonché le funzioni degli organismi dipartimentali ovvero Direttore di Dipartimento e il Comitato di Dipartimento.

39. Il dipartimento di salute mentale e delle dipendenze

Il dipartimento costituisce la macrostruttura aziendale preposta alla direzione tecnicoorganizzativa, alla programmazione ed al coordinamento dell'insieme delle attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione volte per garantire gli obiettivi e i programmi in materia di tutela della salute mentale definiti dalla specifica programmazione regionale e locale ovvero quelli relativi all'assistenza ai tossicodipendenti. In sostanza i servizi e le strutture deputate alla promozione e tutela della salute mentale e di assistenza ai tossicodipendenti sono integrate in un unico dipartimento per come espressamente previsto dalle linee guida regionali di cui al DPGR n. 54/2011.

L'attività del dipartimento è quindi finalizzata a razionalizzare ed a sviluppare la rete dei servizi e delle prestazioni ed attività sanitarie e sociosanitarie in favore delle persone con problemi di salute mentale e di tossicodipendenze e/o delle loro famiglie, secondo criteri di equità, appropriatezza, efficacia ed efficienza, nonché a permettere l'evoluzione dei servizi in relazione alle modificazioni dei bisogni.

Nello svolgimento delle sue attività il dipartimento deve trovare specifico riferimento al progetto obiettivo nazionale per la tutela della salute mentale nonché agli specifici indirizzi regionali in materia ovvero all' Accordo Stato-Regioni in materia di riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti.

La strutturazione organizzativa del Dipartimento è caratterizzata dalla presenza di servizi pubblici e privati che operano in stretta integrazione e comprendono: i Centri di salute mentale (CSM) di Crotone, Mesoraca e Cirò Marina, il Servizio tossicodipendenze (Sert) di Crotone, il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) localizzato nel presidio ospedaliero di Crotone, le strutture private residenziali e semiresidenziali operanti nell'ASP ed accreditate per l'erogazione di prestazioni di riabilitazione a malati psichiatrici.

Il dipartimento utilizza, per tali scopi, le risorse assegnate ed indirizza in modo coerente le azioni di tutte le strutture organizzative ad esso afferenti. Il Dipartimento, nell'ambito degli indirizzi e degli obiettivi stabiliti dalla direzione generale è caratterizzato da autonomia organizzativa e gestionale, è centro di responsabilità e di costo ed è destinatario delle risorse complessive ad esso assegnate dalla direzione generale aziendale.

(A2)

La direzione e la gestione complessiva del Dipartimento è attribuita al Direttore del Dipartimento che dovrà assicurare:

- la verifica del raggiungimento degli obiettivi assegnati al dipartimento ed in particolare il razionale utilizzo delle risorse umane, tecnologiche e dei materiali di consumo;
- la predisposizione della proposta di piano di attività annuale delle attività del Dipartimento, corredandola all'utilizzo delle risorse disponibili;
- la gestione operativa del budget assegnato al Dipartimento, tenuto conto delle indicazioni fornite dal Comitato di Dipartimento.
- la negoziazione del budget con le strutture organizzative del Dipartimento nonché la verifica dei risultati e il corretto, efficiente ed efficace utilizzo delle risorse assegnate al dipartimento.
- il presidio dei punti di integrazione del dipartimento con l'assistenza distrettuale e ospedaliera.
- la valutazione quantitativa e qualitativa dell'attività svolta delle unità organizzative del dipartimento,
- il coordinamento del Comitato di Dipartimento
- la direzione e il coordinamento delle funzioni di supporto amministrativo del dipartimento.

Il Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze ha il mandato di garantire la gestione di:

- erogazione delle prestazioni e dei servizi in materia di Salute Mentale, previsti dai Livelli Essenziali di Assistenza e quelli aggiuntivi previsti dal Piano di Azione Locale della Salute Mentale di cui all' Accordo del 20 marzo 2008 della Conferenza Stato Regioni sul documento concernente "Linee di indirizzo nazionali per la salute mentale", nonché di specifiche norme regionali o aziendali (oppure da specifiche decisioni della direzione aziendale anche in applicazione di norme regionali) e quelli derivanti da specifiche deleghe di gestione conferite dai Comuni per l'assistenza sociale di cui all'art.3 comma 3 del D.Lgs 502/1992 e s.m.i., o finanziati dai Comuni ai sensi dell'articolo 2 comma I, lettera I, della Legge 30 novembre 1998, n. 419;
- omogeneità delle procedure e dei livelli essenziali di assistenza di cui al punto precedente;
- equità e appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni;
- rilevazione e gestione dei dati di attività e valutazione complessiva dei risultati raggiunti, dei bisogni rilevati e dei prevedibili andamenti epidemiologici;
- coordinamento fra le unità operative afferenti;
- elaborazione e pianificazione periodica, almeno triennale, di piani operativi per l'attuazione del mandato da proporre alla Direzione aziendale;
- presa in carico delle persone, residenti nella regione, internate negli Ospedali psichiatrici giudiziari o nelle strutture alternative previste dalla L. 9/2012 art. 3 ter e s.m.i. durante l'esecuzione della misura di sicurezza al fine del rientro sul territorio di residenza all'atto della dimissione;
- assistenza psichiatrica e psicologica presso gli istituti penitenziari di riferimento aziendale (D.Lgs. 230/99).

Le strutture afferenti al Dipartimento dovranno essere:

- Centro di salute mentale: con bacino di utenza coincidente con il distretto sanitario unico azienda che comprende i centri di salute mentale delle aree territoriali sub distrettuali di Crotone, Cirò Marina e Mesoraca.
- Servizio tossicodipendenze di Crotone.
- Strutture residenziali e semiresidenziali pubblici e privati accreditati per l'assistenza riabilitativa psichiatrica operanti nel territorio dell'azienda.
- Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) e annesso Day Hospital, afferenti al Dipartimento di Salute Mentale se pur collocato nel il P.O. di Crotone, nel numero e nella dotazione di posti letto fissati dal piano di riordino della rete ospedaliera regionale.

Nell'Azienda i servizi e le strutture deputate alla promozione dell'assistenza ai tossicodipendenti sono integrate nell'unico dipartimento salute mentale e delle dipendenze.

In coerenza con quanto stabilito dalle conclusioni della V Conferenza Nazionale sulle droghe (Trieste, 2009) che attesta, in linea con l'Accordo Stato-Regioni del 21 Gennaio 1999 "Riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti" (G.U. n. 61 del 15.3.99), la volontà di perseguire la lotta alle dipendenze, l'Azienda organizza all'interno del Dipartimento di





Salute Mentale e delle Dipendenze le attività e prestazioni da assicurare all'utenza. Nello specifico il Dipartimento ha come finalità generale lo sviluppo di una serie di azioni concertate e coordinate nell'area ad elevata integrazione sociosanitaria delle dipendenze da sostanze da abuso, incluso l'intervento in ambito penitenziario.

In termini generali la strutturazione organizzativa del Dipartimento è caratterizzata anche dalla presenza di servizi pubblici e privati accreditati che operano in stretta integrazione e sono qui di seguito indicati:

- il Servizio tossicodipendenze di Crotone ed eventuali altre unità operative pubbliche;
- le strutture private accreditate per l'erogazione di prestazioni di assistenza riabilitative di soggetti tossicodipendenti rappresentate da strutture socio-sanitarie residenziali, semiresidenziali, diurne operanti nell'Azienda.

Il Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze si dota di un Comitato di Dipartimento la cui composizione e funzionamento è disciplinato da apposito regolamento.

La strutturazione organizzativa del dipartimento di salute mentale e delle dipendenze, le unità operative complesse in esso aggregate e la loro articolazione interna in unità operative semplici è definita per come indicato nella **Tabella 2** allegata al presente atto per costituirne parte integrante e sostanziale. Nell'apposito regolamento di Dipartimento, da adottarsi entro 90 giorni dalla validazione regionale del presente atto aziendale, saranno definite le specifiche attività e competenze delle strutture organizzative afferenti al dipartimento nonché le funzioni degli organismi dipartimentali ovvero Direttore di Dipartimento e il Comitato di Dipartimento.

40. Il Dipartimento Interaziendale Materno-Infantile

Il Dipartimento Materno Infantile, di natura mista ospedaliera e territoriale e pertanto di natura funzionale, è costituito su base interaziendale quale Dipartimento Materno Infantile Area Centro. Esso comprende le strutture ospedaliere e territoriali dell'ASP di Vibo Valentia, di Catanzaro e di Crotone, oltre alle strutture delle Aziende Ospedaliere e Universitaria che insistono sul suo territorio dell'area centro.

All'interno del dipartimento Materno Infantile, nell'area dell'ASP di Crotone, sono presenti servizi territoriali ed ospedalieri collegati con le altre aree interaziendali dell'area centro e qui di seguito riportate:

- la struttura di Pediatria del presidio ospedaliero di Crotone.
- la struttura di Neonatologia e TIN del presidio ospedaliero di Crotone.
- la struttura di Ostetricia e Ginecologia del presidio ospedaliero di Crotone.
- la struttura territoriale di Neuropsichiatria Infantile del distretto sanitario unico aziendale.
- i consultori familiari operanti nel distretto sanitario unico aziendale.

Il Dipartimento materno infantile così costituito è deputato all'assistenza di donne, bambini e adolescenti; mediante interventi di educazione sanitaria, prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione e viene assicurata:

- la promozione e tutela della salute della donna e della coppia (assistenza alla coppia nella pianificazione familiare, assistenza alla donna, con particolare attenzione alla gravidanza, parto e puerperio);
- la promozione e tutela della salute dei bambini e degli adolescenti (assistenza al neonato sano e al neonato con patologie, assistenza al minore sano e al minore con bisogni speciali o con malattie croniche, riabilitazione dei minori disabili).

Nell'ambito del Dipartimento materno infantile dell'Area Centro, considerata la molteplicità delle strutture presenti si individuano, per come espressamente stabilito dalle linee guida regionali, tre direttori (ASP di Vibo Valentia, di Catanzaro e di Crotone) e un coordinatore.

Si precisa, inoltre, che ai fini dell'attuazione del DCA n. 13/2015 con il quale sono stati approvati i PDTA per la malattia diabetica nell'adulto e nell'età pediatrica, l'azienda ha ritenuto necessaria la previsione di un apposito incarico professionale di alta specializzazione al fine di assicurare le attività previste dal PDTA per la malattia diabetica nell'età pediatrica, analogamente, peraltro, a quanto previsto nel presente atto aziendale per il PDTA per la malattia diabetica nell'adulto.

Il regolamento del dipartimento interaziendale materno-infantile dell'area centro dovrà definire i criteri di individuazione del Direttore del dipartimento interaziendale nonché l'azienda a carico della quale porre la specifica indennità di dipartimento nonchè i relativi oneri economici di gestione; il medesimo regolamento del dipartimento interaziendale dell'area centro dovrà definire, di concerto tra le aziende interessate e in maniera omogenea per tutta l'area centro,

specifiche strutture organizzative semplici di valenza dipartimentale per le funzioni di coordinamento di psicologia clinica e consultori familiari.

La strutturazione organizzativa del dipartimento materno infantile interaziendale nelle sue componenti ospedaliera e territoriale nonché le unità operative complesse e semplici ad esso afferenti è definita per l'Azienda di Crotone per come indicato nella **Tabella 2** allegata al presente atto per costituirne parte integrante e sostanziale. Nell'apposito regolamento di Dipartimento, da adottarsi entro 90 giorni dalla validazione regionale del presente atto aziendale, saranno definite, di concerto con le altre aziende sanitarie ed ospedaliere dell'area centro interessate, le specifiche attività, competenze e strutture organizzative afferenti al dipartimento nonché la nomina e le funzioni degli organi del dipartimento.

41. La rete farmaceutica aziendale

All'interno dell'Azienda l'assistenza farmaceutica deve garantire la realizzazione e il controllo di tutti quei processi volti ad attuare la migliore politica del farmaco possibile favorendo al massimo l'integrazione di tutti gli ambiti assistenziali farmaceutici, siano essi a livello ospedaliero o a livello territoriale, al fine di ottimizzare la realizzazione della continuità assistenziale che vede coinvolti sia il presidio ospedaliero che il territorio.

Le attività di assistenza farmaceutica si espletano su due diverse aree quella territoriale e quella ospedaliera.

La strutturazione organizzativa dell'assistenza farmaceutica territoriale è assicurata dalla UOC *farmacia territoriale* operante nell'ambito distretto sanitario unico aziendale.

La Farmacia Territoriale svolge in ambito territoriale:

- funzioni di programmazione, sviluppo, coordinamento e controllo dell'assistenza farmaceutica (farmaci e dispositivi medici) e vigila sulla corretta applicazione delle convenzioni in materia di farmaceutica;
- effettua il monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva e del buon uso dei farmaci;
- garantisce l'assolvimento delle funzioni di governo dei processi dell'assistenza farmaceutica territoriale e la gestione delle attività di monitoraggio della spesa farmaceutica per farmaci e dispositivi medici di competenza;
- attua le disposizioni normative in ambito territoriale sulla sperimentazione clinica;
- vigila sullo svolgimento del Servizio Farmaceutico da parte delle Farmacie convenzionate;
- garantisce l'erogazione dell'assistenza farmaceutica (farmaci e dispositivi) per distribuzione diretta, residenziale, semiresidenziale, domiciliare e penitenziaria;
- verifica l'appropriatezza nella gestione dei registri di monitoraggio e degli accordi negoziali AIFA, File F e flussi NSIS di competenza;
- garantisce le attività di farmacovigilanza e dispositivo vigilanza: raccolta e trasmissione alla Rete Nazionale di Farmacovigilanza AIFA delle segnalazioni di reazioni avverse a farmaci e trasmissione al Ministero della Salute delle segnalazioni di incidenti o mancati incidenti con dispositivi medici;
- attua programmi di politica del farmaco integrati con la farmaceutica ospedaliera;
- collabora con la Direzione Strategica alla definizione di una politica del farmaco e dei dispositivi medici coerente con l'organizzazione e gli obiettivi aziendali e regionali.

La direzione strategica aziendale, in relazione ai dati di analisi, valutazioni e monitoraggio della spesa farmaceutica territoriale, provvederà, di concerto con la direzione della farmacia territoriale, ad adottare ogni utile provvedimento finalizzato al governo della spesa farmaceutica territoriale nonché all'appropriatezza prescrittiva.

La strutturazione organizzativa dell'assistenza farmaceutica ospedaliera è assicurata dalla UOC **farmacia ospedaliera** operante nell'ambito del presidio ospedaliero unico aziendale di Crotone. La Farmacia Ospedaliera svolge in ambito ospedaliero:

- funzioni di programmazione, sviluppo, coordinamento e controllo dell'assistenza farmaceutica (farmaci e dispositivi medici);
- effettua monitoraggio verifica dell'appropriatezza delle prescrizioni farmaceutiche e analisi di farmaco epidemiologia e farmaco economia;
- effettua produzione e/o manipolazione di farmaci (per es. farmaci oncologici, radiofarmaci, nutrizione parenterale ecc);
- attua le disposizioni normative sulla sperimentazione clinica;

Ar

 verifica l'appropriatezza nella gestione dei registri di monitoraggio e degli accordi negoziali AIFA, File F e flussi NSIS di competenza;

- attua programmi di politica del farmaco integrati con la farmaceutica territoriale;

- garantisce le attività di farmacovigilanza e dispositivo vigilanza: raccolta e trasmissione alla Rete Nazionale di Farmacovigilanza AIFA delle segnalazioni di reazioni avverse a farmaci e trasmissione al Ministero della Salute delle segnalazioni di incidenti o mancati incidenti con dispositivi medici;
- assicura la distribuzione diretta per i pazienti in dimissione e dopo visita specialistica ambulatoriale ospedaliera;

 collabora con la Direzione Strategica alla definizione di una politica del farmaco e dei dispositivi medici coerente con l'organizzazione e gli obiettivi aziendali e regionali;

La direzione strategica aziendale, in relazione ai dati di analisi, valutazioni e monitoraggio della spesa farmaceutica ospedaliera, provvederà, di concerto con la direzione della farmacia ospedaliera, ad adottare ogni utile provvedimento finalizzato al governo della spesa farmaceutica ospedaliera nonché all'appropriatezza prescrittiva.

La strutturazione organizzativa del servizio farmaceutico territoriale e del servizio farmaceutico ospedaliero è quella di strutture organizzative complesse nelle quali sono individuati specifici incarichi professionali di alta specializzazione ovvero di verifica e controllo tenuto conto delle proposte che saranno al riguardo formulate dai direttori delle strutture complesse di farmacia territoriale e di farmacia ospedaliera; la collocazione del servizio farmaceutico territoriale e del servizio farmaceutico ospedaliero, rispettivamente, nell'ambito del distretto unico aziendale e del presidio ospedaliero unico aziendale è definita per come indicato nella **Tabella 2** allegata al presente atto per costituirne parte integrante e sostanziale. In considerazione che in azienda operano un unico distretto sanitario ed un unico presidio ospedaliero non sono previste strutture semplici quali articolazioni interne delle strutture complesse di farmacia territoriale e di farmacia ospedaliera, che certamente avrebbero avuto rilevanza in caso di organizzazioni aziendali con più di un distretto sanitario e/o più di un presidio ospedaliero.

42. La rete Emergenza-Urgenza

La rete aziendale dell'emergenza-urgenza è definita in attuazione di quanto stabilito nello specifico documento allegato al DCA n. 9/2015 e s.m.i. a cui si rimanda.

La rete aziendale dell'emergenza urgenza è articolata in una componente territoriale e una ospedaliera per come di seguito specificato.

La componente territoriale della rete emergenza-urgenza

Il sistema di emergenza urgenza territoriale è definito per come stabilito nello specifico documento allegato al DPGR n. 94/2012 recante riordino, riorganizzazione e reingegnerizzazione della rete urgenza/emergenza Regione Calabria che qui si intende integralmente richiamato; la componente territoriale della rete aziendale dell'emergenza urgenza è composta oltre che dalla Centrale Operativa 118 dell'Azienda anche dalle Postazioni di Emergenza Territoriale di Crotone, Mesoraca e Cirò Marina, oltre a quella di Isola Capo Rizzuto allo stato programmata ma non ancora attivata in regime di gestione diretta.

La componente ospedaliera della rete dell'emergenza-urgenza

L'area ospedaliera della rete dell'emergenza-urgenza è fondamentalmente costituita dal Dipartimento di Emergenza Urgenza di primo livello (DEA Spoke) del presidio ospedaliero di Crotone che ricomprende tra le sue componenti la struttura di medicina e chirurgia di accettazione ed emergenza.

In quanto presidio Spoke il presidio ospedaliero di Crotone è quindi dotato di un DEA di primo livello con attività di pronto soccorso in grado di compiere interventi diagnostico-terapeutici di stabilizzazione e cura del paziente, di ricovero oppure di trasferimento urgente al centro Hub o al polo di riferimento, secondo protocolli concordati per le patologie di maggiore complessità.

La struttura di pronto soccorso del DEA del presidio ospedaliero di Crotone dispone di una dotazione di servizi ospedalieri di base e specialistici di complessità medio-alta e valori adeguati di accessibilità del bacino di utenza.

Il personale medico è costituito da medici d'urgenza, inquadrati nella struttura complessa di Medicina e Chirurgia di accettazione ed emergenza operanti sia in guardia attiva H24.

the

La struttura è dotata oltre che di 8 posti letto di medicina e chirurgia d'urgenza (in fase di attivazione) anche di letti tecnici di Osservazione Breve Intensiva (OBI), inoltre, è operativo nell'ambito del servizio la tecnica del triage infermieristico.

La struttura è funzionalmente e strutturalmente collocata nel presidio Spoke di Crotone dotato delle unità operative di:

- medicina generale
- chirurgia generale
- anestesia e rianimazione
- ortopedia e traumatologia
- ostetricia e ginecologia
- pediatria
- neonatologia con TIN
- cardiologia con UTIC
- neurologia con SU di primo livello
- nefrologia con dialisi
- gastroenterologia e endoscopia
- psichiatria
- oculistica e otorinolaringoiatria

Tutte con servizio medico di guardia attiva H24 o di pronta disponibilità oppure in rete per le patologie per le quali la rete stessa è prevista.

Nello stesso presidio ospedaliero di Crotone sede del DEA di primo livello sono presenti e disponibili H24 i servizi di radiologia con TAC, ecografia e RMN, di laboratorio e servizio immunotrasfusionale.

Nella tabella che segue sono riportate le principali funzioni di emergenza urgenza del centro Spoke del P.O. di Crotone.

FUNZIONI EMERGENZA UF Presidio Ospedali			
APERTURA ATTIVITA'	24 ore su 24 per 365 giorni anno		
NUMERO PASSAGGI ANNUI	Maggiore di 45.000		
Responsabilità clinica ed organizzativa	SC Medicina e chirurgia d'urgenza e accettazione (p.l. 8		
Osservazione Breve Intensiva (OBI)	Posti letto tecnici (8/12)		
Risorse Spec	cialistiche		
Anestesia e Rianimazione	Guardia attiva H24		
Cardiologia con UTIC	Guardia attiva H24		
Chirurgia Generale	Guardia attiva H24		
Nefrologia con Dialisi in urgenza	Guardia attiva H12 / Reperibilità		
Gastroenterologia con Endoscopia in urgenza	Guardia attiva H12 / Reperibilità		
Medicina Interna	Guardia attiva H24		
Neurologia/Unità Stroke	Guardia attiva H24 / Reperibilità		
Oculistica	Reperibilità		
ORL	Reperibilità		
Ortopedia e Traumatologia	Guardia attiva H24		
Ostetricia e Ginecologia	Guardia attiva H24		
Pediatria	Guardia attiva H12 / Reperibilità		
Neonatologia e TIN	Guardia attiva H24		
Psichiatria (SPDC)	Guardia attiva H24 / Reperibilità		
Servizio di Radiologia con TAC/RMN e servizio ecografia	H24		
Servizio di laboratorio analisi	H24		
Servizio Immunotrasfusionale	H24		
Servizio di angiologia	Reperibilità		



Pop

La strutturazione organizzativa del dipartimento emergenza-urgenza e accettazione nelle sue componenti ospedaliera e territoriale, nonché le unità operative complesse in esso aggregate e la loro articolazione interna in unità operative semplici è definita per come indicato nella **Tabella** 2 allegata al presente atto per costituirne parte integrante e sostanziale.

Nell'apposito regolamento di Dipartimento, da adottarsi entro 90 giorni dalla validazione regionale del presente atto aziendale, saranno definite le specifiche attività e competenze delle strutture organizzative afferenti al dipartimento nonché le funzioni degli organismi dipartimentali ovvero Direttore di Dipartimento e il Comitato di Dipartimento.

43. La rete ospedaliera e la sua riorganizzazione

La rete assistenziale ospedaliera dell'Azienda nonché la sua riorganizzazione sono definiti per come indicato DCA n. 64 del 5 luglio 2016 relativo alla riorganizzazione delle reti assistenziali ospedaliera e tempo dipendenti con il quale è stato modificato il precedente DCA n. 30 del 3.3.2016. Nell'ambito della nuova rete assistenziale ospedaliera regionale è quindi ridefinita anche la strutturazione dei posti letto e delle discipline del presidio ospedaliero di Crotone che viene caratterizzato quale presidio ospedaliero Spoke della nuova rete ospedaliera regionale. Con il presente atto aziendale sono quindi definiti anche gli aspetti organizzativi della rete ospedaliera aziendale pubblica ivi compreso quelli relativi alla dotazione di posti letto, di

discipline, di strutture organizzative complesse e semplici e di dipartimenti del presidio

ospedaliero unico aziendale di Crotone denominato San Giovanni di Dio. Il ruolo del Presidio Ospedaliero di Crotone nella nuova rete ospedaliera.

Il provvedimento di riorganizzazione della rete ospedaliera e di razionalizzazione e miglioramento dell'assistenza ospedaliera assegna al Presidio Ospedaliero di Crotone, quale presidio Spoke della rete regionale, un nuovo e diverso ruolo e lo configura con le caratteristiche di un ospedale moderno ovvero di struttura ad alta tecnologia per la diagnosi e il trattamento dei ricoveri urgenti e programmati, comunque strettamente integrata con gli altri punti della rete ospedaliera regionale e con i servizi territoriali di diagnostica e specialistica ambulatoriale.

Accanto ad una progressiva tecnologizzazione e specializzazione deve, infatti, essere ridefinito, in considerazione dell'evoluzione in campo etico e culturale, il modello di ospedale anche e soprattutto tenendo conto delle mutate esigenze dei pazienti, degli operatori e della comunità nel suo insieme; l'ospedale quindi non potrà non essere la sede di concentrazione delle tecnologie complesse, pur in presenza della necessità di consentire l'accesso ad esse ad una gamma vasta e anche remota di utenti non ricoverati.

Un punto fermo del nuovo modello di organizzazione dell'ospedale dovrà essere la centralità del paziente (facilitazione dell'accesso ai servizi e ai percorsi, equità nella possibilità di fruizione delle prestazioni, umanizzazione e comfort delle strutture, deburocratizzazione) integrando l'innovazione tecnologica con gli aspetti relativi al governo clinico (efficacia, efficienza, appropriatezza, sicurezza, qualità tecnica e qualità percepita).

L'ospedale è sede riconosciuta di alte competenze professionali, di tecnologie sempre più sofisticate, luogo di formazione e di prestigio professionale, ma è anche divenuto una delle principali fonti di spesa del sistema sanitario. Questo aspetto ha accentuato la convinzione che non può più essere considerato la forma prevalente o prioritaria di fornitura dei servizi sanitari.

Il problema non è meramente economico, ovvero lo "spendere meno" (economicità), ma lo "spendere meglio", cioè, a parità di spesa, produrre più salute (efficienza), attraverso percorsi di diagnosi e cura in grado di produrre i migliori risultati (efficacia).

L'ospedale moderno si sta oggi focalizzando sulle cure intensive e su fasi limitate del decorso delle malattie, dove la criticità delle condizioni giustifica l'alto impegno di risorse scientifiche, professionali ed economiche. I professionisti più specializzati e le tecnologie più costose vanno però gestiti al meglio delle loro potenzialità, spostando su altri livelli assistenziali ciò che non ha le stesse esigenze.

I pazienti che possono essere gestiti o con accessi limitati agli ospedali (cure ambulatoriali o giornaliere) o presso strutture non dotate di alte tecnologie e cure intensive (residenze sanitarie, strutture protette, assistenza domiciliare) devono trovare in tali sedi la risposta ai loro bisogni. Ottimizzazione, in questi casi, significa che trattamenti specialistici di alta qualificazione devono



P

essere riservati solo ai casi più complessi, utilizzando le tecnologie appropriate, per tempi limitati, in modo da lasciare spazio ad altri pazienti che presentano gli stessi problemi (equità). Questa impostazione deriva soprattutto dalla constatazione che mantenere una struttura ospedaliera ha dei costi elevatissimi, che devono essere rapportati all'effettivo vantaggio dell'utilizzo di questa forma di erogazione dell'assistenza.

Vi sono poi anche problemi di competenza, perché concentrare l'esperienza dei professionisti sui casi complessi, significa qualificarne ed aggiornarne continuamente il repertorio di conoscenze, e quindi garantire i migliori risultati nei casi più critici.

Con una nota esemplificativa, potremmo dire che, pensare di risolvere tutti i problemi di salute dei cittadini basandosi sull'ospedale è come pretendere di avere a disposizione un autocarro per fare la spesa quotidiana dal salumiere o dal fornaio; per questo tipo di necessità, consideriamo normale andare a piedi, o in bicicletta, o al massimo in automobile, e utilizzare invece l'autocarro in quei rari casi della nostra vita in cui, ad esempio, dobbiamo fare un trasloco.

L'uso dei servizi ospedalieri si modifica rispetto a quello abitualmente prevalente: l'ospedalizzazione tradizionale, con accesso seguito da un periodo di degenza che conclude l'episodio assistenziale, non è più, ad esempio, la risposta adatta per i pazienti portatori di patologie croniche. Il day-hospital, l'ospedalizzazione saltuaria per controllare il paziente ed aiutare la famiglia a sostenere il peso dell'assistenza, l'ospedalizzazione a domicilio e l'assistenza domiciliare integrata, in un continuum assistenziale, con i servizi sanitari che sostengono la persona nel proprio ambito di vita, saranno le forme assistenziali da sviluppare maggiormente.

Occorre, quindi, da un lato concentrare nell'ospedale le terapie complesse e le alte tecnologie e, dall'altro, potenziare le strutture territoriali dedicate alla diagnosi, alla prevenzione, ai controlli ed alla presa in carico delle cronicità. Ciò significa sviluppare ulteriormente la rete dei servizi territoriali, differenziandoli a loro volta per complessità e tipologia di assistenza, per assistere tutti i pazienti che non sono più assegnati in carico all'ospedale.

Questa evoluzione pone evidentemente problemi di ordine strutturale ed organizzativo, ma anche di ordine culturale, in quanto le conoscenze degli operatori (medici, infermieri, ecc.) non possono più essere limitate ai soli percorsi diagnostico-terapeutici della fase acuta, ma devono essere estesi ai progetti assistenziali e riabilitativi di lunga durata, o "di vita". D'altro canto questa evoluzione comporta anche che l'ospedale deve essere sempre più in grado di rispondere a situazioni critiche e di urgenza-emergenza in tempi rapidi, perché, in termini percentuali, vedrà quote sempre maggiori di pazienti complessi, che dovrà gestire rapidamente attraverso percorsi diagnostico-terapeutici definiti e concordati, utilizzando al meglio le tecnologie ed i professionisti, in forma coordinata ed integrata.

L'ottica con cui l'Azienda ha inteso affrontare tali argomenti e tali problematiche è quella di un sistema "cittadino-centrico" e non "ospedale-centrico", con un vero collegamento in rete di tutti i servizi sanitari, a partire da un nuovo modello di ospedale, umanizzato, trasparente, collaborativo, aperto a tutti gli operatori ed alla collettività.

Non si possono peraltro trascurare i profondi cambiamenti in atto nella sanità, che conseguono ad una straordinaria evoluzione nelle tecnologie: dalla diagnostica per immagini, alle tecniche chirurgiche, anestesiologiche e rianimatorie, ecc..

Il modello di ospedale che si prospetta è quindi rappresentato come una componente di un sistema di assistenza complesso e integrato nell'ambito di una organizzazione a rete dei servizi. L'ospedale è nodo primario di questa rete, senza la quale non è in grado di funzionare correttamente, venendo subissato da richieste improprie e soffocato dall'erogazione di prestazioni a bassa complessità, erogabili meglio, con minor disagio dei cittadini e a minor costo, in altre strutture del sistema.

Si tratta di un importante cambiamento, giustificato dalla necessità di soddisfare al meglio i bisogni del singolo cittadino malato e quelli della comunità che lo accoglie e non di appagare tecnicismi o desiderata di medici, infermieri, dirigenti, gestori o politici, le cui esigenze vanno ovviamente tenute in conto, ma non devono mai prevaricare quelle delle persone che all'ospedale si rivolgono. In altri termini occorre pensare all'ospedale dal punto di vista degli utilizzatori e non più solo da quello degli addetti ai lavori: questa che sembra una considerazione ovvia, rappresenta in realtà una rivoluzione epocale assolutamente necessaria.

A

Il riordino e la razionalizzazione del Presidio Ospedaliero di Crotone

Il presidio ospedaliero di Crotone è naturalmente parte del più complessivo piano regionale di riorganizzazione e razionalizzazione della nuova rete ospedaliera, esso trova nelle disposizioni e negli indirizzi contenuti nel DCA n. 64/2016, nonché nel quadro del nuovo ruolo, anche culturale, sopra delineato, i punti di riferimento fondamentali per il suo riordino, la sua razionalizzazione e il suo sviluppo.

Occorre, inoltre tenere in debito conto anche i necessari interventi di adeguamento e ammodernamento strutturale e tecnologico della struttura ospedaliera di Crotone in relazione al nuovo ruolo di centro Spoke che lo stesso assume nel disegno della più complessiva nuova rete ospedaliera regionale, con particolare riferimento all'attivazione di nuove unità operative o di nuovi posti letto di specialità e servizi previsti dal piano di riordino della rete ospedaliera regionale nonché al riassetto organizzativo e logistico dei servizi ospedalieri già esistenti ed in particolare alle strutture di MCAU del DEA di primo livello del P.O. di Crotone.

L'azienda ha ritenuto, pertanto sviluppare nuovi ruoli che consentano il superamento dell'organigramma consolidato, la riorganizzazione e differenziazione delle responsabilità clinico-assistenziali-gestionali sia in ambito medico che infermieristico, l'integrazione intraprofessionale ed interprofessionale, l'introduzione di modelli di lavoro multidisciplinari, per processi ed obiettivi, con definizione di linee guida e protocolli condivisi e la focalizzazione sulle necessità del paziente secondo criteri di continuità di cura ed intensità assistenziale.

Inoltre la riorganizzazione dell'ospedale configurando sempre più il momento ospedaliero come il momento dell'acuzie, richiede una qualificazione dell'offerta territoriale che garantisca la qualità della presa in carico del paziente, rispondendo contemporaneamente alle esigenze di appropriatezza e di uso efficiente delle risorse.

In sintesi nella nuova rete ospedaliera regionale basata sul modello Hub e Spoke il presidio ospedaliero di Crotone si caratterizza quale presidio Spoke dotato di dipartimento di emergenza urgenza di primo livello (DEA), con presenza delle discipline di alta e altissima diffusione dell'area medica, dell'area chirurgica, dell'area materno infantile, dell'area psichiatrica e dell'area dei servizi sanitari di supporto.

Le funzioni operative del presidio ospedaliero aziendale

Il presidio ospedaliero di Crotone è quindi la macrostruttura aziendale deputata a garantire le prestazioni e le attività ricomprese nel LEA denominato "Assistenza Ospedaliera". Le prestazioni ricompresse nel LEA assistenza ospedaliera da garantire agli utenti sono analiticamente indicati nel DPCM 29.11.2001 e s.m.i. e nei provvedimenti attuativi regionali.

Qui di seguito sono riportate le principali funzioni operative assicurate dal presidio ospedaliero unico aziendale.

- pronto soccorso
- degenza ordinaria
- degenza diurna (day hospital/day surgery)
- attività di assistenza specialistica ambulatoriale e di diagnostica strumentale per esterni, ivi compreso le attività assistenziali in Day Service, APA e PAC.
- interventi ospedalieri a domicilio
- recupero e riabilitazione funzionale ambulatoriale
- raccolta, lavorazione, controllo e distribuzione degli emocomponenti e servizi trasfusionali
- attività di espianto di organi e tessuti.

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 4, comma 7 e 8 del Dlgs 502/92 e s.m.i., al presidio ospedaliero aziendale è attribuita autonomia economico finanziaria con contabilità separata all'interno del bilancio dell'azienda, la sua organizzazione interna è articolata su base dipartimentale per come di seguito specificato.

La riorganizzazione interna dell'ospedale e i dipartimenti ospedalieri

La riorganizzazione interna del presidio ospedaliero richiede per legge l'adozione del modello dipartimentale quale articolazione interna dell'ospedale ovvero di un modello organizzativo che risponda, nel modo più appropriato, alla elevata complessità del sistema, che consenta di raggiungere i livelli di appropriatezza, efficacia ed efficienza richiesti per garantire ai cittadini le attività e prestazioni definite dal LEA assistenza ospedaliera.

to

La scelta del modello dipartimentale, quale strutturazione organizzativa interna del presidio ospedaliero aziendale, è stata quella di definire l'individuazione di un assetto organizzativo che consentisse:

- l'integrazione delle attività di professionisti operanti in settori diversi e recanti culture fortemente e diversamente specialistiche;
- la condivisione di tecnologie sofisticate e costose;
- la razionalizzazione dell'impiego delle risorse;
- la creazione di una struttura di controllo intermedia più vicina agli operatori e ai pazienti e quindi più sensibile nel cogliere i problemi e più rapida ed efficace nel fornire risposte;
- il miglioramento della qualità dei processi assistenziali.

L'organizzazione dipartimentale è apparsa la soluzione che, meglio di altre, potesse consentire il raggiungimento di:

- obiettivi organizzativi, con miglioramento del coordinamento delle attività di assistenza, ricerca e formazione;
- obiettivi clinici, con la promozione della qualità dell'assistenza;
- obiettivi economici, con la realizzazione di economie di scala e di gestione;
- obiettivi strategici, con la diffusione delle conoscenze e lo sviluppo delle competenze.

Le finalità che l'organizzazione dipartimentale del presidio ospedaliero aziendale dovrà perseguire possono essere così schematizzate:

- Sinergie per l'efficacia: L'integrazione ed il coordinamento delle diverse professionalità, che possono utilizzare risorse da loro negoziate ed organizzate, aumenta la probabilità della efficacia terapeutica.
- Garanzia dell'outcome: La misura degli esiti dei trattamenti deve essere prevista nell'ambito del Dipartimento, per assicurare i risultati migliori in termini di salute, nel rispetto delle risorse economiche disponibili e tramite l'implementazione e la manutenzione sistematica di linee guida nazionali e internazionali;
- Continuità delle cure: I percorsi assistenziali, la presenza di professionisti che hanno condiviso scelte terapeutiche ed organizzative, nonché momenti formativi, con la conseguente riduzione di trasferimenti e prese in carico del paziente da parte delle diverse unità operative, favorisce l'integrazione e la continuità delle cure.
- Integrazione inter-disciplinare: La elaborazione condivisa di percorsi assistenziali e linee guida favorisce la reciproca conoscenza e valorizzazione dei professionisti delle diverse discipline, incrementando di conseguenza l'efficacia e l'efficienza.
- Orientamento al paziente: Nel dipartimento, la visione complessiva delle problematiche del paziente (garantita dalla presenza di tutte le professionalità necessarie ad affrontarla), favorisce l'impiego di percorsi assistenziali mirati, favorendo l'orientamento al paziente di tutti i processi e la migliore gestione del caso.
- Aumento della sicurezza per il paziente: La progettazione di strutture e percorsi integrati, l'impostazione interdisciplinare e multi professionale della cura, l'integrazione ed il coordinamento delle risorse sono componenti importanti di un sistema volto alla sicurezza del paziente.
- Valorizzazione e sviluppo delle risorse umane: La crescita professionale e la gratificazione degli operatori sanitari. è sostenuta dal confronto sistematico delle esperienze e dalla condivisione delle conoscenze attraverso l'elaborazione di percorsi diagnostico-terapeutici, la formazione e l'aggiornamento su obiettivi specifici con verifiche collegiali delle esperienze.
- Ottimizzazione nell'uso delle risorse: La gestione comune di personale, spazi e apparecchiature facilita l'acquisizione e la più alta fruizione di tecnologie sofisticate e costose e favorisce l'utilizzo flessibile del personale consentendo soluzioni assistenziali altrimenti non praticabili. Essa permette altresì l'attivazione di meccanismi di economia di scala con la conseguente riduzione della duplicazione dei servizi e razionalizzazione della spesa.
- Responsabilizzazione economica: Gli operatori sanitari vengono coinvolti attraverso la
 gestione diretta del bilancio assegnato e la loro partecipazione nella realizzazione degli
 obiettivi del dipartimento. La valutazione del personale sui risultati, con verifiche periodiche,
 è uno strumento di garanzia per la piena valorizzazione del personale e l'attuazione di una
 gestione efficiente.

fr

- Predisposizione di linee-guida e/o protocolli e/o percorsi assistenziali: basati sulle evidenze cliniche con la definizione dei livelli qualitativi e quantitativi delle prestazioni;

- Organizzazione e sviluppo della ricerca: nel senso di poter ampliare le possibilità di collaborazione a progetti di ricerca biomedica e gestionale e favorire l'applicazione dei risultati nella pratica quotidiana;

Il modello dipartimentale persegue, inoltre, le finalità di tutela del paziente e dell'efficienza organizzativa:

- favorendo l'efficacia e l'appropriatezza dell'intervento sanitario, l'accessibilità dell'utente all'ospedale, il livello di umanizzazione ed una sempre maggiore attenzione ai bisogni globali del malato
- sviluppando il coordinamento delle attività cliniche, di ricerca e di formazione
- perseguendo l'efficienza dell'organizzazione
- favorendo l'efficienza e l'integrazione delle attività delle unità operative
- perseguendo l'integrazione con gli altri livelli assistenziali ed un più razionale ed agevole processo decisionale e di controllo
- promuovendo i processi di responsabilizzazione della dirigenza;

Costituzione dei dipartimenti ospedalieri e criteri di aggregazione delle strutture organizzative Ciascun dipartimento ospedaliero è costituito da unità operative omogenee, affini o complementari, che perseguono comuni finalità e sono quindi tra loro interdipendenti, pur mantenendo la propria autonomia e responsabilità professionale.

Le unità operative costituenti ciascun dipartimento, sono aggregate in una specifica tipologia organizzativa e di gestione del processo assistenziale, volta a dare risposte unitarie, tempestive, razionali e complete rispetto ai compiti assegnati, e a tal fine adottano regole condivise di comportamento assistenziale, di ricerca, etico, medico-legale ed economico-gestionale.

Le unità operative costituenti ciascun dipartimento ospedaliero sono aggregate per area funzionale omogenea (AFO) e sono aggregate non solo "funzionalmente" ma, ove possibile, anche "fisicamente", in modo da consentire la gestione comune dei posti letto e delle risorse umane, tecnologiche assegnate.

La dove situazioni logistiche non consentono l'immediata aggregazione fisica delle unità operative, l'organizzazione dipartimentale, comunque, va perseguita attraverso l'aggregazione funzionale delle unità operative secondo il modello delineato nel presente provvedimento.

Il presidio ospedaliero aziendale è quindi articolato nei seguenti dipartimenti ospedalieri:

- Dipartimento AFO Medica
- Dipartimento AFO Chirurgica
- Dipartimento AFO Servizi Sanitari Diagnostici e di Supporto

Trovano, inoltre, collocazione nel Presidio Ospedaliero unico aziendale unità operative afferenti funzionalmente ai cosiddetti Dipartimenti misti (ospedale-territorio) quali:

- il dipartimento Emergenza Urgenza e Accettazione con le UU.OO. di MCAE e Terapia Intensiva (anestesia e rianimazione).
- il dipartimento interaziendale Materno-infantile con le UU.OO. di Ostetricia e ginecologia, Pediatria e Neonatologia con Tin.
- il dipartimento di Salute mentale e delle dipendenze con la U.O. di SPDC.

L'aggregazione delle unità operative ospedaliere in ciascuno dei dipartimenti ospedalieri è definita per come indicato nella **Tabella 2** allegata al presente atto per costituirne parte integrante e sostanziale.

I posti letto, le discipline e le unità operative complesse e semplici del Presidio Ospedaliero di Crotone sono quelle stabilite dal DCA n. 64/2016.

La strutturazione organizzativa complessiva del Presidio Ospedaliero Aziendale, nella sua articolazione in dipartimenti, strutture organizzative complesse, strutture organizzative semplici dipartimentali, strutture organizzative semplici quali articolazioni interne delle strutture organizzative complesse è definita per come indicato nella **Tabella 2** allegata al presente atto aziendale per costituirne parte integrante e sostanziale. Nell'apposito regolamento di Dipartimento, da adottarsi entro 90 giorni dalla validazione regionale del presente atto aziendale, saranno definite le specifiche attività e competenze delle strutture organizzative



Ap

afferenti a ciascuno dei dipartimenti ospedalieri nonché le funzioni degli organismi dipartimentali ovvero Direttore di Dipartimento e il Comitato di Dipartimento.

44. La Direzione Ospedaliera

Nell'azienda opera un unico presidio ospedaliero a gestione diretta costituito dal presidio ospedaliero San Giovanni di Dio. L'azienda ha pertanto istituire un'unica struttura di direzione medica di presidio configurandola quale struttura complessa e senza alcuna articolazione interna di struttura semplice, per come espressamente previsto delle specifiche disposizioni al riguardo stabilite nell'allegato A) al DCA n. 130/2015.

Alla direzione ospedaliere afferiscono anche la gestione dei servizi di portineria, di vigilanza e di controllo sulla riscossione dei ticket che potranno essere organizzati anche con incarichi professionali e/o con posizione organizzativa.

Più specificatamente il Dirigente Medico di presidio:

- E' responsabile della funzione igienico-organizzativa del presidio ed adotta tutti gli atti e provvedimenti di gestione operativa ad essa correlati.
- Formula proposte alla direzione strategica per l'adozione di progetti, programmi e criteri di organizzazione interna delle attività del presidio ospedaliero.
- Ha la responsabilità, per le competenze ad esso attribuite, del conseguimento degli obiettivi stabiliti dalla direzione strategica in attuazione dei programmi e dei progetti adottati dall'Azienda per il presidio di competenza.
- Ha la direzione dei dirigenti medici in servizio presso la direzione medica del presidio e degli uffici afferenti alla direzione medica del presidio.
- Ha la direzione ed il coordinamento del sistema informativo-statistico interno al presidio ospedaliero e deve assolvere al debito informativo per la programmazione sanitaria aziendale, regionale e nazionale.
- È responsabile del rispetto dei requisiti previsti per l'accreditamento della struttura ospedaliera, nonché, più in particolare, delle condizioni relative alla sicurezza.
- Propone alla direzione strategica schemi di norme interne per l'organizzazione dei servizi ospedalieri.
- Propone, d'intesa con i responsabili dei dipartimenti e delle unità operative l'acquisizione di impianti, attrezzature e arredi ospedalieri, indicando le priorità ed il rapporto costi/benefici.
- Coordina l'attività di vigilanza dei medici della direzione ospedaliera sugli approvvigionamenti occorrenti al funzionamento sanitario dell'ospedale e al mantenimento dei degenti.
- Designa il suo sostituto in caso di assenza o impedimento secondo le modalità e le procedure stabilite dal CCNL.

Al dirigente medico di presidio restano in ogni caso assegnate tutte le attribuzioni ex articolo 5 del DPR 128/69.

45. L'organizzazione delle attività assistenziale delle professioni ex legge 42/1999.

L'Azienda definisce l'organizzazione delle attività assistenziali, prevedendo una figura di dirigente delle professioni sanitarie che risponde direttamente al Direttore Sanitario dell'Azienda ed eventuali altre figure previste da specifiche norme contrattuali recepite con direttive regionali.

L'incarico definitivo di dirigente delle professioni sanitarie è conferito secondo le procedure previste dagli articoli 6 e 7 della legge 251/2000, in aderenza alla specifica normativa regionale e contrattuale e previa specifica autorizzazione all'indizione e alla coperture del posto da parte della struttura commissariale.

Il dirigente delle professioni sanitarie di cui sopra, in posizione di staff del Direttore Sanitario, persegue i seguenti obiettivi:

- il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza, assicurando l'efficacia e l'efficienza del governo clinico assistenziale, relativamente all'assistenza infermieristica, tecnico sanitaria, ostetrica, della prevenzione e della riabilitazione, nel rispetto della sostenibilità economica, al fine di rispondere ai bisogni della popolazione;
- lo sviluppo/implementazione delle competenze dei professionisti, contribuendo a costruire un contesto organizzativo e professionale nel quale ogni operatore possa esprimere il massimo delle potenzialità nel rispetto delle specifiche competenze;
- la garanzia dell'integrazione trasversale fra tutte le figure professionali appartenenti alle articolazioni organizzative aziendali, come risposta alla parcellizzazione delle competenze

Po

connessa alla specializzazione delle professionalità, garantendo al cittadino la continuità terapeutico assistenziale e un approccio sistemico ai problemi.

Per perseguire tali obiettivi svolge le seguenti macro funzioni:

- Governo dei processi assistenziali
- Ricerca e sviluppo professionale
- Supporto alla direzione sanitaria aziendale per:
 - la definizione degli obiettivi
 - il fabbisogno delle risorse
 - il miglioramento della qualità
 - lo sviluppo e il miglioramento dei modelli organizzativi assistenziali

In attuazione delle disposizioni normative di cui all'articolo 1 della legge regionale 20 aprile 2016, n. 11, l'azienda prevede l'istituzione del Servizio delle Professioni Sanitarie (SPS) e del Servizio Sociale Professionale (SSP).

La definizione degli aspetti organizzativi, gestionali e dirigenziali saranno definiti dall'azienda, con successivo e separato provvedimento, tenuto conto dell'apposito atto regolamentare di cui all'articolo 1, lettera d) della citata legge regionale n. 11/2016, che sarà emanato dalla Giunta Regionale della Calabria, di concerto con il dipartimento Tutela della Salute e con il Commissario ad acta, teso a promuovere e a valorizzare le funzioni e il ruolo delle professioni sanitarie disciplinate dalla legge n. 251/2000.

Nell'attesa di quanto sopra resta in vigore l'attuale strutturazione organizzativa del servizio infermieristico ospedaliero in staff al direttore sanitario.

46. L'organizzazione delle funzioni tecnico-amministrative

L'organizzazione delle funzioni tecnico-amministrative risponde ad alcuni principi organizzativi generali:

- la strumentalità/supporto rispetto alle finalità dell'organizzazione sanitaria, così da garantire, per quanto di competenza, un adeguato e puntuale sostegno ai processi di lavoro sanitari. Infatti, la finalità ultima dell'azione amministrativa consiste nella capacità di fornire con tempestività, coerenza, correttezza formale il necessario sostegno a tutte le attività assistenziali, contribuendo a creare i presupposti affinché queste possano esplicarsi nelle condizioni più favorevoli possibili, sviluppando la consapevolezza che parte rilevante dell'azione posta in essere è volta al soddisfacimento delle esigenze dei cosiddetti "clienti interni";
- la trasparenza e la certezza degli impegni assunti: il ruolo che questi devono assumere all'interno dell'organizzazione aziendale presuppone che sia garantito una costante informazione sui processi attivati a tutte le componenti professionali presenti in Azienda, in particolare quelle dell'area sanitaria, così da permettere la conoscenza dello stato di avanzamento degli stessi, e, tempestivamente, l'insorgenza di eventuali difficoltà che possono ostacolare il rispetto degli impegni assunti;
- l'abbandono di una impostazione di lavoro burocratica, cioè improntata al solo rispetto formale delle procedure e delle norme fissate da leggi e contratti per sviluppare una nuova cultura che non veda, nel rispetto pur imprescindibile del dettato normativo, un fine in sé, ma un vincolo al fine di rendere possibile lo sviluppo del dialogo e della collaborazione con le altre componenti professionali presenti in Azienda;
- il continuo scambio di informazioni tra le singole funzioni siano esse a valenza specialistica che di respiro aziendale;
- la ricerca e l'innovazione organizzativa per introdurre nuove modalità di lavoro e nuovi strumenti in grado di migliorare la qualità delle prestazioni erogate;
- l'omogeneità aziendale delle procedure e delle modalità operative attraverso l'elaborazione e il rispetto di linee di indirizzo omogenee, che permettano di garantire la coerenza e le connessioni tra attività svolte centralmente e quelle poste in essere in ambito decentrato.

Nell'ambito dei servizi amministrativi accanto ad un approccio tradizionale per struttura, va sempre più perseguita la modalità di lavoro per processi/progetti, l'unica in grado di dare ragione delle complessità aziendale e di rispondere in modo efficace ed efficiente alle sollecitazioni provenienti sia dall'ambiente esterno che dall'interno dell'organizzazione. Infatti molti obiettivi propri di quest'area hanno una valenza trasversale. Il loro pieno ed effettivo

Pes

perseguimento presuppone la messa in campo di una pluralità di contributi (posti in essere secondo un continuum logico e cronologico), che richiedono una definizione puntuale quanto a tempi e modi, perché è solamente attraverso una individuazione precisa e coerente degli attori coinvolti e delle relative responsabilità che è possibile aumentare l'efficacia dell'azione.

Ogni attore/servizio deve conoscere il proprio ruolo all'interno del processo per poter intervenire nel momento più opportuno e deve essere, contemporaneamente, consapevole delle conseguenze che il proprio intervento produce sugli altri attori/servizi coinvolti, per poterlo modulare nel modo più opportuno, con la consapevolezza che l'efficienza e l'efficacia sono di processo e non di singolo atto.

Le modalità di lavoro definite non possono prescindere da un diffuso coinvolgimento e valorizzazione dei collaboratori per recuperarne le capacità propositive ed il contributo fattivo. Particolare attenzione deve essere, quindi, dedicata allo sviluppo di un adeguato sistema di valutazione che consenta la realizzazione di un sistema meritocratico e soprattutto evita il ricorso ad una continua e costante delega verso i livelli gerarchici superiori tesa, di fatto, a sfuggire alle responsabilità decisionali che la posizione ricoperta comporta.

Grande importanza verrà riconosciuta alla formazione continua intesa come momento di riflessione e socializzazione di esperienze e saperi, nonché come arricchimento del bagaglio di conoscenze per l'introduzione e l'uso dei più appropriati strumenti manageriali per l'analisi delle diverse problematiche da affrontare, in quanto il loro uso permetterà di migliorare la razionalità delle decisioni assunte.

Per raggiungere tali risultati l'ASP ha strutturato i servizi amministrativi in specifiche Unità Operative per meglio organizzare le funzioni di competenza, per dare concreta attuazione ai principi del lavoro per processi e per garantire una costante ricerca dell'innovazione tecnica ed organizzativa per l'ambito di competenza.

Articolazione organizzativa delle funzioni tecnico-amministrative

L'articolo 27 del D.Lgs 165/2001 e s.m.i. dispone che le pubbliche amministrazioni, nell'esercizio della propria potestà statuaria e regolamentare, adeguano ai principi dell'art. 4 i propri ordinamenti, tenendo conto delle relative peculiarità.

Con riferimento a tali principi si assume la separazione tra atti di governo e atti di gestione come presupposto fondamentale dell'organizzazione e del funzionamento aziendale.

L'assetto organizzativo individuato prevede la costituzione delle seguenti strutture organizzative.

GESTIONE E SVILUPPO RISORSE UMANE E FORMAZIONE essa dovrà garantire:

- Il supporto alla Direzione Strategica nella pianificazione e definizione del fabbisogno del personale;
- La gestione dello sviluppo del personale, dei percorsi di carriera, dei sistemi di valutazione;
- La rilevazione gestione presenze, gestione giuridica ed economica del personale;
- La gestione delle relazioni sindacali, della gestione dei contratti di lavoro dipendente e non dipendente;
 - La gestione procedure di quiescenza;
- Il monitoraggio dei flussi informativi dell'area di competenza;
- La rilevazione e analisi dei bisogni e della domanda di formazione del personale e gestione della formazione stessa restano attribuite alla competenza del direttore sanitario e del direttore amministrativo per come indicato al precedente punto C.12 e C.13, ferma restando la competenza amministrativa dell'ufficio gestione risorse umane in ordine alle procedure operative di liquidazione delle spese correlate alla gestione e formazione del personale.

Nell'ambito del Servizio Risorse Umane è trasferita, unitamente al personale già in forza al dipartimento territoriale non più previsto dal presente atto aziendale, la funzione amministrativa di gestione e liquidazione del trattamento economico e previdenziale dei Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Medici di Continuità Assistenziale e Specialisti Ambulatoriali Interni.

GESTIONE RISORSE ECONOMICHE E FINANZIARIE dovrà assolvere alle seguenti funzioni:

- redigere i bilanci preventivi, consuntivi e periodici con tenuta della contabilità generale e dei libri e registri obbligatori, anche ai fini Iva con relativi adempimenti;
- provvedere agli adempimenti fiscali anche relativamente ai cespiti ed agli investimenti;
- collaborare con le strutture di riferimento alla compiuta realizzazione della contabilità analitica e alle attività di programmazione e pianificazione eonomico-finanziaria aziendale;

Po

- gestione delle fatture, dei documenti di incasso per prestazioni attive e contabilizzazione dei ricavi senza fattura;
- tenuta conto correnti e rapporti con istituti di credito e/o tesoreria;
- gestione prestazioni a carico di altra AA.SS. e dei proventi dei CUP e dei rimborsi tickets;
- gestione contabilità separata incassi e fatturazioni per libera professione (ALPI);
- gestione rapporti di carattere contabile con i fornitori e relative fatture e documenti d'acquisto;
- gestione dei rapporti di natura economica con professionisti e collaboratori sanitari;
- contabilizzazione stipendi ed adempimenti fiscali.

AFFARI GENERALI, LEGALI E ASSICURATIVI che garantisce:

- la gestione della corrispondenza dell'Ente;
- la gestione degli atti amministrativi del Direttore Generale e dei Direttori di UOC e relative procedure di pubblicazione;
- la gestione delle convenzioni e delle pratiche di cui alla L. 210/92;
- la stipula contratti e attività di ufficiale rogante;
- la gestione delle assicurazioni e dei sinistri in via giudiziale ed extragiudiziale;
- la tutela i diritti dell'Ente nei confronti dei terzi;
- la consulenza tecnico-giuridica ai servizi aziendali;
- la gestione del contenzioso civile, del lavoro, penale, amministrativo curando anche i rapporti con i legali esterni, nonché l'eventuale procedura di recupero tiket;
- la gestione del protocollo;
- la collaborazione alle attività di Risk Management;
- trasparenza e anticorruzione: assicura la definizione e la gestione del Piano della Trasparenza e del Piano per l'Anticorruzione in conformità con quanto sancito dalla Legge 6 novembre 2012, n. 190 e dal D. Lgs. n. 33/2013.
- gestione della privacy: assicura la gestione e il coordinamento dei dati personali secondo quanto definito dal D. Lgs. n. 196/2003.

PROGRAMMAZIONE CONTROLLO DI GESTIONE E SISTEMI INFORMATIVI

La struttura in considerazione delle specifiche funzioni, competenze e responsabilità è stata più coerentemente collocata nell'area programmazione e controllo tra le strutture di staff della direzione aziendale di cui al successivo punto 47. a cui si rimanda.

PROVVEDITORATO, ECONOMATO, GESTIONE LOGISTICA:

In via provvisoria in attesa della costituzione dell'unica azienda regionale di servizi tecnici amministrativi la struttura garantirà l'espletamento di procedure di gara sopra e sotto soglia. Si rinvia, inoltre, a quanto stabilito al punto 56 dell'allegato A) del DCA 130/2015 in ordine alle procedure di acquisizione beni e servizi, nonchè alle vigenti disposizioni di cui alla legge di stabilità 2016.

- L'espletamento delle procedure di gara, sopra e sotto soglia comunitaria, in attesa della costituzione dell'unica azienda regionale di servizi tecnici amministrativi.
- L'acquisizione di beni economali (distinta per area ospedaliera e per area territoriale) e affidamento di servizi; (vedi punto precedente).
- L'espletamento delle procedure di acquisto relative ai beni di investimento delle attrezzature sanitarie e non sanitarie; (come sopra)
- la gestione dei servizi a gestione diretta e dei servizi in out-sourcing; (come sopra)
- La gestione dei flussi riguardanti i dispositivi medici ed ai relativi contratti;
- La gestione del conto deposito e dei relativi contratti;
- Il monitoraggio periodico dei dati relativi ad ordinato e consegnato, (come sopra).

GESTIONE TECNICO-PATRIMONIALE garantirà:

- La progettazione, direzione, contabilità e collaudo dei lavori pubblici relativi al patrimonio immobiliare, compresi i capitolati speciali d'appalto, studi di fattibilità e valorizzazione del patrimonio immobiliare anche sotto il profilo urbanistico;
- La gestione del patrimonio immobiliare di proprietà dell'Azienda compresi i rapporti contrattuali di locazione e di comodato (attivi/passivi) e l'amministrazione degli immobili, procedure di gara per le alienazioni, perizie di stima e certificazioni energetiche, acquisizione delle autorizzazioni regionali per l'alienazione del patrimonio disponibile;

Apo

- La gestione della manutenzione ordinaria e straordinaria e gestione degli impianti, tenuta del verde, della segnaletica e di tutti gli aspetti connessi al comfort ambientale, gestione delle installazioni dei sistemi di sicurezza del patrimonio aziendale;
- La gestione dei consumi energetici e di tutti i consumi collegati al patrimonio immobiliare aziendale;
- L'attività di verifica della compatibilità, prima dell'installazione, tra strumenti elettromedicali/apparecchiature biomediche e le strutture e gli impianti esistenti e relativi censimenti a fini manutentivi;
- La gestione del magazzino tecnico e dei relativi inventari;
- La gestione dei rapporti con gli Enti e gli Organi pubblici preposti ai controlli tecnici di legge (Osservatorio dei LL.PP., Vigili del Fuoco, Comuni, ISPESL, ASP, ARPA, ecc.);
- La gestione patrimoniale degli immobili, sia attiva che passiva;
- La predisposizione degli atti di affidamento della redazione di progetti per l'esecuzione di lavori in conformità al programma triennale LL.PP. e sue articolazioni annuali, a personale interno e professionalità esterne;
- L'affidamento di servizi collaterali agli immobili in gestione.

Il Dipartimento servizi tecnico-amministrativi

Le funzioni e le unità organizzative amministrative e tecnico definiti per come sopra specificato sono aggregate nel dipartimento servizi tecnico-amministrativi.

Il Dipartimento, tra le altre, assolve alle seguenti funzioni:

- fornisce il necessario supporto alla Direzione Aziendale per le scelte di competenza;
- elabora suggerimenti e proposte per la programmazione aziendale;
- negozia i budget con le Unità Operative in esso aggregate, verificandone l'andamento;
- elabora indirizzi per gli ambiti di competenza al fine di garantire la correttezza formale degli adempimenti posti in essere e l'omogeneità degli stessi all'interno dell'Azienda;
- elabora programmi di lavoro che favoriscono l'integrazione tra le diverse Unità Operative afferenti, introducendo modalità di lavoro per processi;
- favorisce lo sviluppo di percorsi di innovazione e ricerca relativamente agli ambiti di competenza.

La strutturazione organizzativa complessiva delle funzioni tencico-amministrative e le unità operative complesse in esso aggregate e la loro articolazione interna in unità operative semplici è definita per come indicato nell'allegato **Tabella 2** al presente Atto aziendale per costituirne parte integrante e sostanziale. Nell'apposito regolamento di Dipartimento, da adottarsi entro 90 giorni dalla validazione regionale del presente atto aziendale da parte della regione, saranno definite le specifiche attività e competenze delle strutture organizzative afferenti al dipartimento nonché le funzioni degli organismi dipartimentali ovvero Direttore di Dipartimento e il Comitato di Dipartimento.

47. Le funzioni di staff

La Direzione Aziendale, composta dal Direttore generale, dal Direttore amministrativo e dal Direttore sanitario, avvalendosi delle strutture di Staff alla Direzione aziendale, esercita il governo strategico dell'Azienda. La Direzione aziendale definisce, sulla base della programmazione regionale, la pianificazione strategica e la programmazione annuale e triennale della performance dell'azienda attraverso l'attribuzione degli obiettivi strategici ed operativi e le risorse necessarie al loro conseguimento.

In relazione a tale caratterizzazione del ruolo della direzione aziendale le funzioni ad essa riconosciute sono riconducibili in generale a quelle di indirizzo/programmazione/controllo complessivo dell'azienda.

La Direzione aziendale si avvale per lo svolgimento delle proprie funzioni di indirizzo/programmazione/controllo delle specifiche funzioni in staff per come definite dal presente atto aziendale e in coerenza con gli indirizzi regionali di cui al DCA n. 130/2015.

Tali funzioni sono quindi esercitate dalla Direzione Aziendale con il supporto tecnicoprofessionale di specifiche strutture organizzative di Staff alla direzione aziendale che operano a livello centrale, per lo svolgimento dei seguenti principali macro-processi aziendali:

• pianificazione strategica e programmazione annuale e pluriennale del ciclo della performance aziendale;

A

- ricerca e governo dell'eccellenza attraverso la definizione di un modello gestionale basato sui principi del Total Quality Management (TQM).
- programmazione, pianificazione e organizzazione delle reti assistenziali e sviluppo organizzativo;
- monitoraggio e controllo appropriatezza delle prestazioni e controlli interni;

Le funzioni di Staff, che per loro natura devono essere organizzate in modo flessibile, anche per poter assolvere ad eventuali necessità emergenti, sono organizzate in forma dipartimentale affidato ad un dirigente con incarico di struttura complessa dello staff, e sono individuate sulla base dei seguenti criteri: - supporto al processo di programmazione pianificazione e gestione del ciclo della performance; - trasversalità delle funzioni svolte; - funzioni strategiche essenziali.

L'articolazione delle funzioni di staff sotto il profilo organizzato è legata alla complessità delle attività e funzioni da assicurare e sono articolate in unità complesse e semplici e/o assicurate attraverso incarichi dirigenziali professionali e/o incarichi di posizione organizzativa del personale del comparto o anche attraverso gruppi di lavoro e task force.

Le predette articolazioni sono strumentali della Direzione aziendale e, come tali, ad essa fanno esclusivo riferimento, coadiuvandola nell'attività di governo, indirizzo, programmazione e controllo, senza tuttavia avere una posizione gerarchicamente sovra-ordinata ad alcuna struttura operativa dell'Azienda.

Nell'ambito del quadro di riferimento sopra delineato e tenuto conto degli specifici indirizzi regionali di cui all'allegato A) al DCA n. 130/2015, il presente atto aziendale definisce, inoltre, che le principali funzioni di staff alla direzione aziendale sono:

- a. ricerca e governo dell'eccellenza attraverso la definizione di un modello gestionale basato sui principi del Total Quality Management (TQM).
- b. monitoraggio e controllo dell'appropriatezza delle prestazioni di ricovero ospedaliero e promozione di azioni correttive in caso di scostamento dei valori standard individuati, mediante i controlli analitici e le revisioni SDO-cartella clinica e tutte le attività previste dal DPGR n. 53/2011 e s.m.i.
- c. supporto al management strategico aziendale di dati di prestazioni ed economici in grado di monitorare i risultati di performance, i risultati relativi agli utenti, al proprio personale e al tessuto sociale in modo continuo nel tempo.
- d. formazione nell'azienda di una forte leadership in grado di analizzare i dati di cui al punto 2) e al punto 3) (che cosa stiamo realizzando).
- e. capacità di attivare le proprie politiche e strategie aziendali, agire sulla gestione delle risorse umane, su quelle economiche e finanziarie e sui propri processi sia sanitari che gestionali (come otteniamo i risultati) per migliorare in modo continuo gli stessi.
- f. garantire il rispetto degli obiettivi strategici regionali per il piano di rientro.

Occorre, inoltre, precisare che per come espressamente indicato nell'allegato A) del DCA n. 130/2015 recante linee guida per gli atti aziendali, il modello EFQM per l'eccellenza è un quadro di riferimento non prescrittivo fondato su nove criteri cinque dei quali classificati come "fattori" e quattro come "risultati".

- I "fattori" prendono in considerazione ciò che un'organizzazione fa, i "risultati" ciò che essa consegue.
- I "risultati" sono l'effetto dei "fattori" e i "fattori" vengono migliorati avvalendosi del feedback dei "risultati".

Il modello che riconosce la pluralità degli approcci al perseguimento di un'eccellenza sostenibile in tutti gli aspetti della performance aziendale, poggia sulla premessa che: risultati d'eccellenza relativamente alla performance, clienti, risorse umane e società sono raggiunti attraverso un'azione di guida della leadership su politiche e strategie, personale, partnership e risorse, processi.

Tra le funzioni di Staff alla Direzione Aziendale anche ai fini della definizione di un modello di ricerca e governo dell'eccellenza sono individuate pertanto:

La funzione di *Ricerca e governo dell'eccellenza*: governa i fattori e i risultati del sistema EFQM come sopra indicato, contribuendo a diffondere la cultura dell'eccellenza, misurando, con periodicità biennale, il valore dell'eccellenza raggiunto.

(A)

- La funzione di *Monitoraggio e controllo dell'appropriatezza delle prestazioni di ricovero ospedaliero*, e la promozione e realizzazione di azioni correttive in caso di scostamento dai valori standard individuati, mediante i controlli analitici e le revisioni SDO-cartella clinica e tutte le attività previste dal dpgr 53/2011 e successivi.
- La funzione di *Customer satisfaction*, con periodicità biennale attiva un'indagine di clima interno per conoscere e misurare il trend di soddisfazione degli operatori e un'indagine di soddisfazione degli utenti.

Le altre funzioni di staff alla Direzione Aziendale sono:

- Governo della rete e degli erogatori: verifica la programmazione e la valutazione della rete dell'offerta con specifico riferimento alle reti assistenziali definite dalla Regione nei programmi operativi. Assicura, inoltre, il supporto tecnico professionale alla direzione aziendale in materia di programmazione e pianificazione annuale di acquisto delle prestazioni sanitarie dagli erogatori pubblici e privati accreditati nonché il supporto alla programmazione, organizzazione, implementazione, valutazione e sviluppo delle reti assistenziali.
- Pianificazione strategica e piano delle performance. La direzione aziendale, come previsto dal modello EFQM, definisce le strategie in coerenza con la missione e la vision aziendali. L'estrinsecazione delle strategie costituiscono la pianificazione pluriennale. La Pianificazione Strategica si riferisce al medio- lungo termine (3-5 anni) che si traduce nella programmazione annuale affidata specificamente all'Area Programmazione e Controllo che provvederà alla predisposizione dei controlli operativo-gestionali. La struttura di staff di cui trattasi supporta la direzione aziendale nella definizione delle linee di indirizzo e formula il "Piano triennale delle Performance". Il Piano delle Performance, individua per il triennio di riferimento gli indirizzi, gli obiettivi strategici ed operativi, nonché gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'Azienda, nel rispetto di quanto previsto dalla normativa vigente e in conformità alle Linee di indirizzo regionale in materia. In ordine alla pianificazione strategica, inoltre, si fa rinvio a quanto indicato al successivo punto F. 53.
- Sistemi di programmazione e controllo aziendali. L'Azienda, attraverso l'Area Programmazione e Controllo, collocata nello staff, gestisce il sistema di budget, di contabilità analitica e di reporting per governare le attività e sviluppare sistemi di valutazione delle prestazioni e delle persone. Attraverso tale struttura l'azienda provvede alle attività di Programmazione degli obiettivi operativo-gestionali, anche in relazione alla gestione dei sistemi premianti e di valutazione della performance, per i quali si opera in stretta collaborazione con l'area Risorse Umane e a quella della ricerca e governo dell'eccellenza, sia al monitoraggio dei costi per i quali si opera in collaborazione con l'area controllo di gestione e con l'area Finanziaria. Al contempo assicurano la piena integrazione dei propri servizi anche all'interno dei sistemi sviluppati a livello regionale, così come previsto dalle norme vigenti. In ordine ai sistemi di programmazione e controllo, inoltre, si fa rinvio a quanto indicato al successivo punto F. 54.
- Controllo di gestione: nell'ambito delle strutture di staff della direzione aziendale è prevista la funzione di controllo di gestione che assicura:
 - la programmazione del percorso di budget e i sistemi incentivanti in collaborazione con l'area risorse umane;
 - il controllo di gestione e governo dei relativi strumenti (contabilità analitica attività di reportistica- budgeting);
 - l'elaborazione e il monitoraggio degli obiettivi aziendali e regionali e dei relativi indicatori;
 - la gestione della rilevazione dei costi e dei fattori produttivi.
 - la gestione tecnologica della rete informatica e di tutto l'hardware aziendale.

Alla struttura controllo di gestione, anche in considerazione dell'elevato numero di strutture accreditate operanti in azienda e delle rilevanti quantità di risorse finanziarie di cui ai relativi tetti di spesa annualmente stabiliti dalla programmazione regionale, è accorpata anche la funzione di gestione centralizzata di supporto alla direzione aziendale per l'assegnazione del budget e per la stipula dei contratti con tutti gli erogatori privati accreditati, nonché la funzione di verifica, espressamente richiesta prima della stipula dei contratti, del

A

mantenimento dei requisiti di accreditamento stabiliti dalle specifiche disposizioni normative e regolamentari adottati dalla Regione;

- Pepidemiologia valutativa e Servizio informativo sanitario

 Nell'ambito delle funzioni di staff della direzione aziendale sono, inoltre, ricomprese la funzione di epidemiologia valutativa e quella del servizio informativo sanitario di cui alla DPGR n. 101/2011 preposta alla rilevazione ed elaborazione delle informazioni rilevanti ai fini della programmazione e del controllo delle attività dell'azienda, attraverso la rilevazione delle grandezze quantitative di carattere economico-finanziario, di produzione ed attività e che assicura il coordinamento delle attività di programmazione, gestione e monitoraggio di tutti i flussi informativi sanitari sia interni che verso Regione e Ministeri. Per tali funzioni essendo le stesse già assicurate dall'attuale struttura aziendale di epidemiologia statistica e flussi informativi si prevede che le stesse restano assegnate e attribuite alla stessa struttura già collocata tra le funzioni di staff della direzione aziendale.
- Governo clinico e Risk Management: supporta l'attività di identificazione, analisi, quantificazione, comunicazione, eliminazione e monitoraggio dei rischi associati a qualsiasi attività o processo operativo, in modo da rendere l'organizzazione capace di minimizzare le perdite e massimizzare l'efficacia e l'efficienza del risultato. (può essere parte della struttura ricerca e governo dell'eccellenza).

Alle strutture di staff della direzione aziendale afferiscono, inoltre:

- l'Ufficio Relazioni con il Pubblico, comunicazione istituzionale e CUP aziendale che assicura la gestione della comunicazione con gli utenti, cura la comunicazione esterna rivolta ai cittadini, alla collettività e ad altri enti, del centro unico di prenotazione, elabora la Carta dei Servizi, coordina il Tavolo Permanente del Volontariato.
- Il servizio aziendale di prevenzione e protezione e il servizio di ingegneria clinica che curano rispettivamente la corretta applicazione delle normative in vigore in tema di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro di cui al D.Lgs. n. 81/08 e s.m.i. e le attività multidisciplinari inerenti le funzioni di ricerca e sviluppo innovativo di tecnologie biomediche e nell'HTA.

La strutturazione organizzativa complessiva delle funzioni di Staff della Direzione Aziendale e le unità operative complesse, semplici e semplici dipartimentali, è definita per come indicato nell'allegato **Tabella 2** al presente Atto aziendale per costituirne parte integrante e sostanziale. Nell'apposito regolamento di Dipartimento, da adottarsi entro 90 giorni dalla validazione regionale del presente atto aziendale da parte della regione, saranno definite le specifiche attività e competenze delle strutture organizzative afferenti all'area programmazione e controllo della direzione aziendale.

48. Percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali (PDTA), governo attività specialistica ambulatoriale e monitoraggio delle liste di attesa. (vedi precedente punto E 37 a cui si fa rinvio)

49. Le funzioni di supporto

Sono funzioni di supporto tutte quelle che non possono rientrare nelle funzioni di staff. Esse possono assumere la valenza di posizioni organizzative e/o incarichi professionali aggregate alla direzione generale e/o sanitaria e amministrativa.

50. L'organizzazione delle attività assistenziali (Vedi precedente punto E 45)

51. Gli incarichi dirigenziali

Il D.Lgs n.502/92 e s.m.i. prevede puntualmente l'attribuzione degli incarichi dirigenziali, in particolare l'art. 15-ter, comma 1, dispone che l'attribuzione avvenga "... secondo le modalità definite nella contrattazione collettiva nazionale, compatibilmente con le risorse finanziarie a tal fine disponibili e nei limiti del numero degli incarichi e delle strutture stabiliti nell'atto aziendale". Per tale elemento appare quindi scontato il rispetto delle norme vigenti in materia nonché delle specifiche disposizioni contrattuali. L'affidamento degli incarichi dirigenziali delle strutture organizzative complesse e delle responsabilità delle strutture organizzative semplici e/o semplici a valenza dipartimentale, nonchè degli incarichi professionali, avviene nel rispetto della normativa vigente e di quanto al riguardo stabilito dai contratti collettivi nazionali di lavoro. Il conferimento dell'incarico dirigenziale è formalizzato in un contratto, che integra il contratto di assunzione, nel quale sono elencati, ad integrazione di quanto previsto nel presente articolo, durata e remunerazione dell'incarico, scopo, funzioni ambiti di autonomia ed obiettivi.



Il Direttore Generale può procedere al conferimento delle seguenti tipologie di incarico:

- a) Incarico di Direttore di Dipartimento: è conferito dal Direttore Generale, su base fiduciaria e discrezionale, al titolare di incarico di direzione di una delle strutture complesse afferenti allo stesso Dipartimento. Il Direttore di Struttura complessa nominato Direttore di Dipartimento mantiene di norma la direzione della propria Struttura. L'incarico di direttore di dipartimento è conferito per cinque anni ed è rinnovabile previa valutazione positiva.
- b) Incarico di direzione delle strutture complesse individuate nel presente Atto aziendale, in particolare:
 - Strutture complesse sanitarie: conferibili secondo le disposizioni del D.P.R. n. 484/1997 e s.m.i. e delle specifiche disposizioni regionali di cui alla deliberazione della Giunta Regionale n. 56/2015 in applicazione dell'art. 4 del DL n. 158/2012 convertito nella legge n. 189/2012 e s.m.i.
 - Strutture complesse dell'area tecnica/professionale/amministrativa: conferibili, in esito a procedura comparativa, ai dirigenti dei rispettivi ruoli che abbiano maturato l'esperienza dirigenziale richiesta dai CCNL (Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro) ed abbiano superato con esito positivo le verifiche da parte del Collegio tecnico.
- c) Incarichi di responsabilità delle strutture semplici individuate nel presente Atto aziendale, in particolare:
 - Strutture semplici a valenza dipartimentale: sono conferibili dal Direttore Generale, la procedura di nomina è quella dettata dall'articolo 15, comma 7 quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 nel testo vigente a seguito delle modifiche apportate dal decreto legge 13 settembre 2012, n. 158 (noto come decreto Balduzzi).
 - Strutture semplici: sono conferibili dal Direttore Generale, la procedura di nomina è quella dettata dall'articolo 15, comma 7 quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 nel testo vigente a seguito delle modifiche apportate dal decreto legge 13 settembre 2012, n. 158 (noto come decreto Balduzzi).
 - Nel caso di Strutture semplici e/o semplici dipartimentali in Staff, queste sono conferibili direttamente dalla Direzione Aziendale sentito il direttore dell'area staff.
- d) Incarichi di natura professionale, anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio e ricerca, ispettivi, di verifica e controllo: sono conferibili dalla Direzione Generale mediante proposta del Responsabile della Struttura complessa o semplice dipartimentale di afferenza. In particolare gli incarichi professionali di alta specializzazione sono individuati in presenza di elevate competenze tecnico-professionali, produttive di prestazioni quali-quantitative complesse nell'ambito della disciplina e dell'organizzazione interna della struttura cui afferiscono.
- e) Incarichi di natura professionale di base: sono attribuiti ai dirigenti neoassunti (secondo la definizione data dai rispettivi CCNL); hanno rilevanza circoscritta alla struttura di assegnazione e sono caratterizzati dallo sviluppo di attività omogenee che richiedono una competenza specialistica e funzionale di base della disciplina di appartenenza.

Contenuto dell'incarico dirigenziale

- 1) I Direttori di Struttura complessa e i Responsabili di Struttura semplice a valenza dipartimentale:
 - gestiscono le risorse e i profili professionali assegnati per lo svolgimento dei compiti della struttura cui sono preposti anche al fine dell'elaborazione dei documenti di programmazione del fabbisogno di personale;
 - curano l'attuazione dei piani, programmi, obiettivi e direttive generali definite dalla direzione aziendale e attribuiscono ai dirigenti e ai dipendenti della struttura gli obiettivi specifici:
 - adottano gli atti di organizzazione interna alla struttura diretta;
 - qualora la competenza sia attribuita, adottano gli atti e i provvedimenti amministrativi ed esercitano i poteri di spesa e quelli di acquisizione delle entrate rientranti nella competenza dei propri uffici;
 - dirigono, coordinano e controllano l'attività dei dirigenti, degli operatori e dei responsabili dei procedimenti amministrativi, anche con potere sostitutivo in caso di inerzia nelle materie gestionali e in quelle di contenuto professionale compatibile;

A

- valutano i dirigenti e i dipendenti assegnati alla struttura, nel rispetto dello specifico regolamento aziendale, ai fini della progressione economica tra le categorie/aree e della corresponsione di indennità e premi incentivanti ed esercitano il potere disciplinare;
- concorrono alla definizione di misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione e a controllarne il rispetto da parte dei dipendenti della struttura cui sono preposti;
- svolgono funzioni di controllo in materia di igiene e sicurezza del lavoro ai sensi del D. Lgs. 9 aprile 2008, n. 81, come indicato da specifica deliberazione regolamentare adottata dal Direttore Generale;
- sono individuati quali "Responsabile del Trattamento dei dati personali" per la struttura che dirigono, ai sensi e per gli effetti dell'art. 29 del D.lgs. 196/2003.

Al fine del perseguimento di obiettivi di efficacia delle prestazioni offerte all'utenza e efficienza nell'uso delle risorse, i responsabili delle strutture semplici a valenza dipartimentale garantiscono la propria collaborazione all'attività delle strutture complesse del Dipartimento, anche con riferimento alla specifica competenza e disciplina.

- 2) I Responsabili di Struttura semplice: operano in collaborazione con il direttore della struttura sovraordinata, anche sulla base delle direttive a carattere generale da questi impartite. In particolare:
 - curano l'attuazione di progetti e degli obiettivi assegnati;
 - adottano gli atti di organizzazione interna alla struttura semplice;
 - garantiscono, verificano e controllano l'attività della struttura anche in termini di qualità tecnico-specialistica, con orientamento ai reali bisogni dell'utente;
 - adottano gli atti di gestione delle risorse umane, strumentali, tecnologiche non attribuite al direttore sovraordinato o da questo delegate.

Al fine del perseguimento di obiettivi di efficacia delle prestazioni offerte all'utenza e efficienza nell'uso delle risorse, i responsabili delle strutture semplici garantiscono la propria collaborazione all'attività della struttura complessa di riferimento.

- 3) I Dirigenti con incarico di natura professionale:
 - esercitano la specifica autonomia professionale nell'ambito della struttura di appartenenza sulla base del contenuto dell'incarico attribuito e degli indirizzi

 forniti dal responsabile;
 - organizzano la propria attività professionale per raggiungere gli obiettivi generali della struttura di appartenenza e gli obiettivi specifici attribuiti;
 - garantiscono, verificano e controllano l'attività prodotta e la qualità tecnico-specialistica dell'attività professionale esercitata, con orientamento ai reali bisogni dell'utente.

Gli incarichi dirigenziali sono revocati, secondo le procedure delle disposizioni di legge e dai contratti collettivi di lavoro, in caso di:

- inosservanza delle direttive impartite dalla direzione generale e/o dalla direzione del dipartimento;
- mancato raggiungimento degli obiettivi assegnati;
- responsabilità grave e reiterata;
- in tutti gli altri casi previsti dai contratti collettivi nazionali di lavoro:
- in tutti gli altri casi previsti da specifiche disposizioni di legge nazionali e regionali;

Nei casi di maggiore gravità, il Direttore Generale può recedere dal rapporto di lavoro, secondo le disposizioni del codice civile e dei contratti collettivi nazionali di lavoro.

Per quanto non espressamente previsto nel presente punto, in materia di incarichi dirigenziali si fa esplicito rinvio alle disposizioni di legge in materia ed ai contratti collettivi nazionali di lavoro della dirigenza medica e veterinaria, sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa.

Incompatibilità

Agli incarichi dirigenziali si applicano le disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità previste dalla normativa nel tempo vigente, gli incarichi di direzione di Struttura sono soggetti alle disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di cui al D.Lgs. 08/04/2013 n. 39.



Ap

52. Le posizioni organizzative e gli incarichi di coordinamento del personale del comparto

Le posizioni organizzative istituite dai CCNL dell'Area Comparto, sia in ambito sanitario, sia in ambito tecnico/amministrativo, prevedono per gli operatori del comparto collocati almeno in categoria D, lo svolgimento di funzioni con assunzione diretta di elevata responsabilità.

L'Azienda, tenuto conto della propria struttura organizzativa, delineata con il presente Atto Aziendale e nell'ambito del limite massimo di 1 ogni 80 dipendenti, cosi per come stabilito al punto E) 52 delle linee guida per l'adozione degli atti aziendali di cui al DCA n. 150/2015, provvederà, entro 60 giorni dall'entrata in vigore del presente atto aziendale, al conferimento degli incarichi di posizione organizzativa tenuto conto delle risorse disponibili nei relativi fondi contrattuali e previa comunicazione alle Organizzazioni Sindacali e alla R.S.U.

Le posizioni organizzative rappresentano articolazioni interne dell'assetto organizzativo definito dall'azienda sulla base del proprio ordinamento e nel rispetto delle disposizioni regionali di organizzazione e pertanto non costituiscono posti di dotazione organica, sono conferite con provvedimento del Direttore Generale, sentiti il Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo, ciascuno per il proprio ambito di competenza, che ne determina in via generale le finalità e le aree di responsabilità.

Le procedure per il conferimento, la valutazione e la revoca degli incarichi relative alle posizioni organizzative individuate dall'Azienda sono disciplinate secondo quanto stabilito dal C.C.N.L.

Il conferimento degli incarichi riferiti alle posizioni organizzative di cui trattasi, fermo restando il limite massimo di cui sopra, avrà luogo dopo che l'Azienda, con riferimento al proprio assetto organizzativo di cui al presente atto aziendale, ha formalizzato:

- a) la graduazione delle funzioni cui correlare la relativa indennità di funzione;
- b) l'ammontare del fondo contrattuale destinato al finanziamento di alcune componenti della retribuzione;
- c) le risorse, in sede di contrattazione integrativa, individuate all'interno del fondo da destinare esclusivamente al finanziamento dell'indennità di funzione prevista per le posizioni organizzative.

Il conferimento di incarico relativo a posizione organizzativa non comporta per il dipendente che ne è titolare, né progressioni interne di carriera automatiche né differenze retributive tabellari salvo il diritto alla corresponsione della indennità di funzione rapportata alla natura ed alle caratteristiche dell'incarico stesso; l'incarico di posizione organizzativa non è cumulabile con l'incarico di coordinatore. Al personale in part-time non può essere conferita una posizione organizzativa ed il personale cui è conferito l'incarico di posizione organizzativa non può svolgere lavoro straordinario. Tali incarichi hanno durata non inferiore a tre anni e sono rinnovabili previa valutazione positiva.

Gli incarichi di coordinamento sono definiti per come stabilito dalle disposizioni contrattuali e di legge vigenti e sono conferiti in relazione al nuovo assetto organizzativo e di funzionamento di cui al presente atto aziendale e nel limite massimo di 1 ogni struttura complessa cosi per come stabilito al punto E) 52 delle linee guida per l'adozione degli atti aziendali di cui al DCA n. 150/2015; l'Azienda provvederà, entro 60 giorni dall'entrata in vigore del presente atto aziendale, al conferimento degli incarichi di coordinamento tenuto conto delle risorse disponibili e previa comunicazione alle Organizzazioni Sindacali e alla R.S.U., salvo quanto al riguardo stabilito all'ultimo capoverso del punto E.52 delle linee guida regionali.

Fino alla definizione ed al conferimento delle posizioni organizzative e degli incarichi di coordinamento di cui al presente punto dell'atto aziendale restano provvisoriamente confermati gli incarichi di posizione organizzativa e di coordinamento in atto esistenti.

Il coordinatore di U.O. assicura l'organizzazione dell'assistenza infermieristica, tecnico-sanitaria, riabilitativa, di prevenzione collettiva, di assistenza di base ed alberghiera dell'Unità Operativa, attraverso la gestione delle risorse umane di competenza, la collaborazione nella gestione delle risorse materiali e tecnologiche, la promozione delle reti di comunicazione fra i professionisti e le diverse strutture aziendali, la collaborazione nei processi di accreditamento, certificazione e di miglioramento della qualità, di budget e la promozione della continuità assistenziale tra ospedale e territorio.

In particolare il coordinatore:

- predispone e gestisce il piano di lavoro;

PA

- contribuisce allo sviluppo delle competenze e alla definizione del fabbisogno formativo, all'organizzazione e verifica dell'attività di formazione.
- collabora alla definizione e valutazione degli obiettivi di budget.
- gestisce, pianifica e valuta le risorse umane di propria competenza.
- gestisce le risorse materiali e tecnologiche in dotazione.

Per quanto non previsto in ordine alle posizioni organizzative e agli incarichi di coordinamento si fa rinvio alle disposizioni normative e contrattuali tempo per tempo vigenti.

F. I SISTEMI E GLI STRUMENTI DI GESTIONE E DI CONTROLLO

53. La pianificazione strategica

Le direzioni aziendali, come previsto dal modello EFQM, definiscono le strategie in coerenza con la missione e la vision aziendali. L'estrinsecazione delle strategie costituiscono la pianificazione pluriennale. La Pianificazione Strategica si riferisce al medio-lungo termine (3-5 anni) che si traduce nella programmazione annuale affidata specificamente all'Area Programmazione e Controllo che provvederà alla predisposizione dei controlli operativo-gestionali.

I principali documenti di programmazione e pianificazione strategica aziendale sono:

- Il Piano triennale delle performance (art. 10 del D.Lgs. n. 150 del 27.10.2009) documento programmatico che individua, in coerenza con i contenuti e con il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio, gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi e definisce, con riferimento agli obiettivi finali ed intermedi ed alle risorse, gli indicatori per la misurazione e la valutazione delle performance dell'amministrazione, nonchè gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale e del comparto ed i relativi indicatori.
- Il Documento di Direttive annuali della direzione aziendale indica, in aderenza ai contenuti e agli obiettivi strategici del Piano triennale della performance aziendale, gli obiettivi operativi per l'anno di riferimento nonché linee guida, criteri, vincoli e parametri per la formulazione del budget. Può costituire documento a parte o essere parte integrante del Piano triennale delle performance.
- I Piani aziendali di programmazione, implementazione e sviluppo delle reti assistenziali in attuazione delle specifiche disposizioni e provvedimenti contenuti nei Piani Operativi regionali; ovvero i piani di Settore che sono strumenti per esplicitare nel dettaglio la programmazione di ambiti aziendali specifici e rappresentano le attività che la Direzione Aziendale intende realizzare in una determinata materia.
- I piani di acquisto di prestazioni sanitarie e sociosanitarie richiesti dall'azienda agli erogatori
 privati accreditati, nel limite massimo dei tetti di spesa annualmente stabiliti dalla regione e
 di cui ai contratti con gli stessi stipulati per la regolamentazione dei rapporti giuridici ed
 economici.
- Il Programma delle Attività Territoriali (PAT, art. 3 quater D.Lgs. 502/92) quale strumento operativo di programmazione annuale del Distretto, basato sulla intersettorialità degli interventi ed finalizzato alla realizzazione degli obiettivi e degli indirizzi del Piano strategico aziendale.

L'Azienda elabora e definisce le linee di programmazione-pianificazione strategica per il governo locale dei servizi sanitari e assistenziali, nel rispetto dei principi, degli obiettivi e delle compatibilità economiche e finanziarie stabilite dalla Regione.

Il processo di pianificazione contempla il raccordo e la compatibilità degli obiettivi, delle azioni e delle risorse delle strutture interdipendenti, che devono operare in sintonia e in sinergia reciproca, per massimizzare i livelli di qualità e di efficienza produttiva.

Il processo di pianificazione strategica è attivato dall'Azienda per fasi logiche e circolari attraverso gli strumenti classici della programmazione, pianificazione e controllo strategico.

Per lo svolgimento di tale funzione di pianificazione strategica la direzione aziendale si avvale delle competenze professionali, tecniche e amministrative delle strutture organizzative di staff della direzione aziendale.

54. I sistemi di programmazione e controllo

L'Azienda, attraverso l'Area Programmazione e Controllo, collocata nello staff, gestisce il sistema di budget, di contabilità analitica e di reporting per governare le attività e sviluppare sistemi di valutazione delle prestazioni e delle persone. Attraverso l'area programmazione e controllo l'Azienda provvede alle attività di Programmazione degli obiettivi operativo-gestionali, anche in

Ap

relazione alla gestione dei sistemi premianti e di valutazione della performance, per i quali si opera in stretta collaborazione con le strutture amministrative Gestione Risorse Umane e Controllo di Gestione, sia al monitoraggio dei costi per i quali si opera in collaborazione con l'area Acquisizione beni e servizi e con l'area Finanziaria.

Il sistema di programmazione e controllo direzionale si dota di strumenti di supporto tra i quali il sistema di budget, il sistema di contabilità direzionale e il sistema di reporting.

Il sistema di budget è il sistema operativo principale della programmazione e del controllo di gestione. In tale ottica può essere definito come l'insieme delle regole aziendali attraverso le quali vengono articolati e pesati gli obiettivi di breve periodo con riferimento al Dipartimento e alla Unità Operative Complesse e Semplici Dipartimentali che vi afferiscono nel rispetto delle responsabilità e autonomie interne, al fine del loro concreto perseguimento.

Il sistema di contabilità direzionale è lo strumento operativo mediante il quale l'Azienda misura e archivia tutti i dati utile al fine di supportare il processo decisionale. E' composto da numerosi sottosistemi di rilevazione. Il principale è rappresentato dal sistema di contabilità analitica: ossia il sistema che rileva i costi e i ricavi dell'Azienda distinti per natura e per destinazione rispetto all'articolazione interna delle responsabilità aziendali e delle maggiori linee di attività in esse gestite.

Il sistema di reporting rappresenta lo strumento di rappresentazione e comunicazione periodica delle misure di performance attraverso appositi report di gestione. Si tratta di un sistema strutturato ed integrato di informazioni utilizzato dal Management a supporto delle attività di pianificazione e controllo, destinato a diffondere le informazioni, raccolte ed organizzate in modo selettivo, al fine di focalizzare l'informazione sulle determinanti del valore aziendale.

L'Azienda, mediante l'applicazione dei sistemi operativi sopra descritti e il loro progressivo sviluppo ed affinamento, intende realizzare l'integrazione operativa fra la Direzione Aziendale e tutte le articolazioni organizzative al suo interno riconoscendo spazio e quindi senso strategico alla responsabilizzazione diretta dei professionisti. Il contributo partecipativo dei professionisti rappresenta infatti lo strumento essenziale per la qualificazione dell'offerta del servizio e per la realizzazione delle finalità istituzionali.

Il Direttore Generale, sulla base delle indicazioni della programmazione nazionale e regionale, e con il supporto delle strutture di staff della direzione aziendale, definisce le linee di indirizzo e formula il Piano triennale delle Performance. Il Piano delle Performance, individua per il triennio di riferimento gli indirizzi, gli obiettivi strategici ed operativi, nonché gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'Azienda, nel rispetto di quanto previsto dalla normativa vigente e in conformità alle Linee di indirizzo in materia, redatte dalla Regione. Il Piano della performance è lo strumento che dà avvio al Ciclo di Gestione della performance e costituisce il documento programmatico attraverso il quale, in conformità con le risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria nazionale e regionale, sono individuati gli obiettivi da perseguire. Il Questo documento esplicita e declina la programmazione ospedaliera e territoriale, sanitaria e socio sanitaria secondo gli indirizzi e le direttive individuati

coerenza con le risorse assegnate, esplicita gli obiettivi strategici ed operativi annuali.
Con periodicità trimestrale e/o semestrale vengono prodotte in modo sistematico le informazioni di attività e di utilizzo delle risorse per verificare che l'andamento della gestione sia in linea con gli obiettivi programmati e per consentire, in caso contrario, l'adozione delle misure correttive necessarie.

dalla Direzione Strategica. Il piano è articolato su un orizzonte temporale triennale e, in

55. I sistemi di gestione e valutazione del personale

Il sistema di valutazione che l'azienda implementa in tale ambito è volto all'applicazione del D.Lgs. 165/2001 modificato con il D.Lgs. 150/2009 e si basa sulla valutazione del ciclo della performance con riferimento all'Azienda nel suo complesso al fine di migliorare la qualità del servizio sanitario offerto e implementare le competenze professionali.

La valutazione interessa sia la performance organizzativa che quella individuale, anche attraverso l'utilizzo di sistemi premianti selettivi, secondo logiche meritocratiche e valorizzando i dipendenti che conseguono le migliori performance attraverso l'attribuzione di incentivi sia economici sia di carriera.

La metodologia di valutazione, nel rispetto della normativa vigente, è materia di contrattazione aziendale, utilizza strumenti quali le schede di valutazione ai fini dell'applicazione dell'istituto



(K)

incentivante collegandoli al raggiungimento degli obiettivi di budget sia a livello di unità operativa sia a livello individuale.

In tale contesto, gli incentivi economici riconosciuti al personale, a valere sulle risorse disponibili per la contrattazione collettiva integrativa, determinate nei limiti del quadro normativo e contrattuale vigente, sono destinati alle risorse umane impegnante nella realizzazione degli obiettivi generali e particolari fissati dall'Azienda, per il conseguimento di più elevati livelli di efficienza, di efficacia e di economicità dei servizi istituzionali.

L'obiettivo è quindi rivolto a realizzare una gestione meritocratica delle risorse umane, premiante, equa ed in grado di garantire elementi di rinforzo, anche economico, correlati alla responsabilità rivestite, ai risultati conseguiti ed ai comportamenti tenuti.

La verifica del raggiungimento dei risultati, condizione necessaria per l'erogazione dei correlati premi di natura economica, è affidata all'Organismo Indipendente di Valutazione. Sono inoltre previsti come valutatori dalla normativa vigente i Collegi Tecnici, i quali sono deputati alla valutazione periodica e alla fine dell'incarico dei dirigenti circa le attività professionali svolte e i risultati raggiunti, nonché il livello di partecipazione, con esito positivo, ai programmi di formazione continua, tenendo anche conto, dei risultati del controllo di gestione.

In riferimento all'impianto metodologico finalizzato all'attuazione del processo di gestione della performance, secondo il quadro normativo del D.Lgs. 150/2009, ed in linea con le disposizioni regionali di cui alla L. R. 3 febbraio 2012, n. 3, nonché alle specifiche linee guida regionali di cui al decreto dirigenziale del Direttore Generale Dipartimento Sanità n. 3957 del 27 marzo 2012, il sistema di valutazione e il sistema premiante sono stati già disciplinati nell'Azienda attraverso specifico regolamento attuativo interno adottato dal Commissario Straordinario con deliberazione n. 275 del 23.12.2015, che definisce metodologia e soggetti interessati, oltre che l'individuazione delle fasi e dei tempi, del processo di misurazione e valutazione della performance organizzativa ed individuale.

L'azienda ha quindi già definito, per come sopra indicato, sistemi di valutazione del personale dirigenziale e del comparto capaci di incidere realmente sui risultati e di orientare i comportamenti. Il sistema di valutazione permanente è sviluppato a partire da quanto previsto nei CCNL di lavoro, dai principi espressi dal D.lgs. 150/2009 e dalle linee guida regionali in materia già emanate.

Per rendere più efficace il sistema di valutazione del personale l'azienda, utilizzando di concerto l'area risorse umane e l'area programmazione e controllo e quella di ricerca e governo dell'eccellenza, s'impegna a sviluppare ulteriormente i propri sistemi informativi per renderli capaci di raccogliere, rendere fruibili e comparabili i seguenti dati:

- dati quali-quantitativi sull'attività professionale individuale e di équipe;
- informazioni sull'adozione di linee guida, protocolli e raccomandazioni diagnosticoterapeutiche aziendali;
- informazioni sulle attività di ricerca clinica applicata, sulle sperimentazioni, sulle attività di tutoraggio formativo;
- dati relativi all'appropriatezza clinica, ivi compresa quella prescrittiva;
- dati gestionali di attività ed economico-finanziari.

Con specifico riferimento al personale del Comparto l'Azienda con lo specifico regolamento di cui sopra ha provveduto, tra l'altro, a sviluppare sistemi di valutazione permanente della performance individuale e collettiva che garantiscano la misurazione e la valorizzazione del contributo fornito dal singolo e dal gruppo in termini di comportamenti organizzativi espressi e di risultati raggiunti in relazione con gli obiettivi di budget negoziati con i direttori della struttura. Tale sistema risulta essere integrato con i vari istituti contrattuali legati alla valutazione (in particolare la produttività collettiva e la progressione economica orizzontale) e assicura la selettività della valorizzazione riconoscendo le prestazioni meritevoli da quelle insufficienti e negative, evitando una eventuale "distribuzione a pioggia" dei riconoscimenti economici legati ad istituti retributivi variabili.

56. Le procedure di acquisto e la gestione degli appalti

In attesa della costituzione di un'azienda regionale delle attività tecniche e amministrative, l'Azienda provvede a recepisce quanto definito nella legge regionale 7 dicembre 2007, n. 26 e

Ho

s.m.i. in merito alla Stazione Unica Appaltante e attua quanto al riguardo stabilito dalla normativa nazionale di cui al D. L. n. 95/2012 e s.m.i. e dalla legge di stabilità 2016.

Fermo restando quanto previsto dalla legge regionale istitutiva della SUA, l'Azienda ha proceduto a stipulare con il Dipartimento regionale Salute, apposita convenzione ai fini delle procedure di acquisto accentrate.

In ogni caso l'azienda è tenuta a:

- aderire alle Convenzione Consip S.p.A., per l'acquisto di beni e servizi relativi alle categorie merceologiche presenti nella piattaforma;
- utilizzare gli strumenti di acquisto e negoziazione telematici (Sistema Dinamico di Acquisizione ovvero Mercato Elettronico della Pubblica Amministrazione) messi a disposizione dalla stessa Consip S.p.A., in caso di indisponibilità delle suddette convenzioni.

57. La gestione della qualità

Il miglioramento della qualità e la ricerca dell'eccellenza e l'adozione delle logiche e degli strumenti per la definizione di un modello gestionale basato sui principi del Total Quality Management (TQM) sono un obiettivo prioritario per l'Azienda che a tal fine ha individuato, per come, peraltro, indicato dalle specifiche linee guida regionali, tra le strutture di staff della direzione generale aziendale una specifica funzione per presidiare le attività di sviluppo e gestione per il governo dell'eccellenza.

Essa fornisce supporto metodologico alle varie strutture aziendali per il raggiungimento di quegli obiettivi, indicati dalla Direzione aziendale, che possono più utilmente richiedere l'uso di strumenti e metodi propri di questo ambito che sotto forma di ricerca e governo dell'eccellenza deve permeare tutta l'attività dell'azienda.

58. Le rilevazioni contabili

L'Azienda in materia di rilevazioni contabili si attiene a quanto stabilito dal DLgs 118/2011 nonché dalle disposizioni e provvedimenti regionali: DPGR-CA n. 96/2013, DCA n.5/2015, DCA n. 93/2015, DCA n. 117/2015 e da ultimo DCA n. 33/2016 recepito con deliberazione del Commissario Straordinario n. 118 del 8.3.2016.

59. Il controllo ex ante ed ex post di regolarità amministrativa, contabile e gestionale Ai controlli di regolarità amministrativa e contabile provvedono gli organi appositamente previsti dall'articolo 3-ter del D. Lgs. 229/99 (Collegio Sindacale) e, nell'ambito delle competenze stabilite dalla vigente legislazione, i Servizi Ispettivi di Finanza della Ragioneria Generale dello Stato e quelli con competenze di carattere generale. Le verifiche di regolarità amministrativa e contabile devono rispettare, in quanto applicabili alla pubblica amministrazione, i principi generali del codice civile.

Il controllo di regolarità amministrativa e contabile non comprende verifiche da effettuarsi in via preventiva se non nei casi espressamente previsti dalla legge e fatto salvo, in ogni caso, il principio secondo cui le definitive determinazioni in ordine all'efficacia dell'atto sono adottate dall'organo amministrativo responsabile.

60. L'attività libero professione intramuraria

L'Azienda in attuazione delle disposizioni regionali ci cui al DPGR-CA n. 150/2013 ha provveduto, con deliberazione n. 117/2016, ad aggiornare ed adottare il regolamento aziendali in materia di l'attività libero-professionale dei propri dirigenti.

DISPOSIZIONI TRANSITORIE E FINALI

Il presente atto aziendale, adottato con specifica deliberazione n. _____ del ____ del Commissario Straordinario, entra in vigore dopo il controllo regionale di conformità alle linee guida ed indirizzi al riguardo adottati dalla regione con specifico DCA n. 130/2015.

Entro 90 giorni dall'approvazione dell'atto aziendale da parte della regione, l'azienda provvederà a definire i regolamenti interni espressamente indicati e richiamati nel presente atto aziendale che formalizzati con specifiche deliberazioni del Direttore Generale saranno trasmessi alla Regione e pubblicati sul sito internet dell'azienda.

Con separato e specifico atto deliberativo si provvederà alla definizione della nuova dotazione organica e alla quantificazione del fabbisogno di personale in relazione alle vigenti disposizioni di



71

legge nazionali e regionali in materia e nel rispetto del limite di spasa per il personale stabiliti dalla legge.

Con l'entrata in vigore del presente atto aziendale si intendono revocati e quindi non più applicabili tutti i provvedimenti e le disposizioni già adottate dall'azienda in materia di organizzazione e funzionamento dell'azienda ed in contrasto con il presente provvedimento.

Con l'entrata in vigore del presente atto aziendale, in ragione della natura fiduciaria della loro nomina, decadono dall'incarico tutti i direttori di dipartimento; dopo l'entrata in vigore del presente atto il Direttore Generale potrà rinnovare l'incarico o provvedere alla nomina di un nuovo Direttore di dipartimento da individuarsi tra i dirigenti titolari di incarico di struttura complessa ricompresa nel dipartimento.

Con l'entrata in vigore del presente atto aziendale si intendono revocati tutti gli incarichi dirigenziali relativi a strutture organizzative complesse e semplici preesistenti e non più previste dal presente atto aziendale, gli stessi sono comunque prorogati fino al conferimento di nuovi incarichi dei dirigenti interessati.

Con l'entrata in vigore del presente atto aziendale, in sede di contrattazione aziendale si provvederà alla rideterminazione della graduazione delle funzioni dirigenziali del personale della dirigenza medica e veterinaria e del personale della dirigenza sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa, nonché degli incarichi di coordinamento e di posizione organizzativa del comparto, adeguando la stessa alle strutture e alla tipologia di incarichi definiti con il presente atto aziendale.

Per il conferimento di eventuali nuovi incarichi dirigenziali conseguenti agli interventi di soppressioni o diversa qualificazione nell'ambito delle strutture organizzative stabilite con il presente atto aziendale si provvederà secondo le vigenti disposizioni normative e contrattuali in materia.

L'Atto aziendale e le successive modifiche di carattere non meramente formale necessitano di specifica approvazione regionale mediante Decreto del Commissario ad acta; la proposta di modifica dell'atto aziendale è adottata dal Direttore Generale con specifico atto deliberativo.

Nel caso di costituzione di Dipartimenti interaziendali, la proposta di modifica dell'Atto aziendale viene adottata di concerto tra le Aziende interessate e la relazione di accompagnamento di entrambi gli Atti dovrà indicare esplicitamente l'avvenuta concertazione tra le aziende interessate.

L'Atto aziendale, una volta approvato dalla Regione, viene pubblicato sia sul B.U.R.C. che sul sito internet dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone.

L'adozione ed approvazione dell'Atto aziendale rappresenta tipicamente quella rilevante modifica organizzativa che impone la revisione del Piano Anticorruzione: entro 60 giorni dall'approvazione del nuovo Atto Aziendale, l'Azienda aggiorna, adotta e trasmette alla Regione e agli organi competenti il Piano Anticorruzione adeguatamente rivisto, esplicitando le più significative modifiche e/o integrazioni introdotte a seguito del nuovo assetto organizzativo.

Una volta approvato l'Atto aziendale, l'Azienda adotta, uno specifico piano attuativo di massima che prevede una serie di azioni, provvedimenti e adempimenti tra loro coordinati e correlati, essenziali per portare a compimento la progressiva implementazione del nuovo assetto organizzativo e di funzionamento dell'azienda definiti nell'atto aziendale.

L'interpretazione autentica di tutte le disposizioni contenute nel presente Atto aziendale rientra nelle competenze del Direttore generale.

Per quanto non previsto dal presente atto aziendale si rinvia alle leggi fondamentali di riforma del servizio sanitario nazionale (D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i.) dell'organizzazione amministrativa e del pubblico impiego (D.Lgs n.165/2001 e s.m.i.), alle leggi regionali di riordino del servizio sanitario regionale, alle direttive ed agli indirizzi regionali in materia di riorganizzazione delle aziende sanitarie provinciali ed ai Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro del personale del SSN tempo per tempo vigenti.

/ Xx



ATTO AZIENDALE

ZIENDAL

STRUTTURAZIONE ORGANIZZATIVA GENERALE E ORGANIGRAMMA AZIENDA

ALLEGATO TABELLA 1

ALLEGATO TABELLA 2

DIPARTHMENTI E STRUTTURE ORGANIZZATIVE COMPLESSE E SEMPLICI

ALLEGATO TABELLA 3

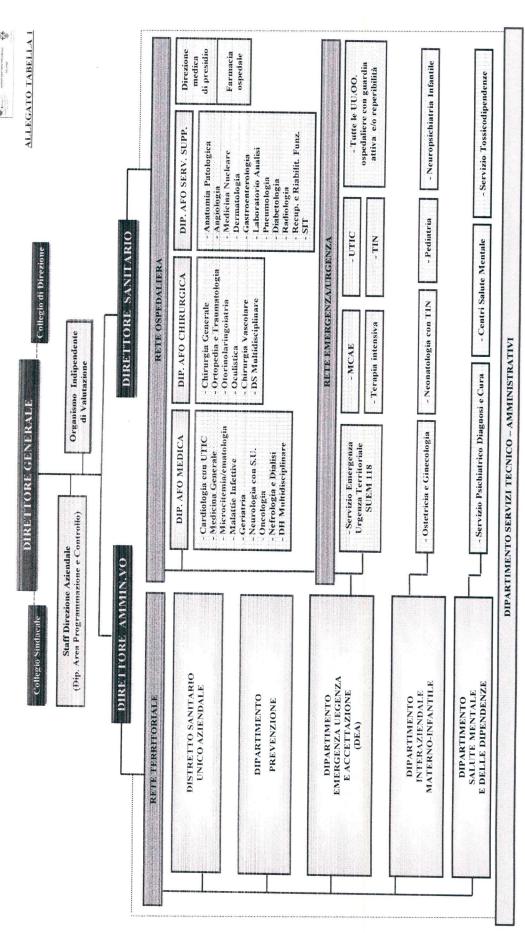
RIEPILOGO GENERALE STRUTTURE ORGANIZZATIVE

ALLEGATO TABELLA 4

DOTAZIONE ORGANICA



B



STRUTTURAZIONE ORGANIZZATIVA GENERALE E ORGANIGRAMMA AZIENDA



DIPARTIMENTI E STRUTTURE ORGANIZZATIVE COMPLESSE E SEMPLICI PRESIDIO OSPEDALIERO D CROTONE

ATTO AZIENDALE ASP CROTONE - STRUTTURE ORGANIZZATIVE OSPEDALIERE DCA n. 64/2016

Qualificazione e Numero Strutture Organizzative	itive Operative Semplici Semplici Dipartim.	0	1 SS malattie endocrine	0		0 0	0	1 0	0 0	0 0	6	0	0	1	0	0	0	2 3
ğ	Unità Operative Complesse	-	-	0	0	-	0	-	_	0	5	-	0	-	0	0	0	2
	Posti Letto Totali	20	36	10	0	20	10	10	10	9	122	30	0	30	0	4	80	72
Posti		0	0	2	0	0	2	0	က	9	13	0	0	0	0	0	0	0
	Posti Letto Diurni DS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	8
	Posti Letto Ordinari	20	36	80	0	20	80	10	7	0	109	30	0	30	0	4	0	64
	Denominazione Strutture Organizzative	Cardiologia	Medicina generale	Malattie infettive	Ematologia/Microcitemia	Geriatria	Nefrologia/Emodialisi (21 p.r. non conteg.)	Neurologia con S.U.	Oncologia	DH Multidisciplinare AFO Medica	Totali	Chirurgia generale	Oculistica	Ortopedia e Traumatologia	Otorinolaringoiatria	Chirurgia Vascolare	DS Multidisciplinare AFO Chirurgica	Totali
	Dipartimenti Ospedalieri					Dipartimento	AFO Medica							Dipartimento	AFO	Chirurgica		





	Ostetricia e Ginecologia	26	4	0	30	-	-	0	
	Neuropsichiatria Infantile	2	0	0	2	0	0	0	struttura territoriale
Dipartimento	Pediatria	80	0	2	10	~	-	0	IPAS PDTA diabete pedi.
AFO Materno-	Nido	10	0	0	10	0	0	0	p.l. non conteggiati
Infantile	Neonatologia	10	0	0	10	-	0	0	1
	con TIN	4	0	0	4	0	_	0	1
	Totali	20	4	7	99	ო	က	0	1
	Terapia Intensiva (anestesia e rianimazione)	10	0	0	10		_	0	1
DEA I° Liv.	Unità Coronarica	10	0	0	10	0	-	0	SOC Cardiologia
(componente	MCAE	œ	0	0	ω	-	-	0	posti OBI non inclusi
ospedallera)	TIN (vedi neonatologia)	0	0	0	0	0	0	0	1
	Totali	28	0	0	28	2	က	0	1
DSM	Psichiatria (SPDC)	14	0	2	16	1	0	0	1
	Anatomia Patologica	0	0	0	0	-	0	0	1
	Angiologia	0	0	0	0	0	0	_	ı
	Medicina Nucleare	0	0	0	0	-	0	0	ı
	Dermatologia	0	0	0	0	0	0	~	ı
it coil	Gastroenterologia	0	0	0	0	-	0	0	1
AFO Servizi	Laboratorio Analisi	0	0	0	0	0	0	~	Accorpa ogni attività di laboratorio presente in altre strutture del P.O.
Supporto	Pneumologia*	0	0	0	0	0	0	0	IPAS PDTA BPCO
	Diabetologia*	0	0	0	0	0	0	0	IPAS PDTA diabete adulti
	Radiologia	0	0	0	0	-	-	0	1
	Recupero e Riabilitazione Funzionale	0	0	0	0	0	0	~	1
	Servizio Trasfusionale	0	0	0	0	0	0	-	1
	Totali	0	0	0	0	4	-	2	
Direzione Medica di Presidio	a di Presidio	0	0	0	0	_	0	0	ı
Farmacia Ospedaliera	daliera	0	0	0	0	-	0	0	1
	Totali	0	0	0	0	2	0	0	
TOTALE	TOTALE STRUTTURE OSPEDALIERE	265	12	17	294	19	12	1	1

*Gli ambulatori di pneumologia e diabetologia se pur collocati in ambito ospedaliero operano prevalentemente per il territorio ed in particolare per assicurare il PDTA della BPCO e il PDTA del diabete.





ATTO AZIENDALE ASP CROTONE - STRUTTURE ORGANIZZATIVE NON OSPEDALIERE (Strutture Territoriali - Strutture Amministrative e Tecniche - Strutture di Staff) - DCA n. 130/2015)

DENOMINAZIONE STRUTTURE ORGANIZZATIVE	Qualificazi	one e Numer	o Strutture	Qualificazione e Numero Strutture Organizzative
DISTRETTO SANITARIO UNICO AZIENDALE	Unità Operative Complesse	Unità Operative Semplici	Unità Operative Semplici Dipartim	
Direzione Distretto Sanitario Unico Aziendale - Responsabile Area Sub distrettuale Crotone		_		
- Responsabile Area Sub distrettuale Cirò Marina - Responsabile Area Sub distrettuale Mesoraca*		*	0	
AREA DELLE CURE PRIMARIE: - Assistenza sanitaria di base (MMG-PLS-MCA); - Assistenza specialistica ambulatoriale;				יירטיירטיי נרטיירטיי
 - Assistenza Domiciliare; - Assistenza residenziale e semiresidenziale; - Assistenza riabilitativa territoriale extraospedaliera; - Assistenza anziani e disabili; 	~	0	0	professionali e/o posizione organizzativa
- Assistenza penitenziaria AREA CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE				
AREA SERVIZI: - Assistenza Farmaceutica - Assistenza Protesica; - Servizi Amministrativi - PIIA e CIIP		0	0	Incarichi
- Assistenza Sociale; Casa della Salute Mesoraca		-	0	e/o posizione organizzativa
Sviluppo coordinamento e verifica PDTA, governo attività specialistica ambulatoriale e monitoraggio delle liste di attesa, controllo e verifica appropriatezza prestazioni assistenza specialistica pubblica e privata	-	0	0	
rarmacia lerritoriale	-	0	0	
Totali	က	က	0	The same of the sa

* L'incarico di responsabile dell'area subdistrettuale di Mesoraca coincide con l'incarico di responsabile della Case della Salute di Mesoraca

Ro

DENOMINAZIONE STRUTTURE ORGANIZZATIVE	Qualificazi	one e Numer	ro Strutture	Qualificazione e Numero Strutture Organizzative
DIPARTIMENTO PREVENZIONE	Unità Operative Complesse	Unità Operative Semplici	Unità Operative Semplici Dipartim.	
Igiene e Sanità Pubblica		0	0	- Constitution
- Integrazione Salute e Ambiente		-	0	professionali
- Progettazione e coordinamento delle iniziative di educazione sanitaria e di prevenzione rivolta alle persone (vaccinazioni), prevenzione nelle scuole e pediatria di comunità		~	0	e/o posizioni organizzative
-Tutela della salute attività sportive		0	0	
-Attività di screening oncologici e registro tumori		0	0	***************************************
Igiene degli Alimenti e Nutrizione	0	0	-	Incarichi
Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro	-	0	0	professionali e/o posizioni
Medicina Legale	~	0	0	organizzative
Sanità Animale	0	0	-	Incarichi
Igiene produzione, trasformazione, commercializzazione conservazione e trasporto alimenti di origine animale e loro derivati	0	0	-	e/o posizioni organizzative
Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche	0	0	_	
Totali	3	2	4	



DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E TOSSICODIPENDENZE	Unità Operative Complesse	Unità Operative Semplici	Unità Operative Semplici Dipartim.	
Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC)	Struttur	a già conteggiata	Struttura già conteggiata tra quelle ospedaliere	iliere
Centro Salute Mentale (CSM) Distrettuale	-	2	0	
Servizio Tossicodipendenze Crotone (SERT)	0	-	0	
Totali	-	က	0	

DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE MATERNO INFANTILE	Unita Operative Complesse	Unità Operative Semplici	Unita Operative Semplici Dipartim.	
Ostetricia e Ginecologia	Struttur	Struttura già conteggiata tra quelle ospedaliere	ra quelle osped	aliere
Pediatria	Struttur	Struttura già conteggiata tra quelle ospedaliere	ra quelle osped	aliere
Neonatologia e TIN	Struttur	Struttura già conteggiata tra quelle ospedaliere	ra quelle osped	aliere
Neuropsichiatria Infantile	-	0	0	
Coordinamento Consultori familiari (vedi specificazione punto E40 atto aziendale)	0	0	0	
Coordinamento attività di Psicologia clinica (vedi specificazione punto E40 atto aziendale)	0	0	0	
Totali	1	0	0	

	daliere	daliere	daliere	daliere		Incarichi	professionale
Unità Operative Semplici Dipartim.	tra quelle ospe	tra quelle ospe	tra quelle ospe	tra quelle ospe	0	0	0
Unità Operative Semplici	Struttura già conteggiata tra quelle ospedaliere	-	0	-			
Unità Operative Complesse	Struttura	Struttura	Struttura	Struttura	0	0	0
DEA (1° Livello)	Terapia Intensiva	te UTIC	a MCAE	NIL	SUEM 118	Territoriale Punti di primo intervento territoriale	Totali
	DFA	Componente	Ospedaliera		DEA	Territoriale	

B

DIPARTIMENTO SERVIZI TECNICO-AMMINISTRATIVI	Unità Operative Complesse	Unità Operative Semplici	Unità Operative Semplici Dipartim.	
Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione (*)	-	-	0	
Gestione Risorse Economiche e Finanziarie	~	0	0	
Affari Generali Legali e Assicurativi (la U.O. assicura anche le funzioni Trasparenza e Anticorruzione - Gestione privacy)		. 2	0	Posizione Organizzativa e/o Incarichi
Provveditorato Economato Gestione Logistica **	-	0	0	Professionali
Gestione Tecnico - Patrimoniale	4-	-	0	
Totali	22	4	0	

(*) La funzione di definizione dei fabbisogni formativi del personale dell'azienda è in staff del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo in relazione alle rispettive competenze e ambiti formativi (**) Si fa rinvio a quanto stabilito al punto 56 dell'allegato A) del DCA 130/2015 in ordine alle procedure di acquisizione beni e servizi, nonchè alle vigenti disposizioni di cui alla legge di stabilità 2016.



FUNZIONI DI STAFF E FUNZIONI DI SUPPORTO (Dipartimento Area Programmazione e Controllo)	Unità Operative Complesse	Unità Operative Semplici	Unità Operative Semplici Dipartim.	
Programmazione Sanitaria, Pianificazione Strategica, Ricerca e Governo Eccellenza e Sviluppo Organizzativo	,	0	0	
- Monitoraggio, controllo e verifica appropriatezza delle prestazioni ospedaliere rese da tutti gli erogatori pubblici e privati per come stabilito dal DPGR 53/2011 e previsto al punto 28 dell'allegato A) al DCA 130/2015		~	0	Posizione organizzativa
Governo Clinico e Risk Management	0	0	-	dirigenziali
CUP, URP e comunicazione istituzionale	0	0	-	proressionali
Servizio Aziendale di Prevenzione e Protezione	0	0	0	
Ingegneria Clinica	0	0	_	
Ufficio Stampa legge 150/2000	0	0	0	
Programmazione e Controllo di Gestione e Sistemi Informatici		0	0	Posizione organizzativa e/o incarichi dirigenziali professionali
Epidemiologia Valutativa, Statistica e Flussi Informativi Sanitari (ex DPGR n. 101/2011)	-	0	0	Posizione organizzativa e/o incarichi dirigenziali professionali
Totali	က	-	က	
TOTALE STRUTTURE NON OSPEDALIERE	16	14	7	

STRUTTURE OSPEDALIERE	19 12 14
STRUTTURE NON OSPEDALIERE	
TOTALE AZIENDA 35	35 26

/ Xx





ALLEGATO TABELLA 3

RIEPILOGO GENERALE STRUTTURE ORGANIZZATIVE

STRU	STRUTTURE ORGANIZZATIVE	E SEMPLICI RIDETERMINATE CON IL PRESENTE ATTO AZIENDALE	DIFFERENZA CON INCARICHI ATTUALI
	OSPEDALIERE	19	-7
STRUTTURE	NON OSPEDALIERE	91	5-
COMPLESSE	TOTALE	35	-12
STRITTIBE	OSPEDALIERE	23	-26
SEMPLICI (Compreso semplici	NON OSPEDALIERE	21	-10
dipartimentali)	TOTALE	44 (2012) 100 (100 (100 (100 (100 (100 (100 (100	-36





ALLEGATO TABELLA 4

DOTAZIONE ORGANICA – Numero Dipendenti TI e TD

Ruolo	Area Contrattuale	Qualifica	Dipendenti TI e TD al 31.12.201
	Dirigenza Medica e	Dirigente Medico	342
	Veterinaria	Dirigente Veterinario	16
		Dirigente Biologo	6
		Dirigente Chimico	0
	Dirigenza Ruoli STPA	Dirigente Farmacista	10
G		Dirigente Fisico	0
Sanitario		Dirigente Psicologo	25
		Dirigente Professioni Sanitarie	0
		Collaboratore Professionale Sanitario Esperto	51
		Personale Infermieristico	546
	Comparto	Personale Tecnico Sanitario	84
		Personale della Riabilitazione	56
		Personale Vigilanza e Ispezione	16
		Dirigente Architetto	1
	Dirigenza Ruoli SPTA	Dirigente Avvocato	3
Professionale		Dirigente Ingegnere	2
	Comparto	Assistente Religioso	1
		Dirigente Analista	0
	Dirigenza Ruoli SPTA	Dirigente Statistico	0
		Dirigente Sociologo	3
		Collaboratore tecnico professionale esperto	0
		Collabor. Profes. assistente sociale esperto	1
-		Collaboratore tecnico professionale	2
Tecnico		Personale assistenza sociale	15
		Assistente tecnico	8
	Comparto	Programmatore	0
		Operatore tecnico specializzato esperto	13
		Operatore tecnico specializzato	27
		Operatore sociosanitario	8
		Operatore tecnico addetto all'assistenza	0
		Operatore tecnico	62
		Ausiliario specializzato	35
	Dirigenza Ruoli SPTA	Dirigente Amministrativo	10
		Collaboratore ammin.vo professionale esperto	7
Ammin.vo		Collaboratore amministrativo professionale	39
	Comparto	Assistente amministrativo	89
	*	Coadiutore amministrativo esperto	13
		Coadiutore amministrativo	68
		Commesso	3
	Totale Dotazion	ne Organica Aziendale	1.562

N.B. Nella tabella è conteggiato anche il personale delle equipe socio-psico-pedagogiche trasferito dalla regione.



