



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.</i>
<i>Art. 2 Territorio</i>	<i>pag.</i>
<i>Art. 3 Missione istituzionale</i>	<i>pag.</i>
<i>Art. 4 Visione Aziendale</i>	<i>pag.</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.</i>
<i>Art. 6 Relazioni con gli enti istituzionali</i>	<i>pag.</i>
<i>Art. 7 Rete regionale dei servizi sanitari</i>	<i>pag.</i>
<i>Art. 8 Integrazione socio-sanitaria</i>	<i>pag.</i>

Titolo III I PRINCIPI ISPIRATORI DELLA GESTIONE

<i>Art. 9 Unitarietà della gestione</i>	<i>pag.</i>
<i>Art.10 Orientamento ai bisogni dell'utenza e il miglioramento dei Processi clinico-assistenziali</i>	<i>pag.</i>
<i>Art.11 Integrazione ospedale territorio</i>	<i>pag.</i>
<i>Art.12 Rapporti convenzionali</i>	<i>pag.</i>
<i>Art.13 Governo clinico</i>	
<i>Art.14 Controllo e verifica dell'appropriatezza delle prestazioni ospedaliere</i>	<i>pag.</i>
<i>Art.15 Accredimento</i>	<i>pag.</i>
<i>Art.16 Innovazione gestionale e tecnologica</i>	<i>pag.</i>
<i>Art.17 Centralità delle persone che lavorano in azienda</i>	<i>pag.</i>
<i>Art.18 Relazioni sindacali</i>	<i>pag.</i>
<i>Art.19 Responsabilizzazione gestionale</i>	<i>pag.</i>
<i>Art.20 Deleghe e poteri</i>	<i>pag.</i>

Titolo IV L'ASSETTO ISTITUZIONALE

<i>Art.21 Il Direttore Generale</i>	<i>pag.</i>
<i>Art. 22 Il Collegio Sindacale</i>	<i>pag.</i>

<i>Art. 23 Il Direttore Sanitario</i>	<i>pag.</i>
<i>Art. 24 Il Direttore Amministrativo</i>	<i>pag.</i>
<i>Art. 25 La conferenza dei sindaci</i>	<i>pag.</i>
<i>Art.26 Il Collegio di Direzione</i>	<i>pag.</i>
<i>Art.27 Il Consiglio dei Sanitari</i>	<i>pag.</i>
<i>Art.28 Il Nucleo di Valutazione</i>	<i>pag.</i>
<i>Art.29 I collegi tecnici</i>	<i>pag.</i>
<i>Art.30 Il comitato consultivo aziendale</i>	<i>pag.</i>

Titolo V LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA

<i>Art. 31 I dipartimenti e l'organizzazione dipartimentale</i>	<i>pag.</i>
<i>Art.32 Le strutture complesse e semplici</i>	<i>pag.</i>
<i>Art.33 L'area territoriale</i>	<i>pag.</i>
<i>Art.33.1 Il Dipartimento del Territorio</i>	<i>pag.</i>
<i>Art.34 Il distretto sanitario</i>	<i>pag.</i>
<i>Art.35 Il dipartimento di prevenzione</i>	<i>pag.</i>
<i>Art.36 Il dipartimento di salute mentale e delle dipendenze</i>	<i>pag.</i>
<i>Art.37 La rete farmaceutica</i>	<i>pag.</i>
<i>Art.38 La rete emergenza-urgenza</i>	<i>pag.</i>
<i>Art.39 La rete ospedaliera</i>	<i>pag.</i>
<i>Art.40 La direzione ospedaliera</i>	<i>pag.</i>
<i>Art.41 I dipartimenti interaziendali</i>	<i>pag.</i>
<i>Art.42 L'organizzazione delle attività delle professioni ex l.42/1999</i>	<i>pag.</i>
<i>Art.43 I Servizi tecnico-amministrativi</i>	<i>pag.</i>
<i>Art.44 I percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali</i>	<i>pag.</i>
<i>Art.45 Le funzioni di staff</i>	<i>pag.</i>
<i>Art.46 L'organizzazione delle attività assistenziali</i>	<i>pag.</i>
<i>Art.47 Gli incarichi dirigenziali</i>	<i>pag.</i>
<i>Art.48 Le posizioni organizzative</i>	<i>pag.</i>

Titolo I SISTEMI E GLI STRUMENTI DI GESTIONE E DI CONTROLLO

<i>Art. 59 La pianificazione strategica</i>	<i>pag.</i>
<i>Art. 50 La programmazione e controllo e i sistemi informativi di governo</i>	<i>pag.</i>
<i>Art. 51 I sistemi di gestione e valutazione del personale</i>	<i>pag.</i>
<i>Art. 52 Le procedure di acquisto e la gestione degli appalti</i>	<i>pag.</i>
<i>Art. 53 La gestione della qualità</i>	<i>pag.</i>
<i>Art. 54 Le rilevazioni contabili</i>	<i>pag.</i>
<i>Art. 55 Il controllo interno di regolarità amministrativa, contabile e gestionale</i>	<i>pag.</i>
<i>Art. 56 L'attività libero professionale intramuraria</i>	<i>pag.</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 Presidente della Giunta Regionale n. 54 del 05.07.2011.

La sede legale dell'ASP è a Catanzaro, in via Vinicio Cortese, 25.

Il codice fiscale/partita iva dell'Azienda e: 02865540799

Il logo dell'ASP di Catanzaro è il seguente:



Il patrimonio dell'ASP di Catanzaro è costituito da tutti i beni mobili ed immobili ad essa appartenenti come risultanti dal libro degli inventari. 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, Feroletto 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.

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

L'Azienda promuove la formazione e la crescita professionale per mantenere elevati livelli qualitativi dei servizi offerti.

TITOLO II

L'AZIENDA E I SUOI INTERLOCUTORI ESTERNI

Art. 5

Partecipazione dei cittadini e le relazioni con la società civile

L'Azienda riconosce la centralità del cittadino, in quanto titolare del diritto alla salute, e ne incentiva la partecipazione alla definizione delle politiche di offerta e alla organizzazione dei servizi.

L'Azienda persegue una politica per la salute in stretta collaborazione con gli altri settori della società civile, favorendo la partecipazione attiva dei cittadini, nella definizione delle scelte che riguardano la salute.

L'Azienda persegue tali obiettivi mediante strategie di comunicazione volte all'informazione, all'educazione e alla partecipazione. La partecipazione è esercitata dal singolo cittadino e/o attraverso associazioni di tutela dei diritti o di volontariato: gli strumenti organizzativi con cui assicurare la partecipazione sono rappresentati dai Comitati Consultivi Misti e dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico.

L'Azienda garantisce la tutela dei diritti degli utenti dei servizi sanitari e socio-sanitari e la comunicazione trasparente delle modalità di offerta dei servizi attraverso la Carta dei Servizi Socio-Sanitari e la Conferenza Annuale dei Servizi.

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, 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.

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.

Ma 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/Dipartimento 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 del DPGR n° 18/2010, 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 (DPGR 18).

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, quindi, dall'istituzione del Dipartimento del Territorio, l'**integrazione sociosanitaria** rappresenta un'attribuzione comunque ascritta 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'adequata 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 DPGR 54, difatti, prescrive 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.

<u>Situazione preesistente</u>			<u>Attuale articolazione</u>		
Distretti	Zona Sociale	Comune Capofila	Distretti	Zona Sociale	Comune Capofila
Catanzaro	Catanzaro	Catanzaro	Catanzaro	Catanzaro	Catanzaro
Cz Lido	Cz Lido	Catanzaro		Cz Lido	

Soverato	Soverato	Soverato	Soverato	Soverato	Soverato
Lametino	Lamezia	Lamezia	Lamezia	Lamezia	Lamezia
Reventino	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 DPGR n° 54/2011.

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 intersectorialità 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°12/2011 (*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

I PRINCIPI ISPIRATORI DELLA GESTIONE

Art. 9

Unitarietà della gestione

Il Governo complessivo dell'Azienda appartiene al Direttore Generale, 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** a 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. 10

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 (socio-sanitaria) 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. 11

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 socio-sanitaria, 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 delle 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. 12

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. 13

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 realizza 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. 14

Controllo e verifica dell'appropriatezza delle prestazioni ospedaliere

Allo scopo di migliorare, nelle strutture pubbliche e private, la qualità ed appropriatezza erogativa delle prestazioni da ricovero, per un più adeguato utilizzo delle risorse, si rende necessario un corretto sistema di controllo e verifiche delle stesse. Strumento imprescindibile è una reportistica periodica con specifici indicatori mirati a valutazioni di efficienza, appropriatezza erogativa, clinica ed organizzativa.

Le indicazioni regionali in materia costituiscono linea portante per l'organizzazione delle strutture, degli uffici e delle professionalità dedicate al complesso delle attività di controllo che si richiedono. La Regione, attraverso il Nucleo "Operativo di Controllo", (operante presso la direzione medica di presidio e funzionalmente afferente alla struttura aziendale di controllo e monitoraggio delle attività di ricovero) le modalità e tipologie di controllo individuate dalla Regione quali "controlli analitici interni". I Nuclei Operativi di Controllo Interno hanno, tra gli altri, anche il compito di redigere, i reports dell'attività svolta e di partecipare agli incontri periodici programmati indetti dalla struttura aziendale di monitoraggio e controllo delle attività di ricovero al fine di condividerne gli indirizzi operativi.

L'Azienda effettua i controlli analitici esterni sulle strutture private accreditate che insistono sul proprio territorio attraverso l'ufficio di controllo esterno funzionalmente afferente la struttura aziendale di controllo e monitoraggio delle attività di ricovero.

Alla struttura aziendale di controllo e monitoraggio delle attività di ricovero dell'ASP (U.O. Gestione accordi e contratti) afferiscono, quindi, le risultanze dei controlli analitici eseguiti dai Nuclei Operativi di Controllo Interno per le strutture ospedaliere pubbliche a gestione diretta e dall'ufficio di controllo esterno per le strutture private accreditate.

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

Art. 15

Accreditamento

L'accreditamento è un processo di valutazione, sistematico e periodico ed 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, subordinariamente 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, prevista dall'art. 12 della legge regionale 18 luglio 2008, n. 24, costituisce un organismo tecnico aziendale finalizzato alla verifica e alla facilitazione 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, pubbliche e private, sanitarie, sociosanitarie e dei singoli professionisti.

Le competenze, l'organizzazione e il funzionamento della Commissione sono regolamentati dai decreti del Presidente della Giunta Regionale n. 28/2010 e n. 23/2011.

Art. 16

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. 17

Centralità delle persone che lavorano in azienda

L'Azienda riconosce nel proprio personale una risorsa preziosa ed indispensabile per garantire un'assistenza efficace, appropriata, di buona qualità. A tal fine, l'Azienda costruisce un contesto organizzativo che sia in grado di individuare e valorizzare le capacità e le competenze dei propri collaboratori, ricercandone le potenzialità e permettendone lo sviluppo. Al tempo stesso l'Azienda attende dai propri operatori un comportamento corretto e responsabile, nel rispetto dei valori aziendali e dei codici di comportamento, orientato al perseguimento della missione aziendale, con piena assunzione delle responsabilità correlate al proprio ruolo e costante impegno per elevare il contenuto in professionalità e qualità dei servizi.

Quanto precede è riferito non solo al personale dipendente ma anche a quello di cui l'azienda si avvale sulla base di specifiche convenzioni nazionali, come gli specialisti ambulatoriali convenzionati, i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta. Questi ultimi, in particolare, andranno adeguatamente valorizzati e supportati in quanto fattore critico di successo per il consolidamento e lo sviluppo delle cure primarie e corollario indispensabile per qualificare l'assistenza nelle sue componenti di globalità e continuità nella presa in carico.

L'Azienda si impegna a tutelare la sicurezza ed il benessere organizzativo in ambito lavorativo, interpretando in maniera attiva gli obblighi e i principi della normativa vigente.

La corretta gestione delle risorse umane è responsabilità diffusa e compete a tutti i responsabili di struttura organizzativa, ciascuno dei quali definisce, per il personale assegnato, piani di lavoro, obiettivi, percorsi formativi e di sviluppo professionale, valutazione periodica.

L'Azienda valorizza le proprie risorse anche attraverso la formazione ed il sistema premiante ispirandosi ai seguenti criteri:

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

Art. 18

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. 19

Responsabilizzazione gestionale

L'Azienda fonda il proprio funzionamento sul principio del decentramento delle responsabilità 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 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 esercita con atti e decisioni di rilevanza interna ed esterna di indirizzo, programmazione e controllo, con particolare riguardo 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. I dirigenti sono obbligati ad adottare le disposizioni della Direzione Strategica ed hanno l'obbligo di vigilare sulla aderenza del personale.

I Direttori di struttura sono personalmente responsabili della gestione, elaborazione e trasmissione di tutti i flussi informativi che attengono la struttura. Inadempienze possono essere motivo di decadenza immediata dell'incarico. I direttori di struttura complessa devono elaborare mensilmente report di attività.

Art. 20

Deleghe e poteri

Il modello organizzativo dell'Azienda, si fonda su criteri di efficienza, efficacia, economicità, qualità, equa accessibilità ed appropriatezza delle prestazioni, sanitarie, socio-sanitarie e amministrative, prevedendo una netta distinzione tra potere di indirizzo strategico e responsabilità gestionale.

L'Azienda ispira la propria organizzazione a criteri di responsabilizzazione diffusa, di delega dei

sistemi di gestione, di valorizzazione dell'autonomia gestionale delle singole articolazioni organizzative, dell'autonomia professionale degli operatori e di un generale orientamento alla flessibilità.

In tale quadro si inserisce, pertanto, l'istituto della delega di funzioni, quale strumento cui il Direttore Generale può ricorrere, nei casi previsti da disposizioni normative, per trasferire in capo al Direttore Amministrativo, al Direttore Sanitario e ai Dirigenti di struttura complessa l'esercizio di determinate funzioni, squisitamente gestionali, che il legislatore gli ha riservato nella sua qualità di rappresentante legale dell'Azienda/Datore di lavoro.

La concreta operatività della delega, dalla quale discende la responsabilità degli atti delegati, si realizza, nella realtà organizzativa aziendale sulla base dei seguenti requisiti e criteri:

- Formalizzazione scritta della delega;
- Chiara definizione dei contenuti;
- Adeguato sistema di pubblicità;
- Accettazione della delega da parte del delegato, al quale va trasferito l'eventuale correlativo potere di spesa;
- Termine di durata (in mancanza del termine si intende conferita a tempo indeterminato);
- Rispetto della compatibilità finanziaria;
- Principio della non ammissibilità della sub-delega.

La revoca delle deleghe conferite avviene con le stesse modalità e con le stesse forme seguite per il conferimento.

In caso di inerzia del soggetto delegato, o negli altri casi in cui lo ritenga opportuno, il Direttore Generale può adottare direttamente l'atto delegato ovvero delegarne l'adozione ad altro soggetto previa comunicazione al delegato originario.

Il Direttore Generale nel rispetto dei principi generali dell'ordinamento può annullare o revocare, con atto formalmente motivato, i provvedimenti amministrativi illegittimi o inopportuni assunti dal delegato. Per gli atti di diritto privato invalidi o inopportuni il Direttore Generale provvede ai sensi di quanto stabilito dal codice civile.

Il Direttore Generale può affidare a un direttore di struttura complessa la funzione di coordinamento delle unità operative affini per materia, allo scopo di accordarne le attività assicurando la sinergia tra funzioni affini per contenuti, processi o risultati.

TITOLO IV

L'ASSETTO ISTITUZIONALE

Art. 21

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.

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 posizioni di *staff* 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 la 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. 22

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 cinque membri, dei quali due designati dal Consiglio Regionale, uno dal Ministero dell'Economia e Finanze, uno dal Ministero della Salute e uno dalla Conferenza dei Sindaci.

Art. 23

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, per delega, 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 dei servizi sanitari ed esprime parere obbligatorio al Direttore Generale sugli atti relativi alle materie di propria competenza.

Il Direttore Sanitario è preposto al governo clinico dell'Azienda e in tale veste:

- individua le priorità, in coerenza con le strategie aziendali, per attuare percorsi clinico-assistenziali su specifici problemi di salute e gruppi omogenei di pazienti, sulla base di evidenze tecniche e organizzative, in una logica di integrazione tra strutture territoriali e ospedaliere;
- promuove e coordina le forme del governo clinico, sostenendo in questo le funzioni dei direttori della produzione per quanto attiene la qualità tecnica specifica, la qualità organizzativa e quella relazionale attraverso la definizione e la valutazione di standard specifici.

E' garante della continuità assistenziale attraverso l'integrazione delle attività territoriali, ospedaliere ed ambulatoriali e del sistema informativo relativo al presidio di tutte le attività clinico-assistenziali. Cura l'organizzazione ed assicura il monitoraggio e la verifica del volume, qualità e appropriatezza dell'attività assistenziale, in conformità agli indirizzi strategici generali e alle disposizioni del Direttore Generale.

Il Direttore Sanitario in base al bisogno di salute della comunità residente sul territorio di riferimento dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro, esercita i propri compiti avvalendosi dei direttori della struttura intermedia (Distretto, Presidio Ospedaliero, Dipartimento di Prevenzione e di Salute Mentale).

Il Direttore Sanitario è direttamente responsabile dei flussi informativi aziendali la cui inadempienza gestionale è causa di decadenza immediata dall'incarico.

Art. 24

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 direzione dell'Azienda, assume diretta responsabilità delle funzioni attribuitegli dalla legge e, per delega, dal Direttore Generale.

Assicura l'organizzazione e la direzione dei servizi amministrativi, ed esprime parere obbligatorio al Direttore Generale sugli atti relativi alle materie di propria competenza.

Il Direttore Amministrativo è garante del buon andamento e dell'imparzialità dell'attività amministrativa, assicura la correttezza, la completezza, la trasparenza dei processi di formazione e dei documenti rappresentativi delle dinamiche economiche, finanziarie, tecniche e patrimoniali.

Il Direttore amministrativo nell'ambito delle sue specifiche competenze, ha le seguenti attribuzioni:

- partecipa alle funzioni di committenza aziendale, con particolare riguardo alla verifica delle risorse necessarie, per lo svolgimento delle attività direttamente prodotte e/o di quelle acquistate all'esterno, valutando in tal senso la congruenza tra piani di attività e le compatibilità economico-finanziarie;
- assicura i flussi informativi di supporto alla gestione ed è garante dei debiti informativi interni ed esterni all'azienda;
- assicura l'attuazione del sistema di governo economico-finanziario definendo gli orientamenti operativi delle strutture assegnate.
- esercita, nei confronti dei dirigenti dell'area amministrativa, il potere di impartire direttive sugli atti di loro competenza, compresi quelli da attuare nell'ambito dell'esercizio del potere delegato, controllando che le loro azioni siano coerenti con le disposizioni e gli indirizzi impartiti dalla Direzione Strategica.

Il Direttore Amministrativo, per l'esercizio delle funzioni di cui ai precedenti capoversi si avvale dei Direttori dei servizi tecnico-amministrativi e degli Staff della Direzione. Il Direttore

Amministrativo è direttamente responsabile dei flussi informativi aziendali la cui inadempienza gestionale è causa di decadenza immediata dall'incarico.

Art. 25

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. 26

Il Collegio di Direzione

Il Direttore Generale si avvale del Collegio di Direzione, che ha compiti consultivi, per quanto attiene l'organizzazione e lo sviluppo dei servizi, il governo clinico e la gestione del rischio, le attività tecnico-sanitarie e di alta integrazione sanitaria, le attività di formazione, l'attività libero professionale intramuraria, l'utilizzazione delle risorse umane, la valutazione dei risultati conseguiti.

Il Collegio di Direzione svolge le funzioni previste dalla normativa vigente in relazione alla nomina dei componenti delle Commissioni di concorso.

Il Collegio di Direzione è presieduto dal Direttore Generale ed è composto dai seguenti membri di diritto:

- Direttore Sanitario;
- Direttore Amministrativo;
- Direttori Sanitari dei Presidi Ospedalieri;
- Direttori dei Distretti;
- Direttori dei Dipartimenti;
- Responsabile del Servizio Infermieristico e Tecnico;

Al Collegio possono partecipare i coordinatori di UU.OO. e possono essere chiamati a partecipare, in relazione agli argomenti in discussione, dipendenti esperti dell'argomento trattato.

Le sedute del Collegio sono valide se è presente la metà più uno dei componenti di diritto (compreso il Presidente).

Art. 27

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 esse attinenti. Il Consiglio dei Sanitari si esprime altresì sulle attività di assistenza sanitaria.

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.

Art. 28

Il Nucleo di Valutazione

Il Nucleo di Valutazione Aziendale 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.

Il Nucleo svolge le funzioni previste dalla normativa vigente e dalle norme contrattuali, in relazione alle procedure di valutazione dei dirigenti.

Il Nucleo di Valutazione Aziendale è composto da cinque componenti, di cui almeno due, compreso il Presidente, esterni. Il compenso attribuito ai componenti esterni del Nucleo è determinato con apposita deliberazione del Direttore Generale.

Il Nucleo di Valutazione resta in carica fino alla costituzione dell'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.) previsto dal D.Lgs. n. 150/2009 e la cui attivazione sarà disciplinata secondo gli indirizzi emanati tramite l'organismo regionale di coordinamento del sistema di valutazione della performance, appositamente istituito presso il Dipartimento della salute.

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.

La composizione ed il funzionamento dell'Organismo Indipendente di Valutazione sarà definita a seguito dell'adozione dei provvedimenti attuativi in coerenza con le direttive regionali.

Art.29

I Collegi Tecnici

I Collegi Tecnici sono preposti alla valutazione professionale dei dirigenti. E' chiamato ad esprimere un giudizio complessivo di seconda istanza sulle attività professionali del dirigente valutato, tenuto conto anche delle valutazioni annuali del Nucleo di Valutazione. 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 dal dirigente del controllo interno e dalle altre strutture aziendali.

Art. 30

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 V

LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA

Art. 31

I dipartimenti e l'organizzazione dipartimentale

I Dipartimenti sono strutture organizzative complesse costituite da unità operative complesse ed eccezionalmente da unità semplici di particolare specificità che, per omogeneità, affinità e complementarità richiedono una programmazione ed un coordinamento unitario e la gestione unitaria delle risorse.

I Dipartimenti dipendono direttamente dalla Direzione Aziendale, hanno autonomia tecnico-professionale e gestionale nei limiti degli obiettivi assegnati e delle risorse attribuite e sono dotati di autonomia organizzativa, per garantire l'attuazione delle attività istituzionali e degli obiettivi concordati con la Direzione Aziendale.

L'Azienda, in attuazione alle norme vigenti, istituisce dipartimenti strutturali unici, trasversali ed integrati, costituiti da unità operative afferenti i tre presidi ospedalieri aziendali ed i tre distretti, al fine di favorire l'integrazione e l'omogeneizzazione su scala aziendale dei processi di produzione, erogazione e accesso ai servizi.

L'organizzazione dipartimentale si prefigge i seguenti obiettivi:

- favorire un governo unitario dell'assistenza;
- perseguire l'ottimizzazione dell'uso delle risorse e lo sfruttamento adeguato ed efficiente delle risorse tecnologiche;

- promuovere il mantenimento e lo sviluppo delle conoscenze e delle competenze tecniche e professionali;
- facilitare la valorizzazione e la partecipazione degli operatori al processo decisionale relativo alle scelte organizzative e gestionali;
- garantire una corretta, continua e capillare diffusione delle informazioni;
- facilitare l'utilizzo di strumenti, quali linee guida e protocolli, per conferire la massima omogeneità alle procedure organizzative, amministrative e assistenziali.

Sono organi del Dipartimento il Direttore ed il Comitato di Dipartimento.

Il Direttore rappresenta il Dipartimento nei rapporti con gli altri organi dell'Azienda e con gli interlocutori esterni. Partecipa all'attività di programmazione aziendale nell'ambito di specifica competenza, è responsabile dal punto di vista professionale in ordine al corretto utilizzo dei metodi e strumenti del governo clinico, e dal punto gestionale per quanto concerne l'utilizzo appropriato delle risorse assegnate per il raggiungimento degli obiettivi. E' previsto per ogni dipartimento un coordinatore infermieristico proposto dal direttore di dipartimento al Direttore Generale .

L'incarico di Direttore di Dipartimento è di natura fiduciaria e viene conferito, secondo le vigenti disposizioni legislative, dal Direttore Generale ad uno dei dirigenti già titolari di incarico di struttura complessa afferente al Dipartimento. Il Direttore del Dipartimento cessa in caso di decadenza del Direttore Generale o per difetto di fiducia.

Il Comitato di Dipartimento è un organo collegiale consultivo.

La costituzione ed il funzionamento del Comitato di Dipartimento saranno disciplinati con atto regolamentare approvato dal Direttore Generale nel quale si possono individuare dei dipartimenti funzionali.

Sono individuati quali Dipartimenti dell'Azienda:

- Il Dipartimento di Prevenzione
- Il Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze
- Il Dipartimento del Territorio
- I Dipartimento Ospedaliero di Specialità Mediche
- Il Dipartimento Ospedaliero di Specialità Chirurgiche
- Il Dipartimento Ospedaliero Area dell'Emergenza e dei Servizi Sanitari

Art. 32

Le strutture complesse e semplici

Per strutture si intendono articolazioni aziendali che aggregano risorse umane, tecnologiche, strutturali, in relazione a precise funzioni definite dalla normativa e dagli atti organizzativi interni. La loro individuazione è funzionale all'efficacia, alla efficienza, alla produttività ed alla economicità dell'Azienda.

Le Strutture possono essere 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 e semplice dipartimentale;
- c) Struttura semplice aggregate.

Art. 33

L'area territoriale

La riorganizzazione dell'assetto relativo al livello territoriale di assistenza dev'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 sostanziano, altresì, inapproprietezze di livello (mattone 12) che solo un'adeguata ed integrata rete organizzativa territoriale può finalmente fronteggiare.

Lo sforzo *riorganizzativo* deve quindi tendere, sulla scorta delle indicazioni del DPGR n. 54/2011, 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 (ab. ...) vengono individuati tre distretti (**Catanzaro, Soverato, Lamezia Terme**), determinandosi così la necessità di attivazione di un **Dipartimento del Territorio**, deputato ad assicurare, attraverso le unità organizzative ad esso subordinate, le funzioni di erogazione dei servizi, da declinarsi, comunque, nell'ambito territoriale dei distretti.

Art. 33.1

Il dipartimento del territorio

Il Dipartimento del Territorio (di seguito denominato DT) svolge compiti di gestione e coordinamento al fine da rendere omogenee le procedure di erogazione dei servizi e degli interventi territoriali su tutto l'ambito territoriale dell'ASP di Catanzaro, raccordando le attività interdistrettuali e garantendo unitarietà e continuità con gli ospedali, con il Dipartimento di Prevenzione e con il Dipartimento di Salute Mentale. Il livello organizzativo ottimale per favorire l'integrazione e lo sviluppo omogeneo dei vari servizi territoriali è costituito dal dipartimento, in

quanto luogo unico aziendale di governo delle strutture. Esso assicura le funzioni di erogazione dei servizi attraverso una responsabilità gerarchica sulle strutture a questo deputate.

Altresì afferiscono al Dipartimento del Territorio le seguenti funzioni:

- Gestione del personale (mobilità interna)
- Opzione all'esercizio alla libera professione intramoenia;
- Sperimentazioni cliniche, stages e tirocini;
- Rapporti con il personale convenzionato;
- Garantisce, ai sensi del DPCM del 1 aprile 2008, la tutela della salute in ambito penitenziario, integrandosi con il Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze e con il Dipartimento di Prevenzione.

L'organizzazione dei servizi e l'erogazione delle prestazioni dovranno essere coerenti, e quindi condivise con i direttori dei distretti, con i Piani di Committenza elaborati dai Distretti in ragione dell'analisi e della valutazione dei bisogni di salute espressi in ciascuna area distrettuale.

Il DT si avvale, prioritariamente, di una **Struttura Amministrativa** che svolge le seguenti funzioni:

- ✓ coordinamento amministrativo delle strutture afferenti al dipartimento;
- ✓ programmazione e controllo organizzativo dei servizi sanitari e socio-sanitari esternalizzati;
- ✓ coordinamento amministrativo per il corretto funzionamento di tutti i servizi logistici territoriali.

Sono, altresì, strutture del DT:

1. U.O.C. Cure Primarie;
2. U.O.C. Materno Infantile;
3. U.O.C. Farmacia Territoriale;
4. Odontoiatria sociale
5. Psicologia clinica

U.O. Cure Primarie

- L'U.O. Cure Primarie (U.O.C.P.) gestisce, su tutto l'ambito dell'Azienda:

- a. i rapporti convenzionali con i medici di medicina generale (medici di assistenza primaria e medici di continuità assistenziale) e con i PLS;
- b. i rapporti convenzionali con gli specialisti ambulatoriali;

L'U.O. Cure primarie garantisce altresì, per il tramite delle sue sub articolazioni distrettuali di Catanzaro – Soverato – Lamezia, l'erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale nelle strutture territoriali a gestione diretta, le prestazioni ambulatoriali/domiciliari in favore dei pazienti in fase terminale, l'assistenza domiciliare così per come definita nell'atto di indirizzo di cui al DPGR n° 11/2011. Nello specifico ciascuna sub articolazione distrettuale dovrà dotarsi di un *Punto di Cure Domiciliari* deputato all'erogazione delle prestazioni domiciliari così per come definite nei piani personalizzati di assistenza ed in integrazione con le prestazioni sociali erogate dall'ente locale (comuni aggregati nelle zone sociali).

L'erogazione delle prestazioni di cui sopra dovrà essere garantita nel rispetto della unitarietà degli interventi, attraverso la definizione di profili di cura e percorsi diagnostici terapeutici, condivisi con tutti gli attori professionali che operano nel territorio, grazie alla creazione di team multiprofessionali, in modo tale da assicurare un'adeguata e globale presa in cura del cittadino.

U.O. Materno Infantile

L'U.O. materno infantile (U.O.M.I.) garantisce, per il tramite della rete consultoriale, la promozione della salute della donna e la tutela della procreazione responsabile, assistenza alla gravidanza, promuovendo percorsi integrati con l'ospedale, la promozione della salute del bambino e dell'adolescente (0 – 18 anni) integrandosi con la medicina generale/ pediatria di libera scelta e con la NPI, il sostegno alla genitorialità e la mediazione familiare; integra le attività di screening dei tumori femminili nell'ambito delle attività programmate in ambito regionale ed aziendale; attività di educazione alla salute nell'ambito della programmazione distrettuale, in integrazione con la pediatria di libera scelta e le istituzioni scolastiche; attività di educazione alla sessualità; attività di prevenzione, diagnosi e cura per i disturbi della menopausa; attività specialistiche, attività di prevenzione e rimozione dei fattori di disadattamento minorile scolastico integrandosi alle attività della NPI e con la più complessiva programmazione di zona; attività finalizzate all'allontanamento dei minori dalle residenze familiari, agli affidamenti familiari ed etero familiari ed alle adozioni internazionali in integrazione con le altre istituzioni presenti nel territorio di competenza.

L'U.O. garantisce altresì, per il tramite delle tre sub articolazioni distrettuali di Neuropsichiatria infantile, le prestazioni finalizzate: alla tutela e promozione della salute neuropsichiatrica, integrandosi con la medicina generale/pediatria di libera scelta; al sostegno alla coppia genitoriale, alle famiglie ed agli operatori delle agenzie sociali ed educative; alla prevenzione, diagnosi e presa in carico terapeutica del bambino e dell'adolescente (=18 anni) con patologie neuropsichiatriche; al sostegno e/o counseling di minori e adolescenti con patologia neuropsichiatrica, della coppia genitoriale e della famiglia; alla cura - riabilitazione, di livello ambulatoriale e semiresidenziale, con assistenza allo sviluppo del bambino e dell'adolescente portatore di disfunzioni e/o disabilità; agli adempimenti previsti dalla Legge 104/92 e dal DPR 24 febbraio 1994; alle azioni di coordinamento finalizzate a realizzare, anche in ragione della programmazione sociosanitaria integrata (PAT – Piano di Zona), una rete operativa per la tutela, la cura e l'inserimento sociale, scolastico e lavorativo dei minori con disabilità; alla partecipazione, per quanto di competenza, all'UVM distrettuale; alla vigilanza nelle strutture, semiresidenziali e residenziali, accreditate per lo specifico settore assistenziale; all'integrazione operativa con le articolazioni operative del DSM per garantire il passaggio in cura degli assistiti al raggiungimento della maggiore età. La NPI del distretto di Catanzaro, in integrazione con l'U.O. Materno infantile, garantisce altresì, le proprie attività nell'ambito delle strutture penitenziarie minorili.

U.O. Farmacia Territoriale

L'U.O. Farmacia Territoriale (U.O.F.T.) garantisce direttamente tutte le attività relative a:

- ✓ Gestione della farmaceutica convenzionata

- ✓ Vigilanza sulle attività della rete delle farmacie convenzionate
- ✓ Farmacovigilanza
- ✓ Farmaco epidemiologia
- ✓ Farmaco economia
- ✓ Flussi obbligati e statistici

Per il tramite delle tre sub articolazioni distrettuali, l'U.O. garantisce altresì:

- ✓ Attività di informazione ai pazienti ed agli operatori sanitari
- ✓ Erogazione diretta dei farmaci del PHT
- ✓ Erogazione diretta ai pazienti in assistenza domiciliare di farmaci e dispositivi medico - chirurgici
- ✓ Distribuzione di farmaci, dispositivi medico-chirurgici, vaccini, reagenti e materiale sanitario alle UU.OO./Servizi afferenti all'area distrettuale di appartenenza.

Art. 34

Il distretto sociosanitario

Il Distretto sociosanitario garantisce la salute della popolazione presente sul territorio attraverso i servizi erogati dal Dipartimento del 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 Territoriale e, per quanto di stretta afferenza, con il Dipartimento di Salute Mentale (DSM), con il Dipartimento di Prevenzione (DP) 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 (vedasi anche l'art. 11 del presente regolamento).

In particolare, con il DSM 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 distretto rimane ascrivita, ancora, 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 distretto, 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, quindi, direttamente 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.

Il Distretto assume, altresì, il coordinamento della medicina convenzionata, strettamente radicata nell'ambito dell'organizzazione distrettuale e gestisce per il proprio ambito di competenza:

- a. la rete delle strutture residenziali/semiresidenziali per anziani e disabili, nonché le strutture di riabilitazione estensiva extraospedaliera. Nello specifico provvede alla gestione del rapporto giuridico ed economico con le strutture accreditate che intrattengono con l'azienda rapporti contrattuali ex art. 8 – quinquies del D.Lgs n. 502/1992 s.m.i.
- b. il rapporto giuridico ed economico con le strutture accreditate per il sub livello di assistenza specialistica che intrattengono con l'azienda rapporti contrattuali ex art. 8 – quinquies;

Nell'ambito di ciascun distretto viene istituita un'**Unità Operativa Servizi Sociali (U.O.S.S.)** 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.

Nel Distretto è previsto un dirigente amministrativo con il compito di supportare il Direttore del Distretto nella gestione del budget e dei rapporti economici, nella gestione del personale e nella gestione dei beni appartenenti al Distretto o dati in consegna. Il Responsabile Amministrativo collabora con il Direttore del Distretto nella formulazione dei piani di committenza e nel programma delle attività territoriali.

Art. 35

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 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

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 diffusive 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;
- La pediatria di comunità.

Il Dipartimento di Prevenzione inoltre costituisce il supporto tecnico della Direzione Aziendale nella definizione delle linee di intervento per quanto attiene gli screening oncologici, le malattie infettive emergenti, gli agenti inquinanti ambientali.

Nel Dipartimento di Prevenzione è previsto un dirigente amministrativo con il compito di supportare il Direttore del Distretto nella gestione del budget e dei rapporti economici, nella gestione del personale e nella gestione dei beni appartenenti al Dipartimento o dati in consegna. Il dirigente amministrativo è responsabile dell'attività amministrativa assicurando la correttezza, la completezza, la trasparenza dei processi di formazione e dei documenti.

Al Dipartimento di prevenzione afferiscono funzioni e competenze previste da leggi specifiche di settore, dal Piano sanitario Regionale e dalla normativa regionale di riferimento.

L'articolazione del Dipartimento di Prevenzione è riportata nella tabella allegata.

Art. 36

Il Dipartimento di salute mentale e delle dipendenze

Il Dipartimento di Salute Mentale e delle dipendenze 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 DSM 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.

Il Dipartimento di Salute Mentale mette in campo politiche che mirano a:

- Promuovere la salute mentale come aspetto della salute generale;
- Sviluppare azioni concertate e coordinate nell'area ad elevata integrazione socio-sanitaria delle dipendenze da sostanze da abuso;
- Garantire la produzione di prestazioni e servizi centrati sui bisogni delle persone;
- Tutelare i diritti di effettiva cittadinanza delle persone con disagio psichico e disturbo mentale e delle persone dipendenti da sostanze di abuso che rischiano di produrre discriminazioni ed emarginazioni dal tessuto sociale;
- Garantire l'accesso (libero e programmato) ai servizi del dipartimento per favorire il superamento di ogni forma di pregiudizio o disuguaglianza, sostenendo la crescita di una cultura che elimini ogni forma di discriminazione;
- Produrre prestazioni e servizi appropriati, qualificati e centrati sulla persona, favorendo la partecipazione dell'utente al proprio piano di trattamento ed assicurando l'unitarietà e continuità degli interventi con un uso razionale delle risorse;
- Garantire all'utenza una presa in carico effettiva, promuovendo, se necessario, le integrazioni tra prestazioni di ambito sanitario e sociale, rese dalle altre strutture aziendali od enti istituzionali;
- Promuovere l'integrazione tra i servizi pubblici e il privato sociale accreditato;
- Valorizzare la partecipazione delle associazioni degli utenti, dei loro familiari, del volontariato.

L'articolazione del Dipartimento di Salute Mentale è riportata nella tabella allegata.

Art. 37

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: 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:

- Area Territoriale
- Area Ospedaliera

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. 38

La rete emergenza urgenza

L'Azienda adotta misure organizzative di riordino della rete di emergenza-urgenza, in coerenza con quanto disposto dal D.P.G.R. n. 18/2010, 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 l'Ospedale distrettuale di Chiaravalle Centrale punto di primo intervento.

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

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. 39

La rete ospedaliera

Il D.P.G.R. n. 18 del 22 ottobre 2010, all. 1, ha disposto misure di riordino della rete ospedaliera regionale, tenuto conto delle criticità emerse nel "Piano di riqualificazione e riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale" adottato ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge 13 dicembre 2004, n. 311.

Il filo conduttore delle misure di riorganizzazione approvate con il D.P.G.R. n. 18 è che occorre integrare le 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.

Solo con una rete territoriale forte, in grado di offrire prestazioni appropriate sul territorio, con percorsi assistenziali definiti, è possibile 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.

Secondo quanto contenuto nell'Allegato 1 del citato D.P.G.R. n. 18/2010, l'organizzazione 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;
- L'Ospedale Distrettuale (CAPT) di Chiaravalle Centrale.

La strutturazione delle UO e dei servizi dei singoli presidi è riportata nello schema allegato.

Per quanto riguarda la distribuzione dei posti letto per disciplina e le attività previste, si rimanda a quanto riportato nell'Allegato 1 del D.P.G.R. n. 18/2010 ed da quanto disporrà la Direzione Strategica. I Dipartimenti ospedalieri sono interospedalieri.

E' prevista una unica Direzione amministrativa di area ospedaliera per la ASP di Catanzaro.

Art. 40

La direzione ospedaliera

Il Direttore Sanitario del presidio unico ospedaliero è responsabile della gestione complessiva, dirige il presidio nel rispetto delle politiche e degli obiettivi aziendali, osservando le direttive impartite dalla Direzione Aziendale.

Compito principale del Direttore del presidio unico è assicurare che l'operatività sanitaria si svolga in ambienti allineati, sotto il profilo igienico e sotto il profilo della garanzia della qualità, agli standard predefiniti e comunque alle norme di legge.

Il Direttore Sanitario del P.O., in particolare:

- o 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.
- o Supporta le indicazioni aziendali in tema di governo clinico.
- o Verifica la qualità dei servizi.
- o 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.
- o Supporta la definizione delle politiche aziendali in materia di libera professione e ne garantisce l'attuazione nell'ambito ospedaliero.

Sul piano delle responsabilità organizzativo-gestionali, il Direttore Sanitario del P.O. risponde della gestione complessiva della struttura, i direttori dei dipartimenti rispondono dei risultati del proprio ambito organizzativo, così come i responsabili delle unità operative.

L'incarico di Direttore Sanitario del Presidio Ospedaliero è conferito dal Direttore Generale a chi è in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti disposizioni normative.

Art. 41

Il Dipartimento interaziendale Materno Infantile

Il Dipartimento Materno Infantile, di natura mista ospedaliera e territoriale, è costituito su base interaziendale con l'ASP di Vibo Valentia e l'ASP di Crotone. La strutturazione avverrà con regolamento interaziendale.

Afferiscono al dipartimento Materno Infantile i servizi territoriali ed ospedalieri collegati in rete

Il Dipartimento interaziendale 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).

Le modalità organizzative e di funzionamento del Dipartimento saranno definite in appositi accordi con l'ASP di Vibo Valentia e l'ASP di Crotone.

Art. 42

L'organizzazione delle attività delle professioni ex l. 42/1999

La Direzione Assistenziale Infermieristica, Tecnico-sanitaria e della riabilitazione è inserita organicamente nei servizi sanitari in staff e concorre al raggiungimento degli obiettivi generali e specifici della pianificazione aziendale. Ha la funzione di organizzare le risorse professionali di competenza per lo svolgimento dei processi assistenziali e tecnici, con particolare riguardo allo sviluppo e alla valorizzazione professionale, alla programmazione, selezione, inserimento e valutazione delle risorse professionali garantendo il mantenimento di adeguati standard.

Il Dirigente della struttura operativa che raggruppa le funzioni assistenziali, infermieristiche, tecniche e della riabilitazione è nominato dal Direttore Generale e risponde direttamente al Direttore Sanitario aziendale. Collabora con il Direttore Sanitario per assicurare il governo e lo sviluppo dei processi assistenziali e tecnici di competenza con particolare riferimento all'attribuzione e alla distribuzione delle risorse, all'organizzazione dell'assistenza e allo sviluppo di nuovi modelli, all'integrazione professionale, alla continuità assistenziale, alla valutazione dei risultati, alla formazione e allo sviluppo delle risorse professionali.

Il Direttore Generale, al fine di valorizzare gli specifici ambiti professionali, può affidare distintamente, su proposta del Responsabile della struttura operativa, incarichi funzionali di coordinamento dei servizi assistenziali, infermieristici, tecnici e della riabilitazione.

Il Dirigente della struttura operativa assistenziale, infermieristica, tecnica e della riabilitazione supporta inoltre la Direzione Generale durante la trattazione di argomenti inerenti le attività infermieristiche e tecniche, nella fase della negoziazione del budget e nella stesura dei piani aziendali per le parti di competenza.

Art. 43

I Servizi tecnico-amministrativi

I servizi tecnico-amministrativi sono costituiti da strutture che svolgono attività di supporto alla Direzione Generale e alle strutture produttive, esercitando quelle funzioni strumentali rispetto alle finalità dell'organizzazione sanitaria e ben distinte dalle funzioni finali che sono proprie della produzione dei livelli assistenziali.

I Servizi tecnico-amministrativi intervengono nella gestione e nei processi indirettamente correlati con le attività e le prestazioni sanitarie e/o assistenziali, con il continuo scambio di informazioni tra le singole funzioni, facilitandone ed assistendone il funzionamento.

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

- La strumentalità/supporto rispetto alle finalità dell'organizzazione sanitaria, così da garantire, per quanto di competenza, un adeguato e puntuale sostegno ai processi di lavoro sanitari. La finalità ultima dell'azione dei servizi tecnico-amministrativi consiste nella 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, cioè improntata al solo rispetto formale delle procedure e delle norme fissate da leggi e contratti per sviluppare una nuova cultura che, nel rispetto pur imprescindibile del dettato normativo, 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;

- Il continuo scambio delle informazioni tra le singole funzioni siano esse a valenza specialistica che di respiro aziendale;
- L'omogeneità aziendale delle procedure e delle modalità operative attraverso l'elaborazione e il rispetto di linee di indirizzo omogenee, che permettano di garantire la coerenza e le connessioni tra attività svolte centralmente e quelle poste in essere in ambito decentrato.

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. 44

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. 45

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 strutture sanitarie e di supporto tecnico amministrativo collocate in posizione di Staff.

I Servizi di Staff della Direzione Generale assolvono funzioni trasversali di rilevanza esterna o ad alta necessità di integrazione e si interfacciano con le macroarticolazioni aziendali. Il Direttore Generale può nominare un dirigente amministrativo per la direzione della segreteria e degli affari generali.

Sono da ricondursi sotto l'area degli staff della Direzione Generale le funzioni di pianificazione e programmazione, di controllo gestionale, di sviluppo organizzativo e politiche del personale, di relazioni con il pubblico e rendicontazione sociale, di comunicazione istituzionale e interna, di controllo dell'appropriatezza clinica, di fisica sanitaria, d'innovazione dei processi produttivi e del loro controllo, di politiche dell'immigrazione, di accreditamento istituzionale, del servizio ispettivo. Per l'esercizio di tali funzioni il Direttore Generale può ricorrere ad incarichi di tipo professionale e, ove ne ricorrano i presupposti, a contratti ai sensi dell'art. 15 septies del D.Lgs. n. 502/1992 s.m.i. e ai sensi dell'art. 19 comma 5 bis e 6 DL 165/2001 e successive modificazioni.

Art. 46

L'organizzazione delle attività assistenziali

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

- I Distretti sociosanitari
- Il Dipartimento del Territorio
- Il Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze
- Il Dipartimento di Prevenzione
- I Presidi Ospedalieri
- Il CAPT

Art. 47

Gli incarichi dirigenziali

Gli incarichi dirigenziali sono conferiti con provvedimento del direttore Generale, nel rispetto delle norme contenute nei contratti collettivi di lavoro.

L'Azienda può procedere al conferimento delle seguenti tipologie di incarico:

- a) Incarichi di direzione di struttura complessa;
- b) Incarichi di direzione di struttura semplice e di struttura semplice dipartimentale;
- c) Incarichi di direzione di struttura semplice aggregata alla 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 comunque 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.

Oltre a quelli sopradescritti, sono conferibili incarichi dirigenziali per periodi da due a cinque anni, con le modalità previste dall'art. 15 septies del D.Lgs n. 502/1992 s.m.i. e

Art. 48

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. 49

La pianificazione strategica

Il Direttore Generale con il supporto del Collegio di Direzione, della Direzione Sanitaria e quella Amministrativa, 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.

Art. 50

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 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 contenute nella legge regionale n. 43/1996, 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;
- Negoziazione del budget con i dirigenti interessati;
- 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.

Il sistema informativo è di supporto alla definizione dei bisogni informativi aziendali. Attraverso la gestione dei flussi informativi, che implica attività di verifica, congruità e completezza, la Direzione Aziendale monitora e valuta i processi assistenziali in relazione alla programmazione aziendale ed agli obiettivi assegnati.

Art. 51

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:

1. Il Nucleo di Valutazione che effettua la valutazione annuale sull'appropriata, efficacia ed efficiente gestione delle risorse attribuite al dirigente di struttura complessa e di struttura semplice, 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;
3. I Collegi di Valutazione per il comparto preposti alla verifica delle attività professionali, gestionali ed organizzative degli operatori a cui sono attribuite funzioni di coordinamento e incarichi di posizione organizzativa ai fini dell'attribuzione o rinnovo degli incarichi e per la loro valorizzazione economica.

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 dal D.Lgs n. 150/2009 e dalle linee guida regionali in materia.

Per rendere l'azione del sistema di valutazione più efficace, l'Azienda si impegna a sviluppare sistemi informativi capaci di raccogliere, rendere fruibili e comparabili:

- Dati quali-quantitativi sull'attività professionale individuale e d'equipe;
- Informazioni sull'adozione di linee guida, protocolli e raccomandazioni diagnostico-terapeutiche aziendali;
- Informazioni sulle attività di ricerca clinica applicata, sulle sperimentazioni, sulle attività di tutoraggio formativo;
- Dati relativi all'appropriatezza clinica, ivi compresa quella prescrittiva.

Art. 52

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 dell'U.O.C. Gestione Forniture, Servizi e Logistica.

Tutte le procedure d'acquisto sono svolte in osservanza alla normativa vigente del settore ed in particolare:

- D.Lgs. 163/2006 s.m.i. (Codice dei contratti pubblici)
- D.P.R. 207/2010 (Regolamento attuativo del Codice dei contratti pubblici)
- L.R. n. 26 del 7 dicembre 2007 (Istituzione dell'Autorità Regionale Stazione Unica Appaltante)
- DGR n. 142 del 31.03.2009 (Regolamento di organizzazione della S.U.A.);
- Determina del Sig. Commissario dell'Autorità Regionale – Stazione Unica Appaltante del 21.12.2009, prot. n. 1578;
- L. 23 dicembre 1999 n. 488 s.m.i. (Consip)
- Regolamento economale aziendale approvato con Delibera N. 1705 del 09/06/2011 e Delibera N. 1812 del 22/06/2011

L'Azienda recepisce ed attua tutto quanto previsto nella L.R. n. 26/2007 (Istituzione dell'Autorità Regionale Stazione Unica Appaltante) e nel relativo Regolamento di organizzazione.

Alla U.O.C. 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'U.O.C. 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 U.O.C. Gestione forniture, servizi e logistica, salvo che non siano specificamente e formalmente attribuiti ad altri soggetti dal Direttore Generale.

Alla predetta U.O. 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, nonché la gestione delle attività riferite al parco macchine acquisite in leasing. 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 n. 2 magazzini generali (uno per l'area territoriale di Lamezia Terme e uno per l'area territoriale di Catanzaro), 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. 53

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 l'Azienda che si pone tra i suoi obiettivi prioritari il miglioramento delle prestazioni aziendali.

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 (ISO 9001) . 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 possono facilitare un'evoluzione del business verso prestazioni di "eccellenza" e che enfatizzano l'importanza della soddisfazione delle esigenze del cliente.

Art. 54

Le rilevazioni contabili

L'azienda adotta un sistema contabile integrato costituito dalla contabilità generale, dalla contabilità analitica, dalla contabilità patrimoniale inventariale e da un sistema budgetario per il controllo di gestione. 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 statali nonché dalla L. R. Calabria n°43/1996 e s. m.i.

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 controllo interno.

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. 55

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 nella legge regionale 23 dicembre 1996, n. 43, 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 gestione è una prerogativa del Direttore Generale non delegabile. Il Direttore Generale può utilizzare delle specifiche professionalità.

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. 56

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 prodotta entro il 31 gennaio dell'anno successivo a quello di riferimento.

