

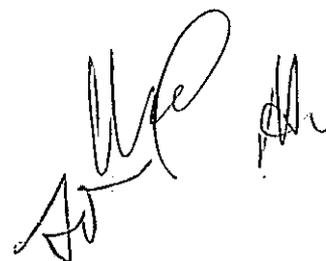
PRESIDIO OSPEDALIERO S. MARIA DELLA PIETÀ

Atto Aziendale

Settembre 2016
revisione 00

Approvato con deliberazione del
C.d.A. Provincia Sicula CC.RR.M.I. del 05.09.2016

PRESIDIO OSPEDALIERO S. MARIA DELLA PIETÀ CASORIA
DATA. 13/09/2016
PROT. 381

Handwritten signatures in black ink, appearing to be initials or names, located in the bottom right corner of the page.

INDICE

TITOLO I

Disposizioni di carattere generale
ed elementi identificativi e caratterizzanti
l'Ospedale S. Maria della Pietà dei Religiosi Camilliani

- I.1 Premessa
- I.2 Rinvio alle norme
- I.3 Principi generali
- I.4 Partecipazione e tutela dei diritti dei cittadini
- I.5 Azioni di informazione, accoglienza, tutela e partecipazione degli utenti
- I.6 Sede legale
- I.7 Premessa storica e religiosa dell'Ospedale
- I.8 Scopo e missione; dichiarazioni etiche

TITOLO II

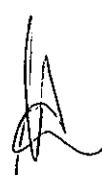
Sistema di programmazione, valutazione e controllo

- II.1 Programmazione
- II.2 Controllo di gestione
- II.3 Controllo di regolarità amministrativa e contabile
- II.4 Sistema informativo e le nuove tecnologie della informazione e comunicazione
- II.5 Sistema informativo e raccordo con i sistemi di controllo esterno
- II.6 La comunicazione

TITOLO III

Assetto istituzionale: Organi e Organismi

- III.1 Organi aziendali
- III.2 Consiglio di amministrazione
- III.3 Direttore Generale e/o Consigliere Delegato
- III.4 Collegio Sindacale, art.7 del Regolamento
- III.5 Direttore Sanitario e Direttore Amministrativo
- III.6 Direttore Sanitario
- III.7 Direttore amministrativo
- III.8 Collegio di direzione: composizione e funzioni, art. 21 del Regolamento
- III.9 Consiglio dei sanitari: composizione e funzioni, art. 20 del Regolamento.
- III.10 Comitati e Commissioni aziendali
- III.11 Ufficio Relazioni con il Pubblico
- III.12 Unità Organizzativa Gestione rischio clinico e controllo qualità
- III.13 Servizio prevenzione, protezione, sicurezza e privacy
- III.14 Medico competente



TITOLO IV

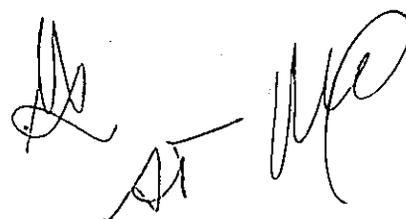
Acquisti di beni e servizi. Programmazione, gestione e manutenzione delle attrezzature.
Procedure contabili. Attribuzione e revoca incarichi dirigenziali

- IV.1 Acquisti di beni e servizi
- IV.2 Attrezzature: programmazione, acquisti, gestione e manutenzione
- IV.3 Procedure contabili
- IV.4 Disciplina dei controlli interni
- IV.5 Attribuzione e revoca degli incarichi dirigenziali e relative modalità di valutazione

TITOLO QUINTO

Aspetti organizzativi dell'Ospedale S. Maria della Pietà. Modelli Operativi

- V.1 Unità Operative sanitarie e Uffici amministrativi e di supporto
- V.2 Modalità di identificazione delle strutture semplici e criteri per la loro istituzione
- V.3 Esplicitazione del livello di autonomia gestionale e tecnico professionale delle unità organizzative
- V.4 Modelli Operativi
- V.5 Attribuzione e revoca degli incarichi dirigenziali e relative modalità di valutazione.



TITOLO I
Disposizioni di carattere generale
ed elementi identificativi e caratterizzanti
l'Ospedale S. Maria della Pietà dei Religiosi Camilliani

I.1 PREMESSA

L'atto aziendale, da adottarsi ai sensi di quanto disposto dall'articolo 3, comma 1-bis, del D.Lgs n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, costituisce lo strumento giuridico mediante il quale le aziende sanitarie determinano la propria organizzazione ed il proprio funzionamento, delineando gli ambiti della propria autonomia gestionale ed organizzativa, nel rispetto dei principi e dei criteri emanati dalla Regione (articolo 2, comma 2-sexies, del decreto legislativo n. 502/1992 e s.m.i. come modificato dall'art.1 del decreto legislativo n. 168/2000).

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

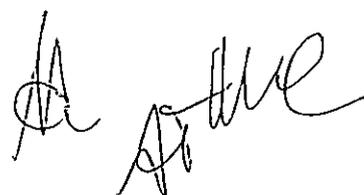
Lo scenario nel quale si va a collocare la scelta del legislatore circa la necessità dell'adozione di un atto così significativo e fondante per l'attività dell'Ente Azienda sanitaria, risponde evidentemente alla logica di delineare un perimetro di operatività che mantenga sempre al centro la finalità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

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

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

I.2 Rinvio alle norme

Fatto salvo quanto stabilito dalle Leggi dello Stato e dagli Enti Territoriali di competenza, dallo Statuto e dal Regolamento Organico approvato dal Ministero della Salute con D.D. del 23 dicembre 2010, con



il presente Atto Aziendale si determina il modello organizzativo di gestione e controllo al quale le funzioni dell'Ospedale devono attenersi.

Per quanto ai riferimenti normativi specifici:

- D.Lgs 502/1992 e s.m.i;
- L.R. 2/94 e s.m.i.;
- L.R. 32/94 e s.m.i.;
- L.R. 16/2008 per la parte in vigore;
- DGRC n. 460/2007 "Approvazione del Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del Servizio Sanitario Regionale";
- Decreto del commissario ad acta n. 49/2010 "Riassetto della rete ospedaliera e territoriale" e s.m.i.;
- Decreto del commissario ad acta n. 55/2010 "completamento del riassetto della rete laboratoristica";
- Patto per la salute 2010-2012;
- Decreto del Commissario ad acta n. 22/2011 "Piano Sanitario Regionale 2011-2013";
- Decreto del commissario ad acta n.53/2012 "Approvazione Programmi operativi 2011-2012- Adeguaento per l'anno 2012";
- DGRC 96/2011;
- DGRC 18/2013.

1.3 Principi Generali

L'atto aziendale definisce un assetto organizzativo e principi e regole di funzionamento in grado di garantire:

- flessibilità organizzativa e procedurale;
- dipartimentalizzazione
- adeguati livelli di qualificazione e economicità dell'attività;
- promozione delle attività valutative e di miglioramento della qualità;
- umanizzazione e personalizzazione dell'assistenza;
- integrazione trasversale delle competenze e dei servizi;
- legittimità, imparzialità e trasparenza dell'azione amministrativa;
- decentramento dei poteri gestionali attraverso un organico sistema di deleghe ai dirigenti proposti alle strutture organizzative individuati come centri di responsabilità;
- accentramento dei poteri di programmazione e d'indirizzo in capo al Consigliere Delegato e/o Direttore Generale, coadiuvato dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo in rapporto fiduciario.

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



Nella definizione dell'atto aziendale viene anche posta particolare attenzione ad alcuni fondamentali strumenti per la gestione dei sistemi sanitari ed in particolare a:

I.3.1 Governo clinico, sicurezza delle cure e controllo qualità.

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

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

In questo senso, la qualità cessa di essere una sorta di dimensione separata, collaterale e parallela, e diventa invece parte integrante del processo di identificazione degli obiettivi, dei meccanismi di definizione dei processi organizzativi come pure di quelli che presiedono alla definizione dell'allocazione delle risorse, oltre che, ovviamente, degli strumenti di valutazione delle attività delle singole unità operative e dei percorsi formativi offerti ai professionisti. In particolare, il monitoraggio di processi e di esiti, mediante un sistema di indicatori e lo sviluppo o l'adattamento e l'aggiornamento di procedure organizzative e di linee guida professionali, la verifica della loro applicazione, nonché l'insieme delle azioni finalizzate al controllo qualità rappresentano i determinanti di un efficace governo clinico. In tale contesto una particolare attenzione deve essere posta alla gestione del rischio, attraverso l'implementazione di metodologie che, mediante un approccio sistemico, si prefiggano di esaminare i fattori che influenzano la pratica clinica in ogni suo stadio, fornendo indicazioni per appropriati interventi e piani di riduzione degli errori, facendo leva su un maggior coinvolgimento e responsabilizzazione degli operatori ed una migliore comunicazione e relazione fra professionisti, amministratori e cittadini.

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

I.3.1.1 Ufficio Accettazione Attività Ambulatoriali

L'ufficio assicura la prenotazione, la accettazione e la rendicontazione di tutte le attività che si riferiscono ad Utenti non in regime di ricovero.

I.3.1.2 Ufficio Accettazione Ricoveri

L'attività è rivolta alla gestione amministrativa complessiva dei ricoveri; in particolare, cura l'accettazione, la gestione SDO, i controlli di qualità logico-formali, l'elaborazione dei DRG, la trasmissione del fatturato mensile all'Ufficio Contabilità.

I.3.1.3 Ufficio Archivi Cartelle cliniche

L'Ufficio cura la presa in carico e la gestione di tutta la documentazione sanitaria.



I.3.2 Clima e benessere organizzativo

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

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

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

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

I.3.3 Gestione delle risorse umane

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

Per conseguire questo obiettivo è necessario che l'azienda:

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

I.3.4 Funzione Gestione Risorse Umane e Affari Generali

La Funzione *Gestione Risorse Umane e Affari Generali* assicura la gestione del personale nei suoi aspetti giuridico-amministrativi, nel rispetto della normativa vigente.

Compete, in via generale, alla Direzione:

- ✓ definire le norme e procedure di gestione personale relative all'assegnazione in servizio, al trasferimento interno, alla modifica di status ed alla cessazione del personale;
- ✓ gestire nelle forme previste le pratiche di assunzione provvedendo, altresì, di concerto con le politiche dell'Ospedale, ad aggiornare le piante organiche;
- ✓ predisporre i dati necessari alla compilazione del bilancio preventivo per la parte di competenza;
- ✓ svolgere tutte le attività necessarie alla corretta liquidazione delle spettanze retributive del personale dipendente;



- ✓ elaborare le opportune statistiche gestionali sul personale;
- ✓ predisporre gli elementi per le denunce dei contributi previdenziali;
- ✓ coadiuvare il Direttore Generale nei rapporti e negli incontri con le Organizzazioni Sindacali.

Il fattore produttivo risorse umane assume una rilevanza notevole in una Azienda ospedaliera, di conseguenza il confronto con le rappresentanze dei lavoratori sulle tematiche, generali e specifiche, della conduzione aziendale, deve essere costruito su una diffusa e completa informazione, su una chiara e oggettiva trasparenza, e su una piena ed efficace dialettica.

I.3.5 Formazione continua

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

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

La formazione deve rappresentare il punto di incontro tra il sistema organizzativo e la qualità delle prestazioni erogate e deve perseguire la concreta integrazione tra gli operatori che hanno la responsabilità della gestione dei processi produttivi. Inoltre, deve permettere di orientare e integrare le singole professionalità su progetti e risultati comuni in linea con gli obiettivi e gli strumenti di programmazione e gestione. Per tale ragione l'offerta formativa deve essere ampia e diversificata sia nelle metodologie che negli strumenti formativi per garantire percorsi di apprendimento coerenti ai bisogni dei partecipanti e trasferibili al contesto operativo di riferimento. Inoltre, poiché la risorsa umana costituisce il fattore determinante che caratterizza la qualità delle prestazioni erogate dalle strutture sanitarie è prioritario sviluppare politiche formative ed informative orientate al raggiungimento degli obiettivi di salute, attraverso appropriati interventi di salute che assicurino efficacia clinica - efficienza. Anche perché agli operatori del settore è richiesto un costante aggiornamento della professionalità incentrato, oltre che sulle conoscenze tecnico scientifiche specifiche dell'attività di assistenza, anche su conoscenze, competenze ed abilità di tipo programmatico, organizzativo e gestionale, di cui il Presidio dovrà farsi carico.

I.3.5.1 Qualità

La Funzione Qualità deve essere considerata necessaria ed indispensabile alla corretta gestione dell'organizzazione dell'Ospedale.

Le aree di competenza dell'Ufficio Qualità riguardano:

- ✓ pianificazione annuale per la Qualità (redazione del riesame della Direzione e del Piano Qualità Aziendale);
- ✓ Formazione e informazione capillare su:
 - metodologia di gestione e correzione della Qualità,

- o promozione della Qualità;
- o prevenzione della non Qualità (individuazione e formazione dei formatori, attività di formazione, documentazione dell'attività di formazione in Qualità);
- ✓ costruzione e mantenimento del Sistema Qualità Aziendale nelle singole Strutture, secondo le Norme ISO 9001/2008 (scrittura, aggiornamento, archiviazione dei documenti del Sistema Qualità ed eliminazione dei documenti obsoleti);
- ✓ verifica dell'applicazione delle regole e procedure del Sistema Qualità (raccolta dati del Sistema Qualità e relazione al Direttore Generale);
- ✓ verifiche ispettive interne secondo le Norme ISO 9001/2008 (piano annuale delle verifiche ispettive interne, effettuazione delle verifiche ispettive, report finali e loro archiviazione);
- ✓ esecuzione di audit pianificati e periodici sulle attività previste dal Sistema Qualità aziendale (organizzazione, verbalizzazione degli incontri);
- ✓ prevenzione e correzione delle non conformità: garanzia dell'effettuazione degli interventi correttivi (raccolta schede di non conformità e verifica periodica dell'efficacia del trattamento delle stesse nel rispetto dei tempi prestabiliti);
- ✓ assistenza ai progetti di Miglioramento Continuo della Qualità (stimolare, seguire, valutare e concludere progetti di MCQ);
- ✓ collaborazione nella stesura della Carta dei Servizi.

I.3.5.2 Sviluppo delle Risorse Umane (Ufficio Formazione)

L'attività dell'Ufficio inerisce la formazione e l'aggiornamento professionale da perseguire attraverso strategie di formazione, gestione diretta dell'aggiornamento obbligatorio, docenze e modalità di partecipazione alla didattica, formazione dei formatori, gestione dei tirocini effettuati presso l'Azienda, direzione dei Corsi di formazione professionale.

La formazione e l'aggiornamento del personale sono assunti dall'Ospedale come strumento di ottimizzazione delle risorse umane e di cambiamento organizzativo. Attraverso la professionalizzazione degli operatori a partire dalla loro formazione di base, infatti, consentono il miglioramento continuo delle culture e dei valori di riferimento ed accompagnano e sostengono i programmi di sviluppo delle articolazioni aziendali.

La formazione rappresenta una leva strategica e viene attuata nel quadro di una coerente integrazione con le politiche di organizzazione del lavoro e del personale alla luce di una attenta previsione dei fabbisogni professionali.

Nell'ambito della stesura dei programmi di formazione, l'Ospedale ricomprende:

- ✓ le necessità formative ritenute obbligatorie per il raggiungimento dei propri obiettivi strategici che la stessa ha prefissato anche alla luce dei Piani Sanitari Nazionale e Regionale (aggiornamento obbligatorio intra ed extra-moenia);
- ✓ le attività facoltative che possono interessare le singole Strutture con gestione a carico dei singoli Responsabili (aggiornamento facoltativo).

I.3.6 Tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro

Gli obblighi agli adempimenti previsti dal D.Lgs. n. 81/08 e s.m.i. in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro, hanno la finalità di individuare e mettere in atto le misure idonee a garantire la salute e la sicurezza degli operatori, dei lavoratori di imprese terze, dei visitatori, dei volontari che donano il loro tempo alla struttura sanitaria e non ultimo dei pazienti stessi.

Obiettivo strategico del Presidio Ospedaliero deve essere la promozione di tutte le azioni organizzative e gestionali che, nel breve e medio periodo, possano garantire il raggiungimento di un Servizio Sanitario sicuro, efficiente ed in equilibrio con le risorse investite ed i risultati complessivi di salute raggiunti. In tal senso esso deve assicurare:

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

I.4 Partecipazione e tutela dei diritti dei cittadini

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

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

I.4.1 Carta dei servizi

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

- imparzialità nell'erogazione delle prestazioni e uguaglianza del diritto di accesso ai servizi;
- piena informazione dei cittadini utenti sui servizi offerti e le modalità di erogazione degli stessi;
- definizione di standard e assunzione di impegni rispetto alla promozione della qualità del servizio e alla determinazione di modalità di valutazione costante della qualità stessa;
- organizzazione di modalità strutturate per la tutela dei cittadini;
- ascolto delle opinioni e dei giudizi sulla qualità del servizio, espressi dai cittadini direttamente o tramite le associazioni che li rappresentano attraverso modalità di partecipazione e coinvolgimento.

La Carta dei servizi inoltre indica le modalità per presentare reclamo, per ricevere risposta e per conoscere cosa il cittadino/utente possa fare nel caso in cui il suo reclamo sia stato respinto. I destinatari della Carta dei servizi sanitari sono pertanto tutti coloro che intendono utilizzare i servizi ed usufruire delle prestazioni che l'ospedale eroga. È scritta in modo comprensibile a tutti e contiene le informazioni che permettono all'utente di conoscere quali prestazioni e servizi l'ospedale si impegna a fornire, ma anche in che quantità, in che modo, in che tempi e con quali standard di qualità.

Nell'atto aziendale il Consigliere Delegato e/o Direttore Generale riporta i contenuti obbligatori che compongono la carta dei servizi secondo il D.P.C.M. del 19 maggio 1995, si impegna ad aggiornarla annualmente, ed individua gli strumenti per la sua diffusione. Inoltre si impegna a pubblicarla sul sito internet dell'ospedale.



I.4.2 Conferenza dei servizi

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

Nella Conferenza sono resi noti i dati relativi all'andamento dei servizi, allo stato di attuazione degli obiettivi, al grado di raggiungimento degli standard, con particolare riferimento allo svolgimento delle attività di tutela degli utenti.

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

I.5 Azioni di informazione, accoglienza, tutela e partecipazione degli utenti

In attuazione della Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri 27/01/1994 (DPCM) e come previsto dall'articolo 14 del D. lgs. n. 502/92 e s.m.i., l'Ospedale garantisce agli utenti le seguenti funzioni:

- ✓ Informazione;
- ✓ Accoglienza;
- ✓ Tutela;
- ✓ Partecipazione.

I.5.1 Informazione

La funzione relativa all'informazione, in armonia con il principio di partecipazione, deve sviluppare in modo esauriente l'informazione sulle prestazioni sanitarie e relative modalità di accesso e sulle procedure di attuazione del diritto di accesso e partecipazione.

Funzione principale del punto informazione è quella di fornire le informazioni di primo livello (dove devo rivolgermi per..., in quali orari..., quali documenti sono necessari per..., etc.).

Il punto informazione è dotato di spazi tali da garantire la riservatezza delle richieste dell'utenza e l'attività di redazione e di supporto.

L'U.R.P. promuove la realizzazione di materiale informativo e divulgativo (dépliant, opuscoli, guide).

Particolare attenzione è assicurata al monitoraggio della domanda dei cittadini ed alla rilevazione del gradimento dei servizi, per mantenere costantemente adeguato il livello qualitativo della prestazione erogata.

Gli utenti devono essere messi in grado di avere le informazioni anche telefonicamente e l'orario di apertura dell'U.R.P. deve essere assicurato almeno per la durata di 6 ore.

L'Azienda potrà avvalersi della collaborazione degli organismi di volontariato e di tutela dei diritti dei cittadini.

Per consentire l'attività dell'U.R.P. nel settore dei diritti di accesso e di partecipazione ai procedimenti amministrativi, l'Ospedale provvede alla ricognizione, al censimento e alla semplificazione dei procedimenti posti in essere tramite l'adozione di apposito regolamento interno.



Inoltre, occorre definire ogni strumento utile per agevolare i cittadini nell'utilizzazione dei servizi ospedalieri, attuando verifiche della qualità dei servizi stessi attraverso il gradimento espresso dai cittadini.

I.5.2 Accoglienza

La funzione relativa all'informazione sull'accesso alle prestazioni ed alle modalità di erogazione si unisce alla funzione di "accoglienza", per garantire la massima applicazione dei principi di cui alla direttiva sopra indicata.

Per assolvere questa funzione viene individuato personale qualificato che opera all'interno della Direzione Amministrativa, in grado di:

- ✓ instaurare una relazione con l'utente tale da limitare i suoi disagi e metterlo in grado di esprimere i propri bisogni;
- ✓ accompagnare personalmente gli utenti;
- ✓ collaborare con le associazioni di volontariato;
- ✓ curare l'accoglienza dell'utente, soprattutto per quanto attiene i ricoveri improvvisi, aiutandolo a risolvere i problemi inerenti i servizi erogati all'interno della struttura;
- ✓ educare l'utenza ad un corretto utilizzo dei Servizi Sanitari;
- ✓ ascoltare e comprendere le aspettative ed i bisogni degli utenti.

L'U.R.P. provvede a favorire la raccolta di segnalazioni e a curare la definizione dei reclami di immediata risoluzione.

I.5.3 Tutela

La funzione relativa alla tutela degli utenti viene assolta attraverso i seguenti strumenti:

- ✓ Ufficio Relazioni con il Pubblico, che nell'ambito del contatto diretto con il pubblico attiva le iniziative dirette al superamento di eventuali disservizi e riceve i reclami e ne garantisce l'istruzione e la trasmissione al Direttore Generale, per la decisione nel merito;
- ✓ regolamento per l'individuazione delle procedure di accoglimento e definizione del reclamo.

Per quanto riguarda le funzioni, si precisa che:

- ✓ l'Ufficio Relazioni con il Pubblico:
 - riceve le osservazioni, le opposizioni o i reclami in qualunque forma presentati dai soggetti individuati al comma 5° dell'articolo 14 del d.lgs. n. 502 del 30/12/1992 e s.m.i.;
 - provvede, su delega del Direttore Generale, a dare risposta all'utente per le segnalazioni che si presentano di prevedibile univoca e certa definizione;

- predispone l'attività istruttoria, acquisendo tutti gli elementi necessari alla formazione di giudizio (relazioni o pareri) dai responsabili delle strutture e dagli uffici interessati e fornisce, tramite parere dell'Ufficio Legale, elementi per la definizione dei reclami che non si prestano all'immediata e rapida definizione;
- predispone lettera di risposta all'utente, sottoscritta dal Direttore Generale.

Il Direttore Generale, acquisito il parere del Direttore Sanitario, assolve alla funzione di favorire la presenza e l'attività degli organismi di volontariato e di tutela all'interno della struttura nello specifico obiettivo della tutela dell'utente.

✓ Regolamento

L'Ospedale individua le procedure da osservare per l'accoglimento e la definizione delle segnalazioni e dei reclami, con l'adozione di specifico regolamento ed orienta la programmazione e le strategie organizzative e gestionali alla valorizzazione della centralità del cittadino utente, inteso non solo come destinatario naturale delle prestazioni ma, come interlocutore privilegiato, garantendone l'ascolto, la proposta, il controllo anche ai fini di supporto, modifica o integrazione di attività.

Alla tutela effettiva dei diritti del cittadino è, in particolare, dedicata l'attuazione della carta dei servizi, con particolare riferimento alle funzioni di informazione, accoglienza, tutela, partecipazione e al rispetto degli indicatori e degli standard di qualità prestabiliti, nonché dei procedimenti previsti per il caso di inadempimento, ai fini della ristorazione sostanziale di danni ingiustamente arrecati.

L'Ospedale ritiene doveroso contribuire altresì al superamento delle situazioni di asimmetria informativa e di conoscenza tradizionalmente sussistenti nei rapporti tra strutture sanitarie e utenza, programmando specifiche iniziative nel campo della comunicazione, del marketing, della formazione e dell'aggiornamento del personale, della educazione sanitaria, della consultazione delle rappresentanze dell'utenza, della pubblicizzazione sistematica di piani e programmi, attività e provvedimenti di particolare rilevanza per l'utenza, e favorendo quanto più possibile momenti istituzionali di incontro e azioni tesi all'affermazione del "senso di appartenenza", e al miglioramento continuo dello stato dei rapporti.

1.5.4 Partecipazione degli utenti

La funzione della partecipazione viene realizzata, oltre che con l'attivazione di un efficace sistema di informazione sulle prestazioni erogate e relative modalità di accesso, anche attraverso le seguenti modalità:

- ✓ concessione di spazi che consentano agli organismi del volontariato di poter partecipare a momenti istituzionali di indirizzo e programmazione dell'attività dell'Ospedale;
- ✓ predisposizione di progetti operativi per favorire l'adeguamento delle strutture e delle prestazioni sanitarie alle esigenze dei cittadini;
- ✓ rilevazione del gradimento da parte dell'utenza della prestazione sanitaria (controllo di qualità). La rilevazione del gradimento e della qualità, misurata sulla base degli standard indicati dalle normative vigenti ed in armonia con altre fonti significative (leggi regionali sui diritti dei cittadini, carta dei diritti del cittadino ecc.) dovrà prendere in esame la qualità dei rapporti con il personale ed il comfort offerto. L'andamento dei servizi quale conseguenza della rilevazione sarà periodicamente oggetto di studio da parte della Direzione del Presidio.

I.6 Sede legale

L'Ospedale S. Maria della Pietà ha la sede legale in San Giorgio a Cremano, Via Figliola, 1, e la sede operativa in Casoria, via S. Rocco, 9, codice fiscale e partita Iva 00191770833.

I.7 Premessa storica e religiosa dell'Ospedale

Il 1 luglio 1954 il dott. Vincenzo Ferrara, cittadino e medico di Casoria, firmò l'atto di donazione con il quale, con spirito cristiano, elargiva i suoi averi ai Religiosi Camilliani affinché realizzassero un ospedale nel cuore del vecchio centro storico.

Nel periodo dal 1955 al 1978, l'allora Casa di Cura ha ospitato circa 45.000 infermi, effettuato circa 18.000 interventi chirurgici e altrettanti parti. Il tutto è stato possibile grazie all'impegno e alla generosa dedizione profusa dai Religiosi Camilliani, dalle Suore Figlie di S. Camillo oltre che dal personale sanitario e amministrativo sensibile ai bisogni della persona sofferente.

Dal 1979 al 1983, la struttura, per motivi legati ad una riforma sanitaria, è stata trasformata in casa di assistenza degli anziani.

Nel 1983 è iniziato per il futuro ospedale un periodo di radicale trasformazione e ammodernamento attraverso il quale è stata potenziata la disponibilità di posti letto da 80 a 120; tutte le camere di degenza sono state dotate di bagno; le sale operatorie esistenti sono state ristrutturare e riattrezzate e, inoltre, è stata realizzata una nuova, moderna e all'avanguardia sala operatoria per gli interventi in Day Surgery; è stato realizzato un poliambulatorio specialistico altamente attrezzato ed un'aula congressi per la formazione e l'aggiornamento degli operatori sanitari, nonché per la divulgazione del sapere medico-scientifico.

Nel luglio del 2003 la Casa di Cura ottiene il riconoscimento di Ospedale dalla Regione Campania con il D.D. 482/2003.

I.8 Scopo e missione; dichiarazioni etiche

I.8.1 - Scopo e missione del P.O. S. Maria della Pietà

Il P.O. S. Maria della Pietà promuove iniziative in campo sanitario, assistenziale, spirituale e sociale; svolge una attività ospedaliera e sanitaria, in attuazione del Piano Sanitario Ospedaliero della Regione Campania e, a tal fine, realizza direttamente e indirettamente i programmi ed i progetti di intervento sanitario con il coordinamento delle disposizioni governative regionali.

Nello svolgimento delle propria attività si atterra ai principi contenuti nel Codice Etico ponendosi con senso di responsabilità e con integrità morale l'obiettivo di contribuire al processo di sviluppo della Sanità della Regione Campania e pertanto:

- ✓ attua con trasparenza e rispetta modelli di comportamento ispirati all'autonomia, integrità morale e rigore professionale e sviluppa le azioni coerenti;
- ✓ osserva la normativa vigente di livello comunitario, nazionale e regionale e le disposizioni emanate dalla Giunta Regionale;
- ✓ rispetta i legittimi interessi di pazienti, fornitori e dipendenti;
- ✓ si fa carico dei bisogni di salute in fase acuta, anche per patologie inguaribili, delle persone che si rivolgono ad una azienda ospedaliera alla luce delle conoscenze scientifiche costantemente

aggiornate, ottimizzando le risorse disponibili, attraverso l'integrazione di linee di comportamento comuni e condivise da tutte le strutture dell'Ospedale tramite collegamenti con altre strutture idonee ed in collaborazione con operatori sanitari del territorio, nel rispetto del contesto socio-ambientale e della programmazione degli organi sanitari istituzionali.

1.8.2 - Dichiarazioni etiche

Gli Organi Aziendali adottano, in coerenza con la missione condivisa dagli operatori, il Sistema Qualità come tessuto connettivo delle diverse realtà operative e ne identificano la "politica" a breve e medio termine come di seguito esplicitato:

- ✓ garantire ai cittadini un'assistenza sanitaria di qualità in continuo miglioramento;
- ✓ incrementare ed aggiornare la tipologia delle prestazioni adeguandole tempestivamente ai bisogni di salute emergenti;
- ✓ ottimizzare l'utilizzo delle risorse disponibili, umane, tecniche, strutturali ed economiche;
- ✓ promuovere la collaborazione ed i collegamenti col territorio;
- ✓ implementare linee di comportamento condivise e comuni a tutte le Strutture;
- ✓ rispettare le esigenze derivanti dai principi etici e dai valori sociali del contesto ambientale e la normativa;
- ✓ promuovere la crescita professionale degli operatori;
- ✓ soddisfare le aspettative dei cittadini e degli operatori.

1.8.2.1 Garantire ai cittadini un'assistenza sanitaria di qualità in continuo miglioramento

La Direzione dell'Ospedale definisce di qualità la prestazione sanitaria:

- ✓ efficace, che ottimizza il rapporto tra risultato raggiunto ed obiettivo prefissato e condiviso dall'utente informato, compatibilmente con le conoscenze scientifiche attuali;
- ✓ appropriata, cioè indicata per quel paziente;
- ✓ sicura, tale da comportare il minimo rischio per il paziente;
- ✓ tempestiva, ovvero erogata nel momento del bisogno.

Definisce, altresì, di qualità la prestazione che armonizzi le tre dimensioni: organizzativo/gestionale, tecnica e percepita.

1.8.2.2 Incrementare ed aggiornare la tipologia delle prestazioni adeguandole tempestivamente ai bisogni di salute emergenti

La Direzione dell'Ospedale si fa carico, attraverso un osservatorio permanente all'interno del proprio sistema qualità, dell'analisi dei bisogni della popolazione servita, mediante il confronto con le altre strutture sanitarie presenti sul territorio e con le associazioni di volontariato, adeguando la propria offerta



di prestazioni nell'ambito delle più recenti acquisizioni scientifiche, nel rispetto delle indicazioni programmatiche e normative regionali e nazionali ed attivando, ove necessario, gli opportuni collegamenti con altre strutture specialistiche.

1.8.2.3 Ottimizzare l'utilizzo delle risorse disponibili, umane, tecniche, strutturali ed economiche

La Direzione dell'Ospedale adotta la divisione dell'attività sanitaria in due Dipartimenti – Chirurgico e Medico. Ogni Direttore di Dipartimento deve svolgere la propria attività secondo le responsabilità legate al proprio ruolo, con conseguente autonomia decisionale, naturalmente, coerente con l'attività del Dipartimento al quale appartiene e nel rispetto delle strategie definite dalla Direzione del Presidio e approvate dal C.d.A.

I Dipartimenti gestiscono e ottimizzano con criteri di flessibilità le risorse umane, tecnologiche, strumentali ed economiche loro affidate.

La redazione ed il rispetto delle procedure generali dell'Ospedale garantiscono la corretta gestione dei rapporti tra reparti e reparti, tra reparti e servizi e tra servizi e servizi definendo i percorsi più brevi atti ad evitare inutili sprechi di risorse.

La Direzione dell'Ospedale adotta l'uso di sistemi premianti, i quali, attraverso la gratificazione non necessariamente di carattere economico, sono risorsa della Direzione stessa, dei vari Responsabili e, al contempo, strumento di incentivazione e di riconoscimento degli obiettivi raggiunti da strutture, da gruppi multidisciplinari e da ciascun operatore.

1.8.2.4 Promuovere la collaborazione ed i collegamenti col territorio

La Direzione dell'Ospedale si impegna ad attivare canali di comunicazione che permettano l'ottimizzazione dei percorsi territorio-ospedale-territorio, l'identificazione degli strumenti comuni ad ospedale e territorio per la scelta di linee guida orientate al miglioramento gestionale di malattie croniche ed invalidanti, alla condivisione e partecipazione dei medici del territorio, alla gestione dei loro assistiti ricoverati nell'Ospedale.

1.8.2.5 Implementare linee di comportamento condivise e comuni a tutte le Strutture

L'adozione del Manuale e delle Procedure Generali dell'Ospedale, redatte secondo le Norme UNI EN ISO 9001/2008, permette una risposta univoca ai percorsi trasversali alla struttura; l'adozione per tutte le Strutture di linee guida diagnostico/terapeutiche comuni permette di affrontare in maniera globale gli iter clinico/terapeutici per i cittadini.

La Direzione del Presidio si impegna a promuovere la definizione, attraverso la collaborazione dei dirigenti delle strutture, di elementi comuni irrinunciabili che costituiscano la cartella clinica informatizzata.

La Direzione del Presidio si impegna, inoltre, a promuovere la definizione di linee guida per la corretta informazione al paziente, individuando competenze e ruoli all'interno di ogni Struttura.

1.8.2.6 Rispettare le esigenze derivanti dai principi etici e dai valori sociali del contesto ambientale e la normativa

La Direzione del Presidio, nel rispetto della normativa vigente e degli obiettivi indicati dal C.d.A. e dai piani sanitari nazionale e regionale, ottimizza l'uso delle risorse economiche, potenziando a medio e lungo termine quelle strutture per l'accoglienza e la degenza che siano ritenute insufficienti a soddisfare

la domanda da parte della popolazione servita; si adopera, inoltre, ad attivare tutti quegli accorgimenti ritenuti indispensabili all'efficacia, efficienza, personalizzazione ed umanizzazione delle prestazioni fornite alla popolazione di riferimento.

1.8.2.7 Promuovere la crescita professionale degli operatori

La Direzione del Presidio si impegna a:

- ✓ sostenere la continua crescita professionale dei propri operatori avviando un programma di formazione permanente in Qualità;
- ✓ potenziare e favorire la partecipazione ad attività formative qualificate con ampie ricadute in termini di miglioramento tecnico/scientifico;
- ✓ privilegiare audit clinici multidisciplinari ed incontri scientifici che coinvolgano le realtà sanitarie presenti sul territorio;
- ✓ promuovere la partecipazione attiva a gruppi di lavoro per il Miglioramento Continuo della Qualità delle prestazioni e del Sistema Aziendale.

1.8.2.8 Soddisfare le aspettative dei cittadini e degli operatori

La Direzione dell'Ospedale, consapevole che fornire salute significa comprendere e rispondere ai bisogni del cittadino che potrebbe non aver solo bisogno di cure, rivolge particolare attenzione alla Qualità Percepita dagli utenti, comprensiva di:

- ✓ aspetti tangibili: strutture edilizie, attrezzature, personale, strumenti di comunicazione...;
- ✓ affidabilità: capacità di prestare il servizio promesso con professionalità;
- ✓ capacità di ascolto e di risposta: volontà di aiutare l'utente e di fornire il servizio in tempi adeguati...;
- ✓ capacità di rassicurazione: competenza e cortesia degli operatori e loro capacità di ispirare fiducia e sicurezza...;
- ✓ empatia: assistenza premurosa ed individualizzata prestata agli utenti....

È rivolta particolare attenzione alla Qualità Percepita dagli operatori, considerandoli la sua maggior risorsa, nei seguenti aspetti:

- ✓ autonomia: possibilità di proporre gli obiettivi e alternative per raggiungere gli obiettivi assegnati...;
- ✓ informazione: conoscenza degli obiettivi e dei processi...;
- ✓ partecipazione: alla gestione degli obiettivi assegnati ed alle decisioni...;
- ✓ integrazione/identificazione: accettazione/appartenenza all'organizzazione, interiorizzazione dei valori dell'organizzazione...;



- ✓ motivazione: integrazione tra le capacità, le attese, le esigenze degli operatori con quelle dell'organizzazione...;
- ✓ ergonomia: soddisfazione dei bisogni minimi di benessere psico-fisico dell'operatore...;
- ✓ responsabilità;
- ✓ professionalità.

TITOLO SECONDO

Sistema di programmazione, valutazione e controllo

II.1 Programmazione

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

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

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

Detta programmazione, inoltre, non può basarsi unicamente su criteri e valutazioni di efficienza ed economicità, dovendo essere prioritariamente connotata da valutazioni relative alla qualità ed appropriatezza delle prestazioni in rapporto ai bisogni di salute attesi. La programmazione deve tradursi, quindi, in un complesso di decisioni strategiche in grado di delineare un insieme integrato e coordinato di criteri, strumenti e procedure, finalizzati ad attuare un complesso sinergico di azioni operative, coerenti con la pianificazione strategica, i cui risultati devono essere posti a verifica circa la rispondenza all'andamento gestionale con riguardo agli obiettivi prefissati di periodo.

Il programma delle attività deve essere articolato, quindi, come un documento che espone e giustifica i progetti, le risorse necessarie e le modalità organizzative/gestionali utili al perseguimento degli obiettivi socio-sanitari in relazione alla normativa e pianificazione vigente. I processi di cui sopra e le modalità di connessione con il sistema di controllo di gestione sono oggetto di specifica regolamentazione interna all'Azienda.

II.2 Controllo di gestione

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

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

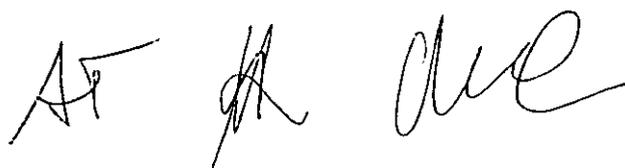
- definizione degli standard prestazionali;
- negoziazione degli obiettivi e delle risorse;
- consuntivazione continuativa dei risultati e alimentazione delle banche dati;
- progettazione ed implementazione del sistema di reporting finalizzato a consentire una sistematica rilevazione dei costi e dei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

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

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

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

L'introduzione del controllo di gestione nelle aziende sanitarie costituisce uno specifico obbligo normativo sancito dall'articolo 4 del decreto legislativo 286 del 30 luglio 1999 (riordino e potenziamento dei meccanismi e strumenti di monitoraggio e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati dell'attività svolta dalle amministrazioni pubbliche).



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

II.2.1. *Struttura controllo di gestione*

Il Controllo di Gestione garantisce l'applicazione della metodica di "budget" affinché sia garantita l'efficacia e l'efficienza ai processi di acquisizione e di impiego delle risorse.

Attività prese in considerazione:

- ✓ articolazione dell'azienda in Centri di Costo;
- ✓ analisi comparativa dei costi, dei rendimenti e dei risultati;
- ✓ verifica della corretta ed economica gestione delle risorse;
- ✓ contribuire alla predisposizione dei budget;
- ✓ elaborazione di indicatori di produttività e di standard di riferimento;
- ✓ gestione economica delle attività anche mediante il DRG;
- ✓ reporting al Direttore Amministrativo e reporting ai servizi;
- ✓ assolve alla elaborazione statistica delle attività aziendali, agli adempimenti afferenti ai processi di programmazione aziendale.

II.3 Controllo di regolarità amministrativa e contabile

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

Le verifiche di regolarità amministrativa e contabile devono rispettare i principi del codice civile.

II.3.1 Ufficio Contabilità

L'Ufficio Contabilità è responsabile della regolare tenuta della contabilità generale secondo le norme civilistiche, nonché secondo le norme interne. L'Ufficio assicura:

- ✓ la veridicità e l'adeguatezza dei dati amministrativi e dei principi contabili;
- ✓ l'aggiornamento del piano dei conti.

Compete in particolare all'Ufficio:

- ✓ fornire al C.d.A. ed al Direttore Generale e/o Consigliere delegato dati statistici e report aggiornati sulla situazione patrimoniale ed il conto economico dell'Ospedale;
- ✓ la predisposizione dei bilanci preventivi annuali e pluriennali;
- ✓ la gestione della compilazione dei conti e delle riscossioni delle tariffe in vigore per le prestazioni erogate;

- ✓ la gestione amministrativo contabile relativa alle procedure di cassa, ai rapporti con il Tesoriere, alla definizione del budget;
- ✓ attività di supporto al Collegio sindacale

II.3.2 – Area Amministrativa

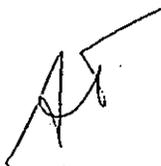
Si rappresenta in dettaglio l'organigramma dell'area amministrativa:

- ✓ Segreteria delle Risorse Umane
- ✓ Contabilità
- ✓ Economato
- ✓ Provveditorato e Acquisti
- ✓ Accettazione/CUP/Portineria/Urp
- ✓ Sistemi Informativi/Fonia/Dati
- ✓ Servizio tecnico-manutentivo
- ✓ Flussi informativi Compensazione
- ✓ Ufficio Relazioni con il Pubblico

II.3.3 – Servizi di supporto

I servizi di supporto sono formati da Uffici che operano in staff

- ✓ al Direttore Generale:
 - Sistemi Informativi/Fonia/Dati
 - Ufficio Relazioni con il Pubblico
 - Servizio Prevenzione Sicurezza e Privacy
- ✓ al Direttore Sanitario:
 - Servizio delle Professioni Infermieristiche
 - Medico Competente
 - Qualità
 - Formazione
 - Flussi Informativi Compensazione



- Archivio Cartelle Cliniche
- Global Service Elettromedicali
- ✓ Al Direttore Amministrativo:
 - Contabilità e Controllo di Gestione
 - Economato
 - Provveditorato e acquisti
 - Accettazione/CUP/Portineria

II.4 Sistema informativo e le nuove tecnologie della informazione e comunicazione

Il sistema informativo delle aziende sanitarie è l'insieme:

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

Il ruolo del Sistema Informativo Sanitario Aziendale e Regionale (SISR) è dunque strategico perché esso produce la conoscenza dei fenomeni e degli eventi in maniera analitica, completa, accurata, tempestiva ed omogenea. Tale conoscenza costituisce il necessario presupposto per programmare ed organizzare un'offerta dei servizi efficace ed efficiente. A tal fine, l'azienda prevede il potenziamento e la riorganizzazione del Sistema Informativo aziendale le cui linee direttrici, coerenti con lo sviluppo del NSIS e del SISR e con gli indirizzi già contenuti nel Piano Sanitario Regionale 2010 - 2012, vengono definite nel presente atto aziendale. L'azienda inoltre si impegna a promuovere, in linea con quanto disposto dal nuovo Codice dell'amministrazione digitale (D.lgs. n. 235/2010) l'utilizzo delle nuove tecnologie digitali per assicurare la disponibilità, la gestione, l'accesso, la trasmissione, la conservazione e la fruibilità dei documenti e delle informazioni. In tal senso la dematerializzazione intesa quale complesso intervento di semplificazione dei processi e di diminuzione delle fasi e dei passaggi del processo decisionale, snellimento dei procedimenti, semplificazione, governo del ciclo del documento in tutte le sue fasi incluso quello della conservazione, comunicazione digitale, controllo e riduzione del *digital divide*, rappresenta attualmente uno degli elementi di maggior rilievo all'interno dei processi di riforma dell'attività amministrativa e costituisce una delle linee di azione maggiormente significative anche a fini della riduzione della spesa in termini sia di risparmi diretti (carta, spazi) sia di risparmi indiretti (tempo, efficienza ecc.). La dematerializzazione, in uno con lo sviluppo dei sistemi comunicativi, l'utilizzo costante e diffuso della rete aziendale intranet, per le comunicazioni interne, e i portali per la comunicazione, per quelle esterne, l'utilizzo e diffusione della posta certificata (PEC), permette di facilitare il processo di *democratizzazione aziendale* con un migliore e puntuale dialogo sia tra le diverse strutture organizzative sia con i dipendenti che con i cittadini utenti.

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

Le tecnologie digitali devono anche essere messe al servizio del cittadino. A tal proposito è opportuno richiamare l'attenzione sull'utilizzo del sito web aziendale come strumento di comunicazione aperto e trasparente che, come tale, può essere di notevole valore in quanto, tra l'altro, offre l'opportunità alla

struttura di rendere pubbliche informazioni di estrema utilità per i cittadini sui servizi offerti, sulle modalità di fruizione degli stessi, sui tempi di attesa per le prestazioni. Per essere di effettiva utilità è necessario che l'azienda ne curi non solo l'allestimento ma il costante arricchimento ed aggiornamento. Naturalmente l'utilizzo di tali tecnologie deve essere attentamente regolamentata e gli elementi fondamentali di tale azione regolatrice sono inclusi nel presente atto aziendale, ove è istituita per tale funzione una unità operativa dedicata che fa capo ad una idonea struttura organizzativa, come meglio specificato nel successivo capitolo all'uopo dedicato.

II.4.1 Centro Elaborazione Dati Sistema Informativo Direzionale

Attività prese in considerazione:

- Gestione operativa Sistema Centrale

Sono ricomprese le attività legate alla gestione operativa del Sistema Centrale cioè nel dettaglio:

- ✓ presidio dei lavori;
- ✓ salvataggio dati;
- ✓ aggiornamento software di base.

- Elaborazioni Centralizzate

Riguardano le attività legate a specifiche gestioni che richiedono procedure di elaborazione centralizzate:

- ✓ elaborazioni di massa (stipendi e gestione del personale in genere, stampe di magazzino ecc.);
- ✓ produzione, spedizione, controllo dati della mobilità sanitaria.

- Supporto hardware:

assistenza tecnica, valutazione richieste, approvvigionamento

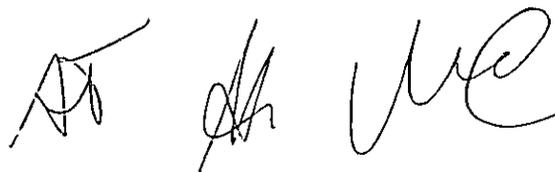
L'attività consiste nella assistenza tecnica alle postazioni di lavoro collegate con il Sistema Centrale, e precisamente:

- presa in carico della chiamata di assistenza (valutazione del problema, individuazione delle azioni correttive, eventuale intervento diretto o attivazione del supporto esterno di assistenza);
- gestione del contratto di assistenza;
- valutazione delle richieste di attivazione nuove postazioni di lavoro.

- Supporto software: assistenza utenti sulle procedure gestionali

L'attività consiste nella assistenza agli utenti sulle procedure applicative (sia proprie che acquisite da Fornitore esterno) che si sostanzia in:

- consulenza tecnica sull'uso degli applicativi;



- attivazione e configurazione di nuovi profili utenti laddove richiesto;
- presa in carico delle segnalazioni di mal funzionamento pervenute dagli Utenti, valutazione delle stesse e attivazione degli interventi correttivi;
- affiancamento dei consulenti esterni durante le giornate di assistenza erogate;
- gestione del contratto di consulenza software;
- elaborazione non procedurale sulle basi dati gestite da pacchetti applicativi esterni (a fronte di richieste particolari degli Uffici e non ottenibili tramite normali elaborazioni).

- Supporto software: sviluppo

Per quanto attiene le procedure sviluppate internamente, viene ovviamente svolta la normale attività di programmazione (manutenzione delle procedure esistenti, analisi e sviluppo a fronte di nuove richieste ed esigenze).

I compiti istituzionali demandati al Sistema Informativo Sanitario sono la realizzazione di un sistema di raccolta, elaborazione ed archiviazione dei dati necessari alla realizzazione degli obiettivi sanitari ed amministrativi delle Strutture e della Direzione Aziendale. Lo scopo è quello di migliorare l'integrazione fra le procedure informative dell'Ospedale, rendere efficaci i processi di comunicazione dei dati sanitari ed amministrativi, velocizzare e supportare i processi decisionali di governo ed i processi diagnostici e terapeutici.

Tale sistema deve rispondere, quindi, al bisogno informativo interno ma anche a quello esterno cioè verso la Regione, i Ministeri e gli Utenti. Data l'evoluzione dei sistemi informatici è possibile prevedere un utilizzo sempre più distribuito delle procedure e dei dati, ma deve essere garantita l'univocità delle informazioni mediante archivi centralizzati e definizione univoca ed organica dei dati.

La realizzazione operativa di un sistema integrato che risponda alle esigenze gestionali delle singole strutture, alle necessità delle direzioni e degli operatori esterni prevede:

- ✓ la realizzazione di una rete informatica aziendale;
- ✓ l'individuazione dei bisogni informativi interni dell'organizzazione e delle strutture esterne;
- ✓ l'ottimizzazione dei flussi informativi aziendali;
- ✓ la gestione dei dati sanitari ed amministrativi che eviti la dispersione, la perdita o la duplicazione di informazioni;
- ✓ una semplificazione dell'accesso ai dati da parte del personale autorizzato;
- ✓ la creazione di una struttura informatica che permetta la comunicazione e la distribuzione delle informazioni intra - inter aziendali mediante l'utilizzo di nuove tecnologie quali quella WEB;
- ✓ l'integrazione dei dati provenienti dai vari ambienti distribuiti, sia sanitari che amministrativi, mediante l'interconnessione dei diversi sistemi informatici aziendali utilizzando tecnologie standard per la creazione di un data base per il supporto decisionale;
- ✓ l'attivazione di sistemi orientati ai processi organizzativi e gestionali;

- ✓ la gestione della sicurezza ai dati informatici aziendali come previsto dalle norme sul trattamento dei dati personali e successivi decreti applicativi.

Le competenze inerenti al Sistema Informativo - Informatico sono quindi molteplici: organizzative, gestionali ed informatiche.

La crescente integrazione dei settori informatici, di comunicazione e di strumentazione biomedica ha reso necessario prevedere un coordinamento di queste aree in una sola struttura operativa che ne permettesse la crescita organica.

II.5 Sistema Informativo e raccordo con i sistemi di controllo esterno

I compiti istituzionali demandati al Sistema Informativo Sanitario sono la realizzazione di un sistema di raccolta, elaborazione ed archiviazione dei dati necessari alla realizzazione degli obiettivi sanitari ed amministrativi. Lo scopo è quello di migliorare l'integrazione fra le procedure informative dell'Ospedale, rendere efficaci i processi di comunicazione dei dati sanitari ed amministrativi; velocizzare e supportare i processi decisionali di governo ed i processi diagnostici e terapeutici.

Tale sistema deve rispondere, quindi, al bisogno informativo interno ma anche a quello esterno cioè verso la Regione, la ASL, altri Enti pubblici e privati nonché verso l'utenza dell'Ospedale.

La realizzazione operativa di un sistema integrato che risponda sia alle esigenze gestionali delle singole Strutture che alle necessità della Direzione aziendale e delle strutture ed operatori esterni prevede:

- ✓ la realizzazione di una rete informatica aziendale;
- ✓ l'individuazione dei bisogni informativi dell'organizzazione e delle strutture esterne;
- ✓ l'ottimizzazione dei flussi informativi aziendali;
- ✓ la gestione dei dati sanitari ed amministrativi che eviti la dispersione, la perdita o la ripetizione di informazioni;
- ✓ una semplificazione dell'accesso ai dati;
- ✓ la creazione di una struttura informatica indipendente dalla tecnologia che permetta la comunicazione e distribuzione delle informazioni intra - inter aziendali mediante l'utilizzo di tecnologie appropriate;
- ✓ l'interconnessione dei diversi sistemi informatici aziendali;
- ✓ l'attivazione di sistemi orientati ai processi organizzativi e gestionali;
- ✓ la gestione della sicurezza dei dati informatici aziendali come previsto dalla legge 675 sul trattamento dei dati personali e successivi decreti applicativi.

II.6 La comunicazione

La comunicazione istituzionale rappresenta uno dei terreni su cui si gioca la sfida del cambiamento. Attraverso le attività di informazione e comunicazione l'azienda può, infatti, da una parte rispondere ai doveri di trasparenza, imparzialità e parità di accesso che le leggi assicurano a tutti i cittadini, dall'altra



diventare un'organizzazione capace di agire il proprio mandato istituzionale con un maggiore livello di coerenza rispetto ai bisogni dei cittadini.

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

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

Affinché l'azienda possa raggiungere i propri obiettivi strategici, è necessario, quindi, adottare sistemi di comunicazione interna ed esterna convergenti ed idonei al risultato. In questa concezione la comunicazione interna intesa come messa in comune di esperienze, valori, responsabilità, come creazione di identità e di condivisione dei processi organizzativi, diventa, al pari della comunicazione esterna, motore dello sviluppo e quindi leva organizzativa strategica. La comunicazione interna si pone come complementare e funzionale alla comunicazione esterna, dalla quale si distingue perché veicolo principale per condividere qualsiasi tipo di messaggio, sia informativo che funzionale, da parte del pubblico interno all'azienda stessa. La circolazione del flusso di informazioni deve essere convogliata in una rete strutturata di canali di divulgazione, in modo che sia facilmente fruibile e riconoscibile, sia per essere consultata che per essere alimentata. Ogni dipendente deve poter essere messo nelle condizioni di conoscere i programmi dell'azienda e individuare il senso del proprio ruolo e lavoro all'interno di questi programmi. Perciò la comunicazione interna deve rendere espliciti, nell'organizzazione, i diversi apporti ma, soprattutto, ne deve valorizzare le integrazioni. Si tratta di rendere riconoscibile il ruolo di ciascuno ma anche di comunicare come tutti concorrono al raggiungimento delle sfide strategiche e degli obiettivi operativi che l'azienda si è data. Ciò è possibile attivando tipologie di comunicazione interna basate su processi di condivisione delle conoscenze e rispondenti a logiche differenti, che vanno ad incidere sul ruolo di appartenenza:

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

Al fine di garantire livelli di comunicazione uniformi l'azienda predispose annualmente il piano di comunicazione. Il Piano di comunicazione è uno degli strumenti in grado di coniugare strategie, obiettivi, destinatari, azioni e strumenti di comunicazione secondo un disegno organico e razionale. In questa accezione, dunque, il piano di comunicazione aiuta il governo della comunicazione nel senso che ne consente la finalizzazione (perché comunicare), ne individua gli attori (chi comunica e a quali destinatari), ne indica i prodotti (cosa si deve realizzare), ed indica con quali strumenti e con quali risorse si deve effettuare.

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

- in primo luogo, quello strategico, in quanto può aiutare l'organizzazione nell'implementazione delle proprie politiche;
- in secondo luogo, la facilitazione della convergenza tra le logiche della comunicazione interna e quelle della comunicazione esterna dell'azienda, favorendo quella che si può definire come comunicazione integrata;
- in terzo luogo, quello di incentivare la costruzione di relazioni bidirezionali tra l'organizzazione e il suo pubblico di riferimento.



Si tratta di relazioni consapevoli e costanti nel tempo, non casuali o episodiche, finalizzate alla coproduzione di senso e significati nello scambio comunicativo tra l'azienda e i suoi destinatari. La costruzione del piano di comunicazione è un processo organizzativo che si articola in tre fasi distinte:

- pianificazione e redazione, fase in cui si arriva alla stesura del piano e che prevede l'analisi del contesto sia interno che esterno e la definizione di alcune variabili fondamentali quali:

- la segmentazione del pubblico di riferimento e l'individuazione dei target delle proprie azioni comunicative in modo tale da renderle efficaci e adeguate calibrandole sulle caratteristiche del pubblico esterno e degli attori interni a cui si rivolgono;

- la definizione degli *stakeholder*, ovvero coloro che possono essere definiti come soggetti "portatori di interesse della comunità" (ad es. enti locali territoriali, associazioni, ecc.);

- implementazione, fase della gestione e della concreta realizzazione dello stesso che deve essere affidata, in primo luogo, a chi detiene la responsabilità formale della comunicazione, ovvero le strutture che si occupano della comunicazione e delle relazioni esterne, gli Uffici Relazioni con il pubblico, gli uffici stampa o gli uffici di informatica e web, coerentemente con il ruolo svolto nella fase di pianificazione, ed in secondo luogo, deve coniugarsi con il coinvolgimento e la partecipazione di altri soggetti appartenenti alla struttura;

- valutazione, fase di verifica dei risultati ottenuti, dell'impatto e degli effetti generati sul contesto interno ed esterno all'ente e delle eventuali discrepanze tra questi e gli obiettivi prefissati.

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

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

- l'analisi dello scenario;

- l'individuazione degli obiettivi di comunicazione;

- l'individuazione dei soggetti di riferimento;

- le scelte strategiche e di contenuto;

- l'individuazione delle azioni e degli strumenti di comunicazione;

- la misurazione dei risultati.

Altro aspetto da evidenziare fortemente nei piani di comunicazione aziendale è quello relativo agli strumenti di ICT - Tecnologie dell'informazione e della comunicazione. La diffusione dei supporti tecnologici, con un riferimento particolare alle tecnologie informatiche, ha aumentato di gran lunga le potenzialità offerte dalla comunicazione in termini di capillarità di velocità di diffusione del messaggio. Pertanto, nel Piano di Comunicazione devono essere previsti lo sviluppo di varie soluzioni tecnologiche per scambiare informazioni e attivare relazioni, sia all'interno dell'Azienda, sia con i cittadini.

TITOLO TERZO

Assetto istituzionale: Organi e Organismi

III.1 Organi Aziendali

Sono tali i seguenti organi che hanno funzioni di governo, di gestione e di controllo dell'Ospedale:

- ✓ *Consiglio di Amministrazione del Presidio Ospedaliero S.Maria della Pietà*, in seguito per brevità chiamato "C.d.A.", è presieduto dal legale rappresentante del suddetto Ente, sovrintende alla gestione dell'Ospedale secondo le modalità previste dalla Statuto e dal citato Regolamento Organico (art. 5);



- ✓ *Direttore Generale e/o Consigliere Delegato*, come previsto dal citato Regolamento Organico (art. 8);
- ✓ *Collegio Sindacale* del P.O. S. Maria della Pietà, secondo le modalità previste dal citato Regolamento Organico (art. 7);
- ✓ *Direttore Sanitario*, secondo le modalità previste dal citato Regolamento Organico (art. 12);
- ✓ *Direttore Amministrativo*, secondo le modalità previste dal citato Regolamento Organico (art. 13);
- ✓ *Collegio di Direzione*, presieduto e costituito dal Direttore Generale; ne fanno parte oltre al Direttore Generale, il Direttore Sanitario, il Direttore Amministrativo e i Capi di Dipartimento che sono di volta in volta nominati dal Direttore Generale e/o Consigliere delegato;
- ✓ *Consiglio dei Sanitari*, organo del Direttore Generale, presieduto dal Direttore Sanitario, è organismo elettivo del P.O. S. Maria della Pietà ai sensi dell'art. 20 del Regolamento Organico con funzioni di consulenza tecnico-sanitaria.

III.2 Consiglio di Amministrazione

La composizione e le funzioni del C.d.A. sono definite dagli artt. 5 e 6 del Regolamento.

III.3 Direttore Generale e/o Consigliere delegato

Il Direttore Generale e/o Consigliere delegato è titolare della rappresentanza legale, nei limiti della procura conferitagli, ed esercita tutti i poteri di gestione dell'Ospedale adottando i provvedimenti necessari. È responsabile delle funzioni di indirizzo, che esercita attraverso la definizione di obiettivi e programmi, e dell'imparzialità e del buon andamento dell'azione amministrativa. Verifica il risultato dell'attività svolta e la realizzazione di programmi e progetti in relazione agli obiettivi della gestione finanziaria, tecnica, amministrativa e sanitaria.

L'autonomo e pieno esercizio, da parte del Direttore Generale e/o Consigliere Delegato, delle funzioni gestionali dell'azienda è svolto nel rispetto dei poteri spettanti al collegio sindacale, cui sono affidati i compiti di vigilanza sull'osservanza delle leggi e dei regolamenti e la verifica sull'attività contabile dell'azienda.

Il Direttore Generale provvede, in particolare:

- alla nomina del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo;
- alla nomina del Collegio Sindacale e alla sua prima convocazione nei termini di legge;
- alla costituzione del Collegio di Direzione e del Consiglio dei Sanitari;
- all'adozione dell'atto aziendale e delle sue modificazioni ed integrazioni;
- all'adozione degli atti regolamentari e di tutti quelli che si rendono necessari in attuazione di normative nazionali e regionali;
- all'adozione degli atti di organizzazione interna del Presidio Ospedaliero nonché alla nomina e alla revoca dei responsabili delle strutture operative dell'azienda e al conferimento degli incarichi professionali;
- all'adozione del piano attuativo locale e del programma delle attività territoriali;

- alla adozione del documento per la valutazione dei rischi e la nomina del responsabile del servizio di prevenzione e protezione. Tale responsabile deve essere individuato in figura diversa dal responsabile di area tecnica preposto alla manutenzione;
- alla verifica della corretta ed economica gestione delle risorse nonché dell'imparzialità e del buon andamento dell'azione amministrativa;
- alla verifica qualitativa e quantitativa dei servizi erogati;
- alla determinazione della dotazione organica aziendale;
- all'adozione di tutti gli atti deliberativi relativi alla programmazione finanziaria e di bilancio, compresi quelli formulati secondo la logica budgettaria specifica di ogni dipartimento e di quella complessiva aziendale;
- all'adozione del piano attuativo locale, del programma delle attività territoriali, nonché degli altri atti programmatici con cui sono definiti gli obiettivi e le priorità per la gestione dell'azienda sanitaria e sono assegnate le risorse umane, strumentali e finanziarie;
- alla determinazione della dotazione organica aziendale;
- all'adozione di tutti gli atti deliberativi riguardanti l'assunzione di personale;
- all'adozione dei provvedimenti conseguenti alla valutazione dei dirigenti;
- all'adozione di tutti gli altri atti indicati dalla legislazione regionale vigente;
- all'assolvimento di ogni altro compito previsto dalle leggi.

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

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

Rimangono di esclusiva competenza del direttore generale le funzioni di alta amministrazione (cioè quelle più propriamente "di governo"), mentre sono delegabili ai vari livelli della dirigenza le funzioni di carattere gestionale, attraverso le quali si esplica l'autonomia funzionale delle articolazioni organizzative dell'azienda tra cui:

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

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

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

Il Direttore Generale e/o Consigliere delegato disciplina con atti, regolamenti e procedure l'organizzazione ed il funzionamento interno delle varie strutture operative con particolare riferimento a:

- ✓ organizzazione degli uffici amministrativi;
- ✓ contabilità;
- ✓ sistema budgetario e controllo di gestione;
- ✓ tenuta dei registri inventariali dei beni mobili ed immobili.

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

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

III.4 Collegio Sindacale, art. 7 del Regolamento

Le funzioni del Collegio Sindacale, sono svolte secondo quanto disciplinato dall'art. 7 del Regolamento. Il collegio sindacale è nominato dal Consiglio Provinciale ed è composto da tre membri.

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

Detto organo :

- verifica l'amministrazione dell'azienda sotto il profilo economico;
- vigila sull'osservanza delle leggi;
- accerta la regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili, ed effettua periodicamente verifiche di cassa;
- fornisce al Direttore Generale indicazioni utili alla corretta gestione aziendale e provvede ad ogni altro adempimento previsto dalla legislazione vigente e dall'atto aziendale;
- riferisce al Consiglio di Amministrazione, su espressa richiesta di quest'ultimo, sui risultati del riscontro eseguito, denunciando immediatamente i fatti se vi è fondato sospetto di gravi irregolarità.

III.5 Direttore sanitario e Direttore amministrativo

Il Direttore Amministrativo e il Direttore Sanitario, secondo gli artt. 12 e 13 del Regolamento, coadiuvano, con la formulazione di proposte e pareri, il Direttore Generale nell'esercizio delle sue funzioni e partecipano, unitamente a esso, che ne ha la responsabilità, alla direzione dell'azienda. Assumono diretta responsabilità delle funzioni ad essi attribuite e ne rispondono al Direttore Generale. In relazione a tale caratterizzazione del ruolo che ne comporta il pieno coinvolgimento nella gestione, le funzioni ad essi riconosciute sono riconducibili in generale a quelle di indirizzo/controllo nei confronti della dirigenza amministrativa e sanitaria dell'azienda.

Il direttore sanitario ed il direttore amministrativo sono nominati con provvedimento motivato dal direttore generale che risponde della verifica del possesso dei requisiti previsti dalla normativa vigente, acquisendo le necessarie certificazioni dei titoli e dei servizi svolti.

Il direttore sanitario ed il direttore amministrativo concorrono al governo dell'azienda e al processo di pianificazione e controllo strategico della stessa.

Essi esprimono parere sugli atti del direttore generale per quanto di propria competenza e su ogni questione che venga loro sottoposta ed inoltre:

- svolgono le funzioni e adottano gli atti ad essi delegati e attribuiti dal direttore generale;
- formulano, per le materie di competenza, proposte al direttore generale, ai fini della elaborazione dei piani pluriennali, dei programmi annuali e dei progetti di attività;
- curano, per quanto di competenza, l'attuazione dei programmi e dei piani dell'azienda attraverso i servizi alle proprie dipendenze;
- determinano, informandone le organizzazioni sindacali, i criteri generali di organizzazione dei servizi di rispettiva competenza nell'ambito delle direttive ricevute dal direttore generale;

- verificano e controllano l'attività dei dirigenti dei servizi e adottano i conseguenti provvedimenti, anche di carattere sostitutivo, riferendone al direttore generale, anche ai fini del controllo interno;
- svolgono ogni altra funzione attribuita loro dalle leggi e dai regolamenti.

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

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

III.6 Direttore Sanitario

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

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

Inoltre:

- partecipa con il Direttore Amministrativo, unitamente al Direttore Generale, che ne ha la responsabilità, alla direzione dell'Azienda;
- dirige i servizi sanitari negli ambiti previsti dal D.Lgs. n. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni e dalle Leggi Regionali fatte salve le competenze, le responsabilità e le funzioni individuali dei singoli dirigenti previste dall'articolo 16 e 17 del D. Lgs. 29/93 e successive modifiche ed integrazioni;
- assume diretta responsabilità delle funzioni attribuite alla sua competenza;
- concorre, con la formulazione di proposte e di pareri, alla formazione delle decisioni del Direttore Generale;
- sovrintende sul contenzioso legale e decide sulla nomina dei consulenti di parte;
- assicura il coordinamento delle diverse linee di attività svolte nei reparti;
- svolge ogni altra funzione, ivi compresa l'adozione di atti a rilevanza esterna, su delega del direttore generale, fermo restando ogni altra competenza attribuitagli dalla legislazione vigente, dal presente atto e dai regolamenti aziendali;
- Presiede il consiglio dei sanitari secondo l'art. 20 del Regolamento.

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

- analisi preordinate alla valutazione dello stato di salute della popolazione e dell'impatto sulla salute dei determinanti sanitari e non sanitari;
- sistemi informativi sanitari;
- sviluppo del governo clinico e della garanzia della qualità dei servizi;
- formazione;
- valutazione delle tecnologie (*technology assessment*);
- accreditamento;
- coordinamento delle diverse linee di attività svolte nei reparti;

- coordinamento delle attività di ricovero;
- valorizzazione di tutte le professioni sanitarie.

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

III.7 Direttore Amministrativo

Il direttore amministrativo dirige i servizi amministrativi dell'azienda, assicura la correttezza, completezza e trasparenza dei processi di formazione dei documenti rappresentativi delle dinamiche economiche, finanziarie e patrimoniali, la legittimità degli atti ed il corretto assolvimento delle funzioni di supporto tecnico, amministrativo, logistico. Definisce gli orientamenti operativi delle strutture assegnate al governo economico finanziario aziendale e garantisce, dal punto di vista amministrativo, lo sviluppo e l'implementazione delle reti che presiedono il sistema informatico di supporto alle attività direzionali proprie dei diversi livelli di governo aziendale e promuove programmi specifici per la formazione del personale amministrativo.

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

- gestione giuridico-economica delle risorse umane;
- gestione e sviluppo dell'ICT;
- gestione del bilancio di previsione e consuntivo, delle entrate e delle spese, della contabilità e degli adempimenti tributari;
- gestione degli AAGG, delle consulenze legali;
- progettazione, esecuzione e gestione di interventi strutturali;
- acquisizione, manutenzione e dismissione del patrimonio immobiliare;
- acquisizione, manutenzione e dismissione dei beni mobili patrimoniali;
- cura inoltre, nei limiti delle disposizioni adottate:
 - acquisizione, gestione e distribuzione dei beni di consumo;
 - acquisizione e gestione di servizi.

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

III.8 Collegio di direzione: composizione e funzioni, art. 21 del Regolamento

Il Collegio di Direzione, disciplinato dall'art. 21 del Regolamento, è organo di supporto del Direttore Generale e/o Consigliere delegato per l'esercizio della funzione di governo e di direzione strategica dell'azienda con funzioni consultive, propositive e di controllo.

Il Direttore Generale costituisce, con proprio provvedimento, il Collegio di direzione, adottando uno specifico regolamento per le modalità di funzionamento che tenga conto delle funzioni del Collegio di direzione previste dalla normativa vigente e delle indicazioni contenute nel presente atto di indirizzo.

Il direttore generale si avvale di detto organismo per il governo delle attività cliniche, la programmazione e la valutazione delle attività tecnico-sanitarie e di quelle ad alta integrazione sanitaria. Il Collegio di direzione concorre alla formulazione dei programmi di formazione, delle soluzioni organizzative per l'attuazione dell'attività libero-professionale intramuraria ed alla valutazione dei risultati conseguiti

rispetto agli obiettivi clinici. Il direttore generale si avvale del Collegio di direzione per l'elaborazione del programma di attività dell'azienda, nonché per l'organizzazione e lo sviluppo dei servizi in attuazione del modello dipartimentale e per l'utilizzo delle risorse umane.

Il Collegio di direzione è presieduto dal direttore generale ed è composto da:

- ✓ il direttore sanitario;
- ✓ il direttore amministrativo;
- ✓ i capi di dipartimento;
- ✓ i dirigenti di unità operative semplici.

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

III.8.1 – Regolamento di Funzionamento – Procedure del Collegio di Direzione

Art. 1 Costituzione e competenze

Nell'ambito dell'P.O. viene istituito, ai sensi dell'art. 17 del D.Lgs. 502/92 e s.m.i., così come recepito e reso attuativo dalla legge regionale n. 24/2006 e dall'art. 21 del vigente Regolamento Organico, il Collegio di Direzione di cui il Direttore Generale si avvale per il governo delle attività cliniche, per la programmazione e valutazione delle attività tecnico-sanitarie e di quelle ad alta integrazione sanitaria, per la programmazione del piano delle azioni, per il controllo e lo sviluppo dei processi produttivi, nonché per l'utilizzazione e la valorizzazione delle risorse umane.

Valida e cura la realizzazione del programma annuale delle attività del piano relativo alla formazione, del piano della gestione del rischio, del piano organizzativo dell'area a pagamento e delle attività libero professionali intramurarie.

Art. 2 Composizione

Il Collegio di Direzione, in conformità agli indirizzi regionali, presieduto dal Direttore Generale e/o Consigliere delegato, resta così composto:

- ✓ il direttore sanitario;
- ✓ il direttore amministrativo;
- ✓ i Capi di Dipartimento;
- ✓ i dirigenti di unità operativa semplice.

Svolge le funzioni di Segretario verbalizzante un funzionario amministrativo del Presidio.

Il Direttore Generale può invitare a partecipare alle sedute del C.d.D., senza diritto di voto, responsabili di altre strutture il cui apporto sia ritenuto utile per la trattazione di specifici argomenti.



Art. 3 - Competenze

Il Collegio di Direzione concorre:

- ✓ alla formulazione dei programmi di formazione;
- ✓ alla formulazione dei programmi delle soluzioni organizzative per l'attuazione dell'attività libero professionale intramuraria;
- ✓ alla valutazione dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi clinici.

Il Direttore Generale e/ Consigliere delegato si avvale del Collegio di Direzione:

- ✓ per l'elaborazione del programma di attività dell'Azienda;
- ✓ per l'organizzazione e lo sviluppo dei servizi anche in attuazione del modello dipartimentale;
- ✓ per l'utilizzazione delle risorse umane.

Art. 4 Modalità di funzionamento del Collegio di Direzione

Il C.d.D. viene convocato dal suo Presidente, per iscritto o via e-mail. La convocazione dovrà contenere l'ordine del giorno predisposto dal Direttore Generale di concerto con il Direttore Sanitario e il Direttore Amministrativo.

In caso di impossibilità a partecipare, ogni componente è tenuto a darne preventiva comunicazione specificandone le motivazioni.

Non esiste quorum per la validità della riunione.

Nelle decisioni prese dal Collegio si utilizza il criterio della maggioranza semplice (metà più uno dei presenti alla votazione).

La manifestazione di volontà del Collegio di Direzione deve essere documentata mediante redazione, a cura del Segretario, del processo verbale che deve indicare data, luogo e nominativi degli intervenuti e, inoltre, deve riprodurre, nella maniera più fedele possibile le fasi salienti della discussione. Il verbale deve essere sottoscritto da tutti i componenti il Collegio di Direzione partecipanti alla seduta.

Art. 5 Obbligo di riservatezza

L'attività del Collegio richiede, ai componenti e a chiunque dei presenti alla seduta, un obbligo di riservatezza in ordine alle informazioni ottenute.

Art. 6 Norma finale

Per tutto quanto non previsto dal presente Regolamento si fa riferimento alla normativa nazionale e regionale vigente.

III.9 Consiglio dei sanitari: composizione e funzioni, art. 20 del Regolamento

Il Consiglio dei sanitari, costituito con provvedimento del direttore generale, è un organismo elettivo dell'ospedale con funzioni di consulenza tecnico-sanitaria. La composizione, le modalità di elezione e il funzionamento del consiglio sono disciplinate ai sensi dell'art. 20 Regolamento. Esso fornisce parere

obbligatorio al direttore generale per le attività tecnico-sanitarie, anche sotto il profilo organizzativo e per gli investimenti ad essa attinenti. Si esprime, altresì, sulle attività di assistenza sanitaria. Le modalità di funzionamento del Consiglio dei sanitari sono altresì previste da un apposito regolamento.

I pareri del Consiglio dei Sanitari s'intendono come favorevoli se non formulati entro dieci giorni dalla richiesta; in casi urgenti e motivati i pareri vanno formulati entro i più brevi termini indicati nella richiesta.

Il Consiglio dei sanitari è presieduto dal Direttore Sanitario.

La rappresentanza del Consiglio dei sanitari è interamente formata da personale ospedaliero. Va garantita, in ogni caso, la presenza dei responsabili dei dipartimenti ospedalieri che si aggiungono ai componenti elettivi del consiglio, senza diritto di voto.

Le modalità ed i termini di elezione del Consiglio dei sanitari, nonché le funzioni ad esso attribuite sono disciplinate con regolamento adottato dal direttore generale nel rispetto dell'art. 25 della Legge regionale 3.11.1994 n. 32 e s.m.i.

III.10 Comitati e Commissioni aziendali

Il presente atto aziendale prevede la costituzione almeno dei seguenti organismi:

- il comitato etico costituito ai sensi dell'articolo 22 Regolamento;
- la commissione per il prontuario terapeutico;
- il comitato per il buon uso del sangue;
- il comitato per la lotta alle infezioni ospedaliere;
- il comitato rischio clinico.

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

Dalla costituzione dei comitati non possono derivare nuovi e maggiori oneri a carico del bilancio dell'Azienda.

III.11 Ufficio Relazioni con il Pubblico

L'Ufficio per le Relazioni con il Pubblico (U.R.P.) assicura la funzione relativa alla comunicazione con gli utenti, sviluppando in modo esauriente l'informazione sulle prestazioni sanitarie e sulle relative modalità di accesso. L'Ufficio inoltre verifica la percezione della qualità delle prestazioni erogate individuando, per tale finalità, idonei ed adeguati strumenti.

In particolare, l'U.R.P. acquisisce le osservazioni ed i reclami presentati dai cittadini, li segnala ai dirigenti competenti e provvede a darne tempestivo riscontro agli utenti. Lo stesso è deputato alla raccolta, alla classificazione ed alla archiviazione delle segnalazioni e degli esposti in un'apposita banca dati, nonché alla predisposizione, con cadenza trimestrale, di una relazione al direttore generale sulle segnalazioni ed i reclami pervenuti e sull'esito degli stessi. Detta relazione deve essere accompagnata da proposte per il miglioramento degli aspetti organizzativi, logistici, relazionali e di accesso alle prestazioni, nonché per il superamento dei fattori di criticità emersi.

L'azienda garantisce che l'U.R.P. sia organizzato avvalendosi di personale appositamente formato, anche in relazione al tipo di utenza presente sul territorio, e alla presenza di assistiti appartenenti a diverse etnie. L'U.R.P. cura i rapporti con le Associazioni di Volontariato e le Associazioni di Tutela dei Cittadini. L'unità operativa della Struttura dedicata a detta funzione fa capo alla gestione dei sistemi informativi.

III.11.1 Relazioni Esterne (Ufficio Relazioni con il Pubblico)

La struttura ha in particolare i seguenti compiti:

- ✓ relazione con gli organi di informazione;
- ✓ promozione dell'immagine aziendale;
- ✓ informazione all'utenza;
- ✓ verifica di marketing;
- ✓ carta dei servizi anche in collaborazione con l'Ufficio Qualità.

III.12 Unità Organizzativa Gestione rischio clinico e Controllo qualità

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

Anche al fine di dare piena attuazione all'art. 1, comma 6, del D.lgs. n. 299/99 in materia di appropriatezza ed economicità della gestione aziendale e delle prestazioni assistenziali, il direttore generale prevede la figura del "risk manager", al fine di garantire la sicurezza della pratica medica. Il "risk manager" assume la responsabilità diretta delle iniziative aziendali sull'argomento; risponde inoltre del rispetto dei debiti informativi nei confronti del Ministero della Salute.

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

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

III.13 Servizio prevenzione e protezione

Il Servizio di prevenzione e protezione è utilizzato dal datore di lavoro con i compiti attribuiti dall'art. 33 del D. Lvo n. 81/08 e s.m.i. e svolge la funzione di "consulente" tecnico del medesimo e, più in generale, dell'azienda in merito alla corretta applicazione delle normative in vigore in tema di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro.

Per la piena ed efficace attuazione del dettato normativo, il direttore generale provvede all'organizzazione del Servizio prevenzione e protezione (art. 31 del D.Lgs. 81/08) ed alla designazione del Responsabile (art.17 del D. Lgs. 81/08).

Il Servizio di Prevenzione e Protezione in particolare ha il compito di provvedere:

- ✓ alla partecipazione alle consultazioni periodiche in materia di tutela della salute e di sicurezza;
- ✓ a fornire informazioni ai lavoratori;
- ✓ a proporre i programmi di informazione e formazione dei lavoratori;
- ✓ ad elaborare le misure preventive e protettive e i sistemi di controllo di tali misure;
- ✓ all'individuazione dei fattori di rischio, alla valutazione dei rischi e all'individuazione delle misure per la sicurezza e la salubrità degli ambienti di lavoro, nel rispetto della normativa vigente sulla base della specifica conoscenza dell'organizzazione aziendale;
- ✓ agli adempimenti dell'Ufficio di Radioprotezione (rapporti con l'esperto qualificato, predisposizione documentazione e gestione dosimetri, detenzione sostanze radioattive ...);
- ✓ alla elaborazione di procedure di sicurezza per le varie attività aziendali.

III.14 Medico Competente

La struttura del medico competente svolge i seguenti compiti:

- ✓ collabora con il datore di lavoro e con il Servizio Prevenzione e Protezione alla predisposizione dell'attuazione delle misure per la tutela della salute e dell'integrità psico-fisica dei lavoratori;
- ✓ effettua la sorveglianza sanitaria ai fini della valutazione della idoneità dei lavoratori alla mansione lavorativa specifica;
- ✓ comunica ai rappresentanti dei lavoratori i risultati anonimi collettivi degli accertamenti sanitari ed il loro significato;
- ✓ informa i lavoratori ed i rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza sul significato degli accertamenti sanitari cui sono sottoposti;
- ✓ partecipa alla programmazione del controllo dell'esposizione dei lavoratori;
- ✓ collabora all'attività di formazione ed informazione dei lavoratori;
- ✓ istituisce ed aggiorna, sotto la propria responsabilità, per ogni lavoratore sottoposto a sorveglianza sanitaria, una cartella sanitaria e di rischio da custodire presso il datore di lavoro, con salvaguardia del segreto professionale;
- ✓ informa ogni lavoratore interessato dei risultati degli accertamenti sanitari di cui all'art. 41 del decreto leg.vo n. 81/08 e, a richiesta dello stesso, gli rilascia copia della documentazione sanitaria;
- ✓ congiuntamente al responsabile del Servizio di prevenzione e protezione dai rischi, visita gli ambienti di lavoro almeno due volte all'anno e partecipa alla programmazione del controllo dell'esposizione dei lavoratori i cui risultati gli sono forniti con tempestività ai fini delle valutazioni e dei pareri di competenza;
- ✓ fatti salvi i controlli di cui agli accertamenti sanitari ex art. 41 del d. lgs. n. 81/08, effettua le visite mediche richieste dal lavoratore qualora tale richiesta sia correlata ai rischi professionali;



- ✓ collabora con il datore di lavoro alla predisposizione del servizio di pronto soccorso di cui all'art. 45 del decreto leg.vo n. 81/08.

TITOLO QUARTO

Acquisti di beni e servizi. Programmazione, gestione e manutenzione delle attrezzature. Procedure contabili. Attribuzione e revoca incarichi dirigenziali

IV.1 Acquisti di beni e servizi

L'Ospedale disciplina con proprio regolamento gli acquisti di beni e servizi e predispone un regolamento nel rispetto delle previsioni di cui all'art. 256 del decreto legislativo 12 aprile 2006 n. 163 e s.m.i.

IV.1.1 Principi generali

L'Ospedale sceglie il contraente con le procedure e le modalità dettate dalle norme vigenti con criteri di imparzialità e trasparenza.

Il Direttore Generale e/o Consigliere delegato elabora e propone al C.d.A. un piano a breve/medio termine relativo alle forniture da acquisire. Nel piano sono inserite le forniture di beni e servizi essenziali e ricorrenti, nonché gli acquisti che derivano da scelte strategiche dell'Ospedale.

Delle forniture come sopra individuate viene quantificato il valore presunto, che costituisce il criterio in base al quale si decide il tipo di procedura d'acquisto.

L'Ospedale effettua gli acquisti applicando le norme di diritto privato facendo riferimento alle procedure interne, al Codice Civile ed in particolare alle disposizioni contenute nel libro IV, titoli I - II e III ed alle altre leggi di diritto privato che regolano i contratti tra soggetti giuridici, pubblici e privati.

L'Azienda, nell'attività di acquisizione dei beni e dei servizi, fa riferimento alle seguenti regole e principi:

- ✓ coerenza con la programmazione annuale dell'attività sanitaria;
- ✓ compatibilità con il sistema budgetario;
- ✓ informazione e trasparenza;
- ✓ massima concorrenzialità ed imparzialità abbinata a efficacia, efficienza ed economicità.

Nell'attività contrattuale, l'Ospedale, nel rispetto e nel perseguimento di detti principi, si può avvalere dei seguenti strumenti:

- ✓ la programmazione annuale degli acquisti dei beni e della fornitura dei servizi: eventuali acquisti di beni o forniture di servizi al di fuori della programmazione annuale dovranno essere adeguatamente motivati;
- ✓ un'analisi preliminare di valutazione costo/beneficio tra tecniche di produzione assistenziale (e relative tecnologie) eventualmente alternative, è presupposto essenziale all'acquisto;
- ✓ la tecnologia, funzionale alla tecnica di produzione assistenziale individuata, viene scelta in base al confronto concorrenziale di mercato, valutando il rapporto costo/beneficio;

- ✓ la contrattazione contestuale all'acquisto della strumentazione, dei consumabili dedicati e dell'assistenza tecnica per un numero congruo di anni;
- ✓ l'utilizzo anche di sistemi elettronici e telematici (*e-procurement*), al fine di ottenere un più elevato livello di trasparenza ed attivare una più estesa competizione tra i fornitori;
- ✓ la relazione finale del responsabile del procedimento in ordine all'economicità dell'acquisto mediante confronto del prezzo di acquisizione con i prezzi di mercato rilevati prioritariamente nel corso di indagini specifiche.

Il Responsabile del procedimento dovrà sottoporre al Direttore Generale e/o Consigliere delegato le proposte che nell'ambito dell'indagine di mercato saranno trasmesse per iscritto, per fax o per e-mail e ciò costituirà valida documentazione nel processo di negoziazione ovviamente tenendo conto delle affidabilità tecniche, economiche nonché di altri indicatori riferiti alla qualità.

I dirigenti delle Strutture interessate o il Responsabile del procedimento, dopo la valutazione tecnica e la contrattazione, devono motivare la scelta dell'offerta ritenuta più conveniente con adeguata relazione riferita alle varie fasi di negoziazione, che deve comunque tenere in conto l'oggetto della fornitura, la quantità, le modalità di pagamento e di consegna.

In ogni caso, la trattativa deve essere reiterata al fine di ottenere le migliori condizioni (qualità-prezzo) possibili.

In questa fase deve essere posta una particolare attenzione alla disciplina contenuta negli articoli 1337 e 1338 del codice civile, riguardanti la responsabilità precontrattuale.

I contratti di cui al presente articolo e autorizzati dal Direttore Generale sono conclusi in forma scritta mediante scrittura privata o anche attraverso lo scambio di lettere commerciali.

IV.1.2 Competenze

In ordine agli acquisti di beni e servizi ed ai relativi controlli, spetta al Direttore Generale e/o Consigliere delegato sia la fissazione degli obiettivi attraverso il piano annuale degli acquisti, sia la verifica dei risultati.

Il Direttore Amministrativo può proporre al Direttore Generale la individuazione, nell'ambito degli Uffici Acquisti, Economato e Tecnico, dei soggetti che possono impegnare l'Ospedale verso l'esterno nonché i limiti e le modalità di tale esercizio.

IV.1.3 Ufficio Economato

Le attività prese in considerazione sono:

- ✓ tenuta contabilità ordini, carico e scarico magazzino;
- ✓ garantire lo svolgimento di tutte le attività di pertinenza dei servizi generali ed economici, provvedendo ad effettuare una preventiva stima dei costi e documentandone il consuntivo;
- ✓ verificare costantemente l'economicità gestionale dei servizi prestati, intervenendo direttamente nei limiti di spesa autorizzata o proponendo al Direttore Generale modalità innovative di svolgimento dei servizi che comportino un vantaggio economico per l'Ospedale;
- ✓ predisposizione dati contabili per la verifica della corretta ed economica gestione delle risorse;

IV.1.4 Ufficio Acquisti

Le attività prese in considerazione sono:

- ✓ predisporre tutti gli atti riguardanti ogni acquisto e fornitura (richieste preventivi; predisposizione lettere di invito; emissione ordini; procedura per l'esame delle offerte; richieste pareri; scelta fornitore; delibere di affidamento; emissione e controllo ordini sino all'evasione; controllo amministrativo ordine/bolla/fattura);
- ✓ albo fornitori;
- ✓ gestione procedure antimafia;
- ✓ verifica fabbisogni e consumi;
- ✓ rispondere alla regolare esecuzione dei contratti;
- ✓ effettuare le provviste in economia e le spese operative da eseguirsi in economia;
- ✓ valutare le richieste di approvvigionamento di competenza sulla base del controllo dei consumi, assicurando la standardizzazione ed omogeneità dei beni richiesti;
- ✓ predisporre le richieste di acquisto e collaborare a predisporre i capitolati tecnici;
- ✓ assicurare i servizi di cucina e mensa;
- ✓ gestire i magazzini;
- ✓ assicurare il servizio di lavaggio e distribuzione della biancheria e delle divise del personale;
- ✓ assicurare i servizi di pulizia delle sedi ospedaliere ed extra-ospedaliere;
- ✓ controllare la buona esecuzione dei servizi appaltati;
- ✓ provvedere alla gestione dei rifiuti urbani e assimilabili agli urbani;

IV.2 Attrezzature: programmazione, acquisti, gestione e manutenzione

- Gestione delle risorse tecnologiche

L'Azienda assicura modalità organizzative e di programmazione degli acquisti delle apparecchiature biomediche e dei dispositivi medici con il supporto del servizio di Ingegneria Clinica e di concerto con il Direttore Sanitario per quanto attiene dispositivi medici di competenza specifica.

La programmazione delle nuove acquisizioni avviene, oltre che sulla base delle Strutture richiedenti e del volume di attività, mediante un'analisi dell'installato, dei fuori uso dichiarati in seguito a controlli e verifiche, dell'ottimizzazione delle risorse finanziarie.

Le acquisizioni delle apparecchiature biomediche sono effettuate, sulla scorta di schede tecniche e capitolati predisposti dall'Ufficio Tecnico, dall'Ufficio acquisti con la supervisione del Direttore Sanitario.

La scelta delle apparecchiature più idonee e convenienti sotto il profilo tecnico ed economico avviene secondo le diverse procedure di gara, ma sempre con la produzione di report tecnico-comparativi delle

varie soluzioni offerte, nonché se del caso, mediante prove comparate delle apparecchiature presso la Struttura richiedente o presso altre strutture ospedaliere indicate dalle Ditte proponenti, dopo valutazione del Direttore Sanitario.

La manutenzione delle apparecchiature biomediche viene effettuata mediante ricorso a tecnici biomedicali esterni mediante idonei contratti di manutenzione per le tecnologie più sofisticate.

L'Ufficio Tecnico svolge, inoltre, funzioni di supporto all'utilizzo e di formazione sull'esercizio in sicurezza delle apparecchiature più comuni per il personale sanitario. Per le tecnologie più sofisticate si fa riferimento alla formazione generalmente richiesta alle Ditte offerenti in fase di aggiudicazione.

- Programmazione e gestione delle attrezzature

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

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

- Programmazione degli acquisti di attrezzature

L'acquisizione delle attrezzature deve essere pianificata in modo documentato. Il programma di acquisto delle attrezzature, in particolare delle attrezzature biomediche e dei dispositivi medici, deve tenere conto, in particolare per quanto riguarda le attrezzature biomediche:

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

L'Azienda assicura modalità organizzative e di programmazione degli acquisti delle apparecchiature biomediche e dei dispositivi medici con il supporto del servizio di Ingegneria Clinica e di concerto con il Direttore Sanitario.

La programmazione delle nuove acquisizioni avviene, oltre che sulla base delle Strutture richiedenti e del volume di attività, mediante un'analisi dell'installato, dei fuori uso dichiarati in seguito a controlli e verifiche, dell'ottimizzazione delle risorse finanziarie.

Le acquisizioni delle apparecchiature biomediche sono effettuate, sulla scorta di schede tecniche e capitolati predisposti dall'Ufficio Tecnico, dall'Ufficio acquisti con la supervisione obbligatoria del Direttore Sanitario, cui spetta rilasciare il necessario nulla osta.

La scelta delle apparecchiature più idonee e convenienti sotto il profilo tecnico ed economico avviene secondo le diverse procedure di gara, ma sempre con la produzione di report tecnico-comparativi delle varie soluzioni offerte, nonché se del caso, mediante prove comparate delle apparecchiature presso la Struttura richiedente o presso altre strutture ospedaliere indicate dalle Ditte proponenti, previa valutazione da parte del Direttore Sanitario.

La manutenzione delle apparecchiature biomediche viene effettuata mediante ricorso a tecnici biomedicali esterni mediante idonei contratti di manutenzione per le tecnologie più sofisticate.

L'Ufficio Tecnico svolge, inoltre, funzioni di supporto all'utilizzo e di formazione sull'esercizio in sicurezza delle apparecchiature più comuni per il personale sanitario. Per le tecnologie più sofisticate si fa riferimento alla formazione generalmente richiesta alle Ditte offerenti in fase di aggiudicazione.



- Inventario delle attrezzature

L'azienda adotta un inventario delle attrezzature biomediche in dotazione, di tipo dinamico, aggiornato con informazioni archiviate su supporto informatico per:

- soddisfare gli obblighi di legge;
- disporre di dati riassuntivi;
- permettere la rintracciabilità;
- fare analisi per stabilire i criteri di sostituzione, al fine di programmare gli investimenti tecnologici tenendo conto dell'obsolescenza del parco macchine e delle singole attrezzature biomediche.

Le informazioni devono essere raccolte sia in forma aggregata per l'intero parco macchine sia in forma disaggregata per singola tipologia di attrezzature, centro di costo, classe di età, produttore, periodo di ammortamento e modalità di acquisizione.

Le apparecchiature temporaneamente disattivate devono essere immagazzinate, protette, verificate e controllate ad intervalli idonei per garantire i requisiti di precisione, accuratezza e validità siano soddisfatti al momento del riutilizzo.

- Manutenzione delle attrezzature

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

Il piano per la manutenzione delle apparecchiature deve tenere conto:

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

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

- Manutenzione preventiva

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

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

- identificare tutte le attrezzature che possono influire sulla qualità del servizio offerto, controllarle e metterle a punto ad intervalli prefissati o prima dell'uso, a fronte di campioni certificati riconosciuti nazionali. In mancanza di tali campioni il criterio di controllo deve essere definito e documentato;
- definire il processo da utilizzare per la manutenzione preventiva, compresi i dettagli relativi al tipo di apparecchiatura biomedica, identificazione univoca, ubicazione, frequenza delle verifiche, metodo di verifica, criteri di accettazione e provvedimenti da adottare qualora i risultati non fossero soddisfacenti;



- definire il processo da utilizzare per i controlli di funzionalità e sicurezza delle apparecchiature biomediche, compresi i dettagli relativi al tipo di apparecchiatura biomedica, identificazione univoca, ubicazione, frequenza delle verifiche, metodo di verifica, criteri di accettazione e provvedimenti da adottare qualora i risultati non fossero soddisfacenti;
- identificare le apparecchiature biomediche mediante contrassegno appropriato o documenti approvati di identificazione per evidenziare lo stato di controllo;
- conservare le registrazioni relative alle manutenzioni preventive e ai controlli delle apparecchiature biomediche;
- assicurare che le condizioni ambientali siano adatte alle operazioni di manutenzione preventiva e controllo;
- assicurare che la manipolazione, la custodia e la conservazione delle apparecchiature biomediche siano adatte a mantenere l'accuratezza e l'idoneità richiesta;
- evitare che le apparecchiature biomediche subiscano interventi che possano pregiudicare il controllo funzionale e di sicurezza.

- Servizio Tecnico-Manutentivo

Il servizio assicura all'Azienda Ospedaliera la gestione tecnica del patrimonio immobiliare e degli impianti tecnici.

Il Servizio assolve in particolare:

- ✓ allo svolgimento di tutte le attività di ordinaria e straordinaria manutenzione provvedendo, laddove necessario, ad effettuare una preventiva stima dei costi e documentandone il consuntivo;
- ✓ alla esecuzione diretta o tramite studi professionali della progettazione delle opere conservative ed evolutive assicurando il rispetto dei tempi di progetto;
- ✓ alla verifica costante dell'economicità gestionale degli impianti e attrezzature di competenza, intervenendo nei limiti di spesa autorizzata direttamente per predisporre le condizioni operative più favorevoli o ne propone al Direttore Generale l'adozione;
- ✓ al monitoraggio del livello di servizio e degli impianti gestiti nonché gli interventi richiesti;
- ✓ alla predisposizione dei dati necessari alla compilazione del bilancio preventivo per la parte di competenza;
- ✓ alla manutenzione, trasformazione, miglioramento, ampliamento degli immobili e loro pertinenze;
- ✓ alla gestione degli impianti tecnici, tecnologici e di sicurezza;

IV.3 Procedure contabili

Le procedure contabili ineriscono le modalità di rilevazione dei fatti aziendali, e rimandano, per l'ospedale, in considerazione delle normative di settore applicabili, alle modalità di rilevazione economico-patrimoniale di cui alla disciplina codicistica, come integrata dalle decretazioni e normazioni statuali, ministeriali e regionali in campo sanitario, e di cui ai principi contabili nazionali ed internazionali.

Il presente Atto aziendale prevede l'adozione di idonee modalità procedurali ed operative che assicurino il rispetto pieno e puntuale di ogni aspetto e/o adempimento comunque prescritto e/o previsto nelle normative tutte vigenti, che si intendono quindi comunque qui richiamate.

Il presente Atto aziendale prevede, quale principio generale, ed anche a livello di specifico regolamento contabile, e comunque, vieppiù, in ossequio alle specifiche esigenze contingenti, di assicurare che tutte le procedure contabili garantiscano e realizzino il rispetto delle normative sopra richiamate.

IV.4 Disciplina dei controlli interni

IV.4.1 Forme di controllo

Tutti i processi e le procedure aziendali devono prevedere al loro interno un sistema di controllo. Il Direttore Generale stabilisce il piano dei controlli periodici adeguati a:

- ✓ garantire la legittimità, regolarità e correttezza dell'azione amministrativa (controllo di regolarità amministrativa e contabile);
- ✓ verificare l'efficacia, efficienza ed economicità dell'azione aziendale al fine di ottimizzare, anche mediante tempestivi interventi di correzione, il rapporto costi/risultati (controllo di gestione);
- ✓ valutare le prestazioni del personale con qualifica dirigenziale (valutazione della dirigenza);
- ✓ valutare l'adeguatezza delle scelte compiute in sede di attuazione dei piani, programmi e altri strumenti di determinazione dell'indirizzo politico, in termini di congruenza tra risultati conseguiti e obiettivi predefiniti (valutazione e controllo strategico).

IV.4.2 Controllo di gestione

L'azienda ha istituito un'apposita struttura definita Controllo di Gestione per lo sviluppo della contabilità analitica e della politica del budget. Le funzioni sono elencate in precedenza nella parte riguardante le articolazioni organizzative e segnatamente nella categoria Area di staff del Direttore Generale.

IV.5 Attribuzione e revoca degli incarichi dirigenziali e relative modalità di valutazione

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

IV.5.1 La valutazione del personale

IV.5.2 Valutazione dei risultati conseguiti dai dirigenti in relazione agli incarichi di posizione ad essi affidati

Recepimento dei criteri generali, individuati dal Direttore Generale, per la valutazione dei risultati conseguiti nella posizione conferita:

- ✓ identificazione, per le diverse posizioni, di:



- indicatori che rispecchino i compiti assegnati e che siano misurabili;
 - modalità di misurazione degli indicatori;
 - valori standard di riferimento;
 - tempi di misurazione;
 - rilevatori.
- ✓ definizione dei parametri da utilizzare per la valutazione dell'attività dei dirigenti;
 - ✓ organizzazione della rilevazione delle informazioni con particolare riferimento alla definizione della modulistica da utilizzare;
 - ✓ raccolta delle informazioni e verifica dei risultati conseguiti dai dirigenti in relazione allo svolgimento degli incarichi affidati;
 - ✓ presentazione al Direttore Generale e/ Consigliere delegato dei risultati, alle scadenze stabilite.

IV.5.3 Valutazione degli obiettivi assegnati ai responsabili delle unità organizzative

- ✓ recepimento degli accordi decentrati riferiti alla produttività e alla retribuzione di risultato, con particolare riferimento ai criteri per la valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi;
- ✓ definizione dei parametri da utilizzare per la valutazione degli obiettivi assegnati nel periodo in esame;
- ✓ organizzazione della rilevazione delle informazioni utili per la valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi con particolare riferimento alla definizione della modulistica da utilizzare per le rilevazioni;
- ✓ raccolta delle informazioni e verifica del grado di raggiungimento dei singoli obiettivi da parte delle Strutture Semplici, anche con la verifica del nucleo di valutazione per la dirigenza;
- ✓ presentazione al Direttore Generale e/o Consigliere delegato delle verifiche relative al raggiungimento degli obiettivi;
- ✓ elaborazione di una metodologia per l'assegnazione dei pesi ai singoli obiettivi.

IV.5.4 La valutazione e il controllo strategico

L'attività di valutazione e controllo strategico mira a verificare, in funzione dell'esercizio dei poteri di indirizzo e programmazione da parte dei competenti organi, l'effettiva attuazione delle scelte contenute nelle direttive e altri atti di indirizzo politico. L'attività stessa consiste nell'analisi preventiva e successiva della congruenza e/o degli eventuali scostamenti tra le missioni affidate dalle norme, gli obiettivi operativi prescelti, le scelte operative effettuate e le risorse umane, finanziarie e materiali assegnate, nonché nella identificazione degli eventuali fattori ostativi, delle eventuali responsabilità per la mancata o parziale attuazione, dei possibili rimedi.

I soggetti preposti all'attività di valutazione e controllo strategico riferiscono in via riservata al Direttore Generale e/o Consigliere delegato, con apposite relazioni, sulle risultanze delle analisi effettuate. Essi di norma supportano il Direttore Generale anche per la valutazione dei dirigenti che rispondono direttamente al Direttore medesimo per il conseguimento degli obiettivi da questo assegnatigli.

TITOLO QUINTO

Aspetti organizzativi dell'Ospedale S. Maria della Pietà. Modelli Operativi

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

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

V.1 Unità Operative sanitarie e Uffici amministrativi e di supporto

L'Ospedale svolge le sue attività attraverso i Dipartimenti, le Unità Operative Semplici e gli Uffici amministrativi e di supporto.

V.1.1 -- Unità Operative sanitarie

L'Ospedale fonda la propria organizzazione individuando i seguenti Dipartimenti:

V.1.2 Dipartimento di Chirurgia

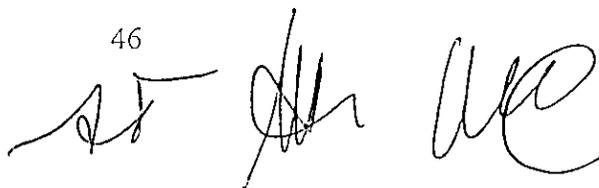
Il Dipartimento di Chirurgia è composta dalle seguenti UU.OO.:

- o U.O.S. DI CHIRURGIA GENERALE E MININVASIVA
- o U.O.S. DI OTORINOLARINGOIATRIA
- o U.O.S. DI UROLOGIA
- o U.O.S. DI OCULISTICA

V.1.3 Dipartimento di Medicina

Il Dipartimento di Medicina è composta dalle seguenti UU.OO.:

46



- U.O.S. DI MEDICINA GENERALE
- U.O.S. DI PNEUMOLOGIA
- U.O.S. DI GASTROENTEROLOGIA
- U.O.S. DI CARDIOLOGIA
- U.O.S. DI ONCOLOGIA

V.1.4 – Servizi

L'Ospedale, per lo svolgimento della propria attività, si avvale dei seguenti servizi:

- ✓ ANESTESIA E RIANIMAZIONE
- ✓ LABORATORIO DI ANALISI
- ✓ DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Il modello organizzativo del P.O. S. Maria della Pietà si fonda sui criteri di efficienza, di efficacia, di economicità, di qualità, di equità e di appropriatezza della *performance* sanitaria, socio-sanitaria e amministrativa, ferma restando la concezione “unitaria” dell’azienda nel quadro dei seguenti principi informatori:

- ✓ massima valorizzazione della disciplina dell’organizzazione nel rispetto della normativa aziendale e della responsabilità di esercizio del potere organizzativo in termini di diretto “autogoverno”;
- ✓ netta distinzione tra potere di indirizzo strategico, prerogativa del C.d.A., responsabilità gestionale complessiva, prerogativa del Direttore Generale e/o Consigliere delegato, competenze e responsabilità della direzione dei vari livelli organizzativi e operativi;
- ✓ valorizzazione, responsabilizzazione e coinvolgimento della dirigenza e delle risorse professionali a tutti i livelli nella logica del “management diffuso”;
- ✓ sperimentazione di modelli organizzativi per “processi” a garanzia della integrazione delle competenze gestionali e competenze tecnico-professionali di natura specialistica, nonché della affermazione graduale dell’amministrazione per processi produttivi e per sequenze successive di atti/attività e relative interrelazioni unitariamente finalizzate a obiettivi programmati;
- ✓ precisa individuazione nell’ambito della definizione delle competenze dei servizi, degli adempimenti e delle responsabilità collegate alla tutela del cittadino-utente anche mediante scelte di natura strettamente organizzativa.

I principi cardine per la riorganizzazione dell’Ospedale sono rappresentati come segue:

- ✓ l’Ospedale deve perseguire finalità di servizio pubblico, deve ispirare la propria azione a criteri di economicità, di speditezza e di rispondenza all’interesse pubblico;

- ✓ l'accentuato grado di poteri e responsabilità che interessa la dirigenza, anche nelle articolazioni di minore importanza, comporta la titolarità delle funzioni di gestione interna delle risorse materiali e umane (centri di responsabilità, budget) con la responsabilità dei risultati relativi;
- ✓ nell'ottica del superamento dell'organizzazione gerarchica dei servizi con la rigida attribuzione di competenze, deve privilegiarsi un tipo di strutturazione come sistema.

L'Ospedale deve articolarsi, pertanto, in una direzione (Direttore Generale e/o Consigliere delegato) che deve perseguire gli indirizzi strategici stabiliti dal Comitato Direttivo e più direzioni operative.

La prevalenza del risultato (raggiungimento degli obiettivi programmati), rispetto ad un ruolo meramente istituzionale, comporta la massima flessibilità nell'organizzazione che deve conformarsi ai bisogni dell'utenza in termini dinamici.

La preferenza per una organizzazione in Unità Operative costituisce il presupposto per raggiungere il massimo grado di flessibilità e di integrazione per la struttura aziendale.

Per quanto concerne il problema della classificazione degli assetti, nella logica del superamento dei modelli tradizionali, sono da ipotizzare soluzioni che meglio interpretano l'esigenza dell'integrazione delle attività svolte nel rispetto delle previsioni della legislazione già vigente ed in particolare l'articolazione aziendale in:

- ✓ Servizi omogenei: si intende per area omogenea l'aggregazione funzionale ed anche fisica, laddove possibile, di tutte le discipline che presentino fra di loro omogeneità, affinità e/o complementarità;
- ✓ per struttura si intende l'articolazione interna dell'azienda alla quale è attribuita con il presente atto la responsabilità di gestione di risorse umane, tecniche o finanziarie;
- ✓ per struttura semplice si intendono le articolazioni interne del Dipartimento dotate di responsabilità ed autonomia;
- ✓ uffici e settori di attività: articolazioni delle strutture per lo svolgimento di attività di particolare specializzazione.

V.2 Modalità di identificazione delle strutture semplici e criteri per la loro istituzione

V.2.1 - Identificazione delle strutture

Le strutture organizzative semplici con specifico riferimento specialistico e/o organizzativo.

Il responsabile di struttura organizzativa ha piena autonomia tecnico-professionale nel campo specifico di competenza.

Il Responsabile della Struttura Semplice svolge funzioni autonome nell'area dei servizi a lui affidati, relativamente ad attività medico chirurgiche anche sotto il profilo della diagnosi e cura nel rispetto delle necessità del lavoro di gruppo.

Le strutture organizzative sono soggette a rendicontazione analitica delle attività.

Gli incarichi di direzione di strutture organizzative sono assegnati dal C.d.A. su proposta del Direttore Generale e/o Consigliere delegato.

V.2.3 Funzioni dei responsabili di struttura semplice

I dirigenti di struttura semplice esercitano i seguenti compiti e poteri:

- a) formulano proposte ed esprimono pareri ai capi di Dipartimento;
- b) curano l'attuazione dei progetti e delle attività a essi assegnati, adottando i relativi atti e provvedimenti;
- c) svolgono tutti gli altri compiti a essi delegati dai Capi di Dipartimento;
- d) dirigono, coordinano e controllano l'attività che si svolge nelle strutture che da essi dipendono;
- e) provvedono, per quanto di loro competenza, alla gestione del personale e delle risorse finanziarie e strumentali assegnate alla propria struttura, all'interno del budget assegnato.

V.3. Esplicitazione del livello di autonomia gestionale e tecnico professionale delle unità organizzative

V.3.1 Responsabilità dirigenziale

Il Direttore Generale e/o Consigliere delegato, sulla base anche dei risultati del controllo di gestione, valuta e sottopone al C.d.A., in coerenza a quanto stabilito al riguardo dai contratti collettivi nazionali di lavoro e ai contratti integrativi aziendali, le prestazioni dei dirigenti nonché i comportamenti relativi allo sviluppo delle risorse professionali, umane e organizzative ad essi assegnate (competenze organizzative). La valutazione delle prestazioni e delle competenze organizzative dei dirigenti tiene particolarmente conto dei risultati dell'attività sanitaria, amministrativa e della gestione.

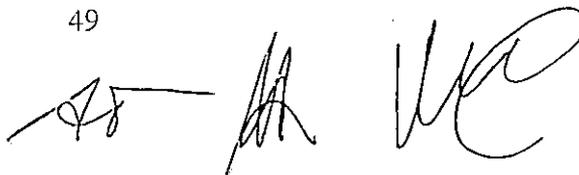
V.4 Modelli Operativi

V.4.1 Reti professionali

Una rete professionale è costituita da un insieme di singoli professionisti, UUOO e/o loro articolazioni, organizzati su base non gerarchica attorno a questioni o interessi comuni per il raggiungimento di obiettivi che sono perseguiti attivamente e in maniera sistematica basandosi sull'impegno, la stima e fiducia reciproca. In un'organizzazione sanitaria la creazione di reti ha lo scopo di collegare diverse dimensioni professionali e/o linee di attività e/o più professionisti e/o strutture operative, e/o loro articolazioni interne, dell'azienda non direttamente tra loro, ma direttamente collegabili in termini di posizionamento nell'organigramma dall'azienda stessa. Una rete professionale infatti connette quanti partecipano a un'organizzazione reale che può non coincidere con l'organizzazione formale dell'azienda. Le reti professionali sono finalizzate a coordinare i contributi professionali specialistici al fine di costituire un'offerta di prestazioni polispecialistiche integrate, riconducibili a profili di cura e/o a percorsi assistenziali o ancora a un centro specialistico.

V.4.2 Gruppi Operativi Interdisciplinari

I gruppi operativi interdisciplinari sono momento di diffusione e applicazione delle conoscenze in medicina e nell'assistenza, di sviluppo del miglioramento della qualità, di diffusione delle migliori pratiche cliniche e assistenziali e del governo clinico. Sono costituiti da più professionisti appartenenti a discipline e/o UUOO differenti in relazione alla necessità di raggiungere specifici obiettivi e finalità assistenziali, organizzative, di studio e di ricerca da perseguire in via transitoria o permanente. I gruppi operativi interdisciplinari vengono costituiti a livello di Dipartimento. Tra i gruppi operativi



interdisciplinari assumono rilevanza quelli dedicati alla concreta applicazione degli strumenti del governo clinico tra i quali: EBM, linee guida, Clinical Audit, Percorsi Assistenziali, Risk Management, Disease Management, Technology assesment, Sistemi di Indicatori, Accreditamento.

V.4.3 Assetto degli incarichi professionali

Al fine di assicurare la rilevanza delle funzioni ad alto contenuto tecnico professionale, l'Azienda individua attività specialistiche per le quali conferire incarichi di natura professionale, di alta specializzazione, di consulenza, di studio e di ricerca.

Gli incarichi ad alta specializzazione possono riguardare anche ambiti di prestazioni non sanitarie, tesi a produrre servizi particolarmente complessi oppure a fornire attività di consulenza per materie ad elevato contenuto tecnico professionale nonché per la realizzazione di programmi di ricerca, aggiornamento, tirocinio e formazione, in rapporto alle esigenze didattiche dell'Azienda.

V.5 Attribuzione e revoca degli incarichi dirigenziali e relative modalità di valutazione.

Nel caso in cui si rilevasse che gli incarichi affidati non trovino copertura nelle risorse dedicate, dovrà essere rimodulata la graduazione degli incarichi affinché si trovi adeguata copertura, fatta salva, in alternativa, la riduzione degli incarichi.

Nel formulare i criteri per l'affidamento degli incarichi dirigenziali, le aziende valorizzeranno quegli aspetti che consentono di connotare ciascun incarico da conferire. Per gli incarichi di struttura saranno valutate, in particolare, le componenti che caratterizzano la capacità gestionale. Per l'affidamento, invece, degli incarichi professionali, saranno valutate le componenti che caratterizzano la competenza specialistica.

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

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

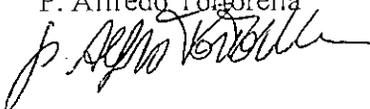
Ai sensi di quanto disposto dall'articolo 9, comma 32, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito con modificazioni dalla legge 30 luglio 2010, n. 122, le aziende sanitarie che, alla scadenza di un incarico di livello dirigenziale, anche in dipendenza dei processi di riorganizzazione, non intendono, anche in assenza di una valutazione negativa, confermare l'incarico conferito al dirigente, conferiscono al medesimo dirigente un altro incarico, anche di valore economico inferiore.

Inoltre, ai sensi di quanto disposto dall'art. 1, comma 18 del D.L. 138 del 2011 convertito con modifiche dall'art. 1 comma 1 della L. n. 148 del 14 settembre 2011 le aziende possono disporre nei confronti del personale con qualifica dirigenziale *"il passaggio ad altro incarico prima della data di scadenza dell'incarico ricoperto prevista dalla normativa o dal contratto. In tal caso il dipendente conserva, sino alla predetta data, il trattamento economico in godimento a condizione che, ove necessario, sia prevista la compensazione finanziaria, anche a carico del fondo per la retribuzione di posizione e di risultato o di altri fondi analoghi"*.

Messina, 05/09/2016

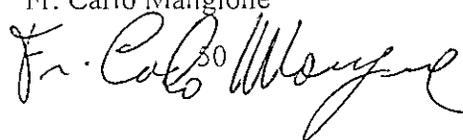
Il Segretario

P. Alfredo Tortorella



Il Consigliere Delegato

Fr. Carlo Mangione



Il Legale Rappresentante

P. Rosario Mauriello

