

REGIONE CALABRIA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CROTONE

Delibera N° 136

Originale

OGGETTO: Adozione ATTO AZIENDALE.

05 OTT. 2011

In data nella sede dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone, sita in Crotone via M. Nicoletta, angolo via G. Di Vittorio.

IL DIRETTORE GENERALE

Premesso che l'art. 3, comma 1-bis, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni, stabilisce che l'organizzazione ed il funzionamento delle aziende sanitarie sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato, nel rispetto dei principi e criteri stabiliti dalla Regione;

Visto il DPGR n. 54 del 5 luglio 2011 recante "Linee guida regionali per l'adozione degli atti aziendali", trasmesso a questa azienda 8.7.2011;

Visto il successivo DPGR n. 65 del 22 luglio 2011 con il quale sono state apportate parziali rettifiche alle linee guida regionali per l'adozione degli atti aziendali ed è stata fissata la data del 30 settembre 2011 per la presentazione da parte delle Aziende degli atti aziendali alla Regione per il relativo controllo/validazione.

Considerato che l'atto aziendale si colloca altresì nel contesto normativo del DPGR n. 18/2010 relativo al riordino delle reti assistenziali ospedaliera, emergenza urgenza e territoriale.

Considerato che nell'adozione dell'atto aziendale, quale strumento di auto-regolazione dell'attività aziendale, questa azienda ha tenuto conto dei limiti massimi di strutture organizzative complesse e semplici espressamente stabilite dalle linee guida regionali di cui al citato DPGR n 54/2011;

Fatto presente che la proposta di Atto Aziendale è stata presentata alle Organizzazioni sindacali del personale dirigente e del comparto in data 23-09-2011 e discussa negli incontri del 28.09.2011 e del 29.09.2011;

Dato atto, inoltre, che la proposta di Atto Aziendale predisposta dall'ASP è stata trasmessa alla Conferenza dei Sindaci in data 22.09.2011;

Dato atto che la medesima Conferenza è stata in un primo momento convocata per il giorno 6.10.2011 e successivamente spostata al 13.10.2011.

Vista la nota prot. 1096/SC del 4.10.2011 con la quale il Sub Commissario regionale Dr. Luigi D'Elia, richiamando il termine di presentazione dell'atto



aziendale fissato dal DPGR n. 65/2011 al 30.09.2011, invita questa ASP a trasmettere fisicamente l'atto stesso con la tempestività dovuta.

Ritenuto di approvare l'atto aziendale nel testo che forma parte integrante e sostanziale della presente deliberazione, riservandosi di esaminare l'eventuale parere che la Conferenza dei Sindaci dovesse trasmettere a questa ASP in esito alla riunione convocata per giorno 13.10.2011.

Sentito il parere favorevole del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo

DELIBERA

Per quanto espresso in premessa che qui si intende integralmente ripetuto e confermato:

1. Di approvare nel testo che forma parte integrante della presente deliberazione l'ATTO AZIENDALE che disciplina l'organizzazione ed il funzionamento dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone.
2. Di trasmettere copia della presente deliberazione alla Regione Calabria per il controllo di conformità alle linee guida di cui al DPGR n. 54/2011 ed al DPGR n. 18/2010 e per la successiva validazione.
3. Di riservarsi l'esame del parere della Conferenza dei Sindaci che dovesse eventualmente pervenire della Conferenza dei Sindaci fissata per il giorno 13.10.2011.

Il Direttore della U.O. Programmazione e Organizzazione Sanitaria
Responsabile del procedimento: Dr. Giuseppe Fratto

Il Direttore Sanitario: Dr. Francesco Paravati

Il Direttore Amministrativo: Dr. Giovanni Cozza

Il Direttore Generale: Prof. Rocco Antonio Nostro

Ufficio Affari Generali
Certificato di pubblicazione

La presente delibera è pubblicata nelle norme di legge all'Albo Pretorio dell'Azienda il 05 OTT. 2011 con protocollo Segreteria Generale n. 106, e ivi rimarrà per un periodo di dieci giorni.

Il responsabile del procedimento

Valter Cosentino

il Direttore dell'ufficio AAGG

IL DIRETTORE
Ufficio Affari Generali
(Sig. Giorgio Vignola) ELIOCCARI

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CROTONE
"MAGNAGRECIA"

Direttore Generale
Prof. Rocco Antonio Nostro

ATTO

AZIENDALE



INDICE

TITOLO 1 - ELEMENTI IDENTIFICATIVI DELL'AZIENDA 4

- 1.1 Ragione sociale, sede, riferimenti fiscali, logo e patrimonio
- 1.2 Territorio
- 1.3 Missione istituzionale
- 1.4 Visione aziendale

TITOLO 2 - L'AZIENDA E I SUOI INTERLOCUTORI ESTERNI 8

- 2.1 Partecipazione dei cittadini e le relazioni con la società civile
- 2.2 Relazioni con gli enti istituzionali
- 2.3 Rete regionale dei servizi sanitari
- 2.4 Integrazione socio-sanitaria

TITOLO 3 - I PRINCIPI ISPIRATORI DELLA GESTIONE 10

- 3.1 Unitarietà della gestione
- 3.2 Orientamento ai bisogni dell'utenza e miglioramento dei processi clinico-assistenziali
- 3.3 Integrazione ospedale-territorio
- 3.4 Rapporti convenzionali , produttori privati ed accreditamento
- 3.5 Governo clinico
- 3.6 Controllo e verifica dell'appropriatezza delle prestazioni ospedaliere
- 3.7 Innovazione gestionale e tecnologica
- 3.8 Centralità delle persone che lavorano in Azienda
- 3.9 Relazioni sindacali
- 3.10 Responsabilizzazione gestionale
- 3.11 Deleghe dei poteri

TITOLO 4 - L'ASSETTO ISTITUZIONALE 18

- 4.1 Il direttore generale
- 4.2 Il collegio sindacale
- 4.3 Il direttore sanitario
- 4.4 Il direttore amministrativo
- 4.5 La conferenza dei sindaci
- 4.6 Il collegio di direzione
- 4.7 Il consiglio dei sanitari
- 4.8 Il nucleo di valutazione
- 4.9 I collegi tecnici
- 4.10 Il comitato consultivo aziendale

TITOLO 5 - LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA23

- 5.1 I dipartimenti e l'organizzazione dipartimentale
- 5.2 Le strutture complesse e semplici
- 5.3 L'area territoriale
- 5.4 Il dipartimento programmazione e organizzazione attività sanitarie territoriali
- 5.5 Il dipartimento di prevenzione
- 5.6 Il dipartimento di salute mentale e delle dipendenze
- 5.7 Il dipartimento interaziendale materno-infantile
- 5.8 La rete farmaceutica
- 5.9 La rete assistenziale emergenza-urgenza
- 5.10 La rete assistenziale ospedaliera
- 5.11 La direzione ospedaliera



- 5.12 L'organizzazione delle attività delle professioni ex l. 42/1999
- 5.13 Servizi amministrativi e tecnologici
- 5.14 Le funzioni di staff
- 5.15 Riepilogo generale delle strutture organizzative previste nel presente atto aziendale
- 5.16 I percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali
- 5.17 L'organizzazione delle attività assistenziali
- 5.18 Gli incarichi dirigenziali
- 5.19 Le posizioni organizzative

TITOLO 6 - I SISTEMI E GLI STRUMENTI DI GESTIONE E DI CONTROLLO52

- 6.1 La pianificazione strategica
- 6.2 La programmazione e controllo e i sistemi informativi di governo
- 6.3 I sistemi di gestione e valutazione del personale
- 6.4 Le procedure di acquisto e la gestione degli appalti
- 6.5 La gestione della qualità
- 6.6 Le rilevazioni contabili
- 6.7 Il controllo interno di regolarità amministrativa, contabile e gestionale
- 6.8 L'attività libero professionale intramuraria

TITOLO 7 - NORME FINALI E TRANSITORIE.....58

ALLEGATI60

- Tabella 1 - Organigramma complessivo dell'Azienda.
- Tabella 2 - Organigramma dipartimento territoriale e strutture organizzative aggregate.
- Tabella 3 - Organigramma dipartimento di prevenzione e strutture organizzative aggregate.
- Tabella 4 - Organigramma dipartimento di salute mentale e delle dipendenze.
- Tabella 5 - Organigramma dipartimento interaziendale materno-infantile.
- Tabella 6 - Organigramma dipartimento emergenza/urgenza e accettazione.
- Tabella 7 - Organigramma dipartimenti ospedalieri.
- Tabella 8 - Organigramma dipartimento servizi amministrativi e tecno-logistici.
- Tabella 9 - Organigramma strutture di staff del Direttore Generale.
- Tabella 10 - Riepilogo generale strutture organizzative complesse e semplici.



TITOLO 1 - ELEMENTI IDENTIFICATIVI DELL'AZIENDA

1.1 - L'Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone "MAGNAGRECIA"

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone "MAGNAGRECIA", di seguito denominata Azienda, 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 LEA definiti dalla programmazione sanitaria nazionale e regionale.

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 di diritto privato.

1.2 - La sede legale, il logo e il patrimonio aziendale

La sede 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 logo ufficiale dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone è stabilito per come segue:



Il patrimonio dell'Azienda è costituito da tutti i beni mobili ed immobili ad essa appartenenti in forma di legge e come risultanti a libro degli inventari. 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.

1.3 - Il territorio e la popolazione

L'Azienda ha come contesto di riferimento il territorio della Provincia di Crotone, suddiviso in 27 Comuni, per come indicato nelle tabelle che seguono, 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 ultra sessantacinquenne e da una scolarizzazione nella media regionale, con un alto tasso di disoccupazione.

La relazione con il contesto territoriale e sociale di riferimento rappresenta per l'Azienda un principio guida della propria azione quale espressione della responsabilità pubblica della tutela della salute.





Nella tabella che segue è indicata la popolazione dei 27 Comuni appartenenti all'ASP di Crotone distinta per sesso e fasce di età.



Comune	maschi	Fasce di età							Totale
	femmine	0-4	5-14	15-24	25-44	45-64	65-74	75 +	
Belvedere di Spinello	m	47	131	166	298	271	130	106	1.149
	f	44	117	159	348	289	151	145	1.253
	m+f	91	248	325	646	560	281	251	2.402
Caccuri	m	46	74	134	243	212	79	76	864
	f	39	83	117	261	204	113	102	919
	m+f	85	157	251	504	416	192	178	1.783
Carfizzi	m	11	24	46	85	88	61	52	367
	f	12	20	28	94	110	86	65	415
	m+f	23	44	74	179	198	147	117	782
Casabona	m	67	139	191	372	326	192	149	1.436
	f	71	144	177	377	372	234	195	1.570
	m+f	138	283	368	749	698	426	344	3.006
Castelsilano	m	17	41	76	153	153	72	66	578
	f	10	50	70	149	158	85	86	608
	m+f	27	91	146	302	311	157	152	1.186
Cerenzia	m	25	73	88	171	173	61	51	642
	f	15	64	85	176	160	70	76	646
	m+f	40	137	173	347	333	131	127	1.288
Cirò	m	75	189	266	487	357	165	137	1.676
	f	86	197	248	485	413	201	175	1.805
	m+f	161	386	514	972	770	366	312	3.481
Cirò Marina	m	431	880	1.070	2.326	1.553	529	351	7.140
	f	392	847	1.066	2.377	1.581	571	466	7.300
	m+f	823	1.727	2.136	4.703	3.134	1.100	817	14.440
Cotronei	m	134	297	369	821	639	237	184	2.681
	f	143	249	355	864	650	315	271	2.847
	m+f	277	546	724	1.685	1.289	552	455	5.528
Crotone	m	1.739	3.668	4.335	9.159	7.011	2.259	1.292	29.463
	f	1.582	3.711	4.217	9.571	7.297	2.690	2.055	31.123
	m+f	3.321	7.379	8.552	18.730	14.308	4.949	3.347	60.586
Crucoli	m	57	148	242	421	391	188	134	1.581
	f	68	163	210	443	435	216	150	1.685
	m+f	125	311	452	864	826	404	284	3.266
Cutro	m	252	610	679	1.462	1.167	509	281	4.960
	f	238	567	727	1.481	1.274	615	379	5.281
	m+f	490	1.177	1.406	2.943	2.441	1.124	660	10.241
Isola di Capo Rizzuto	m	541	1.033	1.188	2.399	1.561	455	242	7.419
	f	502	1.008	1.158	2.350	1.466	469	348	7.301
	m+f	1.043	2.041	2.346	4.749	3.027	924	590	14.720
Melissa	m	93	211	234	449	353	169	124	1.633
	f	70	169	232	475	385	177	149	1.657
	m+f	163	380	466	924	738	346	273	3.290
Mesoraca	m	188	403	528	896	722	324	245	3.306
	f	166	407	577	946	738	358	344	3.536
	m+f	354	810	1.105	1.842	1.460	682	589	6.842



Comune	maschi	Fasce di età							Totale
	femmine	0-4	5-14	15-24	25-44	45-64	65-74	75 +	
Pallagorio	m	26	62	98	173	181	98	91	729
	f	18	56	93	173	197	104	119	760
	m+f	44	118	191	346	378	202	210	1.489
Petilia Policastro	m	271	605	755	1.365	1.031	378	280	4.685
	f	247	546	701	1.328	1.034	508	423	4.787
	m+f	518	1.151	1.456	2.693	2.065	886	703	9.472
Rocca di Neto	m	130	378	382	895	562	258	128	2.733
	f	155	347	406	888	617	279	167	2.859
	m+f	285	725	788	1.783	1.179	537	295	5.592
Roccamare	m	118	183	274	440	377	171	120	1.683
	f	111	162	251	490	362	177	132	1.685
	m+f	229	345	525	930	739	348	252	3.368
San Mauro March.to	m	59	139	178	283	240	128	112	1.139
	f	53	149	147	327	261	130	120	1.187
	m+f	112	288	325	610	501	258	232	2.326
San Nicola dell'Alto	m	14	36	52	100	126	75	73	476
	f	7	27	59	108	130	90	126	547
	m+f	21	63	111	208	256	165	199	1.023
Santa Severina	m	100	108	208	304	259	113	81	1.110
	f	126	130	256	334	265	139	105	1.172
	m+f	226	238	464	638	524	252	186	2.282
Savelli	m	73	126	199	187	173	90	95	714
	f	476	547	1.023	170	180	102	171	783
	m+f	549	673	1.222	357	353	192	266	1.497
Scandale	m	87	194	245	438	330	161	99	1.554
	f	86	182	228	444	367	170	137	1.614
	m+f	173	376	473	882	697	331	236	3.168
Strangoli	m	168	335	453	906	711	273	169	3.015
	f	150	340	446	983	677	353	208	3.157
	m+f	318	675	899	1.889	1.388	626	377	6.172
Umbriatico	m	20	52	65	132	113	66	40	488
	f	21	43	70	120	106	67	52	479
	m+f	41	95	135	252	219	133	92	967
Verzino	m	39	121	144	302	243	120	92	1.061
	f	44	109	150	287	255	157	114	1.116
	m+f	83	230	294	589	498	277	206	2.177
Totale Azienda	m	4.724	10.215	12.522	25.267	19.323	7.361	4.870	84.282
	f	4.404	9.941	12.208	26.049	19.983	8.627	6.880	88.092
	m+f	9.128	20.156	24.730	51.316	39.306	15.988	11.750	172.374

1.4 - La missione

L'Azienda garantisce la promozione, il mantenimento e lo sviluppo dello stato di salute della propria 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.

1.4 - La visione

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 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.

TITOLO 2 - L'AZIENDA E I SUOI INTERLOCUTORI ESTERNI

2.1 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;*
- *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 provinciale 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 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.

2.2 Relazioni con gli enti istituzionali

La responsabilità pubblica della tutela della salute trova nella disciplina contenuta nella vigente normativa 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. La responsabilità delle istituzioni locali nella programmazione sanitaria e sociosanitaria, e nella verifica dell'attività delle Aziende sanitarie si estrinseca attraverso le funzioni della Conferenza dei Sindaci e del Comitato Sindaci di Distretto. In particolare la Conferenza approva l'Atto di indirizzo e coordinamento triennale, raccordato con il Piano Sanitario Regionale e il Piano attuativo locale, il Comitato di distretto approva il Piano di attività distrettuale.



L'Azienda, e le sue articolazioni distrettuali, assicurano la massima collaborazione a tali organismi, contribuendo a livello tecnico ed organizzativo all'attività della Conferenza e dei Comitati di Distretto, con particolare riguardo all'attività di indirizzo, di programmazione e di verifica rispettivamente svolte secondo le modalità previste dalla Regione.

2.3 Rete regionale dei servizi sanitari

Nella propria attività di programmazione 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 del 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 programmazione regionale.

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

L'organizzazione dei servizi sanitari in reti cliniche integrate assume la centralità della persona come soggetto del processo assistenziale.

Gli strumenti di programmazione di ambito provinciale definiscono le reti cliniche integrate come:

- Reti tra ospedale e territorio, attraverso le quali ci si pone l'obiettivo di garantire l'unitarietà dei processi di assistenza, che risulta essenziale soprattutto nelle patologie cronico – degenerative;
- Reti che collegano il presidio ospedaliero aziendale della provincia, attraverso il quale si persegue l'obiettivo di sviluppare un'offerta qualificata ed omogenea su tutto il territorio provinciale, con riferimento alle prestazioni di assistenza ospedaliera relative all'autosufficienza territoriale;
- Reti tra presidi ospedalieri in ambito regionale, attraverso le quali si realizza la complementarietà tra esigenze di cura a diversa complessità assistenziale, per contemperare le necessità di elevata qualità dell'assistenza e sostenibilità economica di sistema.

Il modello delle reti cliniche integrate per le sue caratteristiche consente:

- elevata specializzazione
- massima efficienza tecnica
- concentrazione della casistica
- tempestività di invio delle persone ammalate dagli ospedali periferici agli ospedali di riferimento provinciali e regionali.

2.4 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 équipe di professionisti rappresentati, nel rapporto con l'utenza, da un'unica figura di riferimento.

Per le ragioni sopraesposte l'Azienda persegue l'obiettivo strategico a livello istituzionale, comunitario, 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 programmatici 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.

TITOLO 3 - PRINCIPI ISPIRATORI DELLA GESTIONE

3.1 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. La gestione unitaria dell'azienda è ispirata ai seguenti principi e valori fondamentali:

- **centralità del cittadino:** obiettivo prioritario dell'Azienda è quello di centrare l'attenzione, l'impegno e la pratica professionale sulla ricerca della soddisfazione del beneficiario dei servizi, sviluppando rapporti di fiducia e comprensione dei reciproci punti di vista nonché dei vincoli esistenti; l'impegno al miglioramento continuo della qualità dei servizi costituisce elemento necessario di tale percorso;
- **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 la 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;
- **l'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.

3.2 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 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, appropriatezza, coinvolgimento, valorizzazione e qualificazione continua delle risorse umane e professionali;
- la compatibilità tra le risorse disponibili ed il costo dei servizi offerti, nel quadro degli indirizzi di governo della Regione;
- 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 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. L'Azienda assume come valore strategico, la presa in carico globale dell'assistito, abbinando agli interventi di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione quelli relativi alla componente sociale dei bisogni del paziente.

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.

3.3 L'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 facilitata, in particolare dei pazienti cronici e dei pazienti post-acuzie. Le dimissioni facilitate garantiranno la continuità assistenziale attraverso il collegamento pre-dimissione 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 ai fini della continuità assistenziale. In quest'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.

Il coordinamento fra l'Area Territoriale e quella Ospedaliera è assicurato dal Direttore Sanitario dell'ASP.

3.4 – Rapporti convenzionali, produttori privati e accreditamento

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 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:

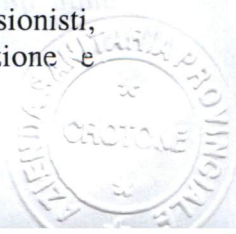
- Case di cura accreditate;
- Strutture residenziali (RSA, CP, Strutture di riabilitazione, etc.);
- Strutture di assistenza specialistica ambulatoriale;
- Medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici di continuità assistenziale e medici specialisti ambulatoriali interni.

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 Preventivo di cui alla vigente normativa nazionale e regionale.

Attraverso il Piano Annuale Preventivo per l'acquisizione delle prestazioni dai soggetti erogatori privati accreditati e attraverso la stipula di specifici contratti per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra l'azienda ed i soggetti erogatori.

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, sociosanitarie 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 regolamentata dai d.p.g.r. 28/2010 e 23/2011.

3.5 – 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 regionale, e del grado di perseguimento dei Livelli Essenziali di Assistenza;
- 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.

3.6 – 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 di ricovero ospedaliero nonché garantire la corretta compilazione delle SDO e la loro corrispondenza con le cartelle cliniche in attuazione delle disposizioni nazionali e regionali in materia, l'Azienda ha previsto l'utilizzo di specifiche risorse professionali operanti all'interno dell'apposita struttura organizzativa di programmazione acquisto e controllo delle prestazioni sanitarie afferente al dipartimento territoriale a cui si rimanda.

3.7 – Innovazione gestionale e tecnologica

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.

La costituzione a livello aziendale di una rete che consenta di aumentare la capacità di identificare precocemente le innovazioni e valutarne le implicazioni, definire appropriate politiche di adozione, passa attraverso la capacità di produrre, attraverso la ricerca, informazioni e conoscenze utili per le scelte cliniche, assistenziali ed organizzative.

La direzione strategica e il Collegio di direzione svolgono un ruolo centrale per la funzionalità del processo di governo della ricerca e dell'innovazione.

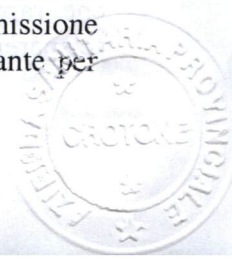
L'Azienda, attraverso le competenze sviluppate nell'ambito del governo clinico, la valorizzazione delle competenze nelle attività di valutazione delle tecnologie, l'attività di ricerca dei Dipartimenti integrati con l'Università, il sostegno e la promozione diffusa dell'integrazione tra assistenza, didattica e ricerca, risponde alla funzione di innovazione e ricerca sia nei confronti del governo dei processi interni aziendali e regionali.

3.8 – Centralità delle persone che lavorano in azienda

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 Dlgs 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.

3.9 – 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.

3.10 - La responsabilizzazione gestionale

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:

- a) 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;
- b) 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;
- c) la responsabilizzazione del personale ai fini del raggiungimento dei risultati ed la adozione degli atti datoriali di gestione organizzativa del personale che non comportano modifiche di posizione funzionale dello stesso;
- d) la armonizzazione degli orari di servizio per il miglior soddisfacimento delle esigenze dell'utenza;
- e) il controllo dell'insieme delle attività delle strutture organizzative cui sono preposti ai fini della valutazione dei risultati conseguiti;
- f) 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.

3.11 - Le deleghe e i poteri

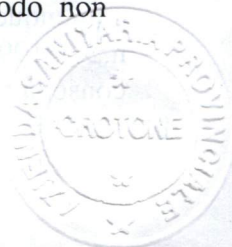
Il Direttore Generale può delegare con riferimento ad ambiti settoriali di attività ovvero all'adozione di singoli atti di diritto privato o di diritto pubblico le proprie funzioni al Direttore Amministrativo, al Direttore Sanitario, nonché ai Direttori di Dipartimento e di unità operativa complessa.

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 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. In ogni caso l'Amministrazione si riserva la clausola di recesso, ai sensi dell'art. 1373 c.c., nei contratti da esso conclusi.

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.

Gli atti che vengono assunti su precisa delega del Direttore Generale e quelli che vengono assunti nell'ambito ordinario dell'attività dei dirigenti assumono la dizione di Determinazione, pur essendo ispirati alla libertà della forma e, quindi, assunti in forma scritta svincolata da schemi prefissati devono:

- a) essere datati e numerati progressivamente e riportati, quanto ad estremi ed oggetto, in un apposito registro protocollo, tenuto in termini cartacei ovvero elettronico, unico per l'intera Azienda; ogni struttura può dotarsi di proprio registro protocollo che comunque non ha valenza probatoria ma esclusivamente organizzativa ;
- b) essere pubblicati per quindici giorni consecutivi a far data, di norma, dal primo giorno festivo successivo alla sottoscrizione;
- c) essere immediatamente esecutivi;
- d) essere sottoscritti dal Dirigente della Struttura e dal responsabile del procedimento amministrativo afferente alla struttura;

Ogni determina comportante l'assunzione di costi aziendali, prima della sua adozione deve contenere il visto di regolarità contabile attestante la compatibilità economico/finanziaria a cura del Direttore della struttura economico-finanziaria. Tale visto ha natura di controllo preventivo.

Le determinazioni dirigenziali vengono assunte in forma scritta svincolata da schemi prefissati e comunque nel rispetto delle norme procedurali 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.

TITOLO 4 - L'ASSETTO ISTITUZIONALE

4.1 - Il Direttore Generale

Il Direttore Generale è l'organo di vertice dell'azienda, le specifiche funzioni e responsabilità ad esso attribuite sono stabilite dall'articolo 3, comma 1-quater del Dlgs 502/92 e dall'articolo 14, comma 1, della L.R. n. 11/2004. Il Direttore Generale è responsabile del governo complessivo dell'azienda, ad esso sono attribuiti tutti i poteri di gestione nonché la rappresentanza legale dell'azienda e la nomina dei responsabili delle strutture organizzative dell'azienda. La responsabilità del governo complessivo dell'azienda attiene all'adozione degli atti di alta amministrazione ed all'esercizio della funzione generale di programmazione, indirizzo e controllo. 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.

Nell'esercizio delle funzioni proprie del suo ufficio, il Direttore Generale si avvale della collaborazione del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario, nonché dei direttori dei dipartimenti aziendali.

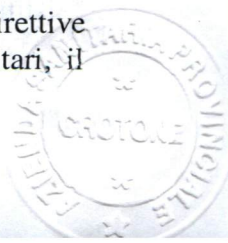
Il Direttore Generale riserva direttamente alla sua personale determinazione gli atti di "alta amministrazione" la cui valenza strategica chiama in causa il suo ruolo di vertice aziendale, risultando comunque e altresì pienamente riconosciuti i poteri di autotutela ed advocativi nei riguardi dei dirigenti in caso di loro inerzia o intempestivo attivarsi.

Il Direttore Generale, coadiuvato dal Direttore Sanitario, dal Direttore Amministrativo, con i quali costituisce la Direzione Generale dell'Azienda, è responsabile della gestione complessiva ed assicura il governo unitario dell'Azienda, nel rispetto dei principi d'imparzialità, buon andamento e trasparenza dell'amministrazione e dei criteri di efficacia, appropriatezza ed efficienza.

In particolare al Direttore Generale compete:

- la nomina del direttore amministrativo e del direttore sanitario;
- la nomina del collegio sindacale;
- la costituzione del collegio di direzione, del consiglio dei sanitari, dei collegi tecnici e del nucleo aziendale di valutazione strategica;
- 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 dei direttori di distretto;
- l'adozione dell'atto aziendale di organizzazione e funzionamento dell'azienda;
- l'adozione degli atti programmatici e dei piani annuali delle attività aziendali;
- la direttiva annuale di budget con la quale sono definiti gli obiettivi e le priorità per la gestione dell'azienda e sono assegnate le risorse umane, strumentali e finanziarie per il perseguimento degli stessi;
- il bilancio economico preventivo pluriennale;
- il bilancio economico preventivo annuale;
- il bilancio di esercizio;
- l'adozione di regolamenti interni di organizzazione delle strutture aziendali;
- la verifica attraverso i controlli interni, 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;
- l'adozione di ogni altro atto riservato dalla legislazione vigente alla sua competenza;

Il Direttore Generale assicura, in coerenza con i principi, gli obiettivi, gli indirizzi e le direttive definite dai diversi livelli di governo e di programmazione del sistema dei servizi sanitari, il



perseguimento della missione aziendale. In tale attività viene coadiuvato dagli organi e dalle strutture organizzative dell'Azienda. Il Direttore Generale è altresì responsabile della realizzazione dei programmi e dei progetti strategici, con riferimento agli obiettivi del Piano Sanitario Regionale e del Piano Attuativo Locale.

L'attività della Direzione Generale è caratterizzata dalla collegialità delle decisioni, al fine di assicurare il concorso dei diversi punti di vista tecnici e professionali alle fasi di elaborazione e di verifica dei programmi di sviluppo e di organizzazione dei servizi.

La Direzione Generale attribuisce, nel rispetto degli indirizzi strategici e dei vincoli di bilancio aziendali, le risorse umane e strumentali, ai dipartimenti dell'azienda, nell'ambito del processo di budget. Il Direttore Generale nomina i dirigenti responsabili delle diverse articolazioni organizzative e attribuisce gli incarichi professionali, in conformità a quanto disciplinato nelle norme e nei contratti di lavoro.

Il luogo privilegiato di relazione tra il Direttore Generale e gli Enti Locali è rappresentato dalla Conferenza dei Sindaci. A livello locale il Direttore Generale è rappresentato dal Direttore di Distretto da lui nominato, nell'ambito del Comitato dei Sindaci delle **tre aree distrettuali** in cui è articolato il territorio dell'Azienda. Il Direttore Generale attua il proprio mandato con autonomia imprenditoriale nell'organizzazione ed allocazione delle risorse produttive.

4.2 - Il Collegio Sindacale

Il Collegio Sindacale è organo della Azienda al pari del Direttore Generale che lo nomina, in base alla designazione delle Autorità competenti, sulla scorta di quanto previsto dall'art. 3 comma 13 del D.Lgs 502/92. Le sue competenze sono esplicitate dal Dlgs di riordino e dalle disposizioni regionali 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 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 a Dirigenti di informazioni riguardanti l'andamento della gestione in senso lato.

4.3 - Il Direttore Sanitario

Le funzioni del Direttore Sanitario dell'Azienda sono quelle stabilite dal Dlgs 502/92 e s.m.i. e dalle disposizioni normative regionali in materia.

Il Direttore Sanitario coadiuva il Direttore Generale nel governo complessivo dell'Azienda e partecipa, unitamente al Direttore Generale, che ne ha la responsabilità, alla direzione dell'Azienda, assumendo diretta responsabilità delle funzioni attribuite alla sua competenza e concorrendo, con la formulazione di proposte e di pareri, alla formazione delle decisioni della Direzione Generale.

Il direttore sanitario:

- Dirige, a livello strategico, i servizi sanitari dell'azienda ai fini tecnico-organizzativi ed igienico-sanitari.
- Svolge attività di indirizzo, coordinamento e verifica nei confronti dei direttori dei dipartimenti sanitari e promuove l'integrazione dei servizi.
- Definisce le strategie e gli indirizzi per l'adozione di provvedimenti straordinari, con tangibili e/o urgenti provvedimenti per le materie di competenza sanitaria.
- Contribuisce alla definizione dei rapporti e dei relativi accordi di natura convenzionale con istituzioni di ricerca, organizzazioni scientifiche ed università.

- Assicura il coordinamento tra le direzioni dei distretti e garantisce l'uniformità del LEA assistenza distrettuale su tutto il territorio.
- Coordina i processi di integrazione delle funzioni assistenziali nell'area minori, disabili, materno-infantile, anziani, salute mentale e tossicodipendenti.

Il direttore sanitario, inoltre:

- presiede, ai sensi della normativa vigente, il Consiglio dei Sanitari.
- promuove, nell'ambito della Direzione Strategica, lo sviluppo del governo clinico nonché dei percorsi diagnostici e terapeutici avvalendosi in particolare dei dirigenti responsabili dei dipartimenti aziendali.
- assicura lo sviluppo di programmi di miglioramento della qualità e delle procedure di accreditamento istituzionale delle strutture, con il supporto della specifica Commissione aziendale per l'accreditamento.
- presidia e coordina le attività di sviluppo e attuazione del sistema aziendale di Risk management, avvalendosi di tutte le professionalità aziendali a tal fine necessarie.
- 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 opera il servizio aziendale delle professioni sanitarie la cui strutturazione istituzionale ed organizzativa è definita con apposito atto regolamentare interno.

In caso di assenza o impedimento del Direttore Sanitario, il Direttore Generale individua il sostituto tra i direttori di dipartimento a direzione medica.

4.4 - Il Direttore Amministrativo

Le funzioni del Direttore Amministrativo dell'Azienda sono quelle stabilite dal Dlgs 502/92 e dalle disposizioni normative regionali in materia. Il Direttore Amministrativo coadiuva il Direttore Generale nel governo complessivo dell'Azienda e partecipa, unitamente al Direttore Generale, che ne ha la responsabilità, alla direzione dell'Azienda, assumendo diretta responsabilità delle funzioni attribuite alla sua competenza e concorrendo, con la formulazione di proposte e di pareri, alla formazione delle decisioni della Direzione Generale.

Il direttore amministrativo:

- Dirige, a livello strategico, i servizi amministrativi ai fini tecnico-organizzativi.
- Svolge attività di indirizzo, coordinamento, supporto, verifica nei confronti dei responsabili dei servizi amministrativi e promuove l'integrazione dei servizi stessi.
- Definisce le strategie e gli indirizzi per l'adozione di provvedimenti anche straordinari, con tangibili e/o urgenti provvedimenti per le materie di competenza amministrativa.
- Contribuisce alla definizione dei rapporti e dei relativi accordi di natura convenzionale con istituzioni di ricerca, organizzazioni scientifiche ed università.
- Assicura il presidio delle attività e dei servizi amministrativi esercitando nei riguardi dei medesimi funzioni di indirizzo e verifica dell'attività svolta onde siano costantemente assicurate le regole di legalità, imparzialità, buon andamento ed efficace ed efficiente utilizzazione delle risorse a disposizione, promuovendo ogni utile iniziativa atta a garantire nel concreto operare la massima razionalità procedurale nonché la speditezza e la imparzialità.
- Verifica l'andamento della gestione economico-finanziaria aziendale e riferisce nel merito alla Direzione Generale.
- Garantisce ogni utile iniziativa atta alla ottimizzazione dei servizi informativi garantendo che la trasmissione dei flussi informativi obbligatoriamente da rendere a terzi sia rispettosa dei tempi stabiliti.

In caso di assenza o impedimento del Direttore Amministrativo, il Direttore Generale individua il sostituto tra i direttori delle strutture organizzative afferenti al dipartimento amministrativo.

4.5 - La Conferenza dei Sindaci

La "Conferenza dei Sindaci" è l'organismo rappresentativo delle Autonomie Locali cui spetta il diritto-dovere di esprimere i bisogni socio-sanitari delle comunità amministrate.

La Conferenza, in attuazione delle norme specifiche vigenti in materia, nomina i membri dell'Esecutivo, partecipa al processo di programmazione socio-sanitaria locale, esamina gli atti di bilancio, esercita ogni altra funzione riservata alla sua competenza.

L'“Esecutivo” della Conferenza dei Sindaci è l'organismo ristretto mediante il quale la stessa Conferenza esercita le proprie funzioni di indirizzo e valutazione.

La responsabilità delle istituzioni locali nella programmazione sanitaria e sociosanitaria, e nella verifica dell'attività delle Aziende sanitarie si estrinseca attraverso le funzioni della Conferenza dei Sindaci e del Comitato Sindaci di Distretto. In particolare la Conferenza approva l'Atto di indirizzo e coordinamento triennale, raccordato con il Piano Sanitario Regionale e il Piano attuativo locale, il Comitato di distretto approva il Piano di attività distrettuale.

L'Azienda, e le sue articolazioni distrettuali, assicurano la massima collaborazione a tali organismi, contribuendo a livello tecnico ed organizzativo all'attività della Conferenza e dei Comitati di Distretto, con particolare riguardo all'attività di indirizzo, di programmazione e di verifica rispettivamente svolte secondo le modalità previste dalla Regione.

4.6 - Il Collegio di Direzione

Il Collegio di Direzione svolge le funzioni previste dall'art. 17 del Dlgs 502/92 e s.m.i.

Il Collegio di Direzione costituisce momento di incontro tra i vari professionisti in ordine alla elaborazione delle linee strategiche di sviluppo dell'azienda concorrendo con proposte, suggerimenti e adeguamenti alla funzione di governo complessivo affidato al Direttore Generale.

Il Collegio di Direzione, inoltre, svolge le ulteriori attività di proposta e/o consultive con particolare riferimento:

- ai piani per la programmazione e per la valutazione dell'attività tecnico-sanitaria e ad alta integrazione sanitaria.
- all'orientamento delle scelte in materia di organizzazione e sviluppo dei servizi e delle tecnologie.
- agli aspetti organizzativi legati all'esercizio della libera-professione intramuraria.
- alla definizione delle politiche generali di gestione delle risorse umane ed alla definizione, su delega della Direzione Generale, dei piani aziendali formativi e di aggiornamento del personale.

Il Collegio di Direzione è presieduto dal Direttore Generale, con facoltà di delega al direttore sanitario o al direttore amministrativo, ed è composto:

- dal direttore sanitario
- dal direttore amministrativo
- dai direttori di dipartimento
- dal dirigente medico del presidio ospedaliero aziendale
- dal dirigente dalle professioni sanitarie

Il Collegio è convocato dal Direttore Generale in ordine all'assolvimento delle funzioni attribuite. All'atto dell'insediamento il Collegio determinerà le proprie modalità di lavoro al fine di garantirne efficacia operativa e coerenza rispetto alle funzioni da svolgere, a tal fine, elabora il proprio regolamento di funzionamento, che è adottato dal Direttore Generale.

Il presidente del Collegio può invitare a partecipare al Collegio di direzione dirigenti dell'Azienda ed esperti anche esterni in relazione agli argomenti trattati. Il Responsabile dell'Ufficio Affari generali partecipa in qualità di segretario verbalizzante alle sedute del Collegio di Direzione.

4.7 - 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.

Fino all'approvazione della nuova disciplina delle modalità organizzative e di funzionamento del Consiglio dei Sanitari, nonché dell'elettorato e dello svolgimento delle elezioni, restano temporaneamente in vigore le disposizioni di cui alle deliberazioni della Giunta Regionale n. 2811 e 2812 del 7.5.1996.

4.8 – Il Nucleo di Valutazione -O.I.V.(Organismo indipendente di valutazione delle performance)

In posizione di staff alla direzione generale è posto il Nucleo Aziendale di Valutazione Strategica (NAVS) che supporta la direzione generale mediante la propria attività di valutazione e verifica dei risultati ed assicura le funzioni e i compiti ad esso attribuiti dalla vigente legislazione e dalle disposizioni regionali in materia. Il Nucleo di valutazione procede alle verifiche e alle valutazioni ad esso demandate dai contratti collettivi nazionali di lavoro del personale dirigente e del comparto, nell'esercizio delle proprie attribuzioni risponde direttamente al Direttore Generale. Il NAVS è composto da un minimo di 3 ad un massimo di 5 componenti, la individuazione dei componenti nonché il compenso dei componenti esterni, è determinato con apposita deliberazione del Direttore Generale con riferimento alle disposizioni regionali di cui alla DGR 873/2000 e s.m.i.

Il 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 in relazione agli obiettivi affidati, anche ai fini dell'attribuzione della retribuzione di risultato.

Ai sensi dell'art. 30, comma 2 del D.Lgs. 150/2009, la validità ad operare del Nucleo di valutazione, con i compiti, l'organizzazione e le attribuzioni precedentemente definiti è stabilita 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 sarà normata secondo gli indirizzi emanati tramite l'organismo regionale di coordinamento del sistema di valutazione della performance, appositamente istituito presso il Dipartimento della Salute.

Secondo quanto definito dal d.lgs. 150 del 2009 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;
- 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, dai contratti collettivi integrativi, dai 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 5 del D.Lgs 150/09.

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 Decreto 150/09. La composizione ed il funzionamento degli O.I.V. verranno definiti a seguito dell'adozione dei provvedimenti attuativi in materia.

4.9 - Il Collegio Tecnico

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, tenuto conto anche delle valutazioni annuali del Nucleo di Valutazione. Le specifiche attribuzioni del Collegio Tecnico e la procedura di nomina, sono stabiliti dall'Azienda con specifico provvedimento, lo

stesso provvedimento regola le modalità di funzionamento e di valutazione nonché la composizione dei Collegi Tecnici.

4.10 - Il Comitato consultivo aziendale

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.

TITOLO 5 - LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA

La strutturazione organizzativa complessiva dell'azienda è definita per come indicato nell'organigramma di cui alla **Tabella 1** allegata al presente atto per costituirne parte integrante e sostanziale.

5.1 - I Dipartimenti e l'organizzazione dipartimentale

L'organizzazione dipartimentale, ai sensi e per gli effetti dell'articolo 17-bis, del Dlgs 502/92 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 assicurano la gestione unitaria delle risorse al fine di soddisfare gli obiettivi negoziati a livello aziendale, adottando soluzioni organizzative che garantiscano servizi tecnicamente appropriati e di elevata qualità tecnica, rispondenti alle necessità assistenziali e alle preferenze della persona (dip. Sanitari) nonché alle necessità di governo e gestione dell'azienda (dip. Amm.vi).

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.

I rapporti gerarchici tra le strutture all'interno del dipartimento e il Direttore del dipartimento sono definiti per come indicato negli organigrammi allegati al presente atto.

I Direttori dei Dipartimenti dipendono e rispondono direttamente alla Direzione Generale Aziendale. La Direzione Medica del Presidio Unico Ospedaliero dell'ASP assume invece un ruolo aziendale di responsabilità nell'ambito igienico - organizzativo e nell'ambito del *facility management* del presidio ospedaliero.

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

I dipartimenti ospedalieri in cui è organizzato il presidio ospedaliero dell'ASP sono costruiti considerando le U.O., i posti letto e le funzioni del presidio SPOKE quale risulta il P.O. di Crotone dal DPGR n. 18/2010 relativo al riassetto della rete ospedaliera regionale. Nei dipartimenti sono applicate le logiche di governo collegiale i cui processi di coordinamento e controllo sono previsti e descritti con apposito regolamento da definirsi entro 90 giorni dall'approvazione del presente atto aziendale da parte della Regione.

Sono organi del dipartimento: il Direttore del dipartimento e il Comitato di dipartimento, funzioni e competenze del Direttore di dipartimento e del Comitato di dipartimento sono definite nel regolamento di funzionamento del Dipartimento stesso.

Il Direttore di dipartimento è nominato dal Direttore Generale tra i direttori delle strutture complesse, con rapporto di lavoro esclusivo ed a tempo indeterminato, afferenti al dipartimento. Il direttore del dipartimento deve dedicare prioritariamente la sua attività lavorativa all'espletamento dei compiti connessi a tale incarico pur rimanendo titolare della struttura complessa di appartenenza. Il regolamento di funzionamento dei dipartimenti di cui sopra, deve prevedere, specificamente, la consegna di report trimestrali da parte del Direttore di dipartimento al Direttore Generale e una valutazione negativa sull'andamento dell'attività del dipartimento costituisce motivo di revoca dell'incarico al direttore del dipartimento stesso.

In coerenza con quanto definito nel DPGR 18/2010, nonché di quanto al riguardo stabilito nelle linee guida per l'adozione degli atti aziendali di cui al DPGR 54/2011, i dipartimenti dell'ASP sono definiti per come di seguito indicato:

- Dipartimento Programmazione e Organizzazione Assistenza Sanitaria Territoriale
- Dipartimenti Prevenzione
- Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze
- Dipartimento Interaziendale Materno-Infantile
- Dipartimento Emergenza-Urgenza e Accettazione
- Dipartimenti Ospedalieri (AFO Medica – AFO Chirurgica – AFO Servizi di Supporto)
- Dipartimento Servizi Amministrativi e Tecnico-Logistici

Lo specifico ruolo, la specifica funzione nonché la strutturazione e le unità organizzative di ciascuno dei dipartimenti all'interno del modello organizzativo e di governo aziendale sono definiti per come indicato nei successivi specifici punti del presente atto aziendale. Nell'apposito regolamento di Dipartimento saranno definite le funzioni degli organi di dipartimento (Direttore di Dipartimento e Comitato di Dipartimento).

5.2 – Le strutture operative complesse e semplici e l'individuazione del contingente massimo

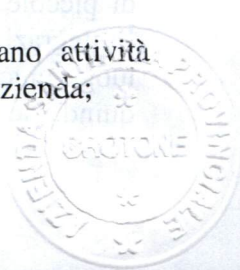
Per struttura operativa si intende l'articolazione organizzativa alla quale è attribuita la responsabilità di gestione di risorse umane, strumentali e finanziarie. Nell'ambito della strutturazione organizzativa dell'Azienda si articolano diverse tipologie di Unità Operative, dotate di specifiche competenze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

Con riferimento alle articolazioni organizzative sopra descritte, la classificazione delle Unità Operative, in coerenza con quanto stabilito dalle indicazioni regionali di cui alle linee guida allegate al DPGR . 54/2011, è basata sul seguente schema:

a) Unità Operative Complesse

In generale, sono complesse le Unità Operative che presentano almeno una delle seguenti caratteristiche:

- assicurano funzioni di produzione di prestazioni o di servizi che fanno riferimento a un sistema di conoscenze e competenze, normalmente riconducibili a discipline normativamente riconosciute e che mobilitano un volume di risorse qualitativamente e quantitativamente significativo;
- esercitano funzioni di rilievo nel supporto alla Direzione Generale e riguardano attività prioritariamente connesse con la pianificazione e con la crescita organizzativa dell'Azienda;



- coordinano processi professionali ad elevata complessità ed integrazione trasversalmente a diverse strutture dell'Azienda;
- sono caratterizzate da un elevato grado di autonomia gestionale e da piena responsabilità nella realizzazione di processi operativi per i quali sono oggetto di specifica assegnazione di risorse umane e materiali.
- esercitano funzioni di committenza aziendale o di amministrazione per settori di attività o ambiti organizzativamente riconoscibili, individuati come prioritari dalla programmazione regionale ed economicamente rilevanti quanto a risorse da allocare.

b) Unità Operative Semplici e Semplici Dipartimentali

Le Unità Operative Semplici, dotate di responsabilità ed autonomia professionale, organizzativa e gestionale, sono finalizzate a massimizzare la peculiarità delle professionalità e delle attività cliniche, assistenziali e tecniche in funzione della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate. Le strutture semplici costituiscono articolazioni organizzative interne delle strutture complesse, alle quali è attribuita responsabilità della gestione diretta di risorse umane e tecniche, fermo restando, per il titolare dell'incarico, l'obbligo di espletamento delle attività di istituto proprie della struttura complessa di appartenenza.

Le strutture operative semplici a valenza dipartimentale sono articolazioni organizzative con specifiche responsabilità dirette di gestione di risorse umane, tecniche e finanziarie, il cui responsabile risponde al Direttore di dipartimento; esse riguardano, in via prioritaria, metodologie e tecniche di intervento complementari e integrative al funzionamento di altre unità operative e/o, in via secondaria, metodologie o integrazioni di tipo organizzativo.

d) Individuazione del contingente massimo di strutture complesse e semplici.

La individuazione delle strutture complesse e semplici è effettuata coerentemente con quanto definito nel DPGR 18/2010 ed in relazione alle funzioni attribuite dalla programmazione regionale in materia di riassetto delle reti assistenziali ospedaliera, emergenza urgenza e territoriale; le altre strutture complesse e semplici sono individuate, nel limite massimo del contingente di seguito indicato e stabilito dalle linee guida regionali, ovvero rese necessarie dalla valenza strategica delle funzioni svolte, dalla complessità organizzativa e/o dalla natura dell'attività svolta, dalla rilevanza quantitativa e qualitativa delle risorse da allocare, monitorare, organizzare e gestire, nonché dal livello di autonomia e responsabilità che è necessario assicurare per un appropriato, efficace ed efficiente assolvimento della funzione.

Tenuto conto dello standard di riferimento definito dalle linee guida regionali di cui al DPGR n. 54/2011, il contingente di Unità Operative dell'Azienda è complessivamente stabilito nel numero massimo di **42 Strutture Complesse** e **76 Strutture Semplici** di cui **14** strutture semplici dipartimentali.

Nelle tabelle allegate al presente atto per costituirne parte integrante e sostanziale, a cui si rimanda, sono analiticamente indicate le strutture complesse, semplici e semplici dipartimentali, previste ed afferenti a ciascun dipartimento.

5.3 – L'Area Territoriale

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 risanamento e riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale consiste nel riordinare complessivamente 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.

La scelta del modello organizzativo dei servizi territoriali indicata, specificatamente per le aziende di piccole dimensioni, nel dipartimento del territorio appare il livello organizzativo ottimale per l'integrazione e lo sviluppo omogeneo dei vari servizi e attività sanitarie e sociosanitarie in quanto luogo unico aziendale di governo delle strutture territoriali. L'attivazione del dipartimento assicura, quindi, le funzioni di erogazione dei servizi attraverso una unica responsabilità gerarchica sulle

strutture a questo deputate tanto più in considerazione che il numero dei distretti è ridefinito prendendo a riferimento il numero minimo di 100.000 abitanti.

In tale quadro di riferimento la previsione di una specifica area organizzativa aziendale (area territoriale) unitariamente deputata allo sviluppo organizzativo, al governo, al coordinamento e al potenziamento dell'area territoriale nelle sue varie articolazioni assistenziali e socioassistenziali, costituisce la chiave per la qualificazione di tutto il sistema e, pertanto, rappresenta azione strategica finalizzata anche agli obiettivi di rientro quali:

- lo sviluppo delle forme associative dei Medici di Medicina Generale con particolare riferimento alla costituzione di team multiprofessionali (MMG, PLS, SAI, MCA, infermieri, amministrativi, assistenti sociali, personale della riabilitazione, ecc.);
- l'inserimento dei Medici di Continuità Assistenziale nell'attività territoriale (con riferimento particolare a visite domiciliari, dimissioni protette, ambulatori codici bianchi e Centri di Assistenza Primaria Territoriale);
- il potenziamento dell'assistenza domiciliare, garantendo appropriatezza e riducendo il ricorso improprio all'ospedale;
- lo sviluppo di sistemi informativi integrati atti a garantire il governo e il controllo del consumo di prestazioni, oltre che una efficace monitoraggio e valutazione delle attività e dell'uso delle risorse.

Lo strumento ordinario di pianificazione e programmazione dell'area territoriale è rappresentato dal programma delle attività territoriali (PAT). Il programma delle attività territoriali, così come previsto dal D.lgs. 229/99, art 3 quater, rappresenta l'atto esplicito della programmazione negoziata attuata con il direttore di distretto, i responsabili delle aree distrettuali e con i Sindaci dei Comuni appartenenti alle stesse aree.

Il PAT è predisposto sulla base delle risorse assegnate e tenuto conto delle priorità stabilite a livello regionale e aziendale. Tale atto di programmazione è proposto dal direttore del dipartimento del territorio di concerto con il direttore del distretto, contiene il parere del Comitato dei Sindaci delle aree distrettuali ed è approvato dal direttore generale unitamente al piano annuale delle attività aziendali. Per quanto attiene alle attività sociosanitarie il PAT è approvato d'intesa con il Comitato dei Sindaci di distretto. Il PAT definisce i risultati di salute attesi, le attività previste e le risorse disponibili, inoltre il Programma delle attività territoriali:

- prevede la localizzazione dei servizi che rientrano nella funzione di produzione del Distretto;
- definisce, nel quadro della programmazione e pianificazione stabilita dalla direzione strategica aziendale, i volumi quali-quantitativi di prestazioni di assistenza specialistica necessari per garantire i bisogni dei cittadini avvalendosi anche dell'acquisizione presso il presidio ospedaliero aziendale e le strutture private accreditate;
- garantisce il coordinamento delle attività integrate fra Distretto e le altre macrostrutture dell'azienda in particolare con il presidio ospedaliero aziendale e il Dipartimento di Prevenzione e ne prevede l'inserimento organico nel piano stesso;
- definisce, nel quadro della programmazione e pianificazione stabilita dalla direzione strategica aziendale i volumi e le tipologie delle prestazioni sociosanitarie, la localizzazione dei presidi per il territorio di competenza, la loro erogazione e le relative risorse con le rispettive quote di competenza.
- garantisce il coordinamento delle attività integrate fra il Distretto e i servizi di Salute Mentale, i servizi dei consultori famigliari, i servizi tossicodipendenze e i servizi dell'emergenza urgenza territoriale.

Il Programma delle attività territoriali è sottoposto a verifica annuale alla quale concorre il Comitato dei Sindaci di Distretto.

A tale proposito la verifica deve: - descrivere le risorse impiegate e le attività svolte sia per la funzione di produzione diretta che da privati accreditati; - esporre i risultati conseguiti rispetto ai risultati di salute attesi e agli obiettivi stabiliti dalla direzione strategica aziendale.



In sintesi, la verifica del Programma delle attività territoriali deve contenere informazioni sintetiche capaci di descrivere la coerenza delle attività svolte con gli obiettivi di salute e di gestione nonché la congruenza e l'economicità delle risorse impiegate.

5.4 - Il Dipartimento Programmazione e Organizzazione Assistenza Sanitaria Territoriale

Il dipartimento è la macrostruttura aziendale preposta alla programmazione, alla organizzazione, al coordinamento e alla gestione dell'area territoriale aziendale. Ad esso compete garantire unitariamente le attività sanitarie e sociosanitarie all'utenza attraverso le competenti e specifiche strutture organizzative aggregate nel dipartimento. Il dipartimento rappresenta, inoltre, la struttura organizzativa aziendale deputata allo sviluppo e alla qualificazione dell'assistenza sanitaria territoriale, assicurando fondamentali funzioni strategiche quali: - valutazione dei bisogni sanitari e dei problemi di controllo dell'offerta; - miglioramento dell'accesso ai servizi, di promozione dell'integrazione sociosanitaria, di progettazione personalizzata delle risposte, di continuità assistenziale; - creazione di alternative positive ai ricoveri, ponendo attenzione in primo luogo alla qualificazione delle cure domiciliari, alla integrazione operativa nel territorio dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta.

Per sviluppare le suddette funzioni strategiche il Dipartimento deve essere in grado di:

- a) dirigere unitariamente il sistema di erogazione territoriale delle prestazioni avvalendosi della conoscenza dei bisogni e delle strategie per affrontarli previste dal Programma delle Attività Territoriali;
- b) promuovere l'integrazione sociosanitaria;
- c) predisporre valutazioni periodiche, quantomeno annuali, finalizzate a verificare il conseguimento dei risultati attesi e a renderli disponibili per la comunità locale;
- d) 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;
- e) 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;
- f) promuovere la condivisione degli strumenti informativi a supporto delle decisioni e delle verifiche di efficienza e di efficacia da parte di tutti gli operatori;
- g) mettere in atto verifiche sistematiche sulla gestione degli accessi, sulla qualità dei progetti personalizzati, sulla loro attuazione, sulla verifica degli esiti e, per quanto possibile, della qualità percepita dagli utenti sui servizi resi;
- h) partecipare attivamente alla programmazione sanitaria aziendale.
- i) Garantire l'integrazione tra ospedale e territorio ed i percorsi assistenziali trasversali

Il dipartimento attraverso le specifiche strutture organizzative in esso aggregate assicura all'utenza:

- le cure primarie (medicina di base, continuità assistenziale, specialistica ambulatoriale, assistenza domiciliare e cure palliative).
- l'assistenza integrativa e protesica.
- l'integrazione socio sanitaria e la tutela della salute in ambito penitenziario.
- l'assistenza farmaceutica territoriale.

Il dipartimento è, inoltre, dotato di una struttura amministrativa di coordinamento delle attività e delle funzioni amministrative nonché di tutti i servizi logistici territoriali, la medesima struttura assicura, inoltre, le attività istruttorie per la stipula dei contratti con gli erogatori privati e la gestione integrata di tutto il settore privato accreditato.

Il dipartimento svolge, inoltre, talune delle funzioni di supporto all'attività sanitaria, espressamente previste dalle linee guida di cui al DPGR 54/2011, tendenti a supportare tecnicamente la funzione di committenza del Direttore Generale ed ad assicurare e garantire, la programmazione, l'acquisto, il controllo sull'appropriatezza delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie, la determinazione del fabbisogno e del relativo budget nonché la corretta remunerazione delle stesse.

Nell'ambito del dipartimento territoriale le funzioni, le attività e i compiti sopra delineati vengono espletati dalle specifiche strutture organizzative in esso aggregate, espressamente previste dalle linee guida regionali, inoltre, il dipartimento si avvale del supporto e delle determinazioni assunte dal *Comitato Aziendale dei Medici di Medicina Generale, dal Comitato Aziendale dei Pediatri di Libera Scelta e dal Comitato Consultivo Zonale*. I Comitati aziendali di cui sopra costituiscono le sedi nelle quali sviluppare il confronto, la partecipazione e la condivisione delle principali tematiche aziendali. Sono costituiti da rappresentanti dell'Azienda e da rappresentanti dei medici di medicina generale e continuità assistenziale, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali e all'occorrenza da rappresentanze degli altri professionisti sanitari. Nei rapporti con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta e gli specialisti ambulatoriali, l'Azienda adotta gli stessi principi previsti per il sistema delle relazioni sindacali con le organizzazioni rappresentative dei dipendenti aziendali, valorizzando lo sviluppo del sistema delle relazioni sindacali con le organizzazioni rappresentative dei medici convenzionati quale strumento indispensabile per rispondere ai bisogni dei cittadini, per garantire la qualità delle prestazioni e l'efficienza dell'azione gestionale dell'Azienda.

In particolare è demandata ai Comitati l'espressione di pareri in merito a problematiche di natura contrattuale, la stipula degli accordi aziendali e ogni altra competenza demandata dalla contrattazione nazionale e regionale sulle materie di competenza.

Il dipartimento opera nell'ambito della programmazione e pianificazione aziendale, ha autonomia organizzativa e gestionale, è centro di responsabilità e di costo ed è destinatario del budget complessivo assegnato all'assistenza territoriale e più specificamente al LEA denominato assistenza distrettuale.

La strutturazione organizzativa del dipartimento, le unità operative complesse in esso aggregate e la loro articolazione interna in unità operative semplici è definita così 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.

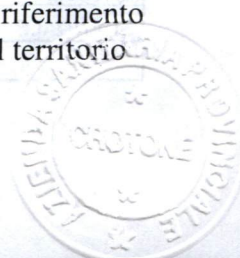
Il Distretto e le cure primarie

Nell'ipotesi, espressamente prevista dalle linee guida regionali, dell'attivazione del dipartimento del territorio, il distretto mantiene la responsabilità del coordinamento e del raccordo tra servizi territoriali dell'azienda, servizi e interventi sociali dei Comuni, strutture e servizi gestiti dal privato sociale quali strutture diurne e residenziali per minori, per disabili e per anziani. Rimane, inoltre nella responsabilità del distretto il coordinamento tra ospedale e territorio, in particolare, per ciò che attiene alle dimissioni protette.

Nel modello organizzativo definito dal presente atto aziendale la definizione di una struttura organizzativa unica che assomma la responsabilità delle funzioni del distretto per come sopra indicate e quella di gestione delle cure primarie costituisce una delle strutture organizzative di cui si compone il dipartimento territoriale, specificamente deputata alla produzione/erogazione delle prestazioni e attività sanitarie e sociosanitarie necessarie ed appropriate per assicurare ai cittadini l'assistenza sanitaria di base con particolare riferimento alle cure primarie.

In tale ambito si esplica e si valorizza il ruolo assegnato dal D.lgs. 229/99 e s.m.i. ai medici di medicina generale e ai pediatri di libera scelta, quali referenti diretti per la salute delle persone e delle famiglie, indirizzo e guida alla utilizzazione dei servizi e agenti delle funzioni educative e di promozione della salute.

In armonia con il quadro di riferimento delineato ed al fine sviluppare il nuovo ruolo assegnato all'assistenza territoriale dalla programmazione regionale, il modello organizzativo previsto dal presente atto aziendale prevede che la struttura organizzativa **Distretto e cure primarie**, oltre a rappresentare il polo di integrazione sanitaria e sociosanitaria deve costituire il punto di riferimento unico per il cittadino per l'accesso a tutti i servizi sanitari dell'azienda e socio sanitari del territorio.



e deve garantire:

- l'assistenza primaria, ivi compresa la continuità assistenziale, attraverso il necessario coordinamento e l'approccio multidisciplinare, in ambulatorio e a domicilio, tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, servizi di continuità assistenziale e gli specialisti ambulatoriali;
- il coordinamento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con le strutture operative del territorio, con particolare riferimento ai servizi specialistici ambulatoriali a gestione diretta e da privati accreditati, ai servizi a gestione diretta di assistenza domiciliare e ai servizi di assistenza residenziale e di riabilitazione territoriale resi dagli erogatori pubblici e privati accreditati;
- l'assistenza integrativa e protesica;
- l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, connotate da specifica ed elevata integrazione, nonché delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria se delegate dai Comuni;
- l'assistenza specialistica ambulatoriale a gestione diretta intervenendo in particolar modo sulla produttività ed efficacia sanitaria delle prestazioni erogate e sulle liste d'attesa;
- le attività o servizi rivolti a disabili ed anziani;
- le attività o servizi di assistenza domiciliare e di assistenza domiciliare integrata;
- la tutela della salute in ambito penitenziario;

Le prestazioni, attività e servizi sopra indicate si devono svolgere in maniera integrata e coordinata nel territorio in modo da fornire risposte di assistenza di base e specialistica come un "continuum" di cure che rispondono in maniera compiuta ai bisogni delle persone filtrando gli accessi ospedalieri secondo criteri di appropriatezza e fornendo anche risposte a ciclo continuativo o diurno.

L'articolazione territoriale e le aree sub-distrettuali

L'azienda in ragione della limitata entità della popolazione residente e in attuazione di quanto al riguardo disposto dalle linee guida regionali allegate al DPGR 54/2011, con l'adozione del presente atto aziendale ha individuato una unica struttura distrettuale e delle cure primarie, articolata in tre aree subdistrettuali coincidenti con i Comuni afferenti ai precedenti tre distretti (Crotone, Mesoraca e Cirò Marina), già 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 ospedaliere del dipartimento di emergenza urgenza e accettazione.

Gli ambiti territoriali delle tre aree distrettuali in cui è articolato il distretto unico dell'azienda con i relativi Comuni e la popolazione di appartenenza, sono definiti per come indicato nelle tabelle che seguono.

AREA SUB DISTRETTUALE DI CROTONE

COMUNE	popolazione		
	maschi	Femmine	totale
BELVEDERE DI SPINELLO	1.149	1.253	2.402
CROTONE	29.463	31.123	60.586
CACCURI	864	919	1.783
CASTELSILANO	578	608	1.186
CERENZIA	642	646	1.288
CUTRO	4.960	5.281	10.241
ISOLA CAPO RIZZUTO	7.419	7.301	14.720
ROCCA DI NETO	2.733	2.859	5.592
SAN MAURO MARCHESATO	1.139	1.187	2.326
SAVELLI	714	783	1.497
SCANDALE	1.554	1.614	3.186
TOTALE	51.215	53.574	104.789

**AREA SUB DISTRETTUALE
DI CIRO' MARINA**

COMUNE	popolazione		
	maschi	Femmine	totale
CARFIZZI	367	415	782
CASABONA	1.436	1.570	3.006
CIRO'	1.676	1.805	3.481
CIRO' MARINA	7.140	7.300	14.440
CRUCOLI	1.581	1.685	3.266
MELISSA	1.633	1.657	3.290
PALLAGORIO	729	760	1.489
SAN NICOLA DELL'ALTO	476	547	1.023
STRONGOLI	3.015	3.157	6.172
UMBRIATICO	488	479	967
VERZINO	1.061	1.116	2.177
TOTALE	19.602	20.491	40.093

**AREA SUB DISTRETTUALE
DI MESORACA**

COMUNE	popolazione		
	maschi	Femmine	totale
COTRONEI	2.681	2.847	5.528
MESORACA	3.306	3.536	8.842
PETILIA POLICASTRO	4.685	4.787	9.472
ROCCABERNARDA	1.683	1.685	3.368
SANTA SEVERINA	1.110	1.172	2.282
TOTALE	13.465	14.027	27.492

Le sedi di erogazione delle prestazioni e dei servizi territoriali

Le prestazioni e le attività sanitarie e sociosanitarie del territorio vengono erogate in ciascuna delle tre aree distrettuali presso:

- le sedi delle tre aree distrettuali
- gli ambulatori dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta
- il domicilio del paziente
- le farmacie convenzionate e a gestione diretta
- gli ambulatori specialistici delle strutture a gestione diretta dell'azienda
- gli ambulatori e le sedi dei presidi territoriali
- le strutture private accreditate per l'erogazione di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale ivi compreso la diagnostica strumentale e di laboratorio.
- le strutture private accreditate residenziali e semiresidenziali e quelle di riabilitazione territoriale.

Il Comitato dei Sindaci delle aree sub-distrettuali

La ridefinizione delle tre aree distrettuali quale centro di riferimento sanitario della comunità locale presuppone una rivalutazione e valorizzazione del ruolo dei Comuni, che il legislatore ha inteso realizzare con la istituzione del Comitato dei Sindaci di distretto, espressamente previsto dall'art. 3-quater, comma 4, del Dlgs. 502/92 e s.m.i. Il Comitato dei Sindaci di Distretto rappresenta il luogo del confronto con le istanze istituzionali del territorio; è composto da tutti i Sindaci dei Comuni ricadenti nel comprensorio di ciascuna delle tre aree distrettuali in cui si articola il territorio aziendale.

Ciascun Comitato è presieduto da un Presidente eletto tra i suoi componenti a maggioranza assoluta ed a scrutinio segreto. Ciascun Comitato contribuisce alla definizione dei bisogni del

territorio di competenza, alla elaborazione dei piani di programmazione locale, analizza i risultati di servizio e promuove la partecipazione dei cittadini.

Il Direttore della struttura Distretto e Cure primari e i Responsabili delle aree sub-distrettuali

L'incarico di Direttore della struttura è conferito dal Direttore Generale quale incarico dirigenziale di struttura complessa sulla base dei requisiti previsti dall'articolo 3-sexies del Dlgs. 502/92. L'incarico di Direttore della struttura **Distretto e cure primarie** viene conferito mediante selezione interna cui possono partecipare i dirigenti sanitari dell'Azienda che abbiano maturato una specifica esperienza nei servizi territoriali ed un'adeguata formazione in organizzazione sanitaria nonché i medici convenzionati da almeno 10 anni con contestuale congelamento di un posto di organico della dirigenza medica o sanitaria. Nel caso in cui l'Azienda assuma la gestione di attività e di servizi socio-assistenziali, il Direttore di cui trattasi ha la responsabilità organizzativa e gestionale di detti servizi d'intesa con i dirigenti responsabili delle aree sub-distrettuali.

Per ciascuna delle tre aree sub-distrettuali è previsto un dirigente medico responsabile con incarico dirigenziale di struttura semplice e responsabilità diretta anche di spesa nell'ambito del budget assegnato, l'incarico di responsabile dell'area sub distrettuale di Crotone coincide con l'incarico di direttore della struttura distretto e cure primarie.

Il Comitato di coordinamento delle attività distrettuali

Il Comitato delle attività distrettuali, composto dai responsabili delle strutture distrettuali, da un rappresentante dei medici di medicina generale, da un rappresentante dei pediatri di libera scelta e da un rappresentante degli specialisti ambulatoriali interni, svolge funzioni consultive e propositive e finalità di:

- coadiuvare il direttore del distretto/cure primarie nelle verifiche di attuazione dei programmi e degli interventi, anche con riferimento all'appropriatezza prescrittiva, anche in relazione ai rapporti tra medicina generale e medicina specialistica ambulatoriale e ospedaliera, in riferimento a linee guida condivise, all'applicazione di percorsi diagnostico-terapeutici concordati, al rispetto delle note dell'AIFA, anche al fine di prevenire comportamenti anomali.
- Favorire l'integrazione tra i servizi e gli operatori del distretto, garantendo la circolarità della comunicazione.
- Definire percorsi formativi delle diverse professionalità su tematiche di carattere generale (es. miglioramento continuo della qualità, sistema informativo, management, ecc.)

5.5 - 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.

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, 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 del dipartimento di prevenzione, le unità operative complesse in esso aggregate e la loro articolazione interna in unità operative semplici è definita per come indicato nella **Tabella 3** 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.

5.6 - Il dipartimento di salute mentale e delle dipendenze

Il dipartimento costituisce la macrostruttura aziendale preposta alla direzione tecnico-organizzativa, 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) e annesso Day Hospital 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 e a tossicodipendenti.

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 ed 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.

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.

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 4** 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.

5.7 - Il Dipartimento Interaziendale Materno-Infantile

Il Dipartimento Materno Infantile, di natura mista ospedaliera e territoriale, è costituito su base interaziendale. Per come espressamente indicato dalle linee guida regionali in materia di atti azioendali di cui al DPGR 54/2011 ed in coerenza con quanto definito per la rete ospedaliera dal DPGR n. 18/2010 il Dipartimento Materno Infantile Area Centro comprende le strutture ospedaliere e territoriali dell'ASP di Vibo Valentia, di Catanzaro e di Crotone, oltre alle strutture delle aziende ospedaliere che insistono sul suo territorio.

Il Dipartimento materno infantile così costituito è deputato all'assistenza sul versante sanitario di famiglie, donne, bambini e adolescenti, le strutture organizzative afferenti al dipartimento, attraverso interventi di educazione sanitaria, prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, assicurano:

- 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).

All'interno del dipartimento Materno Infantile, nell'area territoriale dell'ASP di Crotone, sono presenti servizi territoriali ed ospedalieri collegati in rete con le altre aree interaziendali di Vibo e Catanzaro ed in particolare:

- la UOC di Pediatria del presidio ospedaliero di Crotone;
- la UOC di Ostetricia e Ginecologia del presidio ospedaliero di Crotone;
- la UOSD di Neonatologia del presidio ospedaliero di Crotone;
- la UOC territoriali di Neuropsichiatria Infantile;
- la UOSD territoriali di Coordinamento dei consultori.
- UOSD territoriale di oncologia e endoscopia ginecologica

La strutturazione organizzativa del dipartimento materno infantile, le unità operative complesse, semplici a valenza dipartimentale e semplici è definita per come indicato nella **Tabella 5** 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 interessate, 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.

5.8 - La rete farmaceutica aziendale

All'interno dell'ASP 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 dal servizio farmaceutico territoriale afferente al dipartimento programmazione e organizzazione delle attività sanitarie territoriali; esso comprende tutte le attività che riguardano:

- farmaceutica convenzionata;
- vigilanza sulla farmaceutica convenzionata;
- farmacovigilanza;
- farmaco epidemiologia;
- farmaco economia;
- informazione, ai pazienti e agli operatori sanitari, sul farmaco e sui suoi effetti;
- assistenza farmaceutica in distribuzione diretta o per conto;
- assistenza farmaceutica distrettuale.

La strutturazione organizzativa dell'assistenza farmaceutica ospedaliera è assicurata dal servizio farmaceutico ospedaliero afferente alla direzione medica del P.O. di Crotone; esso comprende tutte le attività che riguardano:

- gestione quotidiana del farmaco;
- produzione di farmaci (per es. farmaci ad uso radiologico e parenterale);
- farmacovigilanza;
- farmaco epidemiologia;
- farmaco economia;
- vigilanza su tutti i prodotti sanitari;
- sperimentazione clinica;
- distribuzione diretta del I° ciclo per i pazienti in dimissione e dopo visita specialistica.

La strutturazione organizzativa del servizio farmaceutico territoriale e del servizio farmaceutico ospedaliero è quella di strutture organizzative complesse, la loro rispettiva collocazione nell'ambito del dipartimento territoriale e del dipartimento ospedaliero dei servizi di supporto nonché la loro articolazione interna in unità operative semplici è definita per come indicato, rispettivamente, nelle tabelle 2 e 7 allegata al presente atto.

5.9 - La rete assistenziale dell'Emergenza-Urgenza

La rete locale dell'emergenza-urgenza è definita in attuazione di quanto stabilito nell'allegato 2 del DPGR n. 18/2010 che ne definisce la strutturazione organizzativa e gestionale. Il piano attuativo locale del DPGR n. 18/2010 al riguardo adottato dall'ASP ed a cui si rimanda definisce gli specifici aspetti strutturali, organizzativi e gestionali della rete aziendale dell'emergenza-urgenza. Nel presente atto sono riportati gli aspetti di sintesi più significativi della rete aziendale dell'emergenza-urgenza sia nella sua parte territoriale che in quella ospedaliera.

L'area territoriale della rete emergenza-urgenza

Il sistema di emergenza urgenza SUEM 118 dell'ASP di Crotone è stato il primo ad essere attivato nella Regione ed è operativo sin dal gennaio 1996. Il sistema è attivo su tutto il territorio dell'azienda, è gestito e organizzato dalla Centrale Operativa SUEM 118 che governa tutte le risorse tecnico-sanitarie e di personale afferenti al sistema dell'emergenza urgenza presenti sul territorio.

L'organizzazione del servizio è sostanzialmente quella prevista dal DM 27 marzo 1992 e dalle disposizioni regionali in materia.

La rete dell'emergenza territoriale è sostanzialmente distinta in due fasi principali:

1) Fase di allarme sanitario in cui la Centrale Operativa del 118 riceve le richieste di soccorso, valuta il grado di complessità dell'evento e garantisce, coordinandoli, tutti gli interventi di soccorso nell'ambito territoriale di riferimento.

2) Fase di risposta territoriale nella quale classificati gli eventi utilizzando codici noti e definiti, la Centrale Operativa dispone l'invio di mezzi di soccorso od attiva le postazioni territoriali.

Per svolgere tali funzioni la C.O. del 118 deve essere a conoscenza, in tempo reale della dislocazione e tipologia dei mezzi di soccorso utilizzabili e delle postazioni relative alla emergenza territoriale rappresentata dal personale e dai mezzi di soccorso delle PET e dai medici di continuità assistenziale la cui attività deve essere di collaborazione attiva all'interno del servizio "118", per le ore di competenza. Analogamente anche i medici di assistenza primaria ed i pediatri di libera scelta devono essere coinvolti nella gestione delle urgenze/emergenze, sempre in collaborazione con la Centrale Operativa. Il raccordo è considerato essenziale nella gestione del soccorso trattandosi, spesso, di interventi terapeutici risolutivi di modesto impegno assistenziale su pazienti noti ai medici di base e può essere assicurato dai medici di assistenza primaria e pediatri di libera scelta, riuniti in associazione, consentendo di affrontare le situazioni di emergenza nei periodi di tempo non "coperti" dal servizio di continuità assistenziale, senza dislocare i pazienti.

L'intervento del medico di assistenza primaria o del pediatra di libera scelta, attivati dalla Centrale operativa, contribuisce all'abbattimento dei tempi di attesa per i soccorsi, consente di stabilire e programmare, di concerto con il personale di Centrale, l'eventuale ospedalizzazione nella struttura più idonea e di limitare il numero dei soggetti che chiedono di essere visitati in Pronto Soccorso ed ai quali è assegnato un "codice bianco", limitando le prestazioni improprie degli ospedali.

La fase territoriale è inoltre assicurata omogeneamente su tutto il territorio aziendale da tre punti di primo intervento (PET) coordinati dalla C.O. del 118 e collocati in ciascuna delle tre aree subdistrettuali in cui è articolato il territorio dell'azienda. In ciascuno dei Punti di Emergenza Territoriale, attivo 24 ore su 24 e dotato di personale medico dell'emergenza territoriale, di infermieri professionali e di autisti di ambulanza, oltre che delle attrezzature indispensabili per il soccorso, si effettuano interventi minori, stabilizzazione dei pazienti e, se del caso, trasporto presso il presidio ospedaliero dell'azienda o altro presidio ospedaliero idoneo.

L'esito di una emergenza sanitaria che si verifica sul territorio viene significativamente influenzato dai tempi di soccorso sanitario. Ciò è vero in particolare per alcuni quadri clinici quali i traumi gravi e le emergenze cardiologiche.

Sulla base di queste considerazioni i tempi standard di intervento del soccorso extraospedaliero indicati dalla normativa nazionale appaiono un ragionevole riferimento programmatico e pertanto, fino a diverse determinazioni regionali, la programmazione operativa aziendale intende assumere tali standard come obiettivo, tenendo altresì conto delle caratteristiche territoriali e delle risorse disponibili.

I tempi di intervento sul territorio complessivi, dalla chiamata, sono fissati, ai fini della programmazione, come segue: entro 8 minuti nelle aree urbane, entro 15 minuti nelle aree extraurbane prossimali, entro 20 minuti nelle aree extra urbane distali. Tali parametri sono inoltre i riferimenti per la dislocazione quali-quantitativa delle postazioni sul territorio.

Le aree urbane sono identificate negli aggregati di popolazione non inferiore ai 25.000 abitanti: a queste possono essere aggiunte le aree poste in prossimità di una postazione di emergenza territoriale (PET) che siano di norma raggiungibili in tempi brevi dai mezzi di soccorso.

Sulla base di tali criteri è compito della centrale operativa 118 di provvedere a mappare il territorio in specifici settori, con i relativi tempi di intervento, individuando e descrivendo eventuali zone critiche che richiedano o tempi di intervento più lunghi o una diversa dislocazione dei mezzi. Allo stato è già stata individuata quale area critica quella litoranea ionica ricompresa tra Steccato di Cutro e Crotone.

Al di là della necessità di tenere sotto controllo ogni singolo superamento della soglia fissata mediante audit, si considera ottimale un livello di performance tendenziale che preveda il rispetto dei tempi per i codici rossi nel 95% degli interventi, con superamenti che non vadano oltre al 50% del tempo previsto.

Il bacino d'utenza dell'Azienda è contraddistinto dalla presenza di aree urbane, suburbane prossimali e rurali. Vi è attualmente una distribuzione dei mezzi con tempi di intervento solo in alcuni casi "fuori" standard, ma compensati da una elevata percentuale di medicalizzazione degli interventi; in generale si riscontra una limitata presenza di aree con criticità nei tempi di intervento. Sul nostro territorio non si individua pertanto la necessità di effettuare interventi riorganizzativi di particolare rilevanza (fatta eccezione per l'area critica sopra richiamata), sono esclusivamente ipotizzabili interventi di riequilibrio delle risorse all'interno all'area e comunque limitati ad aspetti locali del sistema.

Sempre ai fini programmatori, oltre al rispetto degli standards temporali, occorrà prendere in considerazione anche altri elementi (disponibilità di mezzi con infermiere professionale, con medico, con soccorritore, manovre eseguite, dati di mortalità) che consentano in qualche modo di valutare processo ed esito delle attività assistenziali.

L'esigenza di considerare l'apparato del 118 come un sistema in grado di erogare prestazioni assistenziali anche ad elevata complessità, richiede che si tenga conto, oltre che della variabile tempo di intervento, anche di altre variabili che consentano di valutare il sistema per quello che ha prodotto in termini di processo e per ciò che ha prodotto in termini di effettivo guadagno di salute.

Continuità Assistenziale

La razionalizzazione deve opportunamente interessare anche l'organizzazione del Servizio di Continuità Assistenziale iniziando dalla centralizzazione delle chiamate presso le Centrali Operative 118, con apposito nucleo di gestione delle stesse.

Altri elementi di razionalizzazione previsti sono quelli relativi ad una più corretta distribuzione delle postazioni di Continuità Assistenziale.

L'area ospedaliera della rete dell'emergenza-urgenza

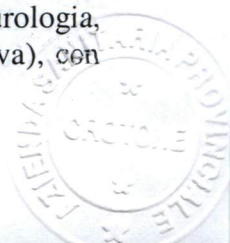
L'area ospedaliera della rete dell'emergenza-urgenza è fondamentalmente costituita dal dipartimento di emergenza urgenza (DEA) di primo livello del presidio ospedaliero di Crotone. In quanto presidio Spoke il presidio ospedaliero di Crotone è dotato di DEA con attività di pronto soccorso in grado di 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 e di urgenza operanti sia in guardia attiva che in pronta disponibilità.

La struttura è dotata di letti tecnici di Osservazione Breve Intensiva (OBI) e di letti tecnici per la terapia sub intensiva, 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 strutture organizzative di medicina generale, chirurgia generale, anestesia e rianimazione, ortopedia e traumatologia, ostetricia e ginecologia, pediatria, cardiologia con unità coronarica, neurologia, dialisi per acuti, endoscopia in urgenza, psichiatria, oculistica e urologia (non ancora attiva), 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 sono presenti e disponibili H 24 i servizi di radiologia con TAC, ecografia e RMN, di laboratorio e servizio immunotrasfusionale, inoltre per come espressamente previsto dal DPGR 18/2010 nel presidio ospedaliero Spoke di Crotone è previsto il servizio di emodinamica. Nella tabella che segue sono riportate le funzioni di emergenza urgenza del centro Spoke del P.O. di Crotone.

FUNZIONI EMERGENZA URGENZA CENTRO SPOKE

Presidio Ospedaliero di Crotone

APERTURA ATTIVITA'	24 ore su 24 365 giorni anno	
NUMERO PASSAGGI ANNUI	Maggiore di 45.000	
Responsabilità clinica ed organizzativa	SC Medicina e chirurgia d'urgenza e accettazione	
Osservazione Breve Intensiva (OBI)		10 (p.l. tecnici)
Terapia Subintensiva e media intensità di assistenza e cura		10 (p.l. tecnici)
<i>Risorse Specialistiche</i>		
Anestesia e Rianimazione	Guardia attiva H24	
Cardiologia	Guardia attiva H24	
UTIC	Guardia attiva H24	
Emodinamica	Guardia attiva H24	
Chirurgia Generale	Guardia attiva H24	
Dialisi in urgenza	Guardia attiva oppure reperibilità	
Endoscopia in urgenza	Guardia attiva H24	
Medicina Interna	Guardia attiva H24	
Neurologia	Guardia attiva H24	
Oculistica	Guardia attiva oppure reperibilità	
Ortopedia e Traumatologia	Guardia attiva H24	
Ostetricia e Ginecologia	Guardia attiva H24	
Pediatria	Guardia attiva oppure reperibilità	
Neonatologia	Guardia attiva oppure reperibilità	
Psichiatria (SPDC)	Guardia attiva oppure reperibilità H24	
Urologia	Guardia attiva oppure reperibilità H24	
Servizio di Radiologia con TAC e servizio ecografia	H24	
Servizio di laboratorio analisi	H24	
Servizio Immunotrasfusionale	H24	

La strutturazione organizzativa del dipartimento emergenza-urgenza e accettazione, le unità operative complesse in esso aggregate e la loro articolazione interna in unità operative semplici è definita per come indicato nella **Tabella 6** 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.

5.10 - La rete assistenziale Ospedaliera

La rete assistenziale ospedaliera dell'ASP è definita in attuazione di quanto stabilito nell'allegato 1 del DPGR n. 18/2010 che ridefinisce la nuova rete ospedaliera regionale secondo un modello Hub e Spoke che prevede 3 ospedali Hub, 1 ospedale universitario, 10 ospedali Spoke e 4 ospedali generali. Il piano attuativo locale del DPGR n. 18/2010, adottato dall'ASP ed a cui si rimanda, definisce gli specifici aspetti strutturali, organizzativi e gestionali del presidio ospedaliero di

Crotone che costituisce uno degli ospedali Spoke della rete ospedaliera regionale. Nel presente atto sono riportati gli aspetti di sintesi più significativi della rete ospedaliera aziendale ivi compreso l'articolazione organizzativa interna del P.O. di Crotone in dipartimenti.

Il nuovo ruolo del Presidio Ospedaliero di Crotone

Il provvedimento di riassetto della rete ospedaliera e di razionalizzazione e miglioramento dell'assistenza ospedaliera assegna al P.O. 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 residenziali e domiciliari, di diagnostica e specialistica ambulatoriale che fungono da filtro per i ricoveri inappropriati. 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 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, 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 si intende 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, anestesologiche e rianimatorie.

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.

Il riordino e la razionalizzazione del Presidio Ospedaliero di Crotone

Il presidio ospedaliero di Crotone è naturalmente parte del più complessivo piano regionale di razionalizzazione della rete ospedaliera, esso trova nelle disposizioni e negli indirizzi contenuti nel DPGR n. 18/2010 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.

Nella nostra realtà della ASP di Crotone, pur non prevedendosi interventi di chiusura e/o riconversione di presidi pubblici essendo il nostro P.O. l'unico dell'azienda, il riordino e la razionalizzazione del presidio ospedaliero si rende oltremodo necessaria anche al fine di procedere a ridefinire i fabbisogni dell'offerta ospedaliera non solo pubblica ma anche privata.

Si ritiene pertanto necessario dover provvedere:

- alla riduzione dell'attuale numero di posti letto esistenti (839 ovvero 4,84 ogni 1000 abitanti a fronte di un fabbisogno standard complessivo di 607 posti letto di cui 417 per acuti (256 pubblici e 161 privati) e 190 p.l. per non acuti (30 pubblici e 160 privati) corrispondenti a 3,5 p.l. per 1000 abitanti.
- alla riduzione dell'eccessivo tasso di ospedalizzazione (il più alto dell'intera regione, oggi pari

al 240 x 1000 a fronte di uno standard nazionale di 144 x 1000 e di quello regionale provvisoriamente programmato di 170 per 1000) che denota una significativa percentuale di inappropriata delle prestazioni di ricovero oggi rese.

- all'incremento dell'offerta appropriata dell'erogazione di prestazioni sanitarie territoriali a fronte della razionalizzazione dell'offerta ospedaliera.

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 delle nuove unità operative e dei servizi previsti dal piano di riordino regionale nonché al riassetto e alla ricollocazione organizzativa e logistica di quelli già esistenti in una logica di **ospedale per intensità di cura** che l'azienda intende dare al presidio ospedaliero aziendale.

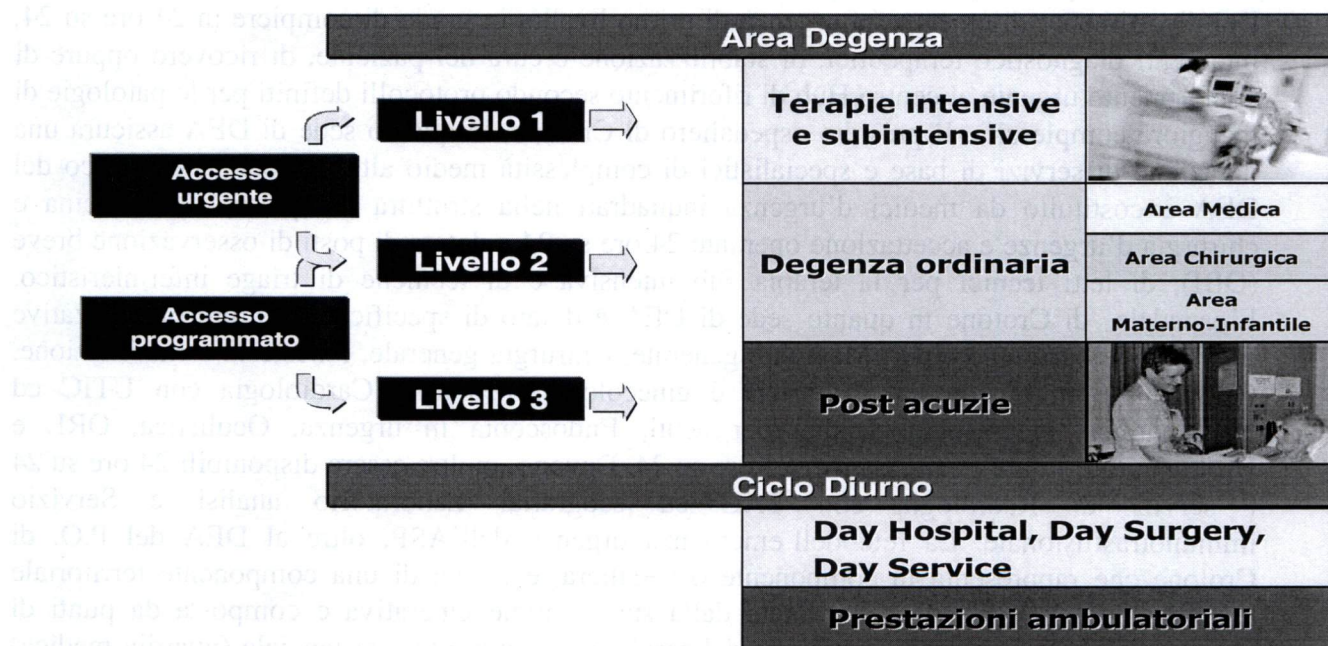
L'obiettivo più generale è di mettere al centro della struttura il paziente e organizzare l'assistenza per intensità di cura: ciascun paziente indirizzato verso un percorso unico con riferimenti sanitari certi (Medico tutor/Infermiere referente), per favorire l'appropriatezza nell'uso delle strutture ed un'assistenza qualificata continua e personalizzata.

Occorre 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.

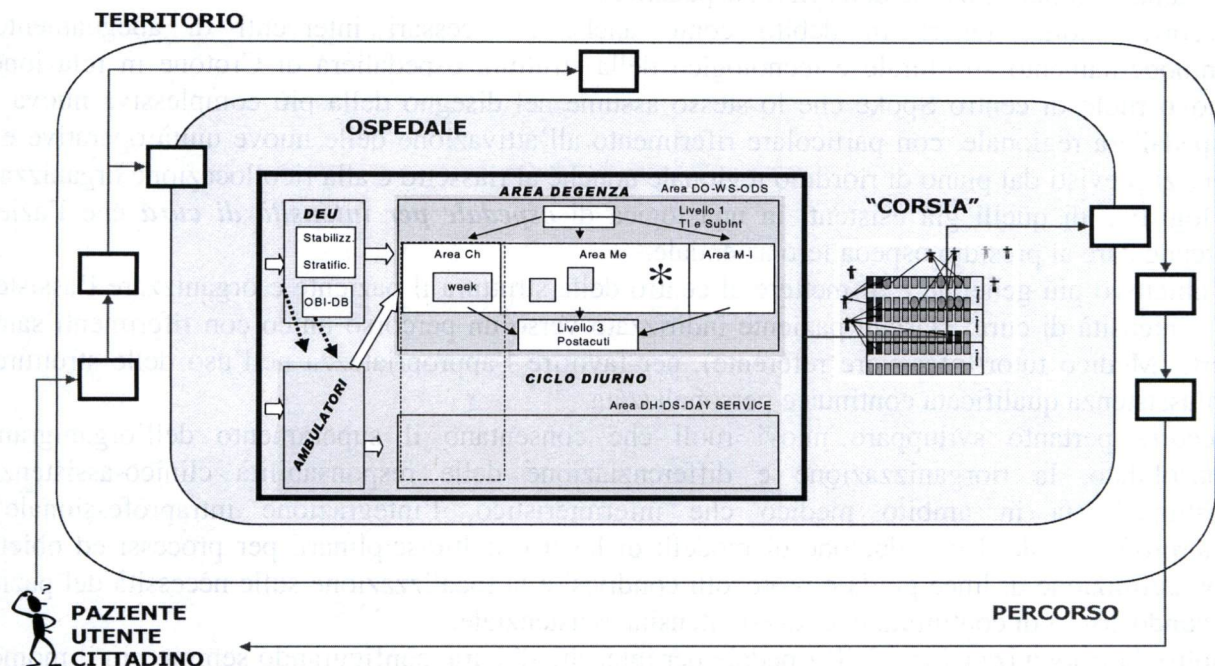
Inoltre la riorganizzazione dell'ospedale per intensità di cura, configurando sempre più il momento ospedaliero come il momento dell'acuzie, richiede una qualificazione dell'offerta territoriale che garantisca la qualità della presa in carico del paziente, rispondendo contemporaneamente alle esigenze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

Qui di seguito si riporta lo schema organizzativo di riferimento per il riassetto del P.O. di Crotone sul modello per intensità di cura.

L'OSPEDALE PER INTENSITA' DI CURE



L'OSPEDALE PER INTENSITA' DI CURE



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, dell'area post acuzie e dell'area dei servizi di supporto.

In quanto centro spoke il presidio ospedaliero di Crotone è dotato:

- Del dipartimento di emergenza urgenza di primo livello, in grado di compiere in 24 ore su 24, interventi diagnostico terapeutici, di stabilizzazione e cura del paziente, di ricovero oppure di trasferimento urgente al centro Hub di riferimento secondo protocolli definiti per le patologie di maggiore complessità. Il presidio ospedaliero di Crotone, in quanto sede di DEA assicura una dotazione di servizi di base e specialistici di complessità medio alta. Il personale medico del DEA è costituito da medici d'urgenza inquadrati nella struttura complessa di medicina e chirurgia d'urgenze e accettazione operante 24 ore su 24 e dotata di posti di osservazione breve (OBI), di letti tecnici per la terapia sub intensiva e di tecniche di triage infermieristico. L'ospedale di Crotone in quanto sede di DEA è dotato di specifiche strutture organizzative obbligatorie per legge quali: Medicina generale, Chirurgia generale, Anestesia e rianimazione, Ortopedia e traumatologia, Ostetricia e ginecologia, Pediatria, Cardiologia con UTIC ed emodinamica, Neurologia, Dialisi per acuti, Endoscopia in urgenza, Oculistica, ORL e Urologia, tutti dotati guardia attiva 24 ore su 24. Devono, inoltre essere disponibili 24 ore su 24 i servizi di Radiologia con TAC ed ecografia, Laboratorio analisi e Servizio immunotrasfusionale. La rete dell'emergenza urgenza dell'ASP, oltre al DEA del P.O. di Crotone che rappresenta la componente ospedaliera, è dotata di una componente territoriale assicurata dal SUEM 118, coordinata dalla sua Centrale Operativa e composta da punti di emergenza territoriale (PET) oltre che dal servizio di continuità assistenziale (guardia medica) notturna, prefestiva e festiva.
- Delle discipline e unità operative complesse di media, alta e altissima diffusione con posti letto dell'area medica (Medicina Generale con moduli interni e p.l. dedicati per le discipline di geriatria, malattie infettive, nefrologia, oncologia e gastroenterologia; Cardiologia con Utic ed

Emodinamica, Neurologia) dell'area chirurgica (Chirurgia Generale, Oculistica, Ortopedia e traumatologia, ORL e Urologia) dell'area materno infantile (Pediatria con modulo interno e p.l. dedicati di neonatologia, Ostetricia e ginecologia) dell'area psichiatrica (SPDC), dell'area post acuzie (Recupero e riabilitazione funzionale).

- c) Delle *unità operative complesse di supporto* quali: Laboratorio, Radiologia, SIT, Anatomia patologica, Medicina nucleare, Direzione medica di presidio e Servizio farmaceutico ospedaliero. Inoltre nel P.O. di Crotone è previsto di confermare tutti gli altri servizi ambulatoriali oggi esistenti nella struttura ivi compresi quelli non più qualificati come strutture complesse di dermatologia, diabetologia e audiologia.

In sintesi il presidio ospedaliero di Crotone così per come ridefinito dal presente provvedimento e visto dal punto di vista dei cittadini utenti non solo continuerà ad assicurare tutte le prestazioni oggi erogate, sia pure diversamente strutturate dal punto di vista organizzativo e gestionale, ma ad essi si aggiungeranno le prestazioni delle nuove unità operative di cui il piano regionale ne prevede l'attivazione quali: la urologia, la riabilitazione e recupero funzionale e l'emodinamica, oltre all'apporto fondamentale della nuova strutturazione del dipartimento di emergenza urgenza che di fatto costituisce una sorta di ospedale nell'ospedale.

In sostanza a regime il presidio ospedaliero di Crotone, riconvertito e razionalizzato per come previsto dal piano attuativo della rete ospedaliera di cui al DPGR n. 18/2010 e dal presente atto, non solo migliora l'erogazione quali-quantitativa delle prestazioni appropriate erogate ai cittadini, ma consente all'azienda razionalizzando e accorpendo strutture e personale, di realizzare l'equilibrio economico tra costi e ricavi dello stesso presidio.

Tuttavia occorre evidenziare che il successo del processo di riorganizzazione del nostro presidio dipenderà oltre che dalla capacità programmatica ed operativa che l'azienda riuscirà ad esprimere con la redazione, adozione e realizzazione concreta del presente piano attuativo, dal coinvolgimento e dalla condivisione dell'intero processo di riconversione da parte degli operatori sanitari del presidio, degli ordini professionali, della Conferenza dei Sindaci, dei rappresentanti sindacali e dei cittadini che sono in ultima analisi i destinatari dei servizi sanitari. Occorrerà, inoltre, che il processo di riassetto e razionalizzazione del presidio necessiti della dovuta gradualità e di un periodo di attuazione compatibile con i tempi imposti dal piano di rientro che dovrà consentire, partendo dalla riorganizzazione del dipartimento di emergenza urgenza, di costruire attorno ad esso tutte le altre attività ordinarie che il nuovo presidio dovrà assicurare ai cittadini.

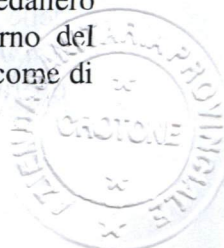
Le funzioni operative del presidio ospedaliero

Il presidio ospedaliero di Crotone è la macrostruttura aziendale deputata a garantire le prestazioni e le attività ricomprese nel LEA denominato "Assistenza Ospedaliera". Le prestazioni ricomprese 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 aziendale.

- a) pronto soccorso
- b) degenza ordinaria
- c) degenza diurna (day hospital/day surgery)
- d) attività di assistenza specialistica ambulatoriale e di diagnostica strumentale per esterni, ivi compreso le attività assistenziali in Day Service/PAC.
- e) interventi ospedalieri a domicilio
- f) riabilitazione ospedaliera
- g) lungodegenza ospedaliera
- h) raccolta, lavorazione, controllo e distribuzione degli emocomponenti e servizi trasfusionali
- i) attività di espanto 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.



Il presidio ospedaliero aziendale realizza l'insieme di prestazioni e attività sanitarie ad esso attribuite tenuto conto della funzione di centro Spoke ad esso assegnata, delle discipline, dei posti letto e delle strutture organizzative in esso operanti.

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.

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.

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 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 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 articolato nei seguenti dipartimenti ospedalieri:

- Dipartimento AFO di Medicina
- Dipartimento AFO di Chirurgia
- Dipartimento AFO Servizi Sanitari Supporto

Trovano, inoltre, collocazione nel P.O. unità operative afferenti funzionalmente ai cosiddetti Dipartimenti misti (ospedale territorio) quali il dipartimento Emergenza Urgenza e Accettazione, il dipartimento interaziendale Materno-infantile e il dipartimento di Salute mentale e delle dipendenze.

L'aggregazione delle unità operative ospedaliere in ciascuno dei dipartimenti ospedalieri e misti è definita per come indicato nelle relative tabelle allegate al presente atto.

I posti letto, le discipline e le unità operative complesse e semplici del Presidio Ospedaliero di Crotone sono quelle stabilite dall'allegato 1 del DPGR n. 18/2010 e riportate dal relativo piano attuativo adottato dall'aziendale a cui si rimanda.

La strutturazione organizzativa complessiva del Presidio Ospedaliero Aziendale, nella sua articolazione in dipartimenti, strutture organizzative complesse, strutture organizzative semplici a valenza dipartimentale, strutture organizzative semplici quali articolazioni interne delle strutture organizzative complesse è definita per come indicato nella **Tabelle 7** 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 a ciascuno dei dipartimenti ospedalieri nonché le funzioni degli organismi dipartimentali ovvero Direttore di Dipartimento e il Comitato di Dipartimento.

5.11 - La Direzione Ospedaliera

Compito principale della Direzione del presidio ospedaliero aziendale è quello di assicurare che l'operatività sanitaria si svolga in ambienti allineati, sotto il profilo igienico e sotto il profilo della garanzia di qualità, agli standard predefiniti e comunque alle norme di legge. L'azienda, quindi, conferma un'unica struttura di Direzione del presidio unico aziendale configurandola quale struttura complessa.

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 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.
- Al dirigente medico di presidio restano assegnate le attribuzioni ex articolo 5 del DPR 128/69.
- 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 le attribuzioni ex articolo 5 del DPR 128/69.

5.12 - L'organizzazione delle attività delle professioni ex legge 42/1999

Nell'ambito della nuova organizzazione delle attività assistenziali l'azienda con la definizione organizzativa delle attività delle professioni sanitarie, oltre a dare attuazione alle specifiche disposizioni di legge in materia, riconosce e valorizza il ruolo e le potenzialità degli operatori delle professioni sanitarie, realizzando l'affidamento delle aree di competenza direttamente a personale

appartenente all'area delle professioni sanitarie ed introducendo nuove e diverse modalità di organizzazione del lavoro nelle rilevanti e numerose attività assistenziali assicurate dal personale delle professioni sanitarie.

L'inserimento specifico nell'organizzazione aziendale delle attività delle professioni sanitarie e la previsione di due specifiche figure dirigenziali (Area infermieristica e Area tecnica) delle professioni sanitarie, da definirsi e attribuirsi a cura della direzione generale in relazione alle effettive esigenze organizzative, che rispondano direttamente al Direttore Sanitario dell'ASP, sono finalizzate a realizzare una revisione dei modelli organizzativi tendenti ad ottimizzare l'impiego delle risorse, a migliorare il servizio reso all'utenza e a garantire il collegamento funzionale con i dipartimenti ospedalieri e territoriali dell'ASP.

L'articolazione organizzativa delle attività delle professioni sanitarie è definita per come segue:

1) Area professionale assistenza infermieristica ed ostetrica

Nell'ambito dell'area professionale per l'assistenza infermieristica e ostetrica, tenuto conto della numerosità del personale appartenente alle varie aree professionali, possono essere previste le seguenti posizioni organizzative:

- Assistenza infermieristica e ostetrica territoriale
- Assistenza infermieristica e ostetrica ospedaliera

2) Area professionale diagnostica strumentale e tecnico-assistenziale

Nell'ambito dell'area professionale di diagnostica strumentale e tecnico-assistenziale, tenuto conto della numerosità del personale appartenente alle varie aree professionali, possono essere previste le seguenti posizioni organizzative:

- Diagnostica professionale di laboratorio
- Diagnostica professionale per immagini

3) Area professionale riabilitazione

Nell'ambito dell'area professionale di riabilitazione, tenuto conto della numerosità del personale appartenente alle varie aree professionali, possono essere previste le seguenti posizioni organizzative:

- Riabilitazione territoriale e ospedaliera

4) Area professionale prevenzione

Nell'ambito dell'area professionale di prevenzione, tenuto conto della numerosità del personale appartenente alle varie aree professionali, possono essere previste le seguenti posizioni organizzative:

- Tutela salute ambienti di vita
- Tutela salute ambienti di lavoro
- Veterinaria

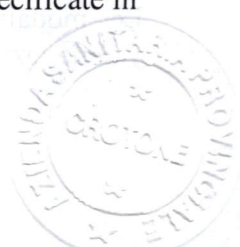
5) Area sociale professionale

Nell'ambito dell'area sociale professionale, tenuto conto della numerosità del personale può essere prevista la seguente posizione organizzativa:

- Area ospedaliera e territoriale

I compiti delle posizioni organizzative, che non sono sostitutivi dei compiti e delle funzioni dei dirigenti medici e degli altri profili sanitari, previste nelle aree di cui sopra, prevedono il concorso, per gli aspetti di competenza, alla individuazione e realizzazione degli obiettivi individuati dalla direzione strategica dell'azienda per la programmazione, organizzazione, gestione, verifica e controllo dell'erogazione delle prestazioni proprie della specifica area professionale legate alla promozione della salute, alla prevenzione, alla cura e riabilitazione e definiti per come sopra. Gli incarichi di posizione organizzativa di cui trattasi sono conferiti e sottoposti a verifica per come al riguardo stabilito dal CCNL.

In via provvisoria la figura di dirigente delle professioni sanitarie è individuata tra il personale delle professioni sanitarie incaricato di posizione organizzativa nell'ambito delle aree sopra specificate in cui si articola l'organizzazione delle attività delle professioni sanitarie nell'azienda.



L'incarico definitivo di dirigente delle professioni sanitarie è conferito secondo le procedure previste dagli articoli 6 e 7 della legge 251/2000 ed in aderenza alla specifica normativa contrattuale.

5.13 - I servizi amministrativi e tecno-logistici

I Servizi Amministrativi

L'organizzazione delle funzioni dei Servizi Amministrativi 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'accettazione di una verifica del proprio operato da parte delle altre componenti professionali presenti in Azienda (soprattutto quelle sanitarie) in un'ottica di collaborazione e complementarietà, quale conseguenza ineludibile dell'assunzione di precise responsabilità;
- 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 aziendali 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 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.

I Servizi Tecnici

Sempre più lo sviluppo delle tecnologie assume, per le organizzazioni sanitarie, un ruolo centrale, in quanto elemento imprescindibile per garantire una migliore qualità ed efficacia sia dei processi assistenziali che di quelli di supporto. In particolare, in ambito sanitario i sistemi informatici e le tecnologie biomediche ed i dispositivi medici in generale si stanno caratterizzando per la necessità di una forte integrazione, presentando imprescindibili elementi di complementarietà, in quanto attrezzature biomediche e reti di trasmissioni dati/informazioni sono ormai connotati da una relazione obbligata pur mantenendosi in ambiti normativi e legislativi separati. In particolare le tecnologie biomediche sono diventate il primo punto di raccolta dei dati clinici e ai tradizionali aspetti di sicurezza si vanno a sommare gli aspetti di integrità del flusso informativo dei dati.

Per questo l'Azienda ritiene che presupposti per l'individuazione dei modelli organizzativi più opportuni in tali ambiti siano:

- l'integrazione tra i diversi servizi chiamati a presidiare l'ambito tecnologico, in particolare tra ingegneria clinica e sistemi informativi;
- la stretta connessione tra l'ambito tecnologico e quello progettuale per garantire sinergie negli interventi ed evitare dispersione di risorse;
- lo sviluppo di metodi di lavoro orientati ai processi per assicurare l'integrazione tra i diversi attori coinvolti;
- una costante attenzione alla sicurezza (per i cittadini, gli operatori, l'ambiente) nel rispetto ed in esecuzione delle politiche di risk management sviluppate dall'Azienda;
- lo sviluppo del processo di integrazione sia in ambito ospedaliero che territoriale per assicurare un costante miglioramento della qualità dei servizi erogati e per contribuire, attraverso la realizzazione di economie di scala, a migliorare l'efficienza dell'Azienda e del sistema sanitario nel suo complesso.

L'Azienda ritiene quindi opportuno presidiare tali ambiti con servizi dedicati, fortemente integrati pur nel rispetto delle rispettive competenze specialistiche.

L'Azienda inoltre, in una logica di processo, garantisce la rispondenza del patrimonio edilizio ed impiantistico agli obiettivi di programmazione dell'offerta dei servizi sanitari. Per la progettazione edilizia ed impiantistica si avvale delle professionalità interne e della loro esperienza gestionale, e in caso di necessità temporanee, di professionisti esterni, da reperirsi mediante le procedure previste dalla normativa vigente. L'Azienda assume inoltre quale obiettivo il risparmio energetico e la razionalizzazione dei consumi, sia in fase di progettazione che di conduzione e gestione degli impianti.

Per quanto riguarda le tecnologie biomediche l'approccio organizzativo alla manutenzione prevede una gestione con un primo intervento dei tecnici del Servizio Ingegneria Clinica in modo da ottimizzare il ricorso a fornitori esterni e curare con maggior attenzione gli aspetti di sicurezza.

Il Dipartimento servizi amministrativi e tecnico-logistici

Le unità amministrative ed i servizi tecnico-logistici definiti dell'ASP sono aggregate nel dipartimento servizi amministrativi e tecno-logistici.

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 del dipartimento servizi amministrativi e tecnico-logistici, le unità operative complesse in esso aggregate e la loro articolazione interna in unità operative semplici è definita per come indicato nella **Tabella 8** 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.

5.14 - Le funzioni di staff

La direzione generale al fine di sostenere e sviluppare specifiche esigenze di coordinamento di processi a valenza aziendale si avvale di apposite strutture organizzative poste in staff alla direzione generale.

Sono da ricondursi sotto l'area dello staff della direzione aziendale le attività:

- di controllo di gestione.
- dell'ufficio relazioni con il pubblico e CUP oltre che manutenzione sito WEB aziendale.
- di pianificazione, progettazione, manutenzione immobili e attività ex art. 20.
- di relazioni sindacali.
- del sistema informativo e della gestione dei flussi
- del servizio aziendale di prevenzione e sicurezza e medici competenti.
- di controllo appropriatezza clinica e gestione del rischio clinico e di audit interno.
- di gestione della qualità.
- di sviluppo organizzativo politiche del personale e formazione.
- di comunicazione istituzionale e interna.
- di ispezione, verifica e controlli interni.

Le funzioni delle strutture e degli uffici di staff sono per propria natura di carattere multidisciplinare e a tale caratteristica dovrà essere improntata la loro composizione. In relazione alla complessità e rilevanza strategica delle materie di competenza nonché dei volumi e tipologia delle attività e funzioni da svolgere, la qualificazione delle strutture organizzative di Staff in strutture organizzative complesse, semplici a valenza aziendale o incarichi professionali è stabilita così per come indicato nella **Tabella 9** allegata al presente atto aziendale per costituirne parte integrante e sostanziale. Funzioni compiti e attività specifiche di ciascuna delle strutture ed uffici di staff della direzione strategica sono definite dal Direttore Generale con apposito regolamento interno da adottarsi in esecuzione del presente atto aziendale.

5.15 - Riepilogo generale delle strutture organizzative previste nel presente atto aziendale

Nella **Tabella 10** allegata al presente atto aziendale per costituirne parte integrante e sostanziale è riportato il prospetto riepilogativo delle strutture organizzative complesse, semplici a valenza dipartimentale e semplici quali articolazione interna delle strutture complesse, previste dal presente atto aziendale. Il numero complessivo di strutture complesse e semplici, nonché il contingente percentuale delle strutture semplici dipartimentali rispetto a quelle semplici stabilite dal presente atto aziendale è quello indicato dalle linee guida regionali di cui al DPGR n. 54/2011.

5.16 - I percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali

I percorsi assistenziali così per come definiti dai documenti di programmazione sanitaria nazionale (linee guida nazionali) risultano un importante passaggio per tutte le organizzazioni che erogano servizi alla persona. Oltre a essere strumento di maggiore controllo delle attività e di miglioramento delle prassi cliniche, essi sono senz'altro anche un atto di dovuta trasparenza sia nei confronti dei clienti sia delle comunità.

Il percorso diagnostico-terapeutico assistenziale si basa sulla ricostruzione, l'analisi e la rivisitazione critica dell'iter di assistenza e di cura, visto in una dimensione di processo, all'interno del quale viene dato risalto agli snodi decisionali, agli attori, alle azioni specifiche e alle responsabilità.

Il percorso assistenziale è pertanto il metodo migliore:

- per dare evidenza a tutti i prodotti dell'assistenza, sia clinici come la diagnosi, la terapia, sia non clinici come l'accoglienza, la registrazione dei dati;
- per rendere misurabili, attraverso specifici indicatori, i risultati generati;
- per realizzare interventi di governo clinico e implementare e diffondere "buone pratiche";
- per dare centralità al paziente.

5.17 - L'organizzazione delle attività assistenziali

L'organizzazione delle attività assistenziali prevista dal presente atto aziendale riconosce alcuni elementi fortemente innovativi rappresentati per l'area territoriale delle strutture assistenziali del territorio unitariamente aggregate nel dipartimento della programmazione e organizzazione delle attività assistenziali del territorio e per l'area ospedaliera dalla strutturazione del presidio ospedaliero aziendale in ospedale organizzato per intensità di cura.

5.18 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, nonché degli incarichi professionali, avviene nel rispetto della normativa vigente e di quanto al riguardo stabilito dai contratti collettivi nazionali di lavoro. Tutti gli incarichi dirigenziali sono conferiti in via esclusiva dal Direttore Generale per come in appresso indicato:

- a) Gli incarichi di struttura complessa sono conferiti sulla base dei criteri e delle modalità stabilite dalla normativa vigente in materia e dai contratti collettivi nazionali di lavoro.
- b) Gli incarichi di struttura semplice e/o di struttura semplice a valenza dipartimentale sono conferiti, rispettivamente, su proposta del direttore della struttura complessa cui il dirigente appartiene e su proposta del direttore del dipartimento cui il dirigente appartiene, nei limiti delle strutture organizzative individuate dal presente atto e secondo le modalità e procedure stabilite dal CCNL.
- c) Gli incarichi professionali di alta specializzazione vengono affidati, coerentemente con gli indirizzi aziendali, su proposta del Direttore della struttura complessa di appartenenza.
- d) Gli incarichi professionali conferibili ai dirigenti con meno di 5 anni di attività vengono affidati, superato il periodo di prova, su proposta del Direttore della struttura complessa di appartenenza.
- e) Gli incarichi di direttore di dipartimento sono conferiti dal Direttore Generale tra i dirigenti con incarico di direzione di struttura complessa aggregata nel dipartimento.

Ai sensi e per gli effetti dell'articolo 15-terdecies del dlgs 502/92, i dirigenti dell'ASP assumono le seguenti denominazioni, in relazione alla categoria professionale di appartenenza, all'attività svolta e alla struttura di appartenenza:

- Responsabile di struttura complessa : Direttore
- Dirigente responsabile di struttura semplice : Responsabile

Oltre agli incarichi di cui sopra, il Direttore Generale può conferire gli incarichi di cui agli artt. 15-septies commi 1 e 2 e 15-octies del D.lgs 502/92 s.i.m., che sono affidati con atto scritto e motivato su base fiduciaria e discrezionale, nel rispetto del piano annuale delle assunzioni approvato dalla regione e con oneri a carico dell'azienda, non ricompresi quindi negli specifici fondi aziendali previsti dai CC.CC.NN.LL. per la retribuzione di posizione dei dirigenti.

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.

5.19 Le posizioni organizzative

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

- Posizioni gerarchico-funzionali, collocate all'interno di articolazioni aziendali con funzioni gestionali;
- Posizioni di processo, riconducibili alla gestione di funzioni rilevanti sia di carattere sanitario che di ambito tecnico/amministrativo, formativo, di comunicazione.

L'Azienda, tenuto conto della propria struttura organizzativa, delineata nell'Atto Aziendale nonché delle esigenze di servizio, individua le posizioni organizzative, sulla base delle risorse disponibili, con specifico atto deliberativo, dandone preventiva 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 leggi regionali di organizzazione e pertanto non costituiscono posti di dotazione organica e sono modificabili per effetto: di successiva diversa organizzazione interna; diversa programmazione delle attività istituzionali; riordino dei processi gestionali finalizzati al miglioramento della efficienza organizzativa e della efficacia erogativa nonché alla determinazione di eventuali aree di improduttività.

Le posizioni organizzative 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. e dalla contrattazione locale aziendale.

Il conferimento degli incarichi riferiti alle posizioni organizzative di cui sopra, ferma restando la previsione di almeno una posizione organizzativa per ciascuno dei dipartimenti, per il distretto e per ciascuna delle tre aree sub-distrettuali, avrà luogo dopo che l'Azienda, con riferimento al proprio assetto organizzativo, 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 di cui alla lettera b) 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 di cui all'art. 36 del contratto rapportata alla natura ed alle caratteristiche dell'incarico stesso;

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.

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

TITOLO 6 - I SISTEMI E GLI STRUMENTI DI GESTIONE E DI CONTROLLO

6.1 - La pianificazione strategica

L'Azienda elabora e definisce le linee di programmazione-pianificazione e controllo strategico 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 governo e la gestione dell'Azienda si basano sulla definizione degli obiettivi di salute, di assistenza e di gestione, che orientano in modo preciso le scelte della struttura verso i bisogni prioritari della popolazione, qualificano il sistema di azioni aziendali e ottimizzano l'impiego delle risorse disponibili. La gestione per obiettivi diffusi e integrati fra i differenti livelli (integrazione verticale) e ambiti (integrazione orizzontale) di responsabilità dell'Azienda, rappresenta il fattore unificante principale del sistema e delle sue macro e micro articolazioni.

Bisogni e risultati di salute sono i riferimenti fondamentali per la definizione di scelte assistenziali, gestionali e organizzative efficaci, in quanto in grado di favorire il raggiungimento degli obiettivi identificati, di sviluppare le azioni a sostegno dei risultati e di consentire la miglior espressione delle potenzialità professionali della struttura e della sua efficienza operativa.

L'Azienda utilizza la cultura e la pratica del governo per obiettivi, adottando un sistema diffuso di pianificazione e controllo "circolare", che coinvolge tutti i livelli di responsabilità. Il sistema di pianificazione circolare è incardinato sull'incontro e sull'integrazione fra gli indirizzi generali provenienti dalla Regione e quelli specifici annualmente definiti in sede locale dalla direzione strategica aziendale.

L'incontro fra i due flussi programmatori ha lo scopo di mettere a punto e di realizzare una programmazione aziendale a doppia congruenza, in quanto in linea sia con le politiche sanitarie nazionali e regionali, che con i bisogni specifici della popolazione e con i suggerimenti e le proposte tecniche e organizzative dei professionisti e degli operatori presenti a tutti i livelli di produzione-erogazione.

Il processo di pianificazione circolare, in quanto strumento forte di coinvolgimento e di responsabilizzazione delle figure sanitarie e socio-sanitarie sugli obiettivi e sui processi sia tecnici, che economico-gestionali, rappresenta uno dei percorsi più efficaci per l'affermazione del principio del governo clinico dell'Azienda. Il processo di pianificazione circolare contempla, infatti, 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 la direzione aziendale si avvale delle competenze professionali, tecniche e amministrative delle strutture organizzative dell'azienda con particolare riferimento alle strutture organizzative di programmazione sanitaria e controllo di gestione.

6.2 - Programmazione e controllo e sistemi informativi di governo

Gli strumenti della programmazione strategica aziendale

I principali strumenti di programmazione sanitaria e di pianificazione aziendale sono rappresentati dal piano attuativo locale, dal piano annuale delle attività aziendali, dal programma delle attività territoriali nonché dal bilancio di missione.

• Il Piano Attuativo Locale (PAL)

L'Azienda adotta il Piano Attuativo Locale (PAL) in attuazione del Piano Sanitario Regionale e secondo gli indirizzi della Programmazione Sanitaria Regionale.

Il PAL è lo strumento di programmazione attraverso il quale l'Azienda, in relazione alle risorse disponibili ed ai vincoli del piano sanitario regionale, programma le proprie attività a livello locale su base triennale.

Il PAL, ferme restando le disposizioni normative al riguardo stabiliti dalla legislazione regionale, definisce:

- le attività da svolgere, in rapporto agli obiettivi determinati ed ai livelli essenziali di assistenza da garantire nonché le risorse da attribuire alle proprie strutture.
- i livelli quali-quantitativi delle prestazioni assistenziali e le modalità di fruizione di servizi.
- le modalità di integrazione tra servizi sociali e sanitari.
- le modalità ed i termini di attuazione di eventuali progetti obiettivo e azioni programmate, anche ai fini della individuazione dei relativi percorsi assistenziali.
- gli strumenti lo sviluppo e la rideterminazione della rete ospedaliera locale.
- gli strumenti per lo sviluppo dell'assistenza distrettuale.
- le azioni conseguenti agli impegni assunti in sede di adozione e aggiornamento annuale della carta dei servizi.
- i livelli e le forme della partecipazione dei cittadini e delle organizzazioni rappresentative degli utenti.

Il PAL deve, inoltre, indicare:

- gli obiettivi e i risultati di gestione da raggiungere attraverso l'utilizzo del sistema di budgeting.
- gli strumenti ed i sistemi per il controllo qualitativo e gestionale dei risultati.
- l'attribuzione delle risorse alle proprie strutture organizzative e l'individuazione dei settori e delle quote di attività per le quali sono previste iniziative di concertazione interAziendale e di contrattazione con istituzioni private, prevedendone gli esiti organizzativi, economici e finanziari.
- la necessità di risorse materiali e di personale e le modalità di reperimento.
- i piani di investimento per il potenziamento e l'ammodernamento strutturale e per l'acquisizione di tecnologie sanitarie sulla base delle risorse assegnate e di quelle comunque disponibili a questo fine.

• Il Piano Annuale delle Attività Aziendali (PAA)

Il Piano Annuale delle Attività aziendali (PAA) è lo strumento di programmazione attraverso il quale l'Azienda adegua ed attualizza annualmente i programmi contenuti nel PAL alle esigenze dell'utenza, di compatibilità economica con le risorse assegnate dalla regione e di priorità.

Il Piano annuale delle attività contiene:

- le linee strategiche, gli obiettivi, le azioni e le attività aziendali previste per l'anno di riferimento.
- il budget economico complessivo dell'azienda, distinto per Livelli Essenziali di Assistenza.
- gli obiettivi, le azioni e le attività assegnate ai dipartimenti e alle UU.OO. in essi aggregate.

Il piano annuale delle attività aziendali deve, inoltre, prevedere la correlazione tra gli obiettivi le azioni e le attività programmate e alcuni specifici istituti contrattuali. Gli obiettivi, le azioni, gli

indirizzi e le attività definiti dal PAA rappresentano gli elementi di riferimento per l'applicazione dei seguenti istituti contrattuali:

- retribuzione di risultato per dirigenti e comparto.
- valutazione dei dirigenti correlata alla conferma o revoca degli incarichi dirigenziali.
- valutazione delle posizioni organizzative del comparto.

Con l'adozione del PAA la direzione strategica aziendale dà operatività agli obiettivi determinati dalla programmazione annuale che orienta e vincola tutte le strutture, pubbliche e private accreditate, erogatori/produttori di prestazioni e servizi sanitari e socioassistenziali.

Parte integrante del PAA è il piano annuale preventivo per l'acquisizione di prestazioni da parte degli erogatori pubblici e privati accreditati e la stipula degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies del Dlgs 502/92 e s.m.i.

La Direzione Aziendale assolve in tal modo alla propria funzione di committenza presiedendo la negoziazione e la stipula degli accordi contrattuali con gli erogatori interni ed esterni e garantendo la compatibilità economica tra il piano annuale delle attività e le risorse disponibili annualmente assegnate dalla Regione.

La programmazione annuale delle attività degli erogatori interni ed esterni è attuata mediante processo di budgeting con il quale le risorse umane, strumentali, tecnologiche e finanziarie disponibili vengono assegnate alle articolazioni organizzative aziendali ed agli erogatori pubblici e privati accreditati e vengono parimenti assegnati gli specifici obiettivi quali-quantitativi di attività da garantire all'utenza nel rispetto degli standard di qualità attesi.

Il piano annuale di attività aziendale ed il correlato budget vengono costruiti annualmente seguendo percorsi circolari che prevedono la definizione da parte della direzione strategica degli indirizzi e dei vincoli annuali, all'interno dei quali la struttura è sollecitata a produrre i piani di lavoro annuali (piani operativi), aggregati e consolidati in "risalita" dalle singole macrostrutture aziendali e, successivamente, dalla direzione generale.

• *Il programma delle attività territoriali (PAT)*

Nell'ambito della programmazione complessiva annuale, stabilita dall'Azienda con il piano annuale delle attività, deve essere predisposto il Programma delle Attività Territoriali. Il programma delle attività territoriali è proposto, sulla base delle risorse assegnate, dal dipartimento della programmazione e della organizzazione delle attività sanitarie territoriali ed è approvato dalla Direzione Aziendale.

• *Il bilancio di missione*

L'azienda si impegna a presentare unitamente al bilancio d'esercizio, il "Bilancio di missione", attraverso il quale intende rendere conto del perseguimento degli obiettivi di salute ad essa assegnati dalla Regione. Il "Bilancio di missione" rientra in senso lato nell'ambito delle forme di "rendicontazione sociale" ed assume formalmente, nello specifico, il ruolo di illustrare l'azione istituzionale dell'azienda e di rafforzare il sistema di relazioni intercorrente tra la stessa, la Regione, la Conferenza dei Sindaci e le altre istituzioni locali.

Il bilancio di esercizio non permette di risolvere i problemi connessi con l'esigenza di informare sui risultati "meta-economici" conseguiti dall'ASP, da qui, la decisione di adottare, accanto al bilancio di esercizio generato dalla contabilità economico-patrimoniale (che comunque conserva il compito di illustrare come l'azienda ha saputo rapportarsi col rispetto dei vincoli economici e finanziari stabiliti dalla regione), un "bilancio di missione", attraverso cui cercare di illustrare l'azione istituzionale svolta dall'azienda sanitaria.

Tale scelta è motivata dalla configurazione delle relazioni che intercorrono fra l'azienda sanitaria e la Regione, che conferisce il mandato, assegna le risorse e deve garantire i Livelli Essenziali di Assistenza ai cittadini, e fra l'azienda e gli Enti locali, per il ruolo che gli stessi rivestono di indirizzo e di verifica dei risultati ottenuti dalle aziende.

L'individuare negli Enti locali e nella Regione i destinatari del documento non implica, peraltro, trascurare nella predisposizione del documento informativo altre relazioni istituzionali di particolare rilevanza, quali quelle coi professionisti, responsabili del governo clinico aziendale, e con le

formazioni sociali (organizzazioni sindacali, associazioni di volontariato, comitati misti, etc) in considerazione del ruolo ad esse riconosciuto a tutela dell'interesse generale.

Il "bilancio di missione" è finalizzato pertanto a:

- illustrare gli esiti dell'attività istituzionale svolta dall'azienda.
- supportare in modo attivo e dinamico il sistema delle relazioni intercorrenti fra l'azienda ed i suoi principali interlocutori istituzionali.

Il "bilancio di missione" viene così a configurarsi come lo strumento attraverso il quale è periodicamente possibile per gli interlocutori istituzionali verificare la graduale realizzazione degli obiettivi stabiliti nei piani. Di conseguenza, gli indicatori accolti per la rappresentazione "consuntiva" dei risultati istituzionali nell'ambito del "bilancio di missione" diventano elementi da assumere "a preventivo", nella fase di pianificazione e programmazione in cui l'azienda si relaziona con la Regione e la Conferenza dei Sindaci.

Il controllo strategico

L'Azienda attribuisce al sistema di controllo, di valutazione e di verifica delle attività svolte, delle risorse impiegate e dei risultati ottenuti, una rilevante valenza strategica ai fini del governo complessivo dell'aziendale, con particolare riferimento alla razionalizzazione ed allocazione delle risorse disponibili ed ai risultati ottenuti. Parte integrante e sostanziale di tale processo è un adeguato sistema di reporting periodico quale strumento informativo del controllo direzionale. Gli strumenti operativi che realizzano il controllo strategico nell'azienda sono i seguenti:

• Il controllo di gestione

Il controllo di gestione è lo strumento volto alla verifica degli obiettivi programmati e alla corretta ed economica utilizzazione delle risorse impiegate. Il controllo di gestione si avvale dei dati contabili derivanti dalla contabilità economico patrimoniale, dalla contabilità analitica e dei dati extracontabili rilevati dai flussi informativi del SSN, inoltre, utilizza gli indicatori di efficacia, efficienza ed economicità preventivamente definiti dalla programmazione e pianificazione aziendale in coerenza con gli indirizzi della direzione aziendale e delle disposizioni regionali e nazionali in materia.

Gli scostamenti e le disfunzioni eventualmente riscontrate sono segnalate ai responsabili delle strutture aziendali ed alla direzione strategica aziendale. Attraverso il controllo di gestione viene costantemente verificato l'andamento dei costi, dei rendimenti e dei risultati dell'attività aziendale e viene fatta applicazione di indicatori di efficacia, efficienza ed economicità preventivamente definiti in coerenza con la pianificazione strategica aziendale e con gli indirizzi di direzione generale.

Il controllo di gestione verifica l'efficienza della gestione, mettendo in relazione i risultati ottenuti con le risorse impiegate. Per tale finalità sono utilizzati gli strumenti di contabilità analitica e di budgeting.

La costruzione del sistema di contabilità analitica si basa sull'identificazione delle unità elementari di imputazione dei costi e dei ricavi e sul loro raggruppamento in unità complesse in cui si definiscono le modalità di utilizzo di tali risorse; infatti si articola, in relazione agli specifici oggetti di analisi, in centri di costo e in centri di responsabilità ed impiega report sistematici periodici. Attraverso tale contabilità analitica si controllano i costi di funzionamento dei singoli centri operativi, da confrontare con quelli degli anni precedenti e con le previsioni di budget, per verificare l'andamento della gestione e la sua aderenza ai principi di efficacia organizzativa, efficienza ed economicità.

Il controllo di gestione assicura i dati e le informazioni necessarie al Nucleo di valutazione per lo svolgimento delle proprie funzioni.

• La gestione per budget e il processo di budgeting

L'Azienda riconosce ed attua la distinzione delle funzioni di indirizzo programmazione e controllo assegnate al Direttore generale, e funzioni di gestione operativa economica, tecnica e amministrativa assegnate ai dirigenti. Ad essi è riconosciuta autonomia gestionale, tecnica ed

amministrativa collegata alla responsabilizzazione sui risultati raggiunti, valutati in relazione alle risorse impiegate.

Il budget generale d'Azienda è un'attività di previsione che, riferendosi ai risultati attesi da ogni unità organizzativa, collega le attività alle risorse umane, tecnologiche e finanziarie utilizzate. Gli obiettivi aziendali vengono declinati in attività specifiche per ogni articolazione organizzativa aziendale che ha la responsabilità di conseguirli nel rispetto degli standard di qualità attesi.

Elemento fondamentale del sistema di budgeting è, quindi, la correlazione tra obiettivi, risorse utilizzate e risultati conseguiti. A tal fine il Direttore Generale, annualmente elabora le principali linee strategiche da attuare nell'anno sulla base delle indicazioni della programmazione sanitaria regionale e aziendale, indicando la previsione delle risorse disponibili per l'esercizio, le azioni e gli obiettivi da attuare e raggiungere. Su questi dati e sulla base dei risultati delle gestioni degli anni precedenti, la Direzione Aziendale adotta il Piano annuale delle attività aziendali ed assegna alle strutture organizzative risorse ed obiettivi da realizzare.

La Direzione aziendale può inoltre assegnare obiettivi particolari con responsabilità di risorse a specifici centri di responsabilità in relazione alla programmazione regionale e aziendale. L'assegnazione delle risorse è effettuata coerentemente ai principi di riparto del Fondo Sanitario Regionale ed ai criteri di finanziamento/remunerazione dei servizi e delle prestazioni definiti dalle vigenti norme in materia.

L'insieme dei budget approvati costituisce il budget generale d'azienda che si allega al Bilancio economico preventivo.

Con periodicità infra annuale, di norma trimestrale, 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 previsti ed adottare, in caso contrario, le misure correttive necessarie.

6.3 - I sistemi di gestione e valutazione del personale

L'azienda, tenuto conto della nuova disciplina del rapporto di lavoro dei dipendenti delle amministrazioni pubbliche introdotta dal D.lgs. n. 150/09 e rinviando a quanto al riguardo già definito al punto 4.8 del titolo 4 del presente atto aziendale, definisce i sistemi di gestione e valutazione del personale capaci di incidere sulle performance dell'organizzazione nel suo complesso e dei singoli componenti, orientandone i comportamenti professionali verso il soddisfacimento dei bisogni dell'utenza e il miglioramento della qualità dei servizi offerti.

Per realizzare questa finalità l'Azienda si dota di regolamenti interni che disciplinano tutte le fasi di gestione della "risorsa persona", dalla selezione, alla formazione, all'inserimento lavorativo, alla valutazione delle performance individuali, alle progressioni di carriera fino alla risoluzione del rapporto di lavoro.

Nelle more dell'adozione, da parte della Regione Calabria, di discipline speciali di adeguamento e di definizione dei limiti e delle modalità attuative del decreto D.lgs. n. 150/09 relativamente alle disposizioni del Titolo II, misurazione, valutazione e trasparenza della performance con l'eccezione degli artt. 3 e 11 che sono immediatamente esecutivi, e del Titolo III, merito e premi, l'Azienda, nella definizione dei relativi regolamenti, fa riferimento alle norme quadro e ai vigenti contratti collettivi di lavoro, ponendo particolare attenzione allo sviluppo delle competenze tecnicoprofessionali del personale dirigenziale e del comparto, anche in funzione dello sviluppo di carriere di tipo professionale, sganciate quindi da responsabilità di gestione di risorse economiche.

Per favorire lo sviluppo di tali competenze l'Azienda si impegna a sviluppare sistemi informativi capaci di raccogliere e rendere fruibili, anche per finalità di benchmarking professionale, informazioni relative a:

- Attività professionale individuale e d'equipe;
 - Adozione linee guida, protocolli e raccomandazioni diagnostico-terapeutiche aziendali;
 - Attività di ricerca clinica applicata, sperimentazioni e tutoraggio formativo;
- Appropriatezza clinica, compresa quella prescrittiva.

6.4 - Le procedure di acquisto e di gestione degli appalti

L'ASP in materia di procedure di acquisto e di gestione degli appalti recepisce ed attua quanto al riguardo stabilito dalla legge regionale 7 dicembre 2007, n. 26 in merito alla Stazione Unica Appaltante.

6.5 - La gestione della qualità

Il miglioramento della qualità e l'adozione delle logiche e degli strumenti della VRQ sono un obiettivo prioritario per l'Azienda che a tal fine ha previsto, a livello di unità di staff della direzione generale aziendale, un apposito incarico professionale dirigenziale che presiede le attività di sviluppo e gestione della qualità. 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. Le aree di intervento più direttamente presidiate e/o supportate possono essere individuate nelle seguenti: Governo Clinico, Umanizzazione-Informazione, Area dell'Innovazione Organizzativa, Progettazione, Ricerca e Internazionalizzazione in ambito socio-sanitario, Risk Management. Trasversalmente alle aree identificate e ad ambiti aziendali affini e metodologicamente coerenti, si utilizzeranno sistemi di monitoraggio e di audit interno che favoriranno la revisione costante dei processi aziendali, il controllo degli standard e l'assicurazione di qualità sulle prestazioni erogate, anche in relazione all'utilizzo di tecnologie sanitarie.

6.6 - Le rilevazioni contabili

Per le rilevazioni contabili l'ASP fa riferimento alla specifica legislazione nazionale e regionale in materia che disciplina:

- la tenuta del libro delle deliberazioni del Direttore Generale;
- la definizione del ciclo di bilancio, ed in particolare l'adozione del bilancio economico pluriennale di previsione nonché del bilancio preventivo economico annuale relativo all'esercizio successivo, da redigersi secondo uno schema stabilito con decreto interministeriale;
- la redazione del bilancio di esercizio, secondo i principi di cui agli artt. 2423 e ss. C.C.;
- la definizione del sistema di budget, inteso quale insieme di documenti previsionali che, con riguardo all'esercizio o a periodi più circoscritti, definiscano gli obiettivi di gestione e le risorse disponibili per singole strutture organizzative e responsabilità operative, nonché per i Dipartimenti e il Presidio Ospedaliero;
- la tenuta di una contabilità analitica per centri di costo e responsabilità che consenta analisi comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati; in particolare, nella rilevazione dei costi di gestione la contabilità analitica deve consentire di verificare il livello di attuazione del budget, i costi, ricavi e risultati relativi a centri di responsabilità, aree di attività, servizi e singole strutture organizzative, nonché alla gestione di determinati beni e categorie di prestazioni;

6.7 - Il controllo interno 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.

Oltre al controllo legale e contabile dei conti svolto dal Collegio Sindacale, tra i servizi di staff è prevista una struttura destinata a svolgere verifiche ed ispezioni interne, che in modo programmato o asincrono, saranno sollecitate dalla direzione strategica nei confronti di settori, attività o rapporti che potenzialmente, per la loro collocazione, contiguità, sensibilità e delicatezza, possano costituire oggetto di possibili trasgressioni, irregolarità, inadempienze, illegittimità o fonte di atti illeciti;

6.8 - La attività libera professione intramuraria

L'Azienda favorisce, programma e controlla, secondo la normativa vigente, l'esercizio della libera professione intramuraria quale attività in grado di:

- contribuire ai processi di sviluppo organizzativo dei servizi offerti ai pazienti, mettendo a disposizione e valorizzando il patrimonio di conoscenze, capacità, esperienze e risorse organizzative, tecnologiche e strutturali dell'Azienda, nell'ambito di un sistema sanitario locale del quale l'Azienda costituisce il primo responsabile e garante;
- rafforzare la capacità competitiva dell'Azienda, non solo relativamente alle prestazioni garantite e finanziate dal Servizio Sanitario Nazionale, ma anche nel mercato più generale dei servizi sanitari;
- garantire i diritti e valorizzare il ruolo e le opportunità di sviluppo professionale dei dipendenti dell'Azienda;
- favorire l'innovazione clinico-assistenziale.

A tal fine l'Azienda s'ispira con determinazione ai seguenti principi:

- la scelta dei servizi libero-professionali da parte degli utenti non deve avere come principale motivazione le liste di attesa che caratterizzano le attività prestate in regime istituzionale;
- lì dove il soggetto imprenditoriale sia l'Azienda e non i singoli professionisti o le singole équipe, i servizi sono offerti nell'ambito di un'area a pagamento organizzata e gestita dall'Azienda e non come attività libero-professionale individuale o di gruppo;
- le attività della libera professione individuale o di gruppo devono essere svolte all'interno delle strutture aziendali, senza ricorrere - se non per dimostrabili interessi aziendali e comunque in conformità alle norme di legge - alla extramoenia allargata;

La libera professione intramuraria viene disciplinata da apposito regolamento tenuto conto delle linee guida regionali al riguardo adottate con DPGR N° 71 del 4/08/2011.

TITOLO 7 - NORME FINALI E TRANSITORIE

Il presente atto aziendale, adottato con specifica deliberazione del Direttore Generale, entra in vigore dopo il controllo regionale di conformità alle linee guida regionali di cui al DPGR 54/2011 ed al DPGR n. 18/2010.

Entro 90 giorni dall'approvazione dell'atto aziendale da parte della regione, l'azienda provvederà a definire i regolamenti richiamati nell'atto aziendale ovvero:

1. Forme innovative di acquisto di beni e servizi
2. Deleghe del Direttore Generale e relative forme di controllo
3. Collegio di direzione
4. Consiglio dei sanitari
5. Processi di misurazione e valutazione delle prestazioni delle strutture e degli individui
6. Collegi tecnici
7. Comitato consultivo misto
8. Dipartimenti e relativi Comitati
9. Attività libero-professionale

I regolamenti di cui sopra formalizzati con specifiche deliberazioni del Direttore Generale saranno trasmessi alla Regione e pubblicati sul sito internet dell'azienda.

Con l'entrata in vigore del presente atto si intendono revocati tutti i provvedimenti e le disposizioni già adottate dall'azienda in materia di organizzazione e funzionamento della stessa.

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 il Direttore Generale potrà rinnovare l'incarico o provvedere alla nomina di un nuovo Direttore 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 e comunque per un periodo massimo di 60 giorni.

Con l'entrata in vigore del presente atto, in sede di contrattazione aziendale si provvederà alla rideterminazione della vigente 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 posizione organizzativa del comparto, adeguando la stessa alle strutture e alla tipologia di incarichi definiti con il presente atto aziendale.

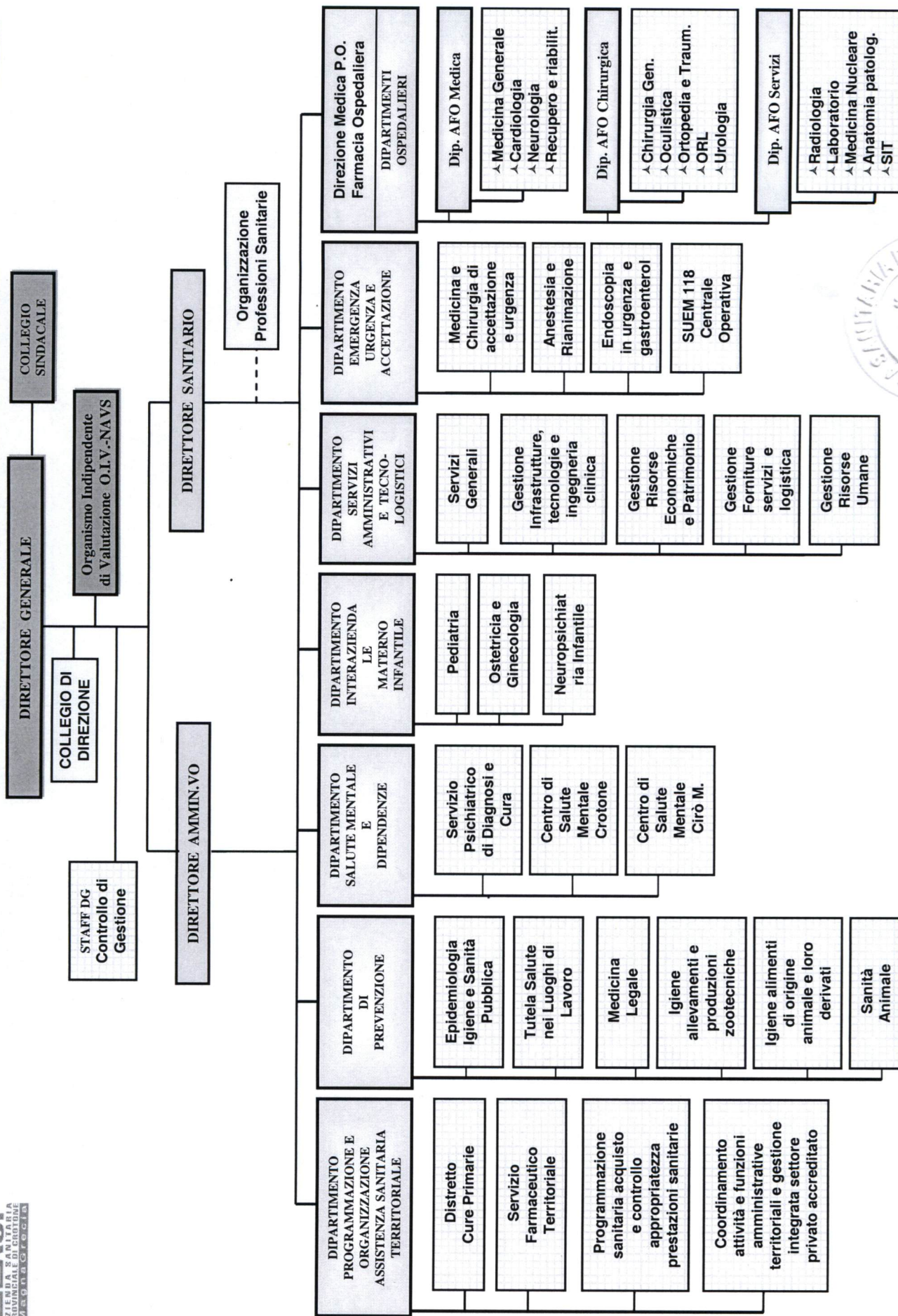
Per il conferimento di eventuali nuovi incarichi dirigenziali conseguenti agli interventi di soppressioni o diversa qualificazione nell'ambito delle strutture organizzative stabilite con il presente atto aziendale si provvederà secondo le vigenti disposizioni normative e contrattuali in materia.

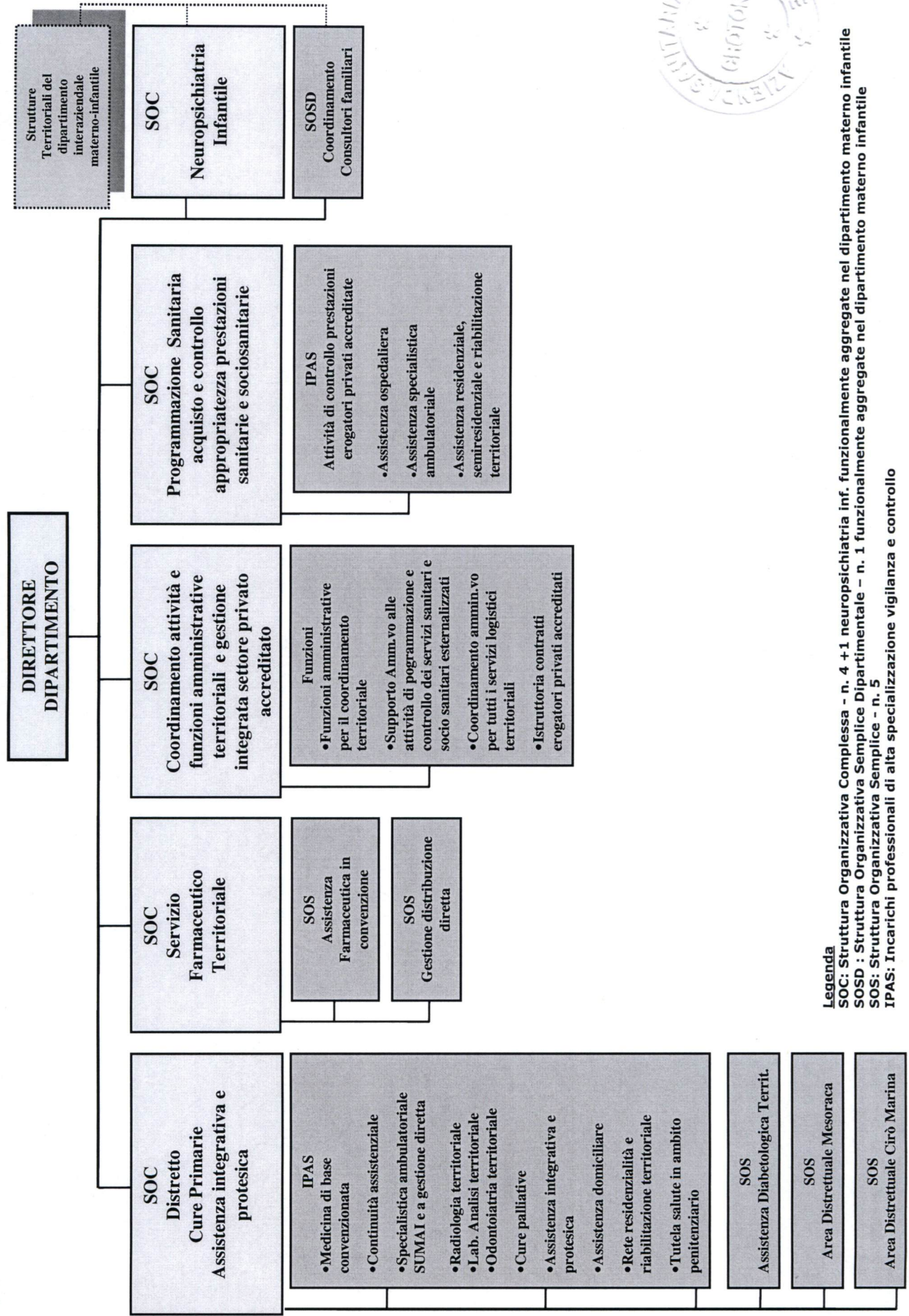
Per quanto non espressamente previsto dal presente provvedimento si rinvia alle leggi fondamentali di forma del servizio sanitario nazionale (D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i.) dell'organizzazione amministrativa e del pubblico impiego (al D.Lgs n.165/2001 e s.m.i.), alle leggi regionali di riordino del servizio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

ALLEGATI

TABELLE ORGANIGRAMMA AZIENDALE DIPARTIMENTI E STRUTTURE ORGANIZZATIVE





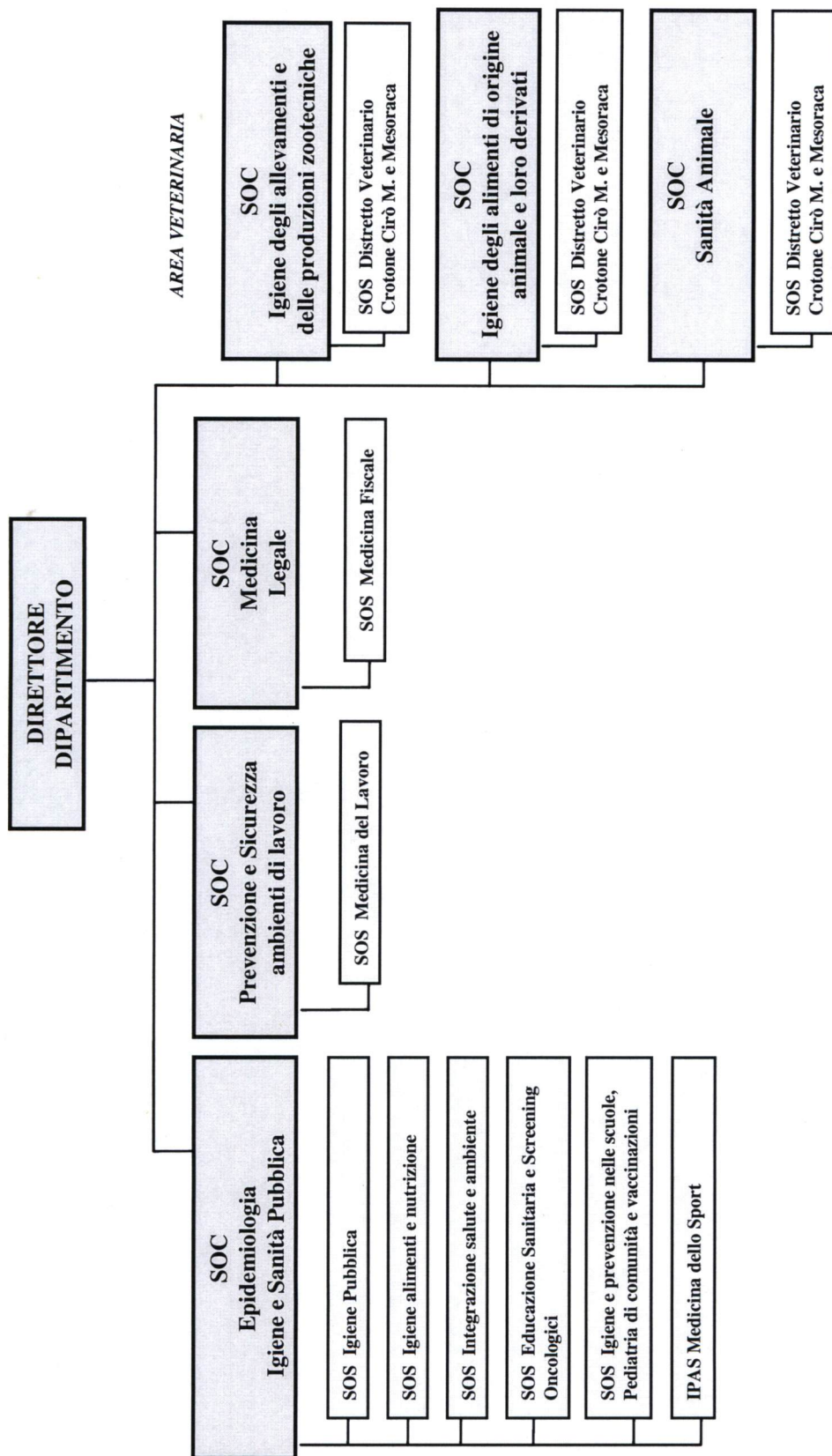


Legenda

SOC: Struttura Organizzativa Complessa - n. 4 + 1 neuropsichiatria inf. funzionalmente aggregate nel dipartimento materno infantile
 SOSD : Struttura Organizzativa Semplice Dipartimentale - n. 1 funzionalmente aggregate nel dipartimento materno infantile
 SOS: Struttura Organizzativa Semplice - n. 5
 IPAS: Incarichi professionali di alta specializzazione vigilanza e controllo



DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE



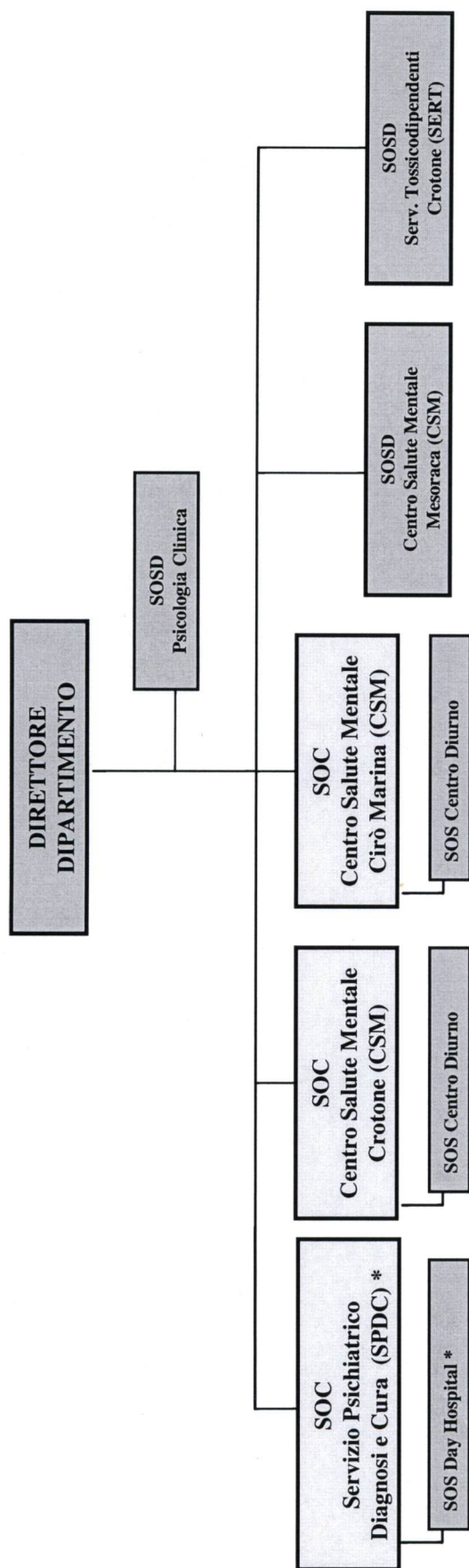
Legenda

SOC: Struttura Organizzativa Complessa – n. 6

SOS: Struttura Organizzativa Semplice – n. 10

IPAS: Incarico professionale di alta specializzazione e controllo

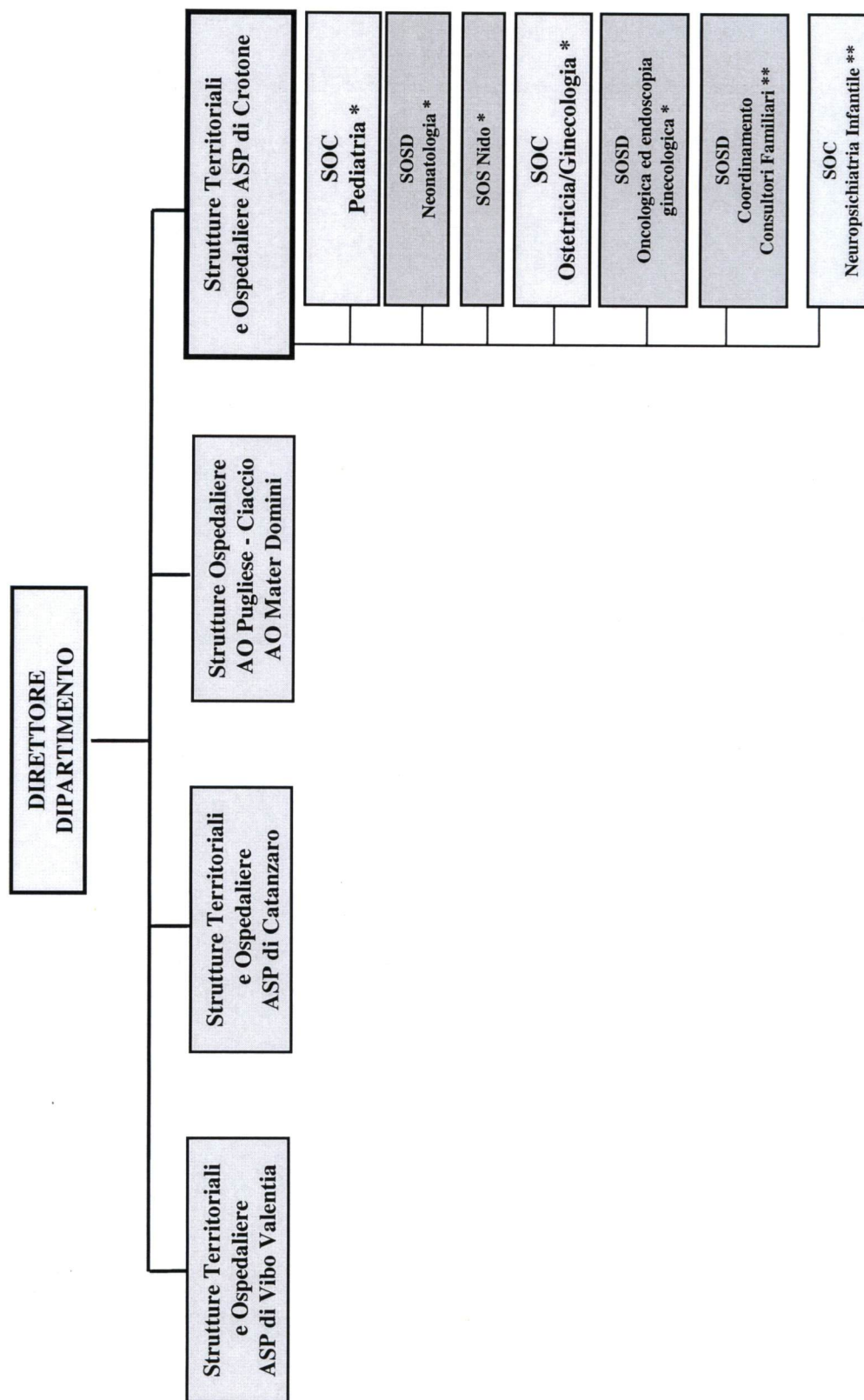
**DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE
E TOSSICODIPENDENZE**



Legenda

SOC: Struttura Organizzativa Complessa - n. 2 + 1 (SPDC) conteggiata in PO - Tabella 7
 SOSD: Struttura Organizzativa Semplice Dipartimentale - n. 3
 SOS: Struttura Organizzativa Semplice - n. 2 + 1 (SPDC) conteggiata in PO - Tabella 7

**DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE
MATERNO INFANTILE - AREA CENTRO**



Legenda

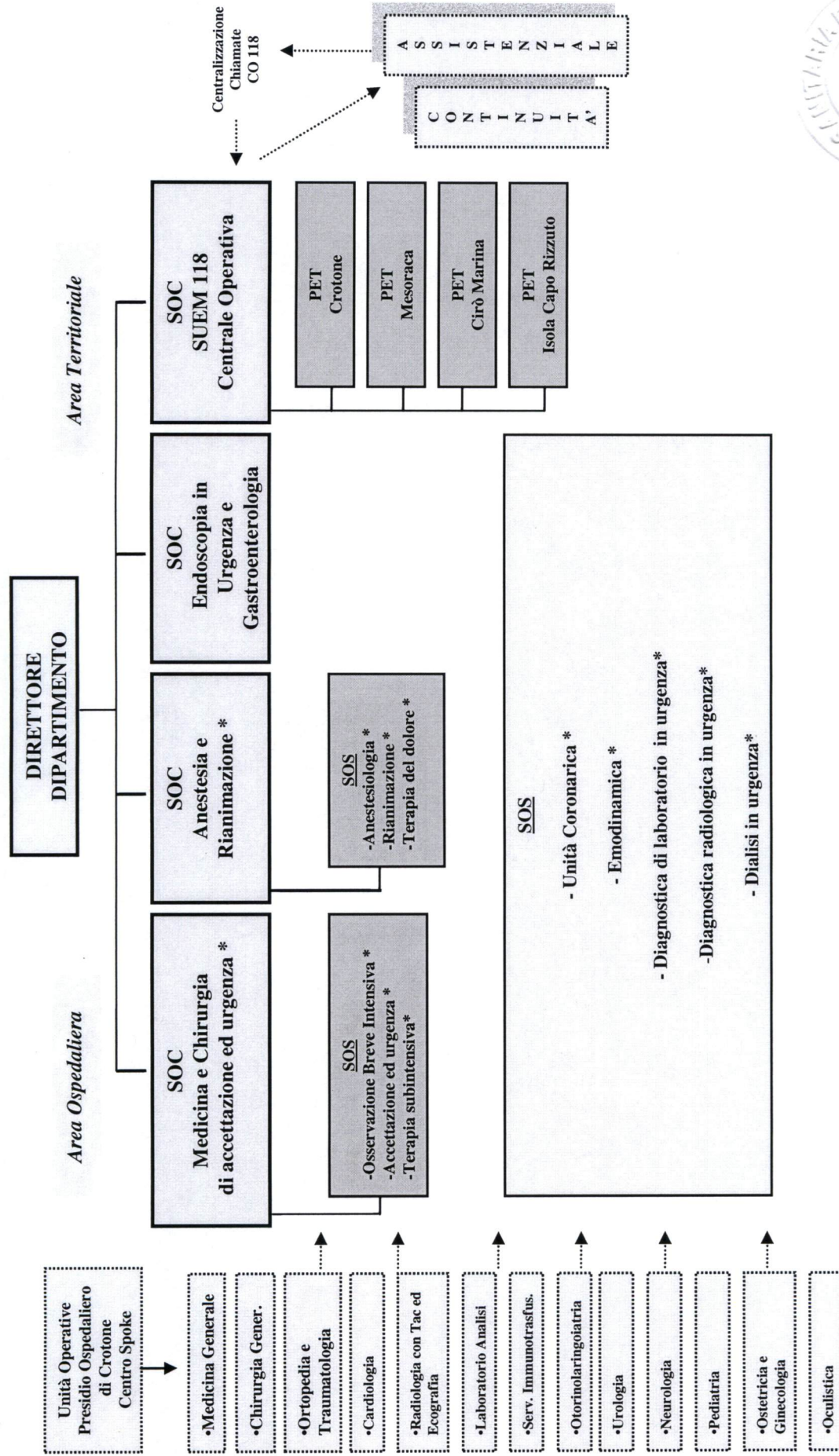
(*) Strutture organizzative già conteggiate nel Presidio Ospedaliero - Tabella 7

(*) Strutture organizzative già conteggiate nel Dipartimento Territoriale - Tabella 2



STRUTTURAZIONE RETE ASSISTENZIALE EMERGENZA-URGENZA
Dipartimento Emergenza-Urgenza e Accettazione

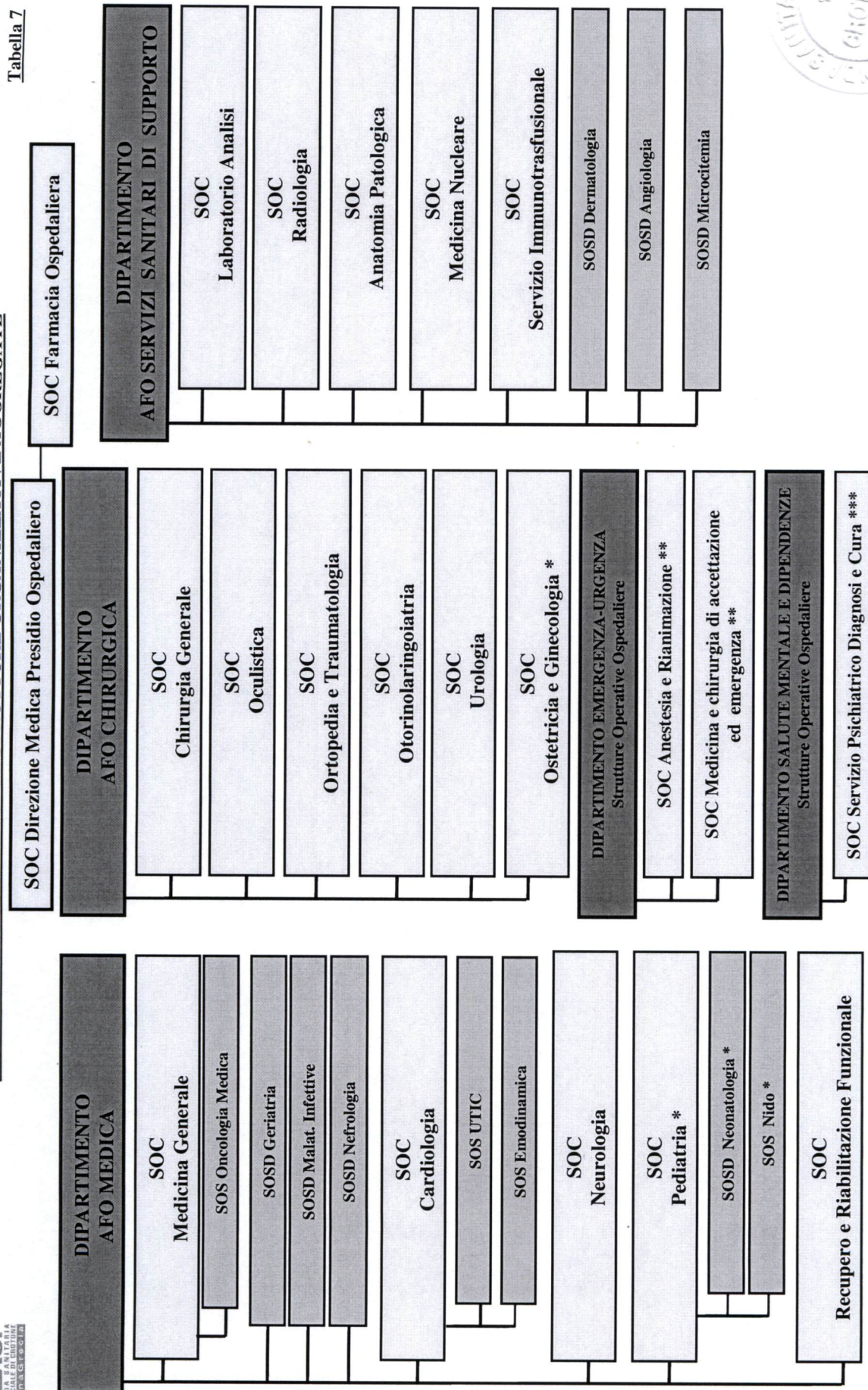
Tabella 6



Legenda
SOC : Strutture organizzative complesse n. 2 + 2 (*) già conteggiate tra le SOC del Presidio Ospedaliero Tabella 7
(*) Strutture organizzative semplici già conteggiate nel Presidio Ospedaliero - Tabella 7

DIPARTIMENTI OSPEDALIERI E STRUTTURE ORGANIZZATIVE AGGREGATE

Tabella 7



Legenda

SOC: Struttura Organizzativa Complessa - n. 21

SOSD : Struttura Organizzativa Semplice Dipartimentale - n. 7+1 afferente al dipartimento materno infantile

SOS: Struttura Organizzativa Semplice n. 40 (oltre alle 4 strutture semplici indicate in tabella le altre SOS quali articolazioni interne delle UOC sono definite nel numero massimo di seguito indicato: Medicina Gen. 4 ; Cardiologia 1; Neurologia 1; Recupero e riabilitazione 1; Chirurgia Gen. 3; Oculistica 1; Ortopedia 3; ORL 1; Ostetricia e ginecologia 2+1 IVG e uroginecol.; Pediatria 2; Anestesia e Rianimazione 3; Medicina e chirurgia di accettazione e urgenza3; SPDC 1; Direzione medica di P.O. 1; Lab. Analisi 2; Radiologia 3; SIT 1; Dialisi Crotone e Mesoraca 1; Dialisi Peritoneale territoriale 1;

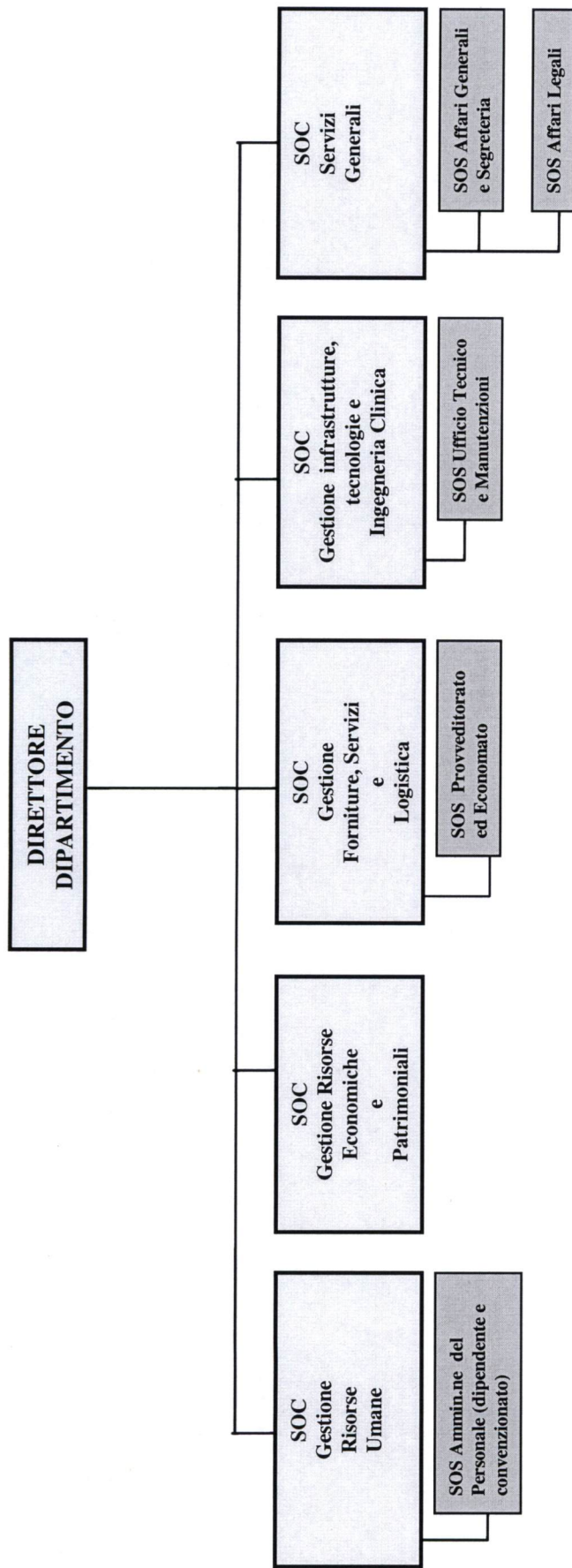
(*) Strutture organizzative funzionalmente aggregate nel Dipartimento Interaziendale Materno-Infantile - vedi Tabella 5

(**) Strutture organizzative funzionalmente aggregate nel Dipartimento Emergenza Urgenza e Accettazione - vedi Tabella 6

(***) Strutture organizzative funzionalmente aggregate nel Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze - vedi Tabella 4



DIPARTIMENTO
SERVIZI AMMINISTRATIVI E TECNICO-LOGISTICI

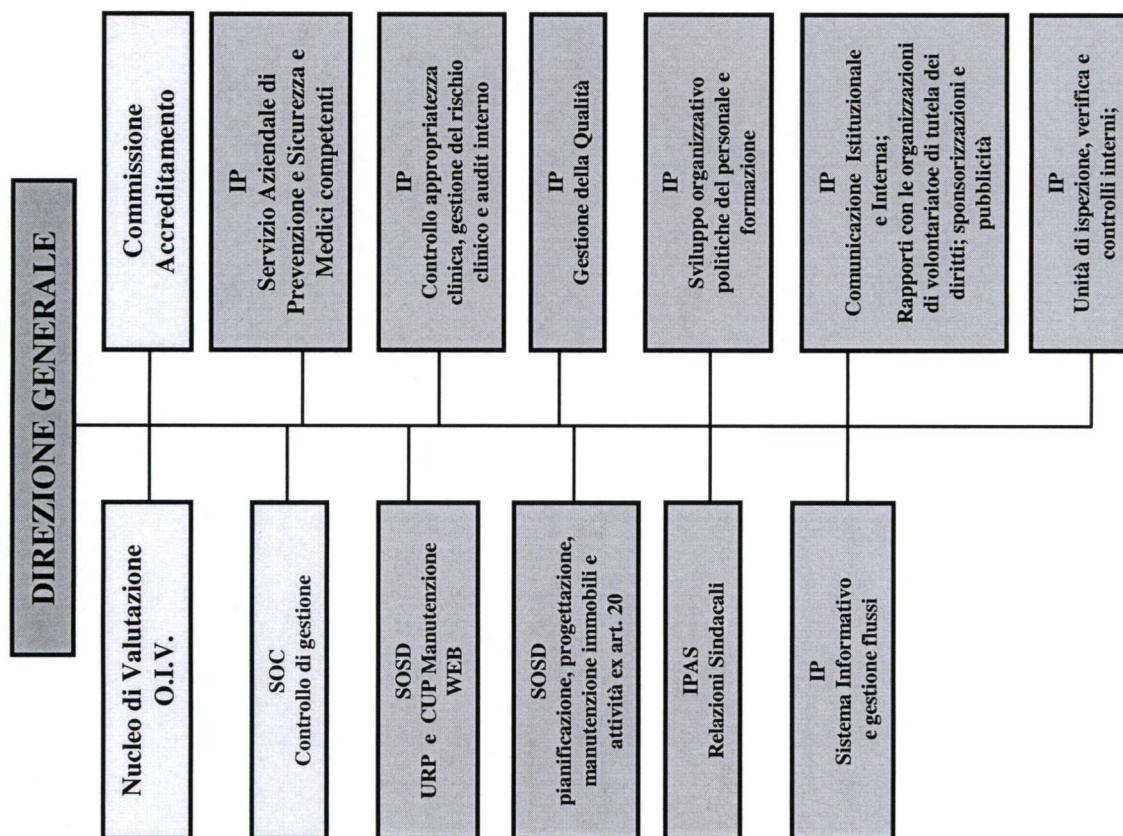


Legenda

SOC: Struttura Organizzativa Complessa - n. 5

SOS: Struttura Organizzativa Semplice - n. 5

STRUTTURE DI STAFF DIREZIONE GENERALE



Legenda

SOC: Struttura Organizzativa Complessa - n. 1
 SOSD : Struttura Organizzativa semplice Dipartimentale - n. 2
 IPAS : Incarico professionale di alta specializzazione
 IP : Incarico Professionale



RIEPILOGO GENERALE NUMERO STRUTTURE ORGANIZZATIVE
NUOVO ATTO AZIENDALE

STRUTTURE COMPLESSE	42
STRUTTURE SEMPLICI DIPARTIMENTALI	14
STRUTTURE SEMPLICI	62
TOTALE GENERALE	118



REGIONE CALABRIA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CROTONE

Partita I.V.A. e Codice Fiscale 01997410798
Sede Legale: Via M. Nicoletta, Centro Direzionale "Il Granaio"

Prot. n. **557** /Affari Generali

88900 Crotone, **07 OTT. 2011**

OGGETTO: Trasmissione atto deliberativo n. 136 del 5 Ottobre 2011.

Raccomandata A.R.

REGIONE CALABRIA
Dipartimento n. 13
"Tutela della Salute"
Via Buccarelli, 30

88100

CATANZARO

Unitamente alla presente si trasmette copia dell'atto deliberativo n. 136, adottato dal Direttore Generale il 5 Ottobre 2011, avente ad oggetto "Adozione ATTO AZIENDALE".

IL DIRETTORE UFFICIO
AFFARI GENERALI
- Sig. Giorgio V. zo Floccari -

