

# ATTO AZIENDALE

ASP CZ

**INDICE**

## **Titolo I    ELEMENTI IDENTIFICATIVI DELL'AZIENDA**

<i>Art. 1 Ragione sociale, sede, riferimenti fiscali, logo e patrimonio</i>	<i>pag. 6</i>
<i>Art. 2 L'ambito Territoriale</i>	<i>pag. 6</i>
<i>Art. 3 Missione istituzionale</i>	<i>pag. 7</i>
<i>Art. 4 Visione Aziendale</i>	<i>pag. 7</i>

## **Titolo II    L'AZIENDA E I SUOI INTERLOCUTORI ESTERNI**

<i>Art. 5 Partecipazione dei cittadini e le relazioni con la società civile</i>	<i>pag. 8</i>
<i>Art. 6 Relazioni con gli enti istituzionali</i>	<i>pag. 9</i>
<i>Art. 7 Rete regionale dei servizi sanitari</i>	<i>pag. 10</i>
<i>Art. 8 Integrazione socio-sanitaria</i>	<i>pag. 10</i>

## **Titolo III    L'ASSETTO ISTITUZIONALE**

<i>Art. 9 Il Direttore Generale</i>	<i>pag. 15</i>
<i>Art. 10 Il Collegio Sindacale</i>	<i>pag. 16</i>
<i>Art. 11 Il Collegio di Direzione</i>	<i>pag. 16</i>
<i>Art. 12 Il Direttore Sanitario</i>	<i>pag. 17</i>
<i>Art. 13 Il Direttore Amministrativo</i>	<i>pag. 19</i>
<i>Art. 14 La conferenza dei sindaci</i>	<i>pag. 20</i>
<i>Art. 15 Il Consiglio dei Sanitari</i>	<i>pag. 21</i>
<i>Art. 16 L'Organismo Indipendente di Valutazione</i>	<i>pag. 21</i>
<i>Art. 17 I collegi tecnici</i>	<i>pag. 22</i>
<i>Art. 18 Il Comitato Etico</i>	<i>pag. 23</i>

<i>Art. 19 Il comitato consultivo aziendale</i>	<i>pag. 23</i>
---	----------------

#### **Titolo IV I PRINCIPI ISPIRATORI DELLA GESTIONE**

<i>Art. 20 Unitarietà della gestione</i>	<i>pag. 25</i>
--	----------------

<i>Art. 21 Orientamento ai bisogni dell'utenza e il miglioramento dei Processi clinico-assistenziali</i>	<i>pag. 25</i>
--	----------------

<i>Art. 22 Integrazione ospedale territorio</i>	<i>pag. 26</i>
---	----------------

<i>Art. 23 Rapporti convenzionali</i>	<i>pag. 27</i>
---------------------------------------	----------------

<i>Art. 24 Governo clinico</i>	<i>pag. 28</i>
--------------------------------	----------------

<i>Art. 25 Controllo e verifica dell'appropriatezza delle prestazioni ospedaliere</i>	<i>pag. 29</i>
---	----------------

<i>Art. 26 Accredimento</i>	<i>pag. 30</i>
-----------------------------	----------------

<i>Art. 27 Innovazione gestionale e tecnologica</i>	<i>pag. 31</i>
---	----------------

<i>Art. 28 Valorizzazione delle Professionalità</i>	<i>pag. 31</i>
---	----------------

<i>Art. 29 Relazioni sindacali</i>	<i>pag. 32</i>
------------------------------------	----------------

<i>Art. 30 Responsabilizzazione Gestionale</i>	<i>pag. 32</i>
--	----------------

<i>Art. 31 Deleghe - Attribuzione delle funzioni</i>	<i>pag. 33</i>
--	----------------

#### **Titolo V LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA**

<i>Art. 32 I dipartimenti e l'organizzazione dipartimentale</i>	<i>pag. 35</i>
---	----------------

<i>Art. 33 Le strutture complesse e semplici</i>	<i>pag. 39</i>
--	----------------

<i>Art. 34 L'area territoriale</i>	<i>pag. 39</i>
------------------------------------	----------------

<i>Art. 35 Il distretto socio sanitario</i>	<i>pag. 40</i>
---	----------------

<i>Art. 36 Il dipartimento di prevenzione</i>	<i>pag. 43</i>
---	----------------

<i>Art. 37 Il dipartimento di salute mentale e delle dipendenze</i>	<i>pag. 44</i>
---	----------------

<i>Art. 38 Il dipartimento materno infantile</i>	<i>pag. 45</i>
--	----------------

<i>Art. 39 La rete farmaceutica</i>	<i>pag. 45</i>
-------------------------------------	----------------

<i>Art. 40 La rete emergenza-urgenza</i>	<i>pag. 46</i>
<i>Art. 41 La rete ospedaliera</i>	<i>pag. 47</i>
<i>Art. 42 La direzione ospedaliera</i>	<i>pag. 47</i>
<i>Art. 43 L'organizzazione delle attività assistenziali</i>	<i>pag. 48</i>
<i>Art. 44 Le funzioni di staff</i>	<i>pag. 49</i>
<i>Art. 45 Le funzioni di supporto</i>	<i>pag. 49</i>
<i>Art. 46 I Servizi tecnico-amministrativi</i>	<i>pag. 50</i>
<i>Art. 47 I percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali</i>	<i>pag. 51</i>
<i>Art. 48 Gli incarichi dirigenziali</i>	<i>pag. 51</i>
<i>Art. 49 Le posizioni organizzative</i>	<i>pag. 53</i>

## **TITOLO VI I SISTEMI E GLI STRUMENTI DI GESTIONE E DI CONTROLLO**

<i>Art. 50 La pianificazione strategica</i>	<i>pag. 54</i>
<i>Art. 51 La programmazione e controllo e i sistemi informativi di governo</i>	<i>pag. 54</i>
<i>Art. 52 I sistemi di gestione e valutazione del personale</i>	<i>pag. 56</i>
<i>Art. 53 Le procedure di acquisto e la gestione degli appalti</i>	<i>pag. 56</i>
<i>Art. 54 La gestione della qualità</i>	<i>pag. 57</i>
<i>Art. 55 Le rilevazioni contabili</i>	<i>pag. 58</i>
<i>Art. 56 Il controllo interno di regolarità amministrativa, contabile e gestionale</i>	<i>pag. 59</i>
<i>Art. 57 L'attività libero professionale intramuraria</i>	<i>pag. 60</i>

## **TITOLO VII NORME FINALI E DI RINVIO**

<i>Art. 58 Regolamenti</i>	<i>pag. 61</i>
----------------------------	----------------

## TITOLO I ELEMENTI IDENTIFICATIVI DELL'AZIENDA

### Art. 1

#### Ragione sociale, sede, riferimenti fiscali, logo e patrimonio

L'Azienda Sanitaria provinciale di Catanzaro è stata costituita dall'accorpamento della ex A.S. n. 6 di Lamezia Terme e della ex A.S. n. 7 di Catanzaro, disposto dall'art. 7 delle legge regionale 11.05.2007, n.9. Ai sensi e per gli effetti dell'art. 3, comma 1 bis del D.Lgs. n. 502/1992 s.m.i. l'ASP di Catanzaro gode di personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale tale per cui l'organizzazione ed il funzionamento sono disciplinati con il presente atto di diritto privato, nel rispetto delle linee guida approvate con Decreto del Commissario al Piano di Rientro n.130 del 16 dicembre 2015.

La sede legale dell'ASP è a Catanzaro, in via Vinicio Cortese, 25. Il codice fiscale/partita iva dell'Azienda è: 02865540799

Il sito internet aziendale sul quale devono assolversi, tra l'altro, gli obblighi di pubblicazione degli atti, dei provvedimenti amministrativi e tutti gli obblighi relativi alla trasparenza è [www.asp.cz.it](http://www.asp.cz.it).

Il logo dell'ASP di Catanzaro è il seguente:

AZIENDA SANITARIA  
PROVINCIALE  
CATANZARO



#### REGIONE CALABRIA

Il patrimonio dell'ASP di Catanzaro è costituito da tutti i beni mobili ed immobili ad essa appartenenti come risultanti dal libro degli inventari, nonché da tutti i beni comunque acquisiti nell'esercizio delle proprie attività o a seguito di atti di liberalità, comunque allegati al bilancio di esercizio. L'ASP dispone del proprio patrimonio secondo il regime della proprietà privata, ferme restando le disposizioni del D.Lgs. n. 502/1992 s.m.i. e delle norme regionali di riferimento.

### Art. 2

#### L'Ambito territoriale

Il territorio di competenza dell'ASP coincide con l'ambito territoriale della Provincia di Catanzaro e comprende un territorio suddiviso in 80 comuni. Fanno parte dell'ASP di Catanzaro i comuni di: Albi, Amaroni, Amato, Andali, Argusto, Badolato, Belcastro, Borgia, Botricello, Caraffa, Cardinale, Carlopoli, Catanzaro, Cenadi, Centrache, Cerva, Chiaravalle C.le, Cicala, Conflenti, Cortale, Cropani, Curinga, Davoli, Decollatura, Falerna, Feroleto Antico, Fossato Serralta, Gagliato, Gasperina, Gimigliano, Girifalco, Gizzeria, Gizzeria Guardavalle, Iacurso, Isca sullo Ionio, Lamezia Terme, Magisano, Maida, Marcedusa, Marcellinara, Martirano, Martirano Lombardo, Miglierina,

Montauro, Montepaone, Motta Santa Lucia, Nocera Terinese, Olivadi, Palermiti, Pentone, Petrizzi, Petronà, Pianopoli, Platania, San Floro, San Mango D'Aquino, San Pietro a Maida, San Pietro Apostolo, San Sostene, San Vito sullo Ionio, Sant'Andrea Apostolo delo Ionio, Santa Caterina dello Ionio, Satriano, Sellia, Sellia Marina, Serrastretta, Sersale, Settingiano, Simeri Crichi, Sorbo San Basile, Soverato, Soveria Simeri, Soveria Mannelli, Squillace, Staletti, Taverna, Tiriolo, Torre di Ruggiero, Vallefiorita, Zagarise;

### **Art. 3**

#### **Missione istituzionale**

La missione istituzionale dell'ASP di Catanzaro, la sua ragione d'essere è la promozione e tutela della salute, sia individuale che collettiva, della popolazione residente e comunque presente a qualsiasi titolo nel proprio ambito territoriale, per consentire la migliore qualità di vita possibile, garantendo i livelli essenziali di assistenza come previsto dalla normativa nazionale e regionale.

A tal fine, l'Azienda organizza le proprie strutture e le attività assicurando l'universalità ed equità d'accesso ai servizi sanitari e socio-sanitari, la globalità di copertura in base alle necessità di ciascuno, secondo quanto previsto dai livelli essenziali di assistenza (LEA) e l'economicità delle scelte nel rispetto delle risorse disponibili e secondo principi di appropriatezza, nella convinzione che l'eliminazione degli sprechi possa essere reinvestita in prestazioni ai cittadini.-

### **Art. 4**

#### **Visione Aziendale**

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

L'azienda tende ad assicurare un accesso equo e trasparente ai propri servizi sanitari e socio-sanitari, ricerca , ove possibile, l'eccellenza degli stessi mediante un'organizzazione basata sui principi della qualità totale.

L'Azienda promuove le attività di prevenzione, cura e riabilitazione in stretta connessione con i soggetti pubblici e privati presenti nel contesto del proprio territorio in una logica di fiducia e di cooperazione e attraverso un percorso di ascolto e di trasparenza con la società civile per concretizzare la qualità, efficacia, appropriatezza ed efficienza delle prestazioni.

## TITOLO II L'AZIENDA E I SUOI INTERLOCUTORI ESTERNI

### Art. 5

#### **Partecipazione dei cittadini e le relazioni con la società civile**

L'azienda 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, movente ispiratore e stessa "ragione d'essere" della sua presenza istituzionale, garantendone l'ascolto, la proposta, il controllo anche ai fini di supporto, modifica o integrazione delle 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 ed il rispetto degli indicatori e degli standard di qualità prestabiliti, anche attraverso misurazioni della qualità percepita da utilizzare come strumento di valutazione e miglioramento delle unità operative, nonché dei procedimenti previsti in caso di inadempimento, anche ai fini della ristorazione dei danni ingiustamente arrecati. Ai pazienti ed ai loro familiari va assicurata l'effettiva fruizione dei diritti già sanciti dalle norme vigenti, quali l'informazione, prima, durante e dopo le attività sanitarie, il consenso informato, ecc.

Per il raggiungimento di queste finalità, l'azienda svilupperà le potenzialità di alcuni istituti di partecipazione quali:

- **la carta dei servizi**, espressione formale di un patto sulla qualità dei servizi offerti, che sia condiviso e definito nel tempo, contenente impegni e forme concrete di verifica e valutazione, con l'attribuzione di un ruolo centrale ai cittadini;
- **i comitati consultivi**, nei quali avviene il confronto permanente con le forme associative dei cittadini/utenti, sia in sede di rilevazione dei bisogni di salute delle popolazioni che riguardo alle scelte finalizzate a soddisfare tali bisogni;
- **l'Ufficio Relazioni con il Pubblico**, che rappresenta il punto di incontro immediato con i cittadini. L'URP deve garantire una informazione semplice, tempestiva, corretta e unitaria su tutte le prestazioni e/o attività e per tutto il territorio aziendale e regionale, anche al fine di contrastare il fenomeno della migrazione sanitaria; attraverso i reclami e i suggerimenti, deve costituire strumento di ascolto fondamentale per lo sviluppo ed il miglioramento continuo dei servizi agli utenti.

L'azienda ritiene altresì doveroso contribuire al superamento delle situazioni di deficit o asimmetria informativa e di conoscenza tradizionalmente sussistenti nei rapporti tra strutture sanitarie ed utenza, programmando specifiche iniziative nel campo della comunicazione, della formazione e dell'aggiornamento del personale, dell'educazione sanitaria, della consultazione delle rappresentanza dell'utenza, della pubblicizzazione sistematica di piani e programmi, attività e provvedimenti di particolare rilevanza per l'utenza, favorendo quanto più possibile momenti

istituzionali di incontro ed azioni tese all'affermazione del senso di appartenenza ed al miglioramento continuo dei rapporti.

## **Art. 6**

### **Relazioni con gli enti istituzionali**

Gli Enti istituzionali e l'Azienda concorrono alla costruzione delle politiche per la salute anche attraverso il contributo di altri portatori di interessi, quali il terzo settore, il volontariato, le rappresentanze dei cittadini e le organizzazioni sindacali. Ricercano inoltre la partecipazione e il confronto del mondo produttivo e delle istituzioni pubbliche, come la scuola, l'università, le forze dell'ordine e le altre istituzioni a sfondo sociale nello sviluppo di progetti comuni.

L'azienda nell'esercizio dell'autonomia riconosciuta si propone come interlocutore al servizio delle istituzioni, e si impegna ad attuare le funzioni attribuite alla sua competenza con il coinvolgimento dell'intero sistema aziendale, nel rispetto delle decisioni assunte dagli organi di governo ad essa preordinati e nello spirito di leale collaborazione istituzionale invocato dal PSN come strumento di innovazione partecipativa alla programmazione e nella gestione dei servizi sanitari.

L'azienda, nella consapevolezza della sua appartenenza al contesto sociale economico e culturale dell'ambito territoriale di suo riferimento, si impegna ad esserne diretta espressione istituzionale mediante l'assunzione di forme partecipative e di correlazione capaci di sensibilizzarsi ai valori, ai bisogni, alle esigenze emergenti ai vari livelli di aggregazione presenti nella società, e di tradurli in iniziativa di offerta di servizio ad essa rispondenti e con essi compatibili, dando senso ed indirizzo alla responsabilità sociale di cui è portatrice. L'Azienda, per tutti i processi di pianificazione, promuove l'interazione con gli enti locali nell'ambito della programmazione sanitaria e socio-sanitaria a livello locale, attraverso il P.A.T. e il P.A.L.

L'azienda riconosce il ruolo delle rappresentanze sindacali del personale e si impegna a valorizzarlo per favorirne lo sviluppo, nella trasparenza delle reciproche competenze e responsabilità, anche al di là del puro rispetto della normativa, verso obiettivi strategici e gestionali condivisi e da realizzare attraverso una partecipazione alle scelte strategiche attuative della missione aziendale ed alle conseguenti opzioni operative, con particolare riguardo alle tematiche dell'organizzazione e della sicurezza del lavoro.

## **Art. 7**

### **Rete regionale dei servizi sanitari**

La complessiva strutturazione organizzativa aziendale proposta è prioritariamente orientata alla costituzione di una complessiva ed armonica rete di servizi tale da garantire una visione processuale dei percorsi di cura. L'integrazione organizzativa e professionale, che rappresenta il

filo conduttore del complessivo impianto aziendale, garantisce innanzitutto la ricomposizione dei processi assistenziali e, conseguentemente, contrasta la defatigante ricostruzione del mosaico assistenziale da parte del cittadino. Un siffatto approccio consente all'azienda di divenire nel suo complesso *sistema* migliorando così le performance sotto il profilo economico in ragione della evidente e correlata razionalizzazione delle risorse.

Le strette connessioni programmatiche ed operative – gestionali di livello territoriale tra Distretti / Dipartimenti del Territorio e Dipartimenti di Prevenzione e di Salute Mentale, quelle territorio – ospedale (Distretti / Dipartimenti Ospedalieri) e le interrelazioni con il sistema dell'emergenza - urgenza conferiscono all'azienda una configurazione di vera e propria rete organizzativa, armonicamente correlata attraverso la condivisa costruzione di percorsi diagnostici terapeutici e profili di cura che rappresentano il collante tra gli stessi nodi. Solo così è possibile concretizzare quella presa in carico dei pazienti che conferisce qualità ed efficacia alle prestazioni erogate.

La rimodulazione della rete ospedaliera aziendale, coerente con le indicazioni regionali, è tesa a costituire una rete intra – aziendale con specificità e tali da armonizzare e differenziare l'offerta di prestazioni. Ma l'azienda, nella propria strutturazione, non può prescindere, a sua volta, dall'essere parte del complessivo sistema sanitario regionale e quindi di essere nodo di una più vasta ed articolata rete assistenziale.

E proprio in relazione al livello ospedaliero di assistenza, l'organizzazione aziendale garantisce il complessivo impianto ospedaliero di livello regionale sistematizzato a rete secondo una logica di centri hub e centri spoke, sempre nel rispetto delle determinazioni di livello regionale.

Per quanto attiene, infine, all'erogazione dei LEA all'interno delle strutture penitenziarie, così per come più avanti si chiarirà nel dettaglio, l'organizzazione aziendale garantisce, grazie ad una stretta integrazione organizzativa e professionale tra distretti competenti per territorio e Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze / Dipartimento di Prevenzione, l'inclusione delle stesse strutture nell'ambito della complessiva rete assistenziale.

## **Art. 8**

### **Integrazione socio-sanitaria**

In ragione dell'articolazione organizzativa territoriale dell'ASP di Catanzaro, caratterizzata dalla presenza di tre distretti e dall'istituzione di un coordinamento degli stessi, l'**integrazione sociosanitaria** rappresenta un'attribuzione ascrivita ai distretti nell'ambito della più complessiva *funzione Servizi Sociali* comprendente, per l'appunto, un coordinamento e raccordo tra i servizi aziendali e quelli, invece, afferenti ai comuni e/o gestiti dal privato sociale ed un coordinamento tra ambito territoriale ed ospedaliero di assistenza.

Appare di tutta evidenza come preconditione essenziale per un'adeguata declinazione di una compiuta integrazione sia rappresentata dalla coincidenza tra ambiti distrettuali ed ambiti sociali (zone sociali) così per come già regolamentato dalla Regione Calabria (Deliberazione della Giunta Regionale n 78/2004). Lo stesso DCA n.130/15 e le stesse indicazioni regionali prescrivono come

la riorganizzazione distrettuale debba comunque garantire l'afferenza della zona sociale ad un solo distretto.

Proprio per tale motivo l'ASP di Catanzaro ha inteso, riducendo comunque il numero dei distretti dai cinque preesistenti ai tre di nuova previsione, accorpare gli ambiti territoriali dei distretti di Catanzaro e Catanzaro Lido e quelli dei distretti di Lamezia e Soveria Mannelli, lasciando inalterato l'ambito territoriale del Distretto di Soverato.

La nuova configurazione consente così di mantenere l'assoluta sovrapposizione tra ambiti distrettuali e zone sociali, così per come si evince dalla tabella che segue.

<b><u>Situazione preesistente</u></b>			<b><u>Attuale articolazione</u></b>		
<b>Distretti</b>	<b>Z o n a Sociale</b>	<b>C o m u n e Capofila</b>	<b>Distretti</b>	<b>Z o n a Sociale</b>	<b>C o m u n e Capofila</b>
<b><i>Catanzaro</i></b>	Catanzaro	Catanzaro	<b><i>Catanzaro</i></b>	Catanzaro	Catanzaro
<b><i>Cz Lido</i></b>	Cz Lido	Catanzaro		Cz Lido	
<b><i>Soverato</i></b>	Soverato	Soverato	<b><i>Soverato</i></b>	Soverato	Soverato
<b><i>Lametino</i></b>	Lamezia	Lamezia	<b><i>Lamezia</i></b>	Lamezia	Lamezia
<b><i>Reventino</i></b>	Reventino	S. Mannelli		Reventino	S. Mannelli

Il distretto di Catanzaro avrà il solo comune di Catanzaro quale diretto interlocutore istituzionale per le zone sociali di Catanzaro e Cz Lido, il distretto di Soverato si interfacerà con il comune di Soverato per la relativa zona sociale, il distretto di Lamezia interloquirà con i comuni di Lamezia e di Soveria Mannelli, capofila per le rispettive zone sociali.

La costituzione di un distretto sottosoglia (Soverato – circa 76.000 abitanti), nel rispetto comunque dell'obiettivo di riduzione a tre distretti (popolazione totale circa 360.000 abitanti), oltre che consentire di mantenere fede alla necessaria ed imprescindibile sovrapposizione territoriale tra ambiti distrettuali e zone sociali, consente altresì di evitare lo stravolgimento degli ambiti di scelta dell'assistenza primaria che verrebbero, altrimenti, a trovarsi parzialmente afferenti a due differenti distretti. Una siffatta eventualità allontanerebbe dal concretizzarsi di un effettivo ed univoco governo della medicina generale e di contestuale, organico sviluppo delle forme associative complesse che rappresenta una delle leve più importanti per la realizzazione di quel processo di corresponsabilizzazione della medicina generale ai più complessivi obiettivi di modernizzazione dell'assistenza territoriale.

Fatta tale doverosa premessa, occorre adesso operare un breve inquadramento di contesto per chiarire la cornice di carattere normativo generale e la relativa regolamentazione di livello regionale.

Il DLgs 229/99 e la Legge 328/2000 identificano il *distretto - zona sociale* quale ambito privilegiato per concretizzare l'integrazione tra prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale per le aree di intervento che sottendono la necessità di erogazione integrata (socio-sanitaria) dei servizi, così per come chiaramente individuate dal DPCM del 14 febbraio 2001 e dal DPCM del 29 novembre 2001.

La L.R. n. 23/2003 (recepimento della Legge 328) e la Deliberazione del Consiglio Regionale n. 364/2009 (approvazione *Piano Sociale Regionale*), ribadiscono ovviamente tali principi che trovano coerenza, altresì, negli intendimenti programmatori del DCA n. 130/15.

Il passaggio da un welfare di connotazione assistenzialistica (statale per intenderci e quindi centrale) ad un sistema di welfare community, in cui le comunità divengono titolari della programmazione e responsabili delle azioni di welfare, deve trovare finalmente attuazione nell'ambito della programmazione territoriale, integrata, di connotazione socio-sanitaria.

L'integrazione, declinata nei suoi tre livelli (*istituzionale – organizzativo – professionale*) deve trovare adeguato fondamento già nella fase di **analisi e valutazione dei bisogni di salute** attraverso un complessivo e condiviso processo, declinato nella dimensione territoriale (distretto – zona sociale).

Le aree di analisi sono evidentemente quelle, individuate negli atti normativi già richiamati, che sottendono interventi assistenziali integrati:

- materno-infantile
- anziani
- handicap
- dipendenze
- patologie in fase terminale
- inabilità/disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative

Tale attività di definizione dei bisogni di salute (*diagnosi di comunità*) non può, ancora, prescindere dal rispetto dei seguenti principi:

- *salute da stato a processo*: condizione, quindi, cui si perviene attraverso un percorso influenzato da molteplici determinanti (individuali, sociali ed ambientali);
- *dall'individuo alla comunità*: la salute è il risultato del rapporto tra persona e collettività;
- *dalla prevenzione della malattia alla promozione della salute*: promozione del benessere in ragione dei diversi determinanti di salute attraverso una visione multisettoriale e multidisciplinare.

La comunità deve quindi essere intesa nella prospettiva nuova di responsabilizzazione collettiva (*community governance*) e, conseguentemente, di programmazione partecipata nell'affermarsi della centralità della dimensione territoriale.

E' necessario affermare e diffondere la cultura di un ineludibile primato dei territori nella costruzione del benessere – salute che deve assumere le caratteristiche di quello specifico territorio. In controtendenza, quindi, al processo di globalizzazione della società contemporanea, è necessario affermare il principio di un mondo di comunità *produttore di benessere*.

L'obiettivo prioritario diviene così la ricerca dell'identità territoriale, dell' efficienza territoriale, della qualità territoriale .

In questa direzione va senz'altro l'evoluzione normativa di impianto e regolazione del complessivo sistema di welfare (riforma costituzionale, decreti di riforma del SSN, legge 328/2000).

Sulla scorta di quanto premesso il Distretto elabora, coerentemente agli atti di indirizzo e programmazione di livello regionale ed aziendale, il Programma delle Attività Territoriali (PAT) nel rispetto dei principi di centralità dell'utente, di continuità delle cure, di integrazione delle risorse e dei servizi del territorio.

La programmazione distrettuale, strettamente interconnessa con quella sociale (*Piano di Zona*), deve assumere la connotazione di una programmazione partecipata, che tenga conto della centralità della dimensione territoriale e del capitale relazionale che la comunità esprime.

Essa dovrà, quindi, sottendere una complessiva intersettorialità degli interventi, da condividere, attraverso una forte integrazione professionale, organizzativo-gestionale ed istituzionale ispirandosi, comunque, ad una traduzione dei bisogni di salute rilevati in obiettivi di salute da perseguire.

Alla fase di condivisa rilevazione ed analisi dei bisogni di salute della comunità distrettuale deve seguire la fase di vera e propria **programmazione integrata** (PAT – PdZ) dei servizi che deve muovere, così per come chiaramente specificato dal DPGR n. 12/11 (*Linee Guida sul sistema di cure domiciliari e accesso ai servizi territoriali*), dalla univocità dell'**accesso** al sistema curante.

Il distretto, nell'ambito del proprio processo di riorganizzazione, dovrà quindi esaltare la funzionalità dei punti unici di accesso (PUA), necessariamente integrati con l'offerta sociale, al fine di realizzare una reale presa in carico globale dei bisogni assistenziali, garantendo facilità, univocità ed equità di accesso al complessivo sistema curante, attraverso la promozione della cultura della valutazione multidimensionale da declinare sui tre livelli fondamentali dell'integrazione (professionale, organizzativa, istituzionale).

Attraverso la condivisione con i comuni capofila, grazie alla definizione di specifici protocolli di intesa (nelle more dell'adozione di accordi di programma da condividersi in ragione della definizione di una più complessiva programmazione territoriale), verrà delineata la creazione di una rete di Punti Unici di Accesso caratterizzata dalla presenza di front office, capillarmente distribuiti sul territorio, strettamente ed operativamente correlati alla sede (distrettuale) del back office.

Il complessivo sistema d'accesso ai servizi sociosanitari integrati che si vuole qui prevedere è, in altri termini, costituito da una *rete* di front office, cui viene attribuita la funzione di prima decodifica e di orientamento della domanda e da un back office che svolge, invece, la funzione di presa in carico integrata dei bisogni assistenziali così per come definiti in esito al processo di valutazione multidimensionale.

Strettamente interconnessa a tale funzione è ovviamente l'istituzione, presso ciascun distretto, di una *unità di valutazione multidimensionale* (UVM), espressione diretta delle attribuzioni proprie del direttore di distretto.

A detto organismo è conferito il compito di predisporre, grazie all'utilizzo degli strumenti di valutazione multidimensionale in uso nella Regione Calabria (svama), i piani personalizzati di assistenza e di individuare l'ambito di cura più appropriato al soddisfacimento dei bisogni assistenziali. La composizione dell'UVM, caratterizzata da grande flessibilità, deve comunque garantire la necessaria multiprofessionalità e deve trovare l'integrazione degli operatori sociali espressione dell'ente locale (Zona Sociale).

Identificate così le aree di bisogno e garantito un accesso univoco al sistema curante, occorre evidentemente individuare, gli strumenti attraverso cui declinare l'integrazione programmatoria (PAT – PdZ) e di gestione integrata dei servizi.

L'integrazione tra i due sistemi (dei servizi sanitari distrettuali e dei servizi sociali della corrispondente zona sociale), così per come già ricordato, si concretizza su tre livelli:

1. istituzionale, di livello programmatorio, attraverso lo strumento dell'*accordo di programma*;
2. gestionale, di livello organizzativo dei servizi, attraverso lo strumento del *protocollo d'intesa*;
3. professionale, di livello operativo (valutativo e di erogazione di prestazioni), attraverso lo strumento del lavoro in *equipe multiprofessionali*, del *case management* e della costruzione di *profili di cura integrati*.

Quattro sono i criteri guida per sviluppare una cultura dell'integrazione:

- a) Focus sul cittadino e sui suoi bisogni multidimensionali (*riconoscere la complessità e la multidimensionalità del bisogno, individuare le diverse dimensioni implicate e le reciproche interazioni*);
- b) Ricostruzione dei suoi percorsi assistenziali (*individuare le diverse fasi del processo di flusso assistenziale, definire quali attività sociali e sanitarie ciascuna fase comporta*);
- c) Costruzione di una presa in carico multiprofessionale (*individuare quali problemi d'integrazione socio-sanitaria ciascuna fase comporta, indicare quali professionisti intervengono in ciascuna fase*);
- d) Individuazione del ruolo svolto da ciascun professionista e delle modalità d'integrazione (*individuazione del ruolo svolto da ciascun professionista in ciascuna fase - chi fa che cosa, definizione delle modalità d'integrazione tra operatori sociali e sanitari*).

*(linee guida, case management, lavoro in équipe, protocolli operativi, profili assistenziali, ecc.).*

### **TITOLO III**

#### **L'ASSETTO ISTITUZIONALE**

##### **Art. 9**

##### **Il Direttore Generale**

Il Direttore Generale è il rappresentante legale dell'Azienda, è responsabile della gestione complessiva e del governo unitario dell'Azienda, nel rispetto dei principi di imparzialità, buon andamento e trasparenza dell'amministrazione e dei criteri di efficacia, appropriatezza ed efficienza. Spettano al Direttore Generale i poteri di pianificazione, programmazione, indirizzo e controllo.

Il Direttore Generale assicura, anche mediante valutazioni comparative di costi, rendimenti e risultati, la corretta ed economica gestione delle risorse disponibili; adotta l'atto aziendale e nomina il Direttore Sanitario e il Direttore Amministrativo. Nell'esercizio delle sue funzioni il Direttore Generale è coadiuvato dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo e si avvale del Collegio di Direzione e dell'OIV. Il Direttore Generale assicura, in coerenza con i principi, gli obiettivi, le direttive e gli indirizzi definiti in sede regionale, il perseguimento della missione aziendale. In tale attività viene coadiuvato dagli organi e dalle strutture organizzative dell'Azienda.

Il Direttore Generale, coadiuvato dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo attribuisce, nel rispetto degli indirizzi strategici e dei vincoli di bilancio aziendali, le risorse umane e strumentali alle macroarticolazioni ed alle strutture aziendali nell'ambito del processo di budget. Per favorire il coordinamento tra le funzioni di governo aziendale e le strutture preposte alla gestione, il Direttore Generale si avvale di specifiche funzioni deputate alla verifica di coerenza tra le decisioni gestionali poste in essere dai dirigenti responsabili e gli obiettivi ed i vincoli indicati dalla programmazione aziendale, nonché di supervisione inerente alla corretta attuazione delle decisioni stesse.

Il Direttore Generale esercita le proprie funzioni con atti di diritto privato o, nei casi previsti dalla legge, attraverso l'adozione di provvedimenti amministrativi. Gli atti di diritto privato sono retti dal principio della libertà di forma, nei limiti previsti dal codice civile. I provvedimenti amministrativi sono emanati nel rispetto della legge n. 241/1990 e della L.R. n. 10/1991 s.m.i. nonché dai principi generali dell'azione amministrativa e assumono la denominazione di deliberazioni. Gli atti del Direttore Generale non aventi rilevanza esterna assumono il carattere di mere disposizioni interne. Le disposizioni interne non richiedono l'acquisizione di pareri e non sono sottoposte all'esame del Collegio Sindacale.

Il Direttore Generale nomina i dirigenti responsabili delle diverse articolazioni organizzative e attribuisce gli incarichi professionali, in conformità a quanto disciplinato dalle norme e dai contratti di lavoro.

## **Art. 10**

### **Il Collegio Sindacale**

Il Collegio Sindacale verifica l'attività della Azienda sotto il profilo della gestione economica, finanziaria e patrimoniale, vigila sull'osservanza della legge, accerta la regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili ed effettua periodicamente verifiche di cassa.

Il Collegio in particolare:

- Esprime parere sul bilancio di previsione, sul bilancio di esercizio e sul conto annuale;
- Vigila sotto l'aspetto amministrativo e contabile sulla legalità della spesa, sulla regolarità della liquidazione e della imputazione, mediante verifiche periodiche a campione;
- Vigila sugli adempimenti relativi agli obblighi fiscali;
- Procede ad atti di ispezione e di controllo;
- Accerta ogni trimestre la consistenza di cassa.

Il Collegio Sindacale esercita il controllo sugli atti inerenti la gestione aziendale, con esclusione degli atti di diritto privato. L'elenco degli atti adottati, compresi quelli delegati, deve essere comunicato mensilmente al collegio sindacale, che potrà richiederne copia.

Il Collegio Sindacale dura in carica tre anni ed è composto da tre membri, dei quali uno designato dal Consiglio Regionale, uno dal Ministero dell'Economia e Finanze e uno dal Ministero della Salute.

## **Art. 11**

### **Il Collegio di Direzione**

Il collegio di direzione è deputato alla promozione, al confronto ed al coordinamento delle strategie complessive del governo aziendale. In particolare il collegio di direzione esprime parere e supporta la direzione strategica nella valutazione periodica e sistematica delle analisi epidemiologiche e nella verifica del coordinamento delle due missioni aziendali di garanzia di erogazione dei LEA e di complessiva compatibilità con le risorse disponibili.

Il collegio, inoltre, coadiuva il Direttore Generale per le attività di proposta e di consulenza per il governo delle attività cliniche, per la programmazione e la valutazione delle attività tecnico sanitarie e di quelle ad alta integrazione sanitaria, per l'elaborazione dei piani di attività dell'azienda, per l'organizzazione e lo sviluppo dei servizi anche in attuazione del modello dipartimentale, per l'utilizzo delle risorse umane; concorre, altresì, alla formulazione dei piani annuali e pluriennali relativi ai fabbisogni formativi ed agli aggiornamenti aziendali, alla predisposizione delle soluzioni organizzative per l'attuazione della attività libero-professionale intramuraria e alla valutazione dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi clinici.

Per gli atti di propria competenza il collegio esprime parere obbligatorio, non vincolante, entro e non oltre venti giorni dalla richiesta. Il collegio è convocato dal Direttore Generale con la frequenza e le modalità necessarie all'espletamento delle funzioni attribuite, e comunque almeno una volta per trimestre.

Il Collegio di Direzione è presieduto dal Direttore Generale, o da persona da lui delegata, ed è composto dai seguenti membri di diritto:

- Direttore Sanitario;
- Direttore Amministrativo;
- Direttore Sanitario del Presidio Ospedaliero Unico Aziendale;
- Direttori dei Distretti;
- Direttori dei Dipartimenti Strutturali, Funzionali ed Interaziendali;
- Direttore dell'area Programmazione e Controllo
- Dirigente del Servizio Infermieristico.

In relazione alla materia in trattazione possono essere chiamati a partecipare alle sedute del collegio di direzione i direttori/responsabili delle unità operative.

## **Art. 12**

### **Il Direttore Sanitario**

Il Direttore Sanitario è nominato dal Direttore Generale e risponde allo stesso della gestione delle risorse e del raggiungimento degli obiettivi assegnati. Il Direttore Sanitario coadiuva il Direttore Generale nella direzione dell'Azienda, assume diretta responsabilità delle funzioni attribuitegli dalla legge e dal Direttore Generale. Il Direttore Sanitario concorre al governo aziendale partecipando al processo di programmazione e pianificazione strategica generale e di pianificazione annuale. Assicura l'organizzazione e la direzione complessiva dei servizi sanitari ed esprime parere obbligatorio al Direttore Generale sugli atti relativi alle materie di propria competenza.

Il Direttore Sanitario è responsabile del governo clinico dell'Azienda, cioè delle attività necessarie per garantire il perseguimento dei livelli essenziali di assistenza. Il governo clinico attiene all'appropriatezza, clinica ed organizzativa, ed alla qualità tecnica e percepita delle prestazioni erogate dall'azienda e dai soggetti accreditati. In tale accezione la qualità e l'efficienza tecnica ed operativa delle prestazioni coinvolge le responsabilità professionali della dirigenza, mentre l'integrazione dei singoli prodotti in servizi o programmi di assistenza, orientati al singolo ed alla collettività, coinvolge la dirigenza intermedia.

Inoltre il Direttore Sanitario:

- a) dirige i servizi sanitari dell'azienda ai fini organizzativi ed igienico sanitari, in conformità agli indirizzi generali di programmazione ed alle disposizioni del Direttore Generale, nonché nel rispetto delle funzioni attribuite o delegate ad altri livelli dirigenziali;
- b) fornisce parere obbligatorio al Direttore Generale sugli aspetti relativi alle materie di competenza;
- c) collabora alla elaborazione del piano attuativo locale in aderenza agli indirizzi espressi dal Direttore Generale nonché alle indicazioni ed agli atti programmatori regionali;
- d) coordina le attività della direzione intermedia;
- e) formula proposte al Direttore Generale, per le parti di competenza, ai fini della elaborazione dei piani pluriennali, dei programmi annuali e dei progetti di attività, nonché per la nomina dei responsabili delle strutture organizzative, professionali e funzionali di rilevanza sanitaria;
- f) predispone con la collaborazione del Direttore Amministrativo la relazione sanitaria annuale;
- g) propone al Direttore Generale l'individuazione delle funzioni e delle relative responsabilità tecnico professionali di supporto per l'acquisizione dei beni e dei servizi connessi all'assistenza;
- h) collabora al controllo di gestione dell'azienda, all'accreditamento dei servizi aziendali ed al controllo di qualità dei servizi e delle prestazioni erogate;
- i) coordina, a livello aziendale, l'integrazione socio-sanitaria, con particolare riferimento alla definizione degli obiettivi di salute, alla garanzia della globalità dell'offerta, al governo delle politiche per l'integrazione socio-sanitaria, al coordinamento dei processi di integrazione delle funzioni nell'area dei minori, disabili, materno-infantile, anziani e salute mentale;
- j) sovrintende alle attività di sperimentazione clinica e di ricerca sanitaria;
- k) governa le attività necessarie per garantire il perseguimento dei LEA, governo clinico, coinvolgendo tutte le professionalità mediche e sanitarie al fine di garantire:
  - l'appropriatezza, clinica e organizzativa, e della qualità - tecnico-professionale e percepita dal paziente - delle prestazioni erogate dall'azienda e dagli erogatori esterni accreditati;
  - la possibilità di accesso alle prestazioni in modo equo ed omogeneo, nonché alla continuità assistenziale nel percorso del paziente;
- l) coordina, al fine di omogeneizzare a livello aziendale le funzioni di controllo ed acquisto, le attività distrettuali preliminari alla stipula degli accordi contrattuali per le prestazioni relative al proprio livello assistenziale;
- m) svolge ogni altra funzione attribuitagli dalla legislazione vigente, da atti regolamentari aziendali, ovvero assegnatagli dal Direttore Generale.

In caso di assenza o impedimento del Direttore Sanitario le sue funzioni sono svolte temporaneamente da un direttore nominato dal Direttore Generale. L'esercizio di tali funzioni di supplenza riveste carattere aggiuntivo e non esclusivo. Qualora l'assenza si protragga oltre sei mesi, il Direttore Generale procede alla sostituzione nei modi previsti dalla normativa vigente.

### **Art. 13**

#### **Il Direttore Amministrativo**

Il Direttore Amministrativo è nominato dal Direttore Generale e risponde allo stesso della gestione delle risorse e del raggiungimento degli obiettivi assegnati. Il Direttore Amministrativo concorre al governo aziendale partecipando al processo di programmazione e pianificazione strategica generale e di pianificazione annuale dell'Azienda.

Il Direttore Amministrativo coadiuva il Direttore Generale nella definizione e direzione del sistema di governo economico finanziario aziendale.

In particolare il governo economico deve garantire:

- l'equilibrio tra il finanziamento assegnato, con riferimento alla quota capitaria, e i livelli assistenziali garantiti, direttamente o tramite altri soggetti erogatori,
- l'equilibrio tra i costi di produzione ed erogazione dei servizi ed il sistema di remunerazione in vigore, tariffario ed extratariffario.

In tale accezione il governo economico deve essere sviluppato oltre che a livello globale aziendale anche a livello di articolazioni aziendali e di unità operative.

Inoltre il Direttore Amministrativo:

- a) fornisce parere sugli atti;
- b) coordina i servizi di supporto amministrativo e le funzioni amministrative della linea intermedia;
- c) supporta, in posizione di fornitore, tutte le strutture organizzative aziendali, con particolare riguardo a quelle aventi quale fine primario l'erogazione dell'assistenza attraverso l'integrazione ed il coordinamento delle unità organizzative di tipo tecnico amministrativo;
- d) definisce gli orientamenti operativi delle strutture assegnate al governo economico finanziario aziendale, sviluppandone le conseguenze mediante la costante ricerca della qualità dei processi e della innovazione dei sistemi di gestione, allo scopo di perseguire i migliori risultati in termini di efficienza, appropriatezza organizzativa nell'uso delle risorse;
- e) cura la messa a disposizione, attraverso le idonee strutture tecniche e professionali, delle informazioni di base necessarie a valutare la compatibilità e la congruenza tra piani di attività (finalizzati ad obiettivi di salute e definiti in relazione alla loro qualità assistenziale) e risorse richieste;
- f) garantisce l'implementazione e lo sviluppo delle reti che presiedono al sistema informativo di supporto alle attività decisionali proprie dei diversi livelli del governo aziendale;
- g) assicura la correttezza, la completezza e la trasparenza dei processi di formazione dei documenti rappresentativi e delle dinamiche economiche, finanziarie e patrimoniali dell'azienda;
- h) assicura i controlli e le verifiche previste in materia di procedure amministrativo contabili;
- i) fornisce parere al Direttore Generale sugli aspetti relativi alle materie di competenza;
- j) collabora alla elaborazione del piano attuativo locale in aderenza agli indirizzi espressi dal Direttore Generale nonché alle indicazioni ed agli atti programmatori regionali;
- k) collabora alla predisposizione della relazione sanitaria annuale;

- l) formula proposte al Direttore Generale, per le parti di competenza, ai fini della elaborazione dei piani pluriennali, dei programmi annuali e dei progetti di attività, nonché per la nomina dei responsabili delle strutture organizzative, professionali e funzionali di rilevanza amministrativa, professionale e tecnica;
- m) assicura la funzione ispettiva interna in ordine alle materie di propria competenza, da esercitarsi, , anche in maniera integrata con il Direttore Sanitario aziendale;
- n) governa le attività necessarie per garantire il perseguimento del governo economico al fine di garantire:
  - l'equilibrio tra il finanziamento assegnato ed i livelli assistenziali da garantire,
  - l'equilibrio tra le risorse ed i costi di produzione nell'erogazione dei servizi;
- o) svolge ogni altra funzione attribuitagli dalla legislazione vigente, da atti regolamentari aziendali, ovvero delegatagli dal Direttore Generale.

In caso di assenza o impedimento del Direttore Amministrativo le sue funzioni sono svolte temporaneamente da un Direttore Amministrativo nominato dal Direttore Generale. L'esercizio di tali funzioni di supplenza riveste carattere aggiuntivo e non esclusivo. Qualora l'assenza si protragga oltre sei mesi, il Direttore Generale procede alla sostituzione nei modi previsti dalla normativa vigente.

#### **Art. 14**

##### **La conferenza dei sindaci**

La Conferenza dei Sindaci, quale organismo rappresentativo di tutte le amministrazioni comunali ricadenti nell'ambito territoriale dell'ASP di Catanzaro, tramite il comitato ristretto composto da non più di cinque componenti nominati dalla stessa Conferenza, provvede in particolare:

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

#### **Art. 15**

##### **Il consiglio dei sanitari**

Il Consiglio dei Sanitari è organismo elettivo dell'Azienda, con funzioni di consulenza tecnico-sanitaria ed è presieduto dal Direttore Sanitario. Il Consiglio dei Sanitari fornisce parere obbligatorio al Direttore Generale per le attività tecnico-sanitarie, anche sotto il profilo organizzativo, e per gli investimenti ad essi attinenti. In particolare esprime il proprio parere per gli

aspetti tecnico sanitari e di assistenza sanitaria concernenti:

- a) i piani pluriennali, i programmi annuali ed i progetti delle specifiche attività,
- b) relazione sanitaria aziendale,
- c) atti regolamentari aziendali di organizzazione,
- d) la dotazione organica,
- e) i programmi di acquisto degli impianti e delle attrezzature sanitarie.

Le modalità di composizione del Consiglio dei Sanitari, della elezione dei componenti e del suo funzionamento saranno riportate in apposito regolamento che definirà ruoli e competenze in base alle indicazioni contenute nella legislazione regionale in materia (art. 8 L.R. 22 Gennaio 96 n. 2).

## **Art. 16**

### **I' Organismo Indipendente di Valutazione**

L'Organismo di Valutazione (OIV) supporta l'attività di programmazione strategica e di indirizzo politico-amministrativo della Direzione Aziendale, mediante la propria attività di valutazione e verifica dei risultati di gestione. E' l'organismo deputato alla verifica e valutazione annuale:

- Dei risultati delle strutture operative aziendali;
- Dei risultati di gestione del dirigente di struttura complessa e di struttura semplice;
- Del raggiungimento dei risultati in relazione degli obiettivi definiti annualmente, ai fini dell'assegnazione dell'indennità di risultato e di produttività collettiva.

Nell'esercizio delle proprie funzioni risponde direttamente al Direttore Generale. L'O.I.V. svolge le funzioni previste dalla normativa vigente e dalle norme contrattuali, in relazione alle procedure di valutazione dei dirigenti. Con apposito regolamento di attuazione sarà definita la disciplina attuativa di dettaglio sul funzionamento e sulle competenze del Organismo Indipendente di Valutazione in coerenza con le disposizioni di principio contenute nelle disposizioni regionali.

L'organismo è composto da tre componenti, di cui almeno due, esterni. Il compenso attribuito ai componenti esterni è determinato con apposita deliberazione del Direttore Generale.

In attuazione a quanto stabilito dal D.Lgs. n. 150/2009, l'Organismo indipendente di Valutazione della performance:

- Monitora il funzionamento complessivo del sistema di valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni ed elabora una relazione annuale sullo stato dello stesso;
- Comunica tempestivamente le criticità riscontrate ai competenti organi interni di governo ed amministrazione, nonché alla Corte dei Conti, all'Ispettorato per la funzione pubblica e alla Commissione di cui all'art. 13 del D.Lgs. n. 150/2009;
- Valida la relazione sulla performance e ne assicura la pubblicazione sul sito istituzionale dell'Azienda;
- Garantisce la correttezza dei processi di misurazione e valutazione, nonché l'utilizzo dei

premi di cui al titolo III del D.Lgs. n. 150/2009, secondo quanto previsto dallo stesso decreto, dai contratti collettivi integrativi, dai regolamenti interni all'amministrazione, nel rispetto del principio di valorizzazione del merito e della professionalità;

- E' responsabile della corretta applicazione delle linee guida, delle metodologie e degli strumenti predisposti dalla Commissione di cui all'art. 13 del decreto legislativo;
- Propone all'organo di indirizzo politico-amministrativo la valutazione annuale dei dirigenti di vertice e l'attribuzione ad essi dei premi di cui al già citato titolo III;
- Promuove ed attesta l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità di cui al titolo IV del D.Lgs. n. 150/2009;
- Verifica i risultati e le buone pratiche di promozione delle pari opportunità;
- Cura gli adempimenti di cui all'art. 14, comma 5, del D.Lgs 150/2009.

### **Art.17**

#### **I Collegi Tecnici**

I Collegi Tecnici sono preposti alla valutazione professionale dei dirigenti. Sono chiamati ad esprimere un giudizio complessivo di seconda istanza sulle attività professionali del dirigente valutato, tenuto conto anche delle valutazioni annuali dell'OIV. In particolare, essi devono procedere, con le cadenze previste dalle norme contrattuali, all'accertamento della coerenza tra le competenze e i comportamenti tecnico professionali dei dirigenti e i ruoli e funzioni ad essi assegnati, secondo modalità disciplinate dall'Azienda.

Le valutazioni espresse dai Collegi Tecnici si basano su apposite proposte presentate dal responsabile della struttura di appartenenza del dirigente, ferma restando l'unitarietà del processo di valutazione che deve concludersi con l'espressione di un giudizio complessivo coerente ed univoco. I Collegi Tecnici acquisiscono i dati e le informazioni necessarie per lo svolgimento dei propri compiti dalle strutture aziendali preposte.

### **Art.18**

#### **Il Comitato Etico**

Il Comitato Etico è un organismo indipendente, composto di personale sanitario e non, incaricato di garantire la tutela dei diritti, della sicurezza e del benessere dei soggetti della sperimentazione e di fornire pubblica garanzia di questa tutela, emettendo, ad esempio, pareri sul protocollo di sperimentazione, sull'idoneità dello o degli sperimentatori, sulle strutture e sui metodi e documenti da impiegare per informare i soggetti della sperimentazione prima di ottenere il consenso informato.

Lo scopo è quello di garantire:

- la fattibilità di un progetto di ricerca in termini di correttezza etica e scientifica della sperimentazione
- la tutela dei diritti dei soggetti che prendono parte allo studio clinico

- l'adeguatezza dei rapporti che intercorrono tra il centro presso il quale viene condotta la ricerca e lo sponsor dello studio. (lo sponsor è la persona, la società, istituzione o organismo che si assume la responsabilità di avviare, gestire e/o finanziare una sperimentazione clinica).

L'Azienda Sanitaria di Catanzaro partecipa al comitato Comitato Etico della sezione area centro della regione Calabria.

## **Art. 19**

### **Il comitato consultivo aziendale**

L'Azienda, nell'ottica di quanto previsto dalla normativa in tema di trasparenza e valutazione delle pubbliche amministrazioni, istituisce il comitato consultivo misto per il controllo della qualità dal lato degli utenti e la sperimentazione di modalità di raccolta e di analisi delle segnalazioni di disservizio, assicurando la partecipazione organizzata delle Associazioni di volontariato e di Tutela dei diritti dei cittadini.

Il comitato:

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

Le modalità di costituzione, funzionamento, organizzazione, attribuzione dei compiti, articolazioni e composizione del Comitato Consultivo Aziendale saranno disciplinate da apposito regolamento aziendale.

## Titolo IV

### I PRINCIPI ISPIRATORI DELLA GESTIONE

#### Art. 20

##### Unitarietà della gestione

Il Governo complessivo dell'Azienda appartiene al Direttore Generale, questi è coadiuvato dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo che partecipano alla direzione dell'Azienda e concorrono con la formulazione di proposte e pareri alla formazione delle decisioni della Direzione Generale. Il modello organizzativo dell'Azienda si estrinseca in tre macrolivelli :

- **Livello strategico** cui compete l'esercizio delle funzioni strategiche di pianificazione e di programmazione;
- **Livello centrale** formato dall'insieme delle strutture di livello intermedio a cui compete la missione funzionale e cioè la programmazione operativa delle attività finalizzate al miglioramento e alla ottimizzazione dei servizi e delle prestazioni.
- **Livello operativo** costituito dalle unità operative a cui compete l'erogazione delle prestazioni per il raggiungimento degli obiettivi definiti con il budget, nel rispetto degli indirizzi aziendali.

I tre livelli organizzativi, articolati in ambiti e funzioni distinti tra loro, concorrono, attraverso l'integrazione sistemica della gestione clinica e della gestione economica-finanziaria, alla realizzazione della mission istituzionale, integrando competenze appartenenti a segmenti organizzativi diversi.

#### Art. 21

##### Orientamento ai bisogni dell'utenza e il miglioramento dei processi clinici-assistenziali

L'azienda organizza i servizi sulla base di una attenta e puntuale analisi dei bisogni di assistenza della popolazione di riferimento. L'organizzazione e la gestione dei servizi deve rispondere ai principi di qualità, appropriatezza, sicurezza e sostenibilità economica.

L'organizzazione e la regolamentazione delle attività aziendali, declinata con modalità integrate (socioassistenziali) e partecipata (coinvolgimento / corresponsabilizzazione di tutti gli stakeholders) deve mirare a tradurre i bisogni di salute in obiettivi di salute, dovendosi coerentemente modulare l'organizzazione aziendale in ragione dei correlati bisogni di risorse e di servizi.

La centralità del cittadino, garantita attraverso l'agire processuale dell'Azienda (PDTA, profili di cura, case management, costituzione di equipe multi professionali) diviene così il valore guida di tutto l'agire dell'Azienda.

L'equità e la capillarità dell'accesso ai servizi, garantita dalla rete dei PUA distrettuali, la continuità dei processi assistenziali territorio – ospedale – territorio, l'integrazione professionale e gestionale che caratterizza l'organizzazione aziendale, rappresentano gli strumenti di un approccio

assistenziale integrato ed univoco che assicura qualità ed appropriatezza.

La stretta correlazione, infine, tra bisogni (qualificati per priorità) e soluzioni organizzative, garantisce, oltre che appropriatezza clinico-assistenziale, anche appropriatezza nell'allocazione delle risorse disponibili e, quindi, la sostenibilità economica del sistema.

## Art. 22

### Integrazione ospedale-territorio

La continuità dei processi di cura territorio – ospedale – territorio rappresenta senza dubbio uno degli elementi di maggiore qualificazione del complessivo sistema curante. La centralità dell'assistito viene garantita prioritariamente attraverso una compiuta presa in carico dei suoi bisogni assistenziali e, quindi, grazie ad una visione processuale e non più frammentaria e parcellizzata degli interventi assistenziali.

In tale prospettiva il distretto svolge un ruolo di doppia cerniera, di catalizzatore, dei processi assistenziali in quanto interlocutore sia per l'integrazione sociosanitaria, sia per la continuità con l'ambito ospedaliero di cura. Non può difatti trascurarsi di ricordare come il ricovero ospedaliero, necessario per risolvere un episodio acuto di malattia, rappresenta una brevissima ed occasionale fase del complessivo percorso di cura, pressoché esclusivamente affidato al livello territoriale (distrettuale) di cura.

Ottimizzare le prevalenti fasi di cura di livello territoriale, equivale a restituire l'ospedale alla propria mission di luogo di cura deputato a risolvere le acuzie. Il paradigma dell'assistenza territoriale deve difatti essere rappresentato da una medicina di iniziativa, tesa a considerare gli aspetti clinici integrandoli con quelli di sanità pubblica, quali la prevenzione primaria collettiva e l'attenzione ai determinanti di salute.

Dalla medicina dell'evidenza, propria del paradigma dell'attesa che caratterizza l'assistenza ospedaliera, ad una medicina della complessità, necessaria per affrontare le cronicità (e le correlate disabilità) che la trasformazione demografica comporta.

L'invecchiamento della popolazione ed il conseguente incremento della patologie cronico-degenerative impone la necessità di un differente approccio assistenziale che necessariamente deve presupporre una coerente rimodulazione dell'offerta. Tale rimodulazione è necessaria per garantire risposte adeguate a bisogni complessi, facendo leva su una sempre più completa informazione ed attraverso una sempre maggiore semplificazione e sburocratizzazione delle procedure di accesso.

Non più, quindi, *il malato che ruota intorno ai servizi ma servizi costruiti intorno al bisogno della persona* e, quindi, una sempre maggiore **personalizzazione** delle attività assistenziali che consentono, peraltro, di garantire una sempre maggiore **appropriatezza** dei percorsi di cura. Garantire personalizzazione ed appropriatezza alle risposte assistenziali presuppone, quindi, l'affermarsi della **valutazione multidimensionale** dei bisogni che rappresenta, quindi, lo strumento cardine per caratterizzare efficacemente l'approccio ai bisogni complessi. A fronte,

quindi, della necessità di contrastare la *frammentazione* dei servizi (e delle risposte assistenziali) è indispensabile promuovere l'**unicità del contatto** e della **presa in carico** che consentono, peraltro, di conferire **continuità ai processi di cura**.

Se l'obiettivo dell'assistenza ospedaliera è, quindi, quello di condurre alla guarigione (assenza di malattia), quello della medicina della complessità è il raggiungimento di una *salute possibile* attraverso lo strumento della valutazione multidimensionale dei bisogni assistenziali e l'integrazione delle risposte assistenziali. In questa prospettiva nuova, è prioritariamente necessaria l'integrazione tra i diversi attori professionali di livello territoriale (medici di assistenza primaria, medici di continuità assistenziale, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali) ed i servizi, primi fra tutti l'assistenza domiciliare, di livello territoriale.

Il complessivo sistema delle cure primarie, integrato a livello distrettuale con le azioni di protezione sociale, deve quindi trovare continuità con l'ospedale grazie al rispetto di:

- *condivise procedure di accesso*
- *condivise procedure di dimissione (dimissione protette)*

ma anche attraverso:

- *condivisi percorsi diagnostico – terapeutici*
- *condivisi percorsi ambulatoriali (day service)*

I distretti dovranno condividere con i dipartimenti ospedalieri e con le strutture accreditate per il livello ospedaliero una adeguata e compiuta proceduralizzazione di tutte le fasi di *transizione assistenziale* e di integrazione tra le risorse professionali con la finalità di declinare unitariamente le evidenze scientifiche con gli aspetti più propriamente organizzativo – gestionali.

Tale nuovo paradigma presuppone la riorganizzazione della medicina generale (forme associative, in particolare) e l'accesso dei MMG in ospedale, nonché la partecipazione dei professionisti ospedalieri alla fase di valutazione multidimensionale dei bisogni assistenziali nella fase di *passaggio in cura* del paziente dall'ospedale al territorio (domicilio, strutture residenziali, etc).

## **Art. 23**

### **Rapporti convenzionali**

Le **convenzioni** costituiscono un fondamentale strumento per il cambiamento e per la riorganizzazione dei servizi, per lo sviluppo di strategie di fondo e per attuare i livelli essenziali di assistenza, garantire il governo clinico e la continuità assistenziale. I rapporti convenzionali rappresentano "la rete" che mette in relazione l'Azienda con le strutture accreditate, con le farmacie pubbliche e private, con i medici e gli specialisti, declinando il ruolo, le funzioni e i compiti dei MMG, PLS, Medici della continuità assistenziale e Specialisti ambulatoriali in relazione alla garanzia del livello essenziale di assistenza delle cure primarie e caratterizzando le attività e le prestazioni preventive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative dovute agli assistiti sia sani, sia con patologie acute e croniche, nei diversi ambiti assistenziali, nonché la promozione dei processi di presa in carico dell'utente a livello territoriale con la continuità dell'assistenza.

I Rapporti convenzionali soddisfano la necessità di rispondere in modo adeguato, etico, deontologico e nuovo alla domanda crescente di salute, che va valutata e orientata, affermando l'esigenza di efficacia e appropriatezza della risposta sanitaria e sociale per un pieno utilizzo delle risorse del sistema a tutela di equità, eguaglianza e compatibilità del sistema socio-sanitario. La loro essenzialità sta nel promuovere:

- l'elevazione degli standard organizzativi ambulatoriali mediante l'incentivazione del lavoro in forma associata, l'utilizzo del collaboratore di studio ed il miglioramento della accessibilità alla medicina convenzionata;
- il collegamento in rete dei medici convenzionati con creazione di flussi continuativi di dati;
- il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva mediante l'uso razionale dei farmaci e della diagnostica strumentale e di laboratorio, in accordo con le linee guida di buona pratica clinica;
- la messa in atto degli strumenti necessari affinché l'assistenza ai soggetti con malattia cronica si sposti sempre più in ambito territoriale;
- la continuità delle cure, anche attraverso la sperimentazione di soluzioni diverse;
- l'attivazione dei programmi di aggiornamento professionale e formazione permanente dei medici convenzionati, di fondamentale importanza per il miglioramento qualitativo dell'assistenza territoriale.

#### **Art. 24**

#### **Governo Clinico**

Il Governo Clinico si esprime nella ricerca di quelle forme organizzative, gestionali e operative che consentono di dare risposte ai bisogni sanitari della popolazione di riferimento e che perseguono l'obiettivo di assistere ciascun utente in modo appropriato, in termini sia clinici che organizzativi e di farlo sviluppando approcci – in ordine tanto ai processi da praticare quanto agli esiti da raggiungere - che garantiscano il massimo di qualità possibile.

Il Governo Clinico si dovrà realizzare attraverso la collaborazione sinergica fra management aziendale e competenza clinico-professionali diffuse all'interno delle articolazioni aziendali, al fine di promuovere il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza e mantenere elevati livelli di servizio.

Obiettivo fondamentale è che ogni paziente riceva, in funzione dei bisogni di cui è portatore, le risposte clinico assistenziali in grado di assicurare il miglior esito possibile in base alle conoscenze e alle risorse disponibili, il minor rischio di danni conseguenti ai trattamenti e la massima soddisfazione. Tale obiettivo richiede un approccio di sistema che coinvolge i pazienti, i professionisti e l'organizzazione, in una logica di programmazione, gestione e valutazione.

L'Azienda attua le politiche del Governo Clinico attraverso l'apprendimento continuo, la gestione e la comunicazione del rischio, l'audit, le linee guida cliniche, i percorsi assistenziali integrati, la

gestione dei contenziosi, la comunicazione, la collaborazione multidisciplinare e multi professionale, la responsabilizzazione degli operatori, l'informazione corretta e trasparente, la partecipazione responsabile dei cittadini.

## **Art. 25**

### **Controllo e verifica dell'appropriatezza delle prestazioni ospedaliere**

La funzione di controllo è elemento essenziale nella gestione dell'attività ospedaliera concorrendo ad assicurare una distribuzione equa delle risorse e a far sì che la ricerca dell'efficienza non si realizzi a scapito dell'appropriatezza. La funzione di controllo si svolge nell'ambito degli indirizzi indicati dalla Regione Calabria e dalle direttive nazionali in materia. La principale caratteristica del sistema di controllo che l'Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro intende implementare per tutti gli erogatori, pubblici e privati, del territorio di competenza è la gestione delle SDO dalla fase di elaborazione delle schede a quella dell'invio al dipartimento con lo scopo di assicurare che il processo di gestione delle SDO risulti gestito in tutte le fasi in termini di tempi e responsabilità e di favorire l'integrazione delle componenti aziendali coinvolte.

In particolare il controllo del processo sarà orientato a:

- Verificare che tutti gli ospedali pubblici e privati compilino e trasmettano alla Regione le Schede di Dimissione Ospedaliera secondo il calendario fissato dal competente Dipartimento;
- Verificare l'attività di compilazione e codifica delle schede per valutare eventuali effetti "distorsivi" associati all'applicazione delle tariffe;
- Evidenziare gli ambiti di inappropriatazza al fine di promuovere l'efficienza organizzativa per un'ottimizzazione dell'uso dei posti letto
- Diffondere i risultati dell'attività di controllo.

Sulla base degli obiettivi individuati, il sistema di controllo dell'ASP di Catanzaro sarà articolato in:

- Controlli di qualità della cartella clinica per verificare la corretta tenuta e completezza della documentazione sanitaria;
- Controlli di congruità atti a "valutare la correttezza della compilazione della SDO ossia il grado di corrispondenza tra quanto accaduto durante il ricovero riportato nella documentazione sanitaria (cartella clinica, registro operatorio, referti, ecc) e quanto segnalato e codificato nella SDO;
- Controlli di appropriatezza organizzativa dell'Ospedale mediante l'analisi dei data base informatici rappresentati dalle SDO, attraverso l'utilizzo del sistema APR DRG.

Per quanto concerne contenuti, procedure, modalità e tipologie di controllo si rimanda a quanto riportato nella normativa regionale e nella procedura aziendale di riferimento.

## **Art. 26**

### **Accreditamento**

L'Azienda dovrà progettare per la gestione e l'organizzazione dei servizi, percorsi organizzativi in conformità al modello qualità, definito da disposizioni regionali, al fine di perseguire percorsi organizzativi che, una volta avviati, potranno migliorare il livello d'efficacia ed efficienza dei servizi aziendali per renderli sempre più vicini ai bisogni espliciti ed impliciti del cliente finale. Il modello organizzativo, basato sulle norme dell'accreditamento istituzionale, dovrà sistematicamente ottimizzare i processi operativi, per introdurre azioni correttive e di miglioramento.

L'accreditamento, che è un processo di valutazione, sistematico e periodico, ha lo scopo di individuare, sulla base di predefiniti criteri di qualità, i soggetti erogatori per conto del SSN. L'accreditamento istituzionale è rilasciato dalla Regione alle strutture autorizzate, pubbliche o private, ed ai professionisti che ne facciano richiesta, subordinatamente alla loro rispondenza ai requisiti ulteriori di qualificazione, alla loro funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione Regionale ed alla verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti. L'accreditamento è concesso, senza facoltà di delega, dal Dirigente Generale del dipartimento regionale tutela della salute e politiche sanitarie, acquisito il parere del Direttore Generale dell'ASP, che si avvale per lo scopo delle risultanze della Commissione Aziendale per l'autorizzazione e l'accreditamento.

La Commissione Aziendale per l'Autorizzazione e l'Accreditamento costituisce un organismo tecnico aziendale finalizzato alla verifica dei percorsi di miglioramento della qualità e di conformità ai requisiti minimi ed ulteriori richiesti per l'autorizzazione all'esercizio e l'accreditamento istituzionale da parte delle strutture private, sanitarie, sociosanitarie e dei singoli professionisti.

Le competenze, l'organizzazione e il funzionamento della Commissione sono regolamentati da apposite disposizioni regionali.

## **Art. 27**

### **Innovazione gestionale e tecnologica**

La Direzione Aziendale al fine del conseguimento di più elevati gradi di efficienza ed efficacia delle attività aziendali promuove e sviluppa forme innovative di gestione in ambito sanitario e tecnico amministrativo per lo svolgimento di attività non strategiche, ricorrendo anche alla collaborazione con soggetti esterni all'Azienda, con le modalità previste dalla normativa in materia. A tal fine, la Direzione Aziendale ricerca sinergie nei confronti di produttori privati accreditati di servizi che vanno considerati parte integrante della rete complessiva di uno stesso territorio.

In particolare l'Azienda adotta sistemi innovativi per l'attivazione di:

- Procedure di acquisto comuni;
- Adesioni a convenzioni;
- Utilizzo di procedure automatizzate, quali il commercio elettronico;

Le modalità di attuazione di tali forme innovative di acquisto di beni e servizi saranno disciplinate tramite apposito regolamento.

L'Azienda fa propri i principi declinati dalla pianificazione regionale relativamente alla riorganizzazione delle funzioni tecnico-amministrative (consorzi interaziendali dei servizi di supporto) e all'avvio di forme di aggregazione sovraziendali di servizi sanitari di supporto, prevedendo la possibilità di sviluppare forme associate di gestione con le altre aziende sanitarie regionali.

#### **Art. 28**

#### **Valorizzazione delle Professionalità**

La valutazione del personale, strumento per il riconoscimento, lo sviluppo e la valorizzazione delle professionalità, è caratteristica essenziale del rapporto di lavoro e comprende la valutazione delle attività professionali, delle competenze organizzative dei dirigenti e dei relativi risultati di gestione.

Gli organismi collegiali preposti alle valutazioni e verifiche sono:

1. L'OIV che effettua la valutazione annuale sull'appropriata, efficacia ed efficiente gestione delle risorse attribuite al dirigente di struttura complessa e di struttura semplice, alle funzioni di coordinamento ed agli incarichi di posizione organizzativa, nonché sul raggiungimento degli obiettivi generali ed individuali di tutti i dipendenti anche al fine dell'attribuzione dell'indennità di risultato e di produttività collettiva;
2. I Collegi Tecnici, preposti alla valutazione di tutti i dirigenti alla scadenza dell'incarico loro conferito, in relazione alle attività professionali svolte ed ai risultati raggiunti, e dei dirigenti al compimento del primo quinquennio di attività;

Le attività di valutazione nel loro complesso, intese come processo di analisi delle competenze raggiunte in relazione agli obiettivi professionali e gestionali attesi, si considerano leva per il miglioramento dell'organizzazione, della qualità del servizio reso nonché fattore di riconoscimento dell'apporto individuale dei professionisti.

L'Azienda nell'ambito della propria autonomia si dota di strumenti e di sistemi di valutazione del personale dirigenziale e del comparto capaci di incidere realmente sui risultati e di orientare i comportamenti, tenuto conto di quanto previsto dalla contrattazione collettiva, dai principi espressi nelle norme nazionali di riferimento e dalle linee guida regionali in materia.

#### **Art. 29**

#### **Relazioni sindacali**

L'Azienda riconosce nelle forme di rappresentanza organizzata dei lavoratori un interlocutore fondamentale per l'Azienda ed assicura alle rappresentanze sindacali collettive, attraverso un sistema stabile e strutturato di relazioni sindacali, un adeguato confronto, partecipazione e coinvolgimento.

Il sistema di relazioni sindacali deve contemperare l'obiettivo di tutela degli interessi professionali degli operatori con l'esigenza dell'Azienda di elevare la qualità, l'efficacia e l'efficienza dei servizi

erogati alla popolazione

Il sistema delle relazioni sindacali tende ad assicurare chiarezza e trasparenza delle decisioni e pieno coinvolgimento di tutte le parti in un assetto nel quale sono individuati ambiti di responsabilità e ambiti di autonomia decisionale.

Le relazioni sindacali, in raccordo con quanto previsto nei contratti collettivi nazionali, riguardano:

- contrattazione collettiva integrativa che si svolge sulle materie e con le modalità indicate nei contratti nazionali di categoria e decentrati;
- informazione, concertazione, e consultazione;
- interpretazione autentica dei contratti integrativi sottoscritti;
- quant'altro previsto dai rispettivi CCNL in tema di relazioni sindacali.

### **Art. 30**

#### **Responsabilizzazione Gestionale**

L'Azienda fonda il proprio funzionamento sul criterio del decentramento amministrativo e della distinzione tra le funzioni di indirizzo, programmazione e controllo, e quelle di attuazione e di gestione. L'Azienda assume il decentramento dei poteri decisionali e delle connesse responsabilità come principio caratterizzante per la definizione e lo sviluppo della propria organizzazione e dei meccanismi gestionali.

Al Direttore Generale compete la responsabilità complessiva della gestione aziendale che viene esercitata con atti e decisioni di rilevanza interna ed esterna, di indirizzo, di programmazione e controllo, tutti sottesi alle strategie aziendali per la realizzazione della missione istituzionale, alla definizione degli obiettivi gestionali, alla allocazione delle risorse e alla valutazione dei risultati.

Ai dirigenti spettano tutti i poteri di gestione da esercitarsi secondo le modalità previste dalla normativa vigente e in ottemperanza alle linee di indirizzo della Direzione Aziendale, cui è riservata ogni azione di controllo sul raggiungimento degli obiettivi gestionali. Il mancato raggiungimento degli obiettivi è motivo di risoluzione dell'incarico, previa attivazione delle procedure di contestazione all'uopo previste. I dirigenti sono obbligati ad adottare le disposizioni della Direzione Strategica ed hanno l'obbligo di vigilare sulla loro esecuzione.

I dirigenti sono titolari di responsabilità, per come declinate nel regolamento generale aziendale di organizzazione e funzionamento, ferma la competenza del Direttore Generale sugli atti di governo aziendale. L'autonomia gestionale deve essere esplicata con il massimo rigore, nel puntuale rispetto delle norme, avuto riferimento soltanto alle spese di carattere obbligatorio relative al funzionamento dell'Azienda ed alla garanzia dei servizi essenziali per l'utenza, verificando di volta in volta la compatibilità delle assumende determinazioni con l'equilibrio economico complessivo derivato dalle specifiche determinazioni di spesa.

Gli atti amministrativi e di diritto privato, nei quali trova esplicitazione l'autonomia gestionale dei dirigenti, dovranno assumere a modello lo strumento della determinazione i cui contenuti dovranno essere appositamente individuati in apposito atto regolamentare.

I Direttori di struttura sono direttamente responsabili della gestione, elaborazione e trasmissione di tutti i flussi informativi che attengono la struttura. Eventuali inadempienze possono essere motivo di decadenza dell'incarico.

### **Art. 31**

#### **Il Sistema delle Deleghe**

Nell'esercizio dei poteri, delle facoltà e delle prerogative attribuitigli dalle leggi in materia, il Direttore Generale può delegare funzioni, per ambiti delegabili, al Direttore Sanitario, al Direttore Amministrativo, oppure a dirigenti dell'azienda. La delega è conferita per iscritto nelle forme di legge, secondo la tipologia dell'attività delegata. L'atto, trascritto in apposito registro, è conservato presso l'unità operativa Affari Generali e Legali ed è pubblicata all'albo pretorio dell'azienda. La responsabilità per gli atti delegati fa capo al soggetto conferitario.

Nell'esercizio dei poteri, facoltà e prerogative detti, il Direttore Generale può sempre procedere alla revoca dell'atto di conferimento, ovvero, in regime di autotutela, può procedere all'annullamento degli atti adottati.

La manifestazione di volontà dell'ente, comunque, deve essere sempre resa nella forma di atto deliberativo e/o nella forma provvedimento della determina, a seconda che trattasi di atti ad evidenza pubblica e/o di atti di alta amministrazione (salvo diversa attribuzione al Direttore Amministrativo e/o al Direttore Sanitario fermi i processi decisionali in tema di reclutamento intuitu personae, mobilità intra ed extraregionale del personale, cessazione del rapporto di lavoro, materia assoggettata al controllo ex articolo 13 legge regionale n. 11/04), ovvero di espressione dell'attività gestionale strettamente connessa e correlata alla titolarità dell'incarico direzionale di struttura e/o ad attività dirigenziale.

**TITOLO V**  
**LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA**

**Art. 32**

**I dipartimenti e l'organizzazione dipartimentale**

I Dipartimenti sono strutture organizzative funzionali corrispondenti a settori omogenei di assistenza sanitaria e sociale nei quali trovano riferimento unitario una pluralità di strutture organizzative professionali, ai fini della necessaria integrazione dei rispettivi compiti.

Gli obiettivi che si intendono perseguire attraverso la realizzazione dell'organizzazione dipartimentale sono:

- la razionalizzazione dell'utilizzo delle risorse umane e tecnologiche, dei posti letto, dei materiali di consumo e dei servizi sanitari intermedi;
- il miglioramento dell'efficienza gestionale dei processi di coordinamento e di controllo, della qualità delle prestazioni erogate, del livello di umanizzazione delle strutture interne al singolo dipartimento, del rapporto tra Direzione Generale e Direzione delle singole strutture;
- il miglioramento e l'integrazione dell'attività di formazione ed aggiornamento;
- la razionalizzazione e lo sviluppo dei percorsi diagnostici e terapeutici e di quelli volti a garantire la continuità assistenziale anche all'esterno dei Dipartimenti;
- il potenziamento delle attività di educazione ed informazione sanitaria per le aree di competenza;
- l'espletamento di attività didattiche e di ricerca.

L'aggregazione dipartimentale si è ispirata ai seguenti criteri:

- criterio della efficienza è uno dei criteri basilari e vincolanti per la riaggregazione delle funzioni in considerazione del fatto che la razionalizzazione dell'uso delle risorse riguarda l'intera azienda;
- criterio dell'efficacia con l'ottimizzazione dei processi clinico/assistenziali in rapporto al conseguimento di obiettivi di qualità degli interventi diretti a specifiche categorie di pazienti;
- criterio della responsabilità operativa, che delimitando i campi di responsabilità all'interno del nuovo modello di organizzazione, definisce che i dirigenti cui è affidata la responsabilità delle unità operative conservano l'autonomia decisionale tecnico-professionale e delinea i limiti ai margini di autonomia di coloro che fanno parte del medesimo dipartimento al fine di realizzare quelle sinergie ed azioni gestionali proprie del livello dipartimentale;
- criterio delle aree funzionali omogenee attraverso una riorganizzazione interna dell'azienda in dipartimenti strutturati in cui sono raggruppate funzioni assistenziali in rapporto alla omogeneità degli strumenti clinici di intervento.

## Dipartimento strutturale

Il *dipartimento strutturale* è una struttura organizzativa permanente con autorità sovraordinata rispetto alle unità operative, anche in riferimento ai livelli ed ai sottolivelli essenziali di assistenza, è centro di responsabilità e di budget al quale rispondono i C.d.R. delle unità operative coinvolte, attua una gestione comune delle risorse assegnate.

Le *finalità* del dipartimento strutturale sono la razionalizzazione delle risorse (personale; attrezzature; spazi; competenze professionali) ed il miglioramento della funzionalità assistenziale (sequenza dell'iter diagnostico terapeutico; convergenza multidisciplinare; comuni modelli assistenziali; analogia di interessi scientifico-assistenziali).

I *compiti e le attività* peculiari, in aggiunta ai compiti di coordinamento e integrazione tra le unità operative, sono: di individuazione e promozione di nuove attività o di nuovi modelli operativi nello specifico campo di competenze, di gestione del bilancio assegnato, di organizzazione dell'attività libero-professionale, di valutazione e verifica (quali-quantitativa dell'assistenza fornita; dei percorsi diagnostico terapeutici; dell'ottimizzazione della formazione permanente del personale; dell'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse).

Le *risorse* assegnate al dipartimento sono il personale infermieristico e tecnico, gli operatori tecnici di assistenza, gli spazi comuni, le attrezzature utilizzabili da più unità operative, le risorse umane ed economiche necessarie per raggiungere gli obiettivi fissati. Alle singole unità operative vengono invece assegnati il personale medico e professionale laureato, gli spazi e le attrezzature utilizzate per attività esclusive delle unità operative.

Il *direttore del dipartimento*, che deve essere un direttore di una delle unità operative complesse aggregate nel dipartimento stesso ed individuato tra una rosa proposta dal comitato di dipartimento, negozia il budget e gli obiettivi di produttività del dipartimento, programma l'acquisizione e l'allocazione delle risorse tra le unità operative, negozia il budget e i piani di attività, verifica la congruità dei risultati rispetto agli indicatori stabiliti, gestisce le risorse umane ed i materiali comuni. La funzione è aggiuntiva rispetto a quella di dirigente di unità operativa, ha durata triennale rinnovabile.

Il *comitato di dipartimento* è un'organizzazione collegiale consultiva che propone i modelli di organizzazione del dipartimento, propone gli obiettivi, propone programmi relativi al fabbisogno e all'utilizzo delle risorse e delle attrezzature, invia al Direttore Generale un resoconto tecnico economico sulle attività svolte, propone gruppi operativi interdipartimentali. Il comitato di dipartimento è costituito dai direttori delle unità operative complesse e dai responsabili delle unità operative semplici autonome afferenti al dipartimento, da dirigenti eletti tra i dirigenti del dipartimento non responsabili di unità operativa nel numero definito nel regolamento aziendale, da un rappresentante del personale non dirigente appartenente alla categoria D eletto dal personale della stessa categoria del dipartimento.

## Dipartimento funzionale

Il *dipartimento funzionale* è una struttura di coordinamento ed integrazione delle unità operative. e/ o delle articolazioni aziendali coinvolte, anche in riferimento ai livelli ed ai sottolivelli essenziali di

assistenza, assume il ruolo di centro di negoziazione, lasciando alle singole unità operative il ruolo di centro di responsabilità, favorisce l'adozione di regole condivise di comportamento delle unità operative.

Le *finalità* del dipartimento funzionale sono la convergenza delle competenze e delle esperienze scientifiche, tecniche e assistenziali degli operatori sanitari coinvolti per garantire al paziente assistenza sanitaria completa, l'attivazione o l'incremento di programmi di ricerca, il perfezionamento professionale degli operatori sanitari, il miglioramento delle tecniche sanitarie a livello interdisciplinare, il superamento delle disfunzioni, l'ottimizzazione delle risorse consumate nel processo assistenziale.

I *compiti e le attività* del dipartimento sono il supporto alla Direzione Generale per la definizione degli obiettivi, delle strategie, dei progetti e dei programmi operativi, il coordinamento e l'indirizzo nei confronti delle unità operative afferenti, la gestione integrata di spazi e tecnologie, la sperimentazione e adozione di modalità organizzative per il conseguimento dei risultati attesi, lo studio, l'applicazione e la verifica dei sistemi per conferire la maggiore omogeneità alle procedure organizzative, assistenziali e di utilizzo delle apparecchiature, il coordinamento e sviluppo di attività cliniche, di ricerca e di controllo sulla qualità delle prestazioni, l'organizzazione della didattica.

Le *risorse* assegnate al dipartimento sono quelle dedicate al fine di raggiungere obiettivi di carattere trasversale al dipartimento stesso. Le rimanenti risorse, umane e non, rimangono di attinenza delle singole unità operative.

Il *direttore del dipartimento*, che deve essere un direttore di una delle unità operative complesse aggregate nel dipartimento ed individuato tra una rosa proposta dal comitato di dipartimento, assicura il funzionamento del dipartimento, promuove verifiche periodiche sulla qualità, controlla l'aderenza dei comportamenti con gli indirizzi generali, rappresenta il dipartimento nei rapporti con il direttore generale. La funzione è aggiuntiva rispetto a quella di dirigente di unità operativa, ha durata triennale rinnovabile.

Il *comitato di dipartimento* predispone il regolamento del dipartimento, stabilisce il modello organizzativo dello stesso, gestisce le risorse comuni, formula il piano annuale di attività e dei programmi di utilizzo degli spazi e delle attrezzature, valuta le proposte e propone i piani di aggiornamento del personale, esprime pareri e formula proposte. Il comitato di dipartimento è costituito dai direttori delle unità operative complesse e dai responsabili delle unità operative semplici autonome afferenti al dipartimento, da dirigenti eletti tra i dirigenti del dipartimento non responsabili di unità operativa nel numero definito nel regolamento aziendale, da un rappresentante del personale non dirigente appartenente alla categoria D eletto dal personale della stessa categoria del dipartimento.

Con una certa frequenza si può verificare la necessità che più soggetti, anche con differenti rapporti contrattuali, operino in accordo e stretto collegamento fra loro (le cosiddette modalità dipartimentali) senza che vi sia la possibilità o l'opportunità di costituire un dipartimento funzionale (es.: presenza di due sole strutture complesse, netta prevalenza di una struttura complessa sulle

altre, ecc.). In questi casi l'azienda può costituire il gruppo di progetto cui partecipano, riuniti in comitato, i responsabili delle strutture interessate ed i rappresentanti di enti, associazioni, categorie professionali, ecc. E' indispensabile che il gruppo di progetto utilizzi un sistema informativo tale da monitorare l'attività resa con modalità dipartimentale con particolare riguardo al numero ed alla tipologia delle prestazioni effettuate dalle diverse strutture complesse o semplici coinvolte, a favore del gruppo di progetto stesso.

Qualora necessario, per la realizzazione di attività interdipartimentali, parteciperanno agli incontri del comitato i direttori dei dipartimenti interessati. Il direttore del presidio ospedaliero e i direttori dei distretti definiranno mediante appositi e specifici accordi di programma le attività interdipartimentali, d'intesa con i direttori dei dipartimenti misti e transmurati, per l'attuazione dei progetti obiettivo ed azioni programmate previste dal piano sanitario regionale e per tutte le attività interagenti; le attività interdipartimentali sono subordinate alla definizione dei predetti accordi di programma.

#### **Dipartimenti strutturali**

- Dipartimento di Specialità Mediche
- Dipartimento di Specialità Chirurgiche
- Dipartimento dei Servizi Sanitari
- Dipartimento Emergenza Urgenza
- Dipartimento di Prevenzione
- Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze

#### **Dipartimenti funzionali**

- Dipartimento Materno Infantile
- Dipartimento dello staff
- Dipartimento Amministrativo

### **Art. 33**

#### **Le strutture complesse e semplici**

Le unità operative sono direttamente titolari di specifiche funzioni collegate all'erogazione di prestazioni e/o servizi e sono costituite dall'insieme del personale in possesso dei requisiti professionali necessari per lo svolgimento di specifiche funzioni. Sono dotate di autonomia tecnico-professionale ed il criterio guida utilizzato nel processo della loro identificazione è stato quello della significatività delle attività (nel senso della valenza strategica, della rilevanza delle risorse gestite, di adeguate tipologie e volumi di attività)

Le Strutture possono essere classificate in complesse o semplici in relazione alla rilevanza strategica, alla complessità organizzativa, alla multi professionalità e multidisciplinarietà richiesta,

alle risorse umane, tecnologiche e strutturali assegnate, alla quantità di risorse economiche assorbite (budget), al livello di responsabilità e autonomia richiesti.

L'assetto organizzativo previsto con il presente atto individua le seguenti strutture:

- a) Struttura complessa;
- b) Struttura semplice dipartimentale;
- c) Struttura semplice articolazione di struttura complessa .

#### **Art. 34**

##### **L'area territoriale**

La riorganizzazione dell'assetto relativo al livello territoriale di assistenza deve essere guidata dalla consapevolezza di una generale *debolezza della presa in carico* dei bisogni assistenziali complessi, soprattutto di quelli derivati dalle cronicità e dalle correlate disabilità.

La carente realizzazione di percorsi di cura, causata dalla frammentazione delle risposte assistenziali e da una sola parziale integrazione con le azioni di protezione sociale determina risposte limitate ed incomplete sostanziando, altresì, inapproprietezze di livello che solo un'adeguata ed integrata rete organizzativa territoriale può finalmente fronteggiare.

Lo sforzo *riorganizzativo* deve quindi tendere a delineare una coerente cornice organizzativa, atta a garantire la rimozione delle criticità esistenti ed a promuovere la costruzione di quei percorsi, attraverso la creazione di *equipe multi professionali – l'utilizzo del case management e la costruzione di profili di cura integrati*, finalizzati a conferire continuità ed appropriatezza ai processi assistenziali.

La nuova organizzazione territoriale deve quindi mirare ad un adeguato ed univoco governo delle risorse che, muovendo da un'attenta analisi dei bisogni assistenziali (diagnosi di comunità), scaturente da un attento utilizzo dell'*epidemiologia di cittadinanza*, deve poi concretizzarsi nella definizione di bisogni di salute da soddisfare attraverso la coerente definizione di bisogni di risorse e di servizi, nel rispetto sempre dell'etica allocativa che il momento congiunturale impone.

Nell'ambito territoriale dell'ASP di Catanzaro, la cui popolazione assistita è di circa 364.000 abitanti, vengono individuati tre distretti (**Catanzaro, Soverato, Lamezia Terme**), determinandosi così la necessità di attivazione di un **Coordinamento delle attività distrettuali**, deputato ad assicurare, attraverso le unità organizzative ad esso subordinate, le funzioni di erogazione dei servizi.

Il livello organizzativo ottimale per uno sviluppo coerente con le specificità territoriali dei servizi è costituito dai distretti che, però, considerata la vastità territoriale e, quindi, la complessità,

necessitano di un coordinamento interdistrettuale, al fine di garantire un'uniformità di azioni e di garanzie assistenziali.

Le finalità del coordinamento sono di rendere omogenee, efficaci ed efficienti le procedure di erogazione dei servizi e degli interventi territoriali nell'ambito aziendale; raccordare le attività interdistrettuali, favorendone la compatibilità e la congruità sul territorio aziendale; garantire il collegamento con le altre strutture aziendali (Ospedale e Dipartimento di Prevenzione); monitorare l'attività e la gestione dei distretti, nonché la gestione della Medicina Convenzionata (MMG, PIS, SAI, MCA). Il Coordinamento del distretto è affidato ad un Direttore del distretto con il supporto del Comitato di coordinamento delle attività distrettuali.

### **Art. 35**

#### **Il distretto sociosanitario**

Il Distretto sociosanitario garantisce la salute della popolazione presente sul territorio. Al distretto compete l'analisi e la valutazione dei bisogni assistenziali e di correlata valutazione dei servizi territoriali. Il distretto rappresenta, quindi, la struttura organizzativa aziendale deputata alla prioritaria definizione dei bisogni di salute relativi alla popolazione residente nell'ambito territoriale di competenza.

Esso esercita un ruolo di valutazione dei servizi territoriali, di analisi e valutazione dei bisogni di salute e dei consumi di prestazioni indirette, farmaceutiche, specialistiche ambulatoriali ed ospedaliere; esercita inoltre l'attività di orientamento del cittadino e di integrazione effettiva dei servizi erogati ai diversi livelli di assistenza della ASP.

Sulla scorta di quanto premesso il Distretto elabora, coerentemente agli atti di indirizzo e programmazione di livello regionale ed aziendale, il Programma delle Attività Territoriali (PAT) nel rispetto dei principi di centralità dell'utente, di continuità delle cure, di integrazione delle risorse e dei servizi del territorio. La programmazione distrettuale, strettamente interconnessa con quella sociale (Piano di Zona), deve assumere la connotazione di una programmazione partecipata, che tenga conto della centralità della dimensione territoriale e del capitale relazionale che la comunità esprime.

La programmazione distrettuale dovrà quindi sottendere una complessiva intersettorialità degli interventi, da condividere, attraverso una forte integrazione professionale, organizzativo-gestionale ed istituzionale ispirandosi, comunque, ad una traduzione dei bisogni di salute rilevati in *obiettivi di salute* da perseguire. Al fine di meglio chiarire le modalità ed i contenuti della fase di analisi e valutazione dei bisogni viene qui integralmente richiamato quanto già esplicitato all'art. 8 (*Integrazione Sociosanitaria*) del presente regolamento.

Annualmente, sulla scorta degli atti di programmazione regionale ed aziendale e, comunque in coerenza con gli obiettivi di salute delineati in sede di PAT, il Distretto elabora i Piani di

Committenza (PdC) da condividere con il Dipartimento Cure Primarie e, per quanto di stretta afferenza, con il Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze (DSMD), con il Dipartimento di Prevenzione (DP), con il dipartimento Materno-Infantile e, per quanto attiene ai distretti di Soverato e Lamezia, con le Direzioni Sanitarie di Presidio e con i Dipartimenti Ospedalieri. Con questi ultimi dovranno essere condivise procedure di accesso all'ospedale e di dimissioni protette, nonché percorsi diagnostico terapeutici per le patologie a più elevato impatto (patologie cronico – degenerative) con l'ineludibile partecipazione dei MMG/PLS e degli Specialisti ambulatoriali. Nell'ambito di tale integrazione i Distretti e la Direzione sanitaria di presidio/Dipartimenti Ospedalieri, avranno cura di delineare e condividere i PACC correlati alla modalità erogativa del day service.

In particolare, con il DSMD dovranno essere definiti protocolli operativi di integrazione organizzativa e professionale al fine di garantire unitarietà e continuità ai processi di cura. Con il DP, e nello specifico con le articolazioni organizzative di quest'ultimo che erogano servizi alla persona, dovranno essere condivisi adeguati interventi di prevenzione atti a promuovere corretti stili di vita (Piano Nazionale di Prevenzione – Documento Interministeriale *Guadagnare Salute*). E' necessario, altresì, garantire nell'ambito di ciascuna area distrettuale la presenza dei servizi dipartimentali che erogano servizi alla persona (ad es. servizi vaccinali).

Al coordinamento dei distretti rimane ascritta la funzione di interagire con le strutture dell'Emergenza Territoriale al fine di condividere, in particolare con la medicina generale, una funzionale integrazione dell'assistenza primaria e della continuità assistenziale nella gestione delle urgenze. In particolare, il coordinamento, per il tramite delle strutture associative complesse della medicina generale, provvederà a delineare un protocollo di gestione dei codici bianchi da condividere, altresì, con le strutture ospedaliere afferenti al Dipartimento di Emergenza.

Il Distretto, nell'ambito del proprio processo di riorganizzazione, dovrà esaltare la funzionalità dei Punti Unici di Accesso (PUA), necessariamente integrati con l'offerta sociale, al fine di realizzare una reale presa in carico globale dei bisogni assistenziali esibiti, garantendo facilità, univocità ed equità di accesso al complessivo sistema curante, attraverso la promozione della cultura della valutazione multidimensionale da declinare sui tre livelli fondamentali dell'integrazione (professionale, organizzativa, istituzionale).

Strettamente interconnessa a tale funzione è ovviamente l'istituzione, presso ciascun distretto, di una Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), espressione diretta delle attribuzioni proprie del direttore di distretto, da integrare comunque, in ragione della peculiarità dei bisogni assistenziali, con la partecipazione di tutti i servizi, anche di afferenza ad altre macroaree aziendali. A detto organismo è conferito il compito di predisporre, grazie

all'utilizzo degli strumenti di valutazione multidimensionale in uso nella regione Calabria (SVAMA), i piani personalizzati di assistenza e di individuare l'ambito di cura più appropriato al soddisfacimento dei bisogni assistenziali. La composizione dell'UVM, caratterizzata da grande flessibilità, deve comunque garantire la necessaria multiprofessionalità e deve trovare l'integrazione degli operatori sociali espressione dell'ente locale (Zona Sociale).

Ciascun Distretto deve altresì dotarsi di un Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali (UCAD) cui viene demandata, oltre alle funzioni espressamente previste dal vigente ACN per la Medicina Generale (artt. 25 e 27), funzione consultiva nella predisposizione del PAT e dei PdC. La composizione dell'UCAD, così per come definita dal comma 4, art. 25 del richiamato ACN, è integrata obbligatoriamente dalla presenza di un rappresentante degli specialisti ambulatoriali e da un rappresentante dei pediatri di libera scelta.

Il Distretto assume la responsabilità della gestione delle risorse ad esso assegnate e finalizzate alla adeguata programmazione e valutazione delle attività territoriali (sanitarie e sociosanitarie), dovendo rispondere al Direttore Generale della gestione e dei risultati raggiunti.

Il Direttore del Distretto supporta la Direzione Generale, potendo assumere diretta responsabilità su espressa delega del Direttore Generale, nei rapporti con gli enti locali (zona sociale) per la predisposizione della programmazione integrata sociosanitaria e per la realizzazione di servizi integrati a connotazione sociale e sanitaria.

L'incarico di Direttore del Distretto è conferito dal Direttore Generale ai sensi dell'art. 3 *sexies* del D.Lgs. n. 502/1992 s.m.i.

Nell'ambito di ciascun distretto è prevista una funzione **Servizi Sociali** cui viene demandato:

- ✓ attività di supporto alla programmazione distrettuale (PAT);
- ✓ il coordinamento dei servizi territoriali integrati con quelli sociali afferenti alla zona sociale corrispondente;
- ✓ il coordinamento delle attività di integrazione tra ospedale e territorio.

## **Art. 36**

### **Il dipartimento di prevenzione**

Il Dipartimento di Prevenzione è la macroarticolazione aziendale preposta all'attività di prevenzione collettiva, promozione e tutela della salute pubblica dai rischi eziologici ed epidemiologici di natura igienico ambientale, sanitaria, alimentare e lavorativa, con il compito di perseguire obiettivi di miglioramento delle condizioni di vita e di lavoro, di prevenzione delle malattie e delle disabilità, esercitando in tal senso le attività di promozione, informazione e educazione sanitaria. Per raggiungere tali obiettivi, il Dipartimento di Prevenzione promuove azioni volte a individuare e rimuovere le cause di nocività e malattia di origine ambientale, umane

e animale mediante iniziative coordinate con i distretti e gli altri dipartimenti dell'Azienda. Il Dipartimento di Prevenzione è dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, soggetto a rendicontazione analitica con contabilità separata all'interno del bilancio aziendale.

L'ambito di intervento del Dipartimento di Prevenzione è finalizzato al perseguimento degli obiettivi di sanità pubblica in ambiente di vita e di lavoro, quali:

- L'epidemiologia e la profilassi sanitaria delle malattie infettive e diffuse nei riguardi dell'intera collettività;
- La tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi agli ambienti di lavoro;
- L'igiene e la sicurezza nelle strutture sanitarie, socio-sanitarie e scolastiche;
- La sanità pubblica veterinaria che comprende sorveglianza epidemiologica delle popolazioni animali e profilassi delle malattie infettive e parassitarie, farmacovigilanza veterinaria, igiene delle produzioni zootecniche, tutela igienico-sanitaria degli alimenti di origine animale;
- La tutela igienico sanitaria degli alimenti;
- La sorveglianza e la prevenzione nutrizionale;
- La medicina dello sport.

Il Dipartimento di Prevenzione costituisce il supporto tecnico della Direzione Aziendale nella definizione delle strategie aziendali in attuazione dei programmi regionali con particolare riferimento alla sorveglianza e controllo delle malattie infettive, agli screening oncologici ed agli agenti inquinanti ambientali

### **Art. 37**

#### **Il Dipartimento di salute mentale e delle Dipendenze**

Il Dipartimento di Salute Mentale è la macroarticolazione aziendale deputata alla organizzazione ed alla produzione delle attività finalizzate alla promozione e tutela della salute mentale e di assistenza alle persone dipendenti da sostanze di abuso, secondo una concezione allargata al benessere psicologico, relazionale e sociale.

Il Dipartimento garantisce:

- Erogazione delle prestazioni e dei servizi in materia di salute mentale e di tossicodipendenza previsti nei livelli essenziali di assistenza e quelli aggiuntivi previsti da linee di indirizzo nazionali e regionali e quelli derivanti da specifiche deleghe di gestione conferite dai comuni per l'assistenza sociale, ai sensi del D.Lgs n. 502/1992 s.m.i. o finanziati dai comuni ai sensi della legge n. 419/1998;
- Omogeneità delle procedure e dei livelli essenziali di assistenza di cui al punto precedente;
- Equità ed appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni;
- Rilevazione e gestione dei dati di attività e la valutazione complessiva dei risultati raggiunti,

- dei bisogni rilevati e dei prevedibili andamenti epidemiologici;
- Coordinamento fra le unità operative afferenti;
  - Elaborazione e pianificazione periodica e almeno triennale di piani operativi per l'attuazione del mandato da proporre alla Direzione Aziendale.

Nel perseguire queste finalità il DSMD presta la propria attenzione al benessere psichico, fisico e sociale della persona, alla sua sofferenza, ai disagi ed alle sue aspettative, al rispetto della libertà e della dignità.

### **Art. 38**

#### **Il Dipartimento Materno Infantile**

Il Dipartimento Materno infantile è deputato all'assistenza sul versante sanitario di famiglie, donne, bambini e adolescenti. Attraverso interventi di educazione sanitaria, prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione viene assicurata:

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

Il Dipartimento funzionale Materno Infantile, di natura mista ospedaliera e territoriale, è costituito su base interaziendale con l'ASP di Vibo Valentia, l'ASP di Crotona e l'Azienda Ospedaliera Pugliese Ciaccio. La strutturazione avverrà con regolamento interaziendale. Afferiscono al dipartimento Materno Infantile i servizi territoriali ed ospedalieri collegati in rete. Le modalità organizzative e di funzionamento del Dipartimento saranno definite in appositi accordi con le Aziende Sanitarie Provinciali e le Aziende Ospedaliere.

### **Art. 39**

#### **La rete farmaceutica**

I servizi farmaceutici aziendali hanno il compito di promuovere l'uso corretto dei farmaci da parte dei diversi prescrittori, attraverso la collaborazione con i soggetti coinvolti nel governo clinico del farmaco: cure primarie, assistenza specialistica, medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici ospedalieri, specialisti ambulatoriali, farmacisti convenzionati.

L'attività dei servizi farmaceutici è inoltre rivolta:

- Alla completa realizzazione dell'integrazione fra i servizi farmaceutici ospedalieri e territoriali;
- Alla realizzazione delle strategie aziendali e regionali in tema di distribuzione dei farmaci

(di distribuzione per conto, distribuzione diretta compresa l'erogazione diretta alla dimissione);

- All'attività di informazione a livello territoriale e ospedaliero su temi quali la reportistica prescrittiva, la farmacovigilanza, le informazioni normative.
- Al consolidamento del settore della farmacovigilanza e alla collaborazione ai programmi aziendali di prevenzione del rischio legato al farmaco;
- Al monitoraggio dell'applicazione delle linee guida terapeutiche regionali di utilizzo dei farmaci in aree critiche.

L'assetto organizzativo prevede l'articolazione dell'attività farmaceutica su due aree, Territoriale ed Ospedaliera, per le quali il Direttore Generale può nominare un coordinatore di area unica.

L'area Territoriale comprende tutte le attività che riguardano:

- Farmaceutica convenzionata;
- Vigilanza sulla farmaceutica convenzionata;
- Farmacovigilanza;
- Farmaco epidemiologia;
- Farmaco economia;
- Informazione, ai pazienti e agli operatori sanitari, sul farmaco e sui suoi effetti;
- Assistenza farmaceutica diretta;
- Assistenza farmaceutica distrettuale.

L'Area Ospedaliera comprende le attività che riguardano:

- Gestione quotidiana del farmaco;
- Produzione di farmaci;
- Farmacovigilanza;
- Farmaco epidemiologia;
- Farmaco economia;
- Vigilanza su tutti i prodotti sanitari;
- Sperimentazione clinica;
- Distribuzione diretta del 1° ciclo per i pazienti in dimissione.

#### **Art. 40**

#### **La rete emergenza urgenza**

L'Azienda adotta misure organizzative di riordino della rete di emergenza-urgenza, in coerenza con quanto disposto dalle specifiche disposizioni regionali attraverso la razionalizzazione e l'ottimizzazione delle risorse, per garantire l'intervento più appropriato nel più breve tempo possibile, in ogni punto del territorio, associando la tempestiva stabilizzazione ed il trasporto del paziente alla struttura sanitaria più appropriata;

Il modello organizzativo aziendale della rete di emergenza-urgenza comprende l'ospedale di

Lamezia Terme, l'Ospedale Generale di Soverato, l'Ospedale di Zona Montana di Soveria Mannelli e la Casa della Salute di Chiaravalle Centrale punto di primo intervento.

A livello territoriale le articolazioni della rete di emergenza-urgenza sono costituite dalla Centrale Operativa e dalle postazioni di emergenza territoriale.

Le diverse strutture aziendali coinvolte operano in modo sinergico e integrato per garantire l'omogeneità e la continuità tra il sistema di emergenza territoriale 118 e il PS/DEA, che rappresentano le componenti essenziali del complesso sistema dell'emergenza sanitaria.

#### **Art. 41**

##### **La rete ospedaliera**

Le direttive regionali hanno individuato misure di riordino della rete ospedaliera regionale, tenuto conto delle criticità emerse nel "Piano di riqualificazione e riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale". Le misure di riorganizzazione regionale prevedono l'integrazione delle tre reti: ospedaliera, territoriale e di emergenza-urgenza, superando la schematica e tradizionale distinzione tra assistenza ospedaliera e assistenza extraospedaliera. L'ospedale, quindi, deve diventare la sede in grado di offrire competenze e tecnologie sofisticate e di maggiore complessità, mentre i piccoli ospedali dovranno essere riconvertiti in strutture territoriali più flessibili ed adeguate per rispondere in modo armonico e coordinato ai diversi fabbisogni di assistenza della popolazione.

La rete territoriale così definita sarà in grado di offrire prestazioni appropriate, con percorsi assistenziali definiti, di ridurre i ricoveri non appropriati e liberare una capacità produttiva a livello ospedaliero che potrà essere utilizzata per risposte appropriate ai bisogni assistenziali della popolazione. La regione ha, altresì, definito con propri provvedimenti i posti letto per acuzie e post acuzie pubblici e privati dell'area di Catanzaro.

La riorganizzazione della rete ospedaliera nell'ASP di Catanzaro prevede:

- L'Ospedale di riferimento regionale di Lamezia Terme (incluse attività SPOKE).
- L'Ospedale Generale di Soverato;
- L'Ospedale di Zona Montana di Soveria Mannelli;

La strutturazione delle UO e dei servizi dei singoli presidi è riportata nei relativi schemi, mentre la distribuzione dei posti letto per disciplina e le attività previste sono definite dalle disposizioni regionali in materia.

#### **Art. 42**

##### **La direzione ospedaliera**

Il presidi ospedalieri aziendali di Soverato, Lamezia e Soveria Mannelli, rappresentano le strutture operative mediante le quali l'Azienda Sanitaria assicura le prestazioni del livello essenziale di assistenza ospedaliera in modo unitario ed integrato tenuto conto dei principi di programmazione

stabiliti dal piano sanitario nazionale e regionale, dal piano attuativo locale e degli obiettivi stabiliti dal Direttore Generale. Il presidio unico ospedaliero aziendali è articolati al suo interno in dipartimenti ed unità operative.

Agli stabilimenti ospedalieri di Soverato, Lamezia e Soveria Mannelli è attribuita autonomia economico-finanziaria con contabilità separata all'interno del bilancio dell'Azienda Sanitaria, fondata sul principio dei preventivi e consuntivi per centri di costo, basati sulle prestazioni effettuate.

Il Direttore Sanitario del presidio unico aziendale in particolare:

- Assicura il supporto ai Direttori delle Unità Operative Complesse ed ai Direttori dei dipartimenti nella programmazione e nelle valutazioni dell'efficacia dei risultati e dell'efficiente utilizzo delle risorse assegnate, nell'attuazione del programma di gestione del rischio e nella gestione delle risorse professionali di competenza;
- Supporta le indicazioni aziendali in tema di governo clinico;
- Verifica la qualità dei servizi;
- Supporta il processo di accreditamento delle strutture e dei professionisti e sovrintende, in collaborazione con il competente servizio aziendale, i processi per garantire le condizioni di sicurezza delle strutture ospedaliere;
- Supporta la definizione delle politiche aziendali in materia di libera professione e ne garantisce l'attuazione nell'ambito ospedaliero;
- Verifica che l'organizzazione del lavoro sia conforme alle disposizioni contrattuali e di legge, nonché ogni altro adempimento derivato da apposita contrattazione decentrata.

I presidi ospedalieri aziendali sono diretti da un unico direttore medico che è responsabile della gestione complessiva dei presidi ospedalieri e dirige i presidi nel rispetto delle politiche e degli obiettivi aziendali.

L'incarico di Direttore Sanitario del Presidio Ospedaliero è conferito ad un dirigente medico in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti disposizioni normative.

Nella macroarticolazione è prevista una direzione amministrativa per l'esercizio delle funzioni amministrative e per realizzare il necessario supporto all'erogazione delle prestazioni sanitarie ed alla unitarietà dei processi e delle procedure amministrative.

### **Art. 43**

#### **L'Organizzazione delle Attività Assistenziali e di Prevenzione**

L'organizzazione delle attività assistenziali e di prevenzione è governata da un servizio delle professioni infermieristiche e da un servizio tecnico che rispondono direttamente al Direttore Sanitario dell' Azienda.

L'organizzazione dell'assistenza è tendenzialmente strutturata per intensità di cure costituendo il modello di riferimento nelle strutture esistenti laddove la situazione logistica sembra non consentirla.

Le attività assistenziali e di prevenzione sono erogate dall'azienda attraverso una organizzazione capillare sul territorio che vede impegnati a diversi livelli:

- I Distretti sociosanitari
- Il Dipartimento delle Cure Primarie
- Il Dipartimento Materno - Infantile
- Il Dipartimento delle Dipendenze
- Il Dipartimento di Salute Mentale
- Il Dipartimento di Prevenzione
- I Presidi Ospedalieri
- La Casa della Salute

#### **Art. 44**

##### **Le funzioni di staff**

La Direzione Aziendale a supporto delle attività strategiche e per sviluppare e sostenere esigenze di coordinamento di processi si avvale di funzioni sanitarie ed amministrative collocate in posizione di Staff. Le funzioni di Staff della Direzione Generale svolgono attività di analisi delle informazioni, di tempistica e metodologia e non sono direttamente coinvolti nella gestione e nel flusso operativo del lavoro.

Sono da ricondursi sotto l'area degli staff della Direzione Generale le funzioni di pianificazione strategica, di controllo di gestione, di sviluppo organizzativo e politiche del personale, di relazioni con il pubblico, di comunicazione istituzionale e interna, di controllo dell'appropriatezza clinica, d'innovazione dei processi produttivi e del loro controllo, di politiche dell'immigrazione, di accreditamento istituzionale.

#### **Art. 45**

##### **Le funzioni di supporto**

I servizi di supporto alla direzione strategica sono le strutture preposte alla direzione tecnico-organizzativa ed al coordinamento dell'insieme delle attività di supporto amministrativo, tecnico, professionale e sanitario alla direzione strategica ed alle unità operative. I servizi di supporto si articolano nelle unità operative tendenti ad accorpate attività omogenee non erogano direttamente prestazioni ma forniscono un supporto alla gestione per specifiche funzioni.

I servizi di supporto sanitario, o non erogano direttamente prestazioni ma forniscono un supporto alla gestione per specifiche funzioni relative all'acquisto di prestazioni sanitarie, alla gestione dell'assistenza farmaceutica convenzionata, o sono titolari di specifiche funzioni sovradistrettuali e di coordinamento interaziendale quale la gestione delle emergenze territoriali. Ai servizi di supporto sanitario afferisce il servizio delle professioni sanitarie il servizio delle professioni tecniche. I servizi di supporto si articolano nelle unità operative ed uffici tendenti ad accorpate attività omogenee.

## **Art. 46**

### **I Servizi Tecnico Amministrativi**

**I servizi tecnico-** amministrativi sono costituiti da strutture che svolgono attività di supporto alla direzione strategica, intervenendo nella gestione e nei processi indirettamente correlati con le attività o le prestazioni sanitarie e/o assistenziali, facilitandone ed assistendone il funzionamento. Le unità di supporto svolgono funzioni e realizzano servizi specifici; possono essere presenti a diversi livelli della gerarchia, in relazione ai destinatari dei loro servizi.

L'organizzazione delle funzioni dei servizi tecnico-amministrativi risponde ad alcuni principi organizzativi generali:

- la capacità di fornire con tempestività ed efficacia il necessario sostegno a tutte le attività assistenziali, contribuendo a creare i presupposti affinché queste possano esplicarsi nelle condizioni più favorevoli possibili;
- l'abbandono di un'impostazione di lavoro burocratica, e favorisce la ricerca e l'innovazione organizzativa per introdurre nuove modalità di lavoro e nuovi strumenti in grado di migliorare la qualità delle prestazioni erogate;
- l'omogeneità aziendale delle procedure e delle modalità operative attraverso l'elaborazione e il rispetto di linee di indirizzo omogenee, che permettano di garantire la coerenza e le connessioni tra attività svolte centralmente e quelle realizzate in ambito decentrato.

I servizi tecnico-amministrativi si caratterizzano per un modello di governo fondato essenzialmente sulle logiche e sui metodi tipici del processo di budget, con l'obiettivo di rendere concretamente verificabile, nei modi e nei tempi, l'attività svolta. In particolare, lo sforzo metodologico deve essere diretto a garantire l'individuazione di obiettivi sempre più significativi e sfidanti ed il costante miglioramento della capacità di misurazione degli obiettivi/azioni individuali.

L'azienda, inoltre, in una logica di processo, garantisce la rispondenza del patrimonio edilizio ed impiantistico agli obiettivi di programmazione dell'offerta dei servizi sanitari. Per la progettazione edilizia ed impiantistica si avvale delle professionalità interne e della loro esperienza gestionale e, in caso di necessità, di professionisti esterni da reperirsi mediante le procedure previste dalla normativa vigente.

## **Art. 47**

### **I percorsi diagnostici-terapeutici-assistenziali**

*Il percorso diagnostico terapeutico assistenziale* “è lo strumento di management sanitario che contiene la sequenza spaziale e temporale delle attività da svolgere, sulla base delle conoscenze tecnico-scientifiche e delle risorse organizzative, professionali e tecnologiche a disposizione.”

I termini "diagnostico", "terapeutico" e "assistenziale" consentono di affermare la prospettiva della presa in carico attiva e totale - dalla prevenzione alla riabilitazione - della persona che ha un problema di salute, per la gestione del quale, spesso, diventano necessari interventi multi professionali e multidisciplinari rivolti in diversi ambiti come quello psico-fisico, sociale e delle eventuali disabilità.

I PDTA, intesi come strumenti, devono essere proposti come modelli locali che, sulla base delle linee guida ed in relazione alle risorse disponibili, consentono un'analisi degli scostamenti tra la situazione attesa e quella osservata in funzione del miglioramento della qualità e, permettono all'azienda sanitaria di delineare, rispetto ad una patologia o un problema clinico, il miglior percorso praticabile all'interno della propria organizzazione.

La costruzione di un PDTA implica la indicazione del suo ambito di estensione, qualificandolo come PDTA ospedaliero e/o PDTA territoriale. Quando un PDTA descrive il processo relativo a un problema di salute nella sua gestione sia territoriale sia ospedaliera è possibile parlare di Profilo Integrato di Cura (PIC), percorso orientato alla continuità, all'integrazione e alla completezza della presa in carico.

#### **Art. 48**

#### **Gli incarichi dirigenziali**

Nell'ambito della logica manageriale il dirigente deve ispirare la propria funzione a:

- a) superare il puro e semplice riferimento alla correttezza formale della produzione di atti e del continuo richiamo ai vincoli posti dal limite della competenza formalmente assegnata, per individuare, invece, l'idoneità degli atti stessi al raggiungimento di obiettivi di efficienza e di efficacia;
- b) superare la propensione a valutare la positività di un risultato esclusivamente sulla base della sua efficacia, prescindendo da ogni considerazione relativa all'efficiente uso delle risorse impiegate, attraverso una riconsiderazione degli obiettivi di efficienza non secondo in una grossolana logica di massimo risparmio, ma secondo la necessità di garantire l'uso essenziale delle risorse necessarie per l'erogazione di trattamenti appropriati.

Al dirigente compete lo svolgimento delle seguenti funzioni ed attività:

- a) direzione, coordinamento, organizzazione e gestione delle strutture organizzative, professionali o funzionali cui è preposto e predisposizione dei programmi di lavoro delle strutture medesime, secondo i principi di flessibilità ai fini del conseguimento degli obiettivi programmati attraverso l'uso razionale delle risorse;
- b) individuazione in base alla legge n. 241/90 e s.m.i., dei responsabili dei procedimenti di competenza dell'unità operativa e verifica, anche su richiesta di terzi interessati, il rispetto dei termini e di ogni altro adempimento;

- c) svolgimento di attività di elaborazione, consulenza, studio o ricerca, di funzioni ispettive e di controllo, di attività di natura tecnico-professionale;
- d) responsabilizzazione del personale ai fini del raggiungimento dei risultati e adozione degli atti di gestione organizzativa del personale che non comportino modifiche di posizione funzionale;
- e) organizzazione degli orari di servizio per il miglior soddisfacimento dei diritti degli utenti;
- f) partecipazione alle procedure informative ed alla produzione dei flussi di propria competenza, nonché verifica e controllo delle prestazioni e della gestione.

Ai fini dell'espletamento delle attività e funzioni descritte, le tipologie di incarico conferibili si distinguono in

- a) Incarichi di direzione di struttura complessa;
- b) Incarichi di direzione di struttura semplice dipartimentale;
- c) Incarichi di direzione di struttura semplice articolazione di struttura complessa;
- d) Incarichi di natura professionale ad elevata specializzazione;
- e) Incarichi di natura professionale, di consulenza, di studio e ricerca, ispettivi, di verifica e di controllo;
- f) Incarichi di natura professionale di base, conferibili a dirigenti con meno di cinque anni di servizio secondo la normativa contrattuale vigente.

Per i dirigenti del ruolo sanitario, tecnico, professionale ed amministrativo oltre all'attribuzione di incarichi di struttura complessa e semplice si prevede la possibilità di conferire incarichi dirigenziali di natura professionale, ai sensi delle disposizioni normative e contrattuali vigenti, per funzioni di rilevanza strategica e in presenza di aree specialistiche ad elevato contenuto tecnico in qualità di supporto al responsabile della struttura, configurando così un'articolazione analoga a quella definita per i dirigenti dell'area medico-veterinaria.

Con ciascun dirigente è prevista la stipula di apposito contratto individuale di lavoro, costitutivo del rapporto tra Azienda e dirigente, contenente i principi essenziali dettati dalla normativa contrattuale e nel quale dovranno essere, tra l'altro, individuati: la durata, il ruolo, le funzioni, gli obiettivi e la retribuzione. Sui compiti e gli obiettivi assegnati al dirigente saranno effettuate le verifiche previste dalle norme contrattuali.

Gli incarichi di direttore delle strutture amministrative, tecniche e professionali, sono conferite con provvedimento del Direttore Generale, su proposta del Direttore Amministrativo, secondo le disposizioni normative e contrattuali.

#### **Art. 49**

#### **Le posizioni organizzative**

Le posizioni organizzative istituite dal CCNL dell'Area del comparto, sia in ambito sanitario, sia in ambito tecnico/amministrativo, prevedono per operatori del comparto collocati almeno in categoria

D, lo svolgimento di funzioni con assunzione diretta di elevata responsabilità.

Tali posizioni/incarichi possono rivestire le seguenti finalità:

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

L'Azienda definisce, con apposito regolamento, concertato con le OO.SS. di riferimento, criteri di individuazione, graduazione, attribuzione e valutazione delle posizioni organizzative.

Le posizioni organizzative sono conferite con provvedimento del Direttore Generale, su proposta del Direttore Sanitario e del direttore Amministrativo, ciascuno per il proprio ambito di competenza, che ne determinano in via generale le finalità e le aree di responsabilità. Il dirigente dell'unità operativa di riferimento della posizione organizzativa stabilisce gli specifici compiti e gli ambiti di autonomia della posizione organizzativa.

**TITOLO VI**  
**I SISTEMI E GLI STRUMENTI DI GESTIONE E DI CONTROLLO**

**Art. 50**  
**La pianificazione strategica**

Il Direttore Generale con il supporto della Direzione Sanitaria, della direzione Amministrativa e del Collegio di Direzione sulla base degli indirizzi definiti in sede regionale, elabora e definisce le linee strategiche per il governo locale dei servizi sanitari e socio-sanitari, in una logica di sistema e di condivisione degli obiettivi con tutti i soggetti interni ed esterni all'Azienda in un processo di pianificazione partecipata.

Il processo di pianificazione è attuato dall'Azienda attraverso gli strumenti previsti dalla normativa nazionale e regionale e in stretta connessione con gli altri strumenti della pianificazione locale. L'Azienda utilizza la cultura e la pratica del governo per obiettivi, adottando un sistema diffuso di pianificazione e controllo che coinvolge tutti i livelli di responsabilità.

Il processo di pianificazione è articolato in modo integrato e flessibile in fasi successive:

- Individuazione delle aree di bisogno e di domanda;
- Definizione degli obiettivi prioritari di intervento nel quadro della programmazione sanitaria regionale;
- Valutazione delle risorse necessarie al raggiungimento degli obiettivi nei limiti delle disponibilità;
- Attivazione dei programmi di intervento predisposti;
- Controllo dei risultati conseguiti a conferma o modifica del processo in relazione agli indici scostamento verificati nel raffronto obiettivi risultati.

A tal fine l'azienda si avvale della unità di supporto sanitario Programmazione e Controllo, delle specifiche funzioni di staff e delle informazioni derivate dai processi di valutazione degli obiettivi.

**Art. 51**  
**La programmazione e controllo e i sistemi informativi di governo**

La gestione dell'Azienda è uniformata al ciclo programmazione-controllo-valutazione in relazione alle linee programmatiche definite a livello regionale e alla pianificazione strategica aziendale.

Alla funzione epidemiologica ed a quella di programmazione, basata sui principi della condivisione e del massimo coinvolgimento degli operatori e di tutti i soggetti presenti nel governo aziendale, spetta il compito di intercettare i nuovi e diversi bisogni che derivano dai mutamenti sociali, economici, culturali e, sulla base di essi, indicare interventi e risposte assistenziali adeguate, assicurando la globalità della presa in carico, l'equità e la sostenibilità economica.

L'Azienda, in coerenza con le disposizioni regionali in materia, adotta il sistema di budget come metodologia per la formazione del piano attuativo e come strumento per indirizzare ed orientare le scelte operative. Il sistema di budget, espressione e traduzione della programmazione aziendale nella declinazione degli obiettivi alle strutture aziendali, costituisce strumento per la valutazione di congruità tra risorse assegnate e attività svolte. E' di supporto alla direzione Aziendale per la valutazione del raggiungimento degli obiettivi aziendali anche attraverso la produzione di reportistica periodica rispondente alle esigenze conoscitive e valutative espresse dai diversi livelli di responsabilità aziendali. Il processo di budgeting tende in particolare a definire a livello dei singoli centri di responsabilità individuati, obiettivi specifici di carattere operativo per l'attuazione delle scelte della programmazione, previa assegnazione delle risorse da mettere a disposizione ai fini del conseguimento degli stessi nell'arco temporale previsto.

Il processo di budgeting si articola nelle seguenti fasi:

- Definizione delle linee guida del processo;
- Formulazione delle proposte di budget
- Definizione negoziata delle proposte;
- Approvazione del budget.

Il processo di reporting è finalizzato a:

- Realizzare un costante e capillare confronto tra obiettivi prestabiliti e risultati conseguiti anche ai fini di eventuali azioni correttive.
- Valutazioni significative sul potenziale organizzativo delle aree interessate,
- Identificazione dei destinatari delle specifiche finalità e caratteristiche dei reports, nonché dei parametri per la valutazione.

Le unità di staff contribuiscono alla definizione dei bisogni informativi aziendali e supportano le diverse tipologie di decisioni che devono essere assunte attraverso:

- la rilevazione delle informazioni rilevanti ai fini della programmazione e del controllo,
- la rilevazione delle grandezze quantitative di carattere economico - finanziario;
- la rilevazione dei dati di produzione e/o attività.

Le attività richiamate potranno consentire il monitoraggio dell'andamento dell'offerta sanitaria e delle prestazioni erogate, il governo e la gestione dei costi e la misurazione del livello qualitativo e quantitativo dei risultati e delle performance.

## **Art. 52**

### **I sistemi di gestione e valutazione del personale**

La valutazione del personale, strumento per il riconoscimento, lo sviluppo e la valorizzazione delle professionalità, è caratteristica essenziale del rapporto di lavoro e comprende la valutazione delle attività professionali, delle competenze organizzative dei dirigenti e dei relativi risultati di gestione.

Gli organismi collegiali preposti alle valutazioni e verifiche sono:

3. L'OIV che effettua la valutazione annuale sull'appropriata, efficacia ed efficiente gestione delle risorse attribuite al dirigente di struttura complessa e di struttura semplice, alle funzioni di coordinamento ed agli incarichi di posizione organizzativa, nonché sul raggiungimento degli obiettivi generali ed individuali di tutti i dipendenti anche al fine dell'attribuzione dell'indennità di risultato e di produttività collettiva;
4. I Collegi Tecnici, preposti alla valutazione di tutti i dirigenti alla scadenza dell'incarico loro conferito, in relazione alle attività professionali svolte ed ai risultati raggiunti, e dei dirigenti al compimento del primo quinquennio di attività;

Le attività di valutazione nel loro complesso, intese come processo di analisi delle competenze raggiunte in relazione agli obiettivi professionali e gestionali attesi, si considerano leva per il miglioramento dell'organizzazione, della qualità del servizio reso nonché fattore di riconoscimento dell'apporto individuale dei professionisti.

L'Azienda nell'ambito della propria autonomia si dota di strumenti e di sistemi di valutazione del personale dirigenziale e del comparto capaci di incidere realmente sui risultati e di orientare i comportamenti, tenuto conto di quanto previsto dalla contrattazione collettiva, dai principi espressi nelle norme nazionali di riferimento e dalle linee guida regionali in materia.

### **Art. 53**

#### **Le procedure di acquisto e la gestione degli appalti**

Le procedure di acquisto di beni e servizi, nel rispetto della programmazione annuale, sono di competenza della unità operativa Gestione Forniture, Servizi e Logistica. Tutte le procedure d'acquisto sono svolte in osservanza alla normativa vigente del settore ed in particolare:

- Codice dei contratti pubblici
- Regolamento attuativo del Codice dei contratti pubblici
- Istituzione dell'Autorità Regionale Stazione Unica Appaltante
- Regolamento di organizzazione della S.U.A.
- Regolamento Stazione Unica Appaltante
- Regolamento Consip
- Regolamento economale aziendale

L'Azienda recepisce ed attua tutto quanto previsto nella L.R. n. 26/07 (Istituzione del dell'Autorità Regionale Stazione Unica Appaltante) e nel relativo Regolamento di organizzazione.

Alla unità operativa Gestione Forniture Servizi e Logistica è demandata l'attuazione operativa di tutte le attività afferenti il ciclo degli approvvigionamenti: dall'acquisizione della richiesta all'espletamento delle procedure di gara ai sensi della normativa vigente, alla predisposizione delle proposte di aggiudicazione, all'emissione degli ordini di acquisto, fino alla liquidazione delle fatture.

L'unità operativa Gestione forniture, servizi e logistica opera nei limiti di spesa fissati dalla normativa regionale per la gestione diretta delle procedure da parte dell'Autorità Regionale Stazione Unica Appaltante e previa verifica della disponibilità dei beni e/o servizi richiesti tra le convenzioni attive Consip.

La vigilanza sulla corretta esecuzione dei contratti e l'individuazione dei Direttori dell'esecuzione sono prerogative della unità operativa Gestione forniture, servizi e logistica, salvo che non siano specificamente e formalmente attribuiti ad altri soggetti dal Direttore Generale.

Alla predetta unità operativa compete anche l'insieme delle attività organizzative e gestionali che governano nell'azienda i flussi di beni: dall'approvvigionamento presso i fornitori fino alla consegna dei prodotti finiti agli utilizzatori e al servizio post-vendita. La funzione logistica cura quindi la movimentazione e gestione dei beni al fine di garantire il costante e tempestivo rifornimento alle strutture ospedaliere e territoriali.

La gestione del processo logistico attraverso i magazzini generali nonché presso i depositi delle Farmacie Ospedaliere e Territoriali, avviene mediante l'attuazione delle operazioni volte ad evitare scorte anomale o viceversa lo stock-out e pervenire di conseguenza al controllo della spesa correlata.

#### **Art. 54**

#### **La gestione della qualità**

La promozione dei processi di miglioramento continuo e di soddisfazione delle esigenze (esplicite e implicite) del cliente, rappresenta uno dei fattori strategici più importanti.

La Costruzione di un Sistema Qualità è fondamentale per avere il controllo delle attività aziendali al fine di ottenere i benefici sul piano organizzativo, dei costi e dei rapporti aziendali, che hanno poi influenza sulla qualità del prodotto o servizio finale.

Il Sistema Qualità ha come principi ispiratori :

- Definizione da parte della direzione della politica di garanzia della qualità
- Definizione della struttura organizzativa e della funzione aziendale incaricata della implementazione, verifica e revisione del piano per la garanzia della qualità
- Il miglioramento della qualità come processo continuo
- Formazione a tutto il personale sulle politiche della qualità
- Gestione della qualità in modo globale con il coinvolgimento dell'intera Azienda per assicurare la piena soddisfazione del cliente, della Direzione e dei dipendenti
- La cultura della prevenzione degli errori (piuttosto che la correzione a posteriori)

Per rendere oggettivo il concetto della qualità l'Azienda utilizza come modello di riferimento l'Accreditamento Istituzionale e il Modello di Organizzazione per Processi. Costituiscono una guida alla programmazione delle attività, gli otto principi di gestione della qualità (organizzazione focalizzata sul cliente; leadership; coinvolgimento delle persone; approccio a processi; approccio sistemico alla gestione aziendale; miglioramento continuo; approccio pragmatico alla presa di decisioni; relazione mutuamente vantaggiosa con i fornitori) che faciliteranno l'evoluzione dell'azienda verso prestazioni di "eccellenza" e che enfatizzeranno l'importanza della soddisfazione delle esigenze del cliente.

#### **Art. 55**

##### **Le rilevazioni contabili**

L'azienda adotta un sistema contabile integrato costituito dalla contabilità generale, dalla contabilità analitica, dalla contabilità patrimoniale inventariale. In particolare la contabilità analitica per centri di costo dovrà attuare l'analisi comparativi dei costi, dei rendimenti e dei risultati per un efficace controllo di gestione.

Le scritture contabili devono consentire la corretta rilevazione dei costi e degli oneri, dei ricavi e dei proventi dell'esercizio e delle variazioni negli elementi attivi e passivi patrimoniali, raggruppati secondo il modello di conto economico e di stato patrimoniale previsto dalle disposizioni normative nazionali e regionali.

Le scritture contabili devono, inoltre, rendere possibile la rilevazione dei flussi di cassa, anche ai fini della redazione dei prospetti periodici trimestrali, quale debito informativo nei confronti della regione.

L'Azienda si dota di un'adeguata organizzazione amministrativa e contabile per il riordino ed il potenziamento dei meccanismi e degli strumenti di monitoraggio e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati dell'attività svolta dalle strutture aziendali prevedendo un adeguato sistema di contabilità direzionale.

Con riguardo ai criteri, alle modalità di tenuta e conservazione delle scritture obbligatorie di cui all'art. 33 comma 1 della L.R. 43/1996 si applicano, in quanto compatibili, le disposizioni del Codice Civile.

#### **Art. 56**

##### **Il controllo interno di regolarità amministrativa, contabile e gestionale**

Il controllo interno di regolarità amministrativa, contabile è esercitato dal Collegio Sindacale con le modalità e i limiti previsti dalla normativa nazionale e regionale. Le verifiche di regolarità amministrativa e contabile devono rispettare, in quanto applicabili alla pubblica amministrazione, i principi generali del codice civile.

L'Azienda, nell'ambito della sua autonomia, si dota di strumenti adeguati a:

- Garantire la legittimità, regolarità e correttezza dell'azione amministrativa (controllo di regolarità amministrativa contabile);
- Verificare efficacia, efficienza ed economicità dell'azione amministrativa al fine di ottimizzare, anche mediante tempestivi interventi di correzione, il rapporto tra costi e risultati (controllo di gestione);
- 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).

Il Direttore Generale, in attuazione alle disposizioni contenute nelle norme regionale e nazionali, si avvale del Controllo di Gestione per la verifica, mediante valutazioni comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati, della corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate, dell'imparzialità e del buon funzionamento dell'azione amministrativa, nonché della qualità del servizio. Il controllo di gestione, che assume rilevanza strategica al fine di un razionale utilizzo delle risorse, verifica l'efficienza della gestione, mettendo in relazione i risultati ottenuti con le risorse assegnate.

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

#### **Art. 57**

#### **L'attività libero professionale intramuraria**

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

- Contribuire ai processi di sviluppo organizzativo dei servizi offerti ai pazienti, mettendo a disposizione e valorizzando il patrimonio di conoscenze, capacità, esperienze e risorse organizzative, tecnologiche e strutturali dell'Azienda, nell'ambito di un sistema assistenziale del quale l'Azienda è garante;
- Rafforzare la capacità competitiva dell'Azienda, non solo relativamente alle prestazioni garantite e finanziate dal Servizio Sanitario Nazionale ma anche nell'offerta più generale dei servizi sanitari;
- Garantire i diritti e valorizzare il ruolo e le opportunità di sviluppo professionale dei dipendenti dell'Azienda.
- Rafforzare il senso di appartenenza dei professionisti alla vita dell'Azienda anche

prolungandone la presenza sul posto di lavoro fuori dall'orario previsto per le attività istituzionali nonché creare un rapporto fiduciario tra utente e struttura.

L'Azienda assicura i controlli previsti dalla normativa su volumi e contenuti delle libera professione intramuraria e delle attività prestate dall'area a pagamento aziendale, illustrando i risultati di tali controlli all'interno di una relazione annuale.

**TITOLO VII**  
**NORME FINALI E DI RINVIO**

**Art. 59**  
**Regolamenti**

Il Direttore Generale disciplina con atti regolamentari aziendali l'individuazione delle responsabilità, l'organizzazione ed il funzionamento interno delle strutture dell'azienda, adottando in particolare:

- il regolamento di organizzazione e funzionamento,
- il piano dei centri di costo,
- il regolamento del processo di budget,
- il regolamento di contabilità ed economato,
- il regolamento dell'attività contrattuale,
- il regolamento per la tenuta dei registri inventariali dei beni mobili ed immobili,
- i regolamenti di ciascuna struttura,
- il regolamento dell'attività libero professionale,
- regolamento per la protezione dei dati personali,
- la carta dei servizi,
- la dotazione organica,
- il piano della performance,
- il piano aziendale per la prevenzione della corruzione,

Ogni disposizione organizzativa e funzionale, nonché i correlati incarichi e/o attribuzioni di funzioni, incompatibili o in contrasto con il presente atto cessano di avere effetto dalla data di esecutività dello stesso.