



**Delibera del Consiglio dei Ministri dell'11/12/2015
per l'attuazione del piano di rientro dei disavanzi
del settore sanitario della Regione Campania**

Il Commissario ad Acta
Dr. Joseph Polimeni
Il Sub Commissario ad Acta
Dr. Claudio D'Amario

DECRETO n. 15 del 03/03/2017

OGGETTO: D.C.A. n. 33/2016 Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera ai sensi del D.M. 70/2015. Atto aziendale AORN Ospedali dei Colli di Napoli. Approvazione.

PREMESSO:

- che la legge 30 dicembre 2004 , n. 311 recante Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2005) e, in particolare, l'art. 1, comma 180, ha previsto per le regioni interessate l'obbligo di procedere, in presenza di situazioni di squilibrio economico finanziario, ad una ricognizione delle cause ed alla conseguente elaborazione di un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, di durata non superiore ad un triennio;
- che la Giunta regionale della Campania con deliberazione n. 460 del 20/03/2007 *ha approvato il Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del Servizio sanitario Regionale ai fini della sottoscrizione dell'Accordo tra Stato e Regione Campania ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004*;
- che con deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 23 luglio 2009 il Governo ha proceduto alla nomina del Presidente pro tempore della regione Campania quale Commissario ad acta per l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo sanitario ai sensi dell'art. 4, comma 2, del DL 1 ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla L. 29 novembre 2007, n. 222;
- che con deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 24 aprile 2010 il Presidente pro tempore della Regione Campania è stato nominato Commissario ad acta per il Piano di rientro con il compito di proseguire nell'attuazione del Piano stesso, secondo Programmi Operativi di cui all'art. 1, comma 88 della legge n.191 del 2009;
- che con le deliberazioni del Consiglio dei Ministri in data 15 ottobre 2009, 3 marzo 2011, 20 marzo 2012, 29 ottobre 2013 è stato disposto l'avvicendamento nelle funzioni di sub-commissario ad acta con il compito di affiancare il Commissario ad acta della Regione Campania;

VISTI

- gli esiti delle elezioni amministrative regionali dello scorso 31 maggio 2015 ;
- i commi nn.569 e 570 dell'art. 1 della legge 23 dicembre 2014, n. 190 "*Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2015)*" con cui – in recepimento delle disposizioni di cui all'art. 12 del Patto per la Salute 2014 – 2016 – è stato previsto che "*La nomina a commissario ad acta per la predisposizione,*

l'adozione o l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo del settore sanitario, effettuata ai sensi dell'articolo 2, commi 79, 83 e 84, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, e successive modificazioni, e' incompatibile con l'affidamento o la prosecuzione di qualsiasi incarico istituzionale presso la regione soggetta a commissariamento”;

- la delibera del Consiglio dei Ministri dell'11 dicembre 2015, notificata in data 8 gennaio 2016, con la quale il dott. Joseph Polimeni è stato nominato Commissario ad acta per l'attuazione del vigente Piano di Rientro dai disavanzi del S.S.R della Campania e con il quale il Dott. Claudio D'Amario è stato nominato Sub Commissario ad Acta;

VISTO

- l'incarico prioritario del Commissario ad acta *“di adottare ed attuare i Programmi operativi 2016 – 2018 e gli interventi necessari a garantire, in maniera uniforme sul territorio regionale, l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di efficienza, appropriatezza, sicurezza e qualità, nei termini indicati dai Tavoli tecnici di verifica, nell'ambito della cornice normativa vigente”;*

VISTO

- l'acta prioritario n. *“f”*, riportato nella citata delibera del Consiglio dei Ministri del 11.12.2015 di *“adozione ed attuazione del piano di riorganizzazione della rete ospedaliera in coerenza con il fabbisogno assistenziale, in attuazione del regolamento adottato con decreto del Ministero della Salute del 2 Aprile 2015 n. 70 in coerenza con le indicazioni dei Tavoli Tecnici di monitoraggio”;*

VISTO

- l'art. 3 comma 1 – bis, del D.lgs n. 502/92 e ss.mm.ii. a tenore del quale l'Atto aziendale costituisce lo strumento giuridico mediante il quale le aziende determinano la propria organizzazione ed il proprio funzionamento, e delinea gli ambiti della propria autonomia gestionale ed amministrativa, nel rispetto dei principi e dei criteri emanati dalla Regione;

VISTI:

- il decreto commissariale n. 49 del 27 settembre 2010 avente ad oggetto *“riassetto della rete ospedaliera e territoriale, con adeguati interventi per la dismissione/riconversione/riorganizzazione dei presidi non in grado di assicurare adeguati profili di efficienza e di efficacia”* ed il decreto commissariale n. 22 del 22 marzo 2011 di approvazione del *“Piano Sanitario Regionale 2011-2013”*, entrambi validati dai Ministeri affiancanti;
- il decreto commissariale n. 135 del 10 Ottobre 2012 con il quale sono stati forniti alle Aziende specifici indirizzi per la formulazione degli atti aziendali al fine di consentire l'adozione di un modello di organizzazione omogeneo e conforme alla Pianificazione sanitaria regionale nonché agli obiettivi economici e di razionalizzazione del SSR previsti dai Programmi Operativi;
- il decreto commissariale n. 6 del 14 Gennaio 2013 con il quale sono state assegnate alle aziende ulteriori indirizzi riguardanti i parametri standards per l'individuazione delle strutture ed alla necessità di allineare la normativa regionale alle disposizioni di cui alla legge n. 189 dell' 8 novembre 2012 di conversione del DL n. 158 del 13 settembre 2012;
- il decreto commissariale n. 18 del 18 febbraio 2013, che, al fine di procedere alla approvazione di un testo unico integrato contenente il complesso degli indirizzi forniti alle aziende ed anche in recepimento delle osservazioni ministeriali, si è proceduto alla sostituzione dell'allegato al decreto commissariale n. 6;
- il decreto commissariale n. 34 del 24 febbraio 2013 con il quale è stato previsto il differimento dell'originario termine previsto per l'invio degli atti alla struttura commissariale di 45 giorni rispetto alla data della pregressa scadenza di cui al decreto n. 6/2013 e quindi, fino al 10 giugno 2013 e si è proceduto alla nomina del gruppo di lavoro per la valutazione della conformità degli atti aziendali alle Linee di indirizzo regionali;

CONSIDERATO :

- che con il Decreto Commissariale n. 33 del 17 Maggio 2016 è stato approvato il documento denominato “Piano regionale di programmazione della rete ospedaliera ai sensi del DM 70/2015”, con il quale è stato recepito un nuovo metodo di programmazione dell’assistenza ospedaliera, nella riclassificazione della tipologia dei presidi ospedalieri e nella metodologia di calcolo della dotazione di posti letto
- che il modello funzionale proposto permette una migliore distribuzione delle risorse secondo criteri di efficienza organizzativa e l’assegnazione di discipline volte al miglioramento globale dell’assistenza per bacini di utenza;
- che alle aziende sanitarie è stato chiesto l’adeguamento del proprio atto aziendale a quanto stabilito con il citato decreto;

VISTO :

- che l’ AORN Ospedali dei Colli di Napoli ha adottato la delibera n. 202 del 22 Febbraio 2017;

PRESO ATTO :

- che il Gruppo di Lavoro, istituito con DDCCAA n. 23/2016 e n. 194/2016, con nota prot. reg.le n. 0130868 del 23.02.2017, assunta al prot. comm.le in data 27.02.2017 al nr. 992/C, a seguito dell’esame della documentazione pervenuta, nel rassegnare le proprie risultanze istruttorie ha verificato la conformità dell’atto aziendale ai DDCCAA n. 18/2013 e n. 33/2016 e nel proporre l’approvazione, ha segnalato che, a seguito della prevista apertura del Pronto Soccorso presso il P.O. CTO, l’ AORN Ospedali dei Colli di Napoli si è determinata nell’integrare e modificare l’atto aziendale nella parte riguardante le discipline ed i relativi posti letto aziendali ed a direzione universitaria con la sola eccezione di n. 8 p.l. di gastroenterologia e di n. 4 p.l. di neurochirurgia che vengono trasformati in p.l. codice 51 “Medicina e Chirurgia di accettazione e di urgenza” attualmente non previsti dal DCA n. 33/2016, con contestuale assorbimento delle attività di gastroenterologia dall’Unità Operativa di chirurgia endoscopica;

RITENUTO, pertanto,

di poter procedere alla approvazione dell’atto aziendale dell’ AORN Ospedali dei Colli di Napoli che risulta adeguato ai parametri stabiliti dal D.M. 70/2015 e recepiti con il DCA n. 33/2016, comprendente le citate integrazioni e modifiche;

D E C R E T A

per tutto quanto esposto in premessa che qui si intende integralmente riportato :

di **PRENDERE ATTO** delle risultanze pervenute dal Gruppo di Lavoro istituito presso la Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento SSR, in merito all’ esame dell’atto deliberativo n. 202 del 22 Febbraio 2017 dell’ AORN Ospedali dei Colli di Napoli;

Di **APPROVARE** definitivamente l’Atto aziendale dell’ AORN Ospedali dei Colli di Napoli, - allegato alla presente, che è parte integrale e sostanziale - e che risulta adeguato ai parametri del DM 70/2015 recepiti nel DCA n. 33/2016, facendo obbligo al Direttore Generale della sua immediata attuazione;

Di **PRENDERE ATTO** che la delibera dell’ AORN Ospedali dei Colli di Napoli n. 202 del 22.02.2017 contiene le integrazioni e modifiche riguardanti le discipline ed i relativi posti letto aziendali ed a direzione universitaria con la sola eccezione di n. 8 p.l. di gastroenterologia e di n. 4 p.l. di neurochirurgia che sono trasformati in p.l. codice 51 “Medicina e Chirurgia di accettazione e di urgenza”, attualmente non previsti dal DCA n. 33/2016, che saranno funzionali alla prevista apertura del Pronto Soccorso presso il P.O. CTO e che le attività di gastroenterologia vengono assorbite dall’Unità Operativa di chirurgia endoscopica;

Di **NOTIFICARE** il presente provvedimento all' AORN Ospedali dei Colli di Napoli, con l'obbligo di pubblicazione sul sito istituzionale aziendale - sezione atti amministrativi - che abbia accesso libero - (art. 32 della legge 18.06.2009, n.18);

Di **TRASMETTERE** al Gabinetto del Presidente della Giunta regionale, alla Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del S.S.R., a So.Re.Sa. s.p.a. ed al BURC per la pubblicazione, ai sensi degli artt. 26 e 27 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33.

Il Sub Commissario ad Acta
Dott. Claudio D'Amario

Il Commissario ad Acta
Dott. Joseph Polimeni

Servizio proponente: Direzione Generale

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE n° 202 del 22/02/2017

OGGETTO: Atto Aziendale : ulteriori integrazioni e rettifiche.

Il Direttore Generale
Dott. Giuseppe Longo

Servizio proponente: Direzione Generale

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

OGGETTO: Atto Aziendale : ulteriori integrazioni e rettifiche.

REGISTRAZIONE CONTABILE

- Il presente provvedimento non comporta oneri diretti a carico dell'Azienda
- Il presente provvedimento comporta oneri diretti a carico dell'Azienda come da allegata scheda computerizzata

Premesso che :

- con nota n. 4743 del 01.08.16, a firma del Commissario ad Acta dott. Joseph Polimeni invitata a provvedere, in attuazione del decreto n. 20 del 6 Marzo 2017 detto decreto entro il termine ultimo del 30.9.2016 alla revisione dell'Atto Aziendale, già adottato con deliberazione 191/2016, per la pianificazione delle discipline e dei relativi posti letto, nonché per la individuazione delle UOC, UOS e UOSD come previsto dal DCA18/2013, in linea anche ai criteri di progressiva implementazione del DM 70/2015 e con il conseguente DCA 33 del 17.5.2016 ad oggetto "Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera";
- che con deliberazione n.957 del 30-9-2016, si è provveduto alla riadozione dell'atto aziendale come richiesto con la citata nota n. 4743 del 01.08.16;
- da una verifica operata sull'atto aziendale allegato alla citata deliberazione si è ritenuto opportuno e necessario procedere ad alcune correzioni e rettifiche, in ordine alle informazioni in esso contenute (in particolare su alcune denominazioni di strutture e su alcune precisazioni relative alla descrizione delle attività) ; pertanto si è proceduto alla rettifica delle informazioni contenute nell'Atto Aziendale di cui alla deliberazione citata n.957/2016 con la deliberazione n.1043 del 17/10/2016;
- a seguito delle osservazioni formulate dal Gruppo di lavoro per l'istruttoria relativa agli atti aziendali delle Aziende del SSR, giusta nota prot.0693156 del 24/10/2016 si è preso atto con deliberazione n. 1076 del 04/11/2016 , che era necessario procedere a:
 - a) Incardinare come UOS nelle corrispondenti UOC, le UTIC SUN e Monaldi;
 - b) Ridenominare le due unità operative di pneumotisiologia della Federico II in:
 - UOC Pneumotisiologia
 - UOSD Malattie respiratorie
 - c) Correggere l'errore materiale relativo all'incolonnamento della UOC di Neurochirurgia
- Con deliberazione n.1262 del 21/12/2016, la Direzione Generale dell'Azienda dei Colli procedeva alla integrazione e rettifiche ulteriori dell'atto aziendale già in precedenza adottato relativamente a quanto rilevato;
- a seguito di ulteriore incontro con la Regione Campania - Direzione Generale per la Salute e Coord. SSR, si è preso atto delle osservazioni in merito:
 1. alla non conformità del proposto atto aziendale con quanto previsto dal DCA 47 del 10-6-2016 con cui si sanciva il Protocollo d'intesa Regione Campania e AOU Seconda Università di Napoli relativamente all'allegato A.2, in cui sono descritti i posti letto delle discipline a direzione universitaria presenti nell'AO dei Colli – Ospedale Monaldi, Cotugno e CTO – in particolare in ordine alla tipologia di discipline a direzione universitaria;
 2. alla collocazione nel Dipartimento dei Servizi Sanitari sia della "UOC Farmacia" che delle UU.OO.SS.DD di Farmacovigilanza e Gestione clinica del Farmaco;
 3. alla sistemazione della U.O.S. Preospedalizzazione in seno all'UOC Direzione Sanitaria Medica Monaldi.

IL DIRETTORE GENERALE

- Per le premesse di cui sopra
- Acquisiti i pareri favorevoli del Direttore Sanitario ed Amministrativo

DELIBERA

1. di approvare, come approva, il seguente documento, integrativo e modificativo dell'Atto Aziendale adottato con deliberazione n. n.1262 del 21/12/2016 che di fatto viene revocato e sostituito dal nuovo Atto Aziendale, allegato alla presente deliberazione;

2. di confermare che l'Azienda procederà, alla determinazione di un cronoprogramma operativo, da rimettere alla Regione Campania, di implementazione rispetto a quanto

3. di trasmettere alla Regione Campania – Struttura Commissariale per l'approvazione dello stesso, il presente atto, con relativo allegato, riservandosi l'attuazione di quanto in esso contenuto ad avvenuta approvazione da parte degli Organi Competenti;

4. di procedere alla pubblicazione del presente atto e di renderlo immediatamente esecutivo, e del suo allegato, sul sito web aziendale e trasmettere copia del seguente atto a :

- Direttori di Dipartimento;
- Direttori UU.OO.CC ;
- Collegio Sindacale.

Il Direttore Sanitario

Dott. Giuseppe Matarazzo

Il Direttore Amministrativo

Dott. Germano Perito

Il Direttore Generale

Dott. Giuseppe Longo

Servizio proponente: Direzione Generale

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE n° 202 del 22/02/2017

OGGETTO: Atto Aziendale : ulteriori integrazioni e rettifiche.

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

Il presente provvedimento è formato da n. pagine e n. allegati , è stato pubblicato all'Albo pretorio on-line di questa Azienda, ai sensi della Legge n. 69 del 18/06/2009, per 10 gg. consecutivi a decorrere dal **22/02/2017**

ed è divenuto esecutivo il **04/03/2017**

- il presente provvedimento è immediatamente esecutivo

- è pervenuto ex L.R. 52//94 al Collegio Sindacale il Prot.

- è stato notificato in data alle seguenti UU.OO.CC.

Il Responsabile del procedimento

Documento informatico firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs 82/2005 s.m.i. e norme collegate, il quale sostituisce il documento cartaceo e la firma autografa

Questo documento è stato firmato da:

Perito Germano - Direzione Generale
Perito Germano - Direzione Amministrativa
Matarazzo Giuseppe - Direzione Sanitaria
Longo Giuseppe - Direzione Generale
Flagiello Mimma - Ufficio Determine



A.O.R.N. "Azienda Ospedaliera dei Colli" - Napoli

Atto Aziendale



INDICE

PREMESSA

TITOLO I - Principi generali dell'Atto Aziendale

- Art. 1 - Principi generali dell'Atto Aziendale
- Art. 2 - Contenuti dell'Atto Aziendale
- Art. 3 - Regolamenti

TITOLO II - L'Azienda Ospedaliera dei Colli

- Art. 4 - Costituzione, denominazione e sede legale
- Art. 5 - Logo
- Art. 6 - Il patrimonio

TITOLO III - Il ruolo dell'Azienda Ospedaliera dei Colli

- Art. 7 - Missione
- Art. 8 - Visione strategica dell'Azienda
- Art. 9 - Valori e Qualità

TITOLO IV - Principi di organizzazione - Il Governo aziendale

- Art. 10 - Il Governo aziendale - Principi generali
- Art. 11 - Governo e risultati dell'Azienda
- Art. 12 - Il Governo clinico
- Art. 13 - Gestione delle risorse umane. Clima e benessere organizzativo. Formazione continua: strumento per la qualità e il governo clinico.
- Art. 14 - Il Governo economico
- Art. 15 - Il Controllo di gestione
- Art. 16 - Controllo di regolarità amministrativa e contabile
- Art. 17 - La separazione fra funzioni di governo aziendale e funzioni gestionali
- Art. 18 - Lo svolgimento delle attività: la natura e la forma degli atti.

TITOLO V - Partecipazione e tutela dei diritti dei cittadini

- Art. 19 - Partecipazione e tutela dei diritti dei cittadini
- Art. 20 - Sistema Informativo. Informazione e Comunicazione
- Art. 21 - La Comunicazione nell'Azienda Ospedaliera dei Colli

TITOLO VI - I sistemi di gestione e di governo aziendale

- Art. 22 - La programmazione come criterio guida aziendale
- Art. 23 - Il controllo interno e il ciclo di miglioramento continuo
- Art. 24 - La valutazione

- Art. 26 - Il Direttore Generale
- Art. 27 - Il Collegio di Direzione
- Art. 28 - Il Collegio Sindacale

TITOLO VIII - La direzione strategica aziendale

- Art. 29 - La Direzione Generale
- Art. 30 - La Direzione sanitaria e la Direzione amministrativa
- Art. 31 - Il Direttore Sanitario Aziendale
- Art. 32 - I Servizi delle professioni sanitarie infermieristiche, della riabilitazione e delle altre professioni tecnico-sanitarie
- Art. 33 - Il Direttore Amministrativo Aziendale

TITOLO IX - Gli organismi collegiali

- Art. 34 - Il Consiglio dei Sanitari
- Art. 35 - Comitato Unico di Garanzia per le Pari Opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni
- Art. 36 - Ufficio Relazioni con il Pubblico
- Art. 37 - Unità Organizzativa Gestione rischio clinico e Controllo qualità
- Art. 38 - Servizio prevenzione e protezione
- Art. 39 - Altri organismi

TITOLO X - Le macrostrutture organizzative

- Art. 40 - Principi generali
- Art. 41 - Livelli di governo
- Art. 42 - Gli Ospedali
- Art. 43 - L'organizzazione dipartimentale. Il Direttore di dipartimento - Il Comitato di dipartimento
- Art. 44 - Articolazione delle strutture operative
- Art. 45 - Autonomia gestionale delle strutture operative
- Art. 46 - Conferimento degli incarichi dirigenziali
- Art. 47 - Risorse materiali e tecnologiche: disciplina dei contratti di fornitura di beni e servizi
- Art. 48 - Le procedure contabili
- Art. 49 - Le reti professionali
- Art. 50 - Rapporti con Altre Aziende, Istituzioni ed Enti
- Art. 51 - Disposizioni finali

L' "Atto Aziendale" costituisce lo strumento giuridico mediante il quale l'Azienda Ospedaliera determina la propria organizzazione ed il proprio funzionamento, delineando gli ambiti della propria autonomia gestionale ed organizzativa, nel rispetto dei principi e dei criteri emanati dalla Regione Campania. La strutturazione dell'Atto Aziendale è tesa ad enfatizzare il ruolo dell'autonomia imprenditoriale dell'azienda, mediante il ricorso a forme e strumenti di intervento tipici del diritto privato e, dunque, del codice civile.

Il presente Atto rappresenta, quindi, il documento istituzionale programmatico della nuova Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale "Azienda Ospedaliera dei Colli", prevista per la prima volta nell'ambito del provvedimento di riassetto ospedaliero regionale, approvato con decreto n. 49 del 27 settembre 2010 dal Commissario ad Acta per la prosecuzione del Piano di Rientro del Settore Sanitario nella Regione Campania e costituita, quale Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale (Monaldi-Cotugno-CTO), ai sensi e per gli effetti del decreto commissariale n. 70 del 2.12.2010. Il presente Atto Aziendale risponde alla logica di delineare un perimetro di operatività che mantenga al centro la finalità sostanziale ed istituzionale tesa, sempre e comunque, al miglioramento dello stato di salute della popolazione, pur nel rispetto dei vincoli dell'equilibrio economico e della natura pubblicistica del servizio complessivamente reso ed inteso, nonché ai principi e criteri indicati dal Decreto Commissariale 33 del 17.05.2016 ad oggetto "Piano regionale di programmazione della rete ospedaliera ai sensi del DM 7/2015". Nella dinamica di attribuzioni e relazioni che ne consegue, trova, dunque, determinazione lo scenario strategico di azione ed autonomia in sede aziendale, costituito dalla ampiezza di discrezionalità attribuita, dalla normative di settore vigenti, alla Direzione dell'azienda, con la conseguente implicita definizione contingente della "governance", intesa come sistema complesso di vincoli, obiettivi e responsabilità, tutti poggianti e scaturenti dalle interrelazioni sinergiche e dai legami sussistenti tra politiche statuali e regionali, vuoi economiche che sanitarie, a loro volta coerenti con la necessità di assicurare il raccordo con gli obiettivi di finanza pubblica, nel più ampio contesto dello scenario regionale di rispetto dei vincoli e degli obiettivi fissati dal Piano di Rientro dal disavanzo.

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

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

Art. 1 - Principi generali dell'Atto Aziendale

L'Atto Aziendale definisce l'assetto organizzativo e i principi e le regole di funzionamento dell'Azienda, in grado di garantire i risultati attesi, in termini di salute, attraverso una flessibilità organizzativa e procedurale, tenendo, però, presente le dinamiche economiche connesse con le risorse assegnate e con le indicazioni regionali. Esso si basa su un assetto organizzativo e su principi e regole di funzionamento, in grado di garantire, tra l'altro, il decentramento dei poteri gestionali, anche attraverso un organico sistema di deleghe, ai dirigenti preposti alle strutture organizzative, individuati come centro di responsabilità, e un accentramento dei poteri di programmazione e di indirizzo in capo al Direttore Generale, coadiuvato dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo, in rapporto fiduciario.

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

Tutto ciò mentre, sempre più pressante, diventa la necessità di gestire in maniera condivisa, partecipata, efficace ed efficiente le risorse disponibili. Parimenti è necessario tenere nel dovuto conto che l'equilibrio economico – finanziario si pone quale condizione ineludibile per la sostenibilità dell'intero sistema e che il processo organizzativo da mettere in atto si inserisce in un quadro istituzionale che vede la Regione Campania impegnata a garantire la coerenza del rispetto delle indicazioni ministeriali con le linee di azione e le strategie previste nei programmi operativi regionali.

Art. 2 - Contenuti dell'Atto Aziendale

I contenuti dell'atto aziendale discendono direttamente dalle norme del D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i., e da altre norme della legislazione nazionale e regionale. L'art. 3, comma 1 bis del D.Lvo 502/92 recita *“In funzione del perseguimento dei loro fini istituzionali, le unità sanitarie locali si costituiscono in aziende con personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale; la loro organizzazione ed il funzionamento sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato, nel rispetto dei principi e criteri previsti da disposizioni regionali. L'atto aziendale individua le strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico-professionale, soggette a rendicontazione analitica”*

La Regione Campania, in data 24 luglio 2009, è stata sottoposta a commissariamento ai sensi dell'art. 4, comma 2, del D.L. 1 ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla Legge 29 novembre 2007, n. 222. Successivamente, con delibera del Consiglio dei Ministri del 24 aprile 2010, il nuovo Presidente pro-tempore della Regione Campania è stato nominato Commissario ad acta per il Piano di rientro con il compito di proseguire nell'attuazione del Piano stesso secondo Programmi operativi di cui all'art. 1, comma 88, della legge n. 191 del 2009. La citata deliberazione, nell'individuare gli atti ai quali attendere in via prioritaria, al punto k) dispone di procedere al completamento dell'assetto territoriale delle Aziende sanitarie e all'adozione dei nuovi atti aziendali. Con decreto commissariale n. 18 del 18.2.2013, la Struttura Commissariale ha ottemperato a quanto disposto dal citato punto k), provvedendo ad emanare specifiche direttive in merito alla formulazione degli atti aziendali.

commissariale n. 70/2010, che prevede che l'Atto Aziendale della neo azienda deve costituire anche modifica del Piano Attuativo Aziendale ai sensi decreti n. 33/2016, adotta un documento rappresentativo della complessità aziendale, modellato in funzione del fabbisogno indicato nel vigente Piano di riassetto della rete ospedaliera.

In particolare vengono definiti:

- la sede legale e il logo aziendale;
- la missione dell'Azienda (A.O.R.N.) nell'ambito dell'assistenza, in campo regionale e nazionale;
- la dotazione specialistica e di posti letto dei singoli plessi (Monaldi - Cotugno - CTO), secondo quanto previsto nella pianificazione attuativa del decreto commissariale;
- l'individuazione, tramite uno specifico allegato all'atto aziendale, dei Dipartimenti, delle Unità operative complesse, semplici dipartimentali e semplici, nonché dei Coordinamenti e delle Posizioni organizzative, come rideterminati a seguito della riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale e dal decreto n. 18 del 18.2.2013.

Nel predetto allegato, oltre alle articolazioni aziendali, sarà riportato;:

- a) gli organi e gli organismi aziendali e la relativa disciplina per la composizione e le funzioni;
- b) le funzioni attribuite al direttore sanitario e al direttore amministrativo, le attribuzioni dei dirigenti nonché le modalità per il conferimento di eventuali deleghe e gli ambiti delle stesse;
- c) le funzioni attribuite ai dirigenti titolari di responsabilità gestionali;
- d) i sistemi di valutazione e controllo;
- e) le modalità di rapporto e di collaborazione dell'azienda con le altre aziende sanitarie nonché con eventuali enti ed organismi, di cui all'articolo 4, comma 3, del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i.;
- f) le modalità di informazione sui servizi sanitari e di tutela dei diritti degli utenti, anche ai fini della corretta fruizione del sistema;
- g) i rapporti con gli enti locali;
- h) le modalità con cui dare attuazione alle disposizioni di cui al D.Lgs. n. 28/2010 che detta la nuova disciplina sulla mediazione finalizzata alla conciliazione nelle controversie civili e commerciali;
- i) la pianificazione attuativa redatta in conformità, per la parte applicabile, alle disposizioni del decreto commissariale n. 33 del 17/05/2016.

In ogni deliberazione o altro provvedimento aziendale successivo, che riguardi anche indirettamente l'assetto organizzativo dell'azienda, dovrà essere attestato che la statuizione è conforme alle previsioni del vigente atto aziendale.

Art. 3 - Regolamenti

Entro 90 giorni dall'approvazione dell'atto aziendale da parte degli organismi regionali competenti, ai fini di una sua corretta e completa applicazione, si procederà all'aggiornamento o all'adozione di regolamenti interni nelle seguenti materie:

- modalità di funzionamento del Consiglio dei Sanitari;
- modalità di funzionamento del Comitato di Dipartimento;
- modalità di affidamento, mutamento e revoca della direzione delle strutture e degli incarichi, le modalità di valutazione degli stessi e la graduazione delle funzioni;
- relazioni sindacali;
- modalità con cui l' Azienda appalta, o contratta direttamente, la fornitura di beni e servizi nel rispetto del decreto legislativo 12 aprile 2006, n. 163 e s.m.i. (c.d. Codice degli Appalti Pubblici) così novellato dal Dlgs 50/2016;
- formazione e aggiornamento professionale;
- modalità di gestione per obiettivi e di negoziazione del budget, nonché collegamento con il sistema premiante;

- modalità di funzionamento del Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni, ex art. 57 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 e s.m.i.;
- sistemi di protezione e sicurezza dei dati;
- sistema di misurazione e valutazione delle performance;
- contabilità;
- attività libero professionale “intramoenia”.

L’Azienda provvederà ad adottare eventuali ulteriori regolamenti per definire il funzionamento di altri organismi istituiti con il presente Atto e per l’organizzazione di altri settori di attività.

Tutti i regolamenti adottati saranno pubblicati sui siti web aziendali.

Titolo II - L' "Azienda Ospedaliera dei Colli"

Art. 4 - Costituzione, denominazione e sede legale

L’Azienda Ospedaliera di Riferimento Nazionale denominata "Azienda Ospedaliera dei Colli", ha sede legale in Napoli, via Leonardo Bianchi, partita IVA 06798201213. E' stata costituita, con personalità giuridica pubblica, con decreto del Commissario ad Acta per il Piano di Rientro per il Settore Sanitario della Regione Campania n. 70 del 2 dicembre 2010 ed è dotata, ai sensi e per gli effetti dell’art. 3, comma 1bis, del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i., di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica, con lo scopo di definire, sviluppare e governare l’attività svolta per il perseguimento delle finalità e degli obiettivi di salute individuati dalla programmazione regionale e nazionale. Svolge le proprie funzioni in osservanza della legislazione statale e di quella regionale, nonché secondo i principi del proprio Atto Aziendale, i relativi atti programmatici e quelli regolamentari che ne disciplinano l’attività.

L’Azienda è articolata territorialmente su tre ospedali: l’Ospedale V. Monaldi, presso il quale viene insediata la sede legale dell’Azienda, in via Leonardo Bianchi, l’Ospedale D. Cotugno in via G. Quagliariello e l’Ospedale C.T.O. in viale Colli Aminei n. 21. Nella sede legale vengono effettuate le attività aziendali di supporto e sono allocati gli uffici della Direzione Generale.

Art. 5 – Logo

Il logo aziendale è il seguente



Esso rappresenta la collocazione geografica dei tre ospedali, allocati su due colli, il Monaldi ed il Cotugno sulla collina dei Camaldoli ed il CTO sui colli Aminei.

E’ costituito da rappresentazione grafica dei due colli, il più grande dei quali diviso in due ulteriori unità, a rappresentare i due ospedali che insistono sulla collina dei Camaldoli. E’ in campo verde distinto in tre sfumature diverse (i tre Ospedali) coronato dalla dicitura “Ospedali dei Colli” e con testo in calce che riporta le denominazioni dei tre Ospedali.

Il sito Internet aziendale è denominato “Azienda Ospedaliera dei Colli”.

Art. 6 – Il Patrimonio

Il patrimonio dell' "Azienda Ospedaliera dei Colli" è costituito da tutti i beni mobili ed immobili ad essa appartenenti, trasferiti dalle sopresse Aziende Ospedaliere "Monaldi" e "Cotugno" e dall'Azienda Sanitaria Locale Napoli 1 Centro con riferimento all'Ospedale C.T.O., nonché da tutti i beni che andranno ad acquisirsi nell'esercizio della propria attività o a seguito di atti di liberalità. L'Azienda Ospedaliera, ai sensi e per gli effetti dell'art. 5, comma 2, del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i., dispone del proprio patrimonio secondo il regime della proprietà privata, in particolare secondo le disposizioni cui all'art. 830 del Codice Civile. I beni mobili ed immobili utilizzati per il perseguimento dei propri fini istituzionali costituiscono patrimonio indisponibile e, pertanto, non possono essere sottratti alla loro destinazione, se non nei modi stabiliti dalla legge.

Ai sensi di quanto disposto dal Decreto Commissariale n. 70 del 2.12.2010, acquisiti tutti i dati del trasferimento della gestione, l'Azienda provvede ad una ricognizione dello stato di consistenza dei beni patrimoniali, sia mobili che immobili, ricognizione che sarà approvata con atto deliberativo e costituirà documento di determinazione del patrimonio aziendale in uno agli altri atti relativi.

Titolo III – Il Ruolo dell' "Azienda Ospedaliera dei Colli"

Art. 7 - Missione

L' "Azienda Ospedaliera dei Colli" è una azienda pubblica di carattere sanitario, senza finalità di lucro e ad alta specializzazione. Assicura l'accoglienza ed il trattamento clinico-assistenziale più appropriato a tutte le persone che ad essa si rivolgono, in quanto portatrici di bisogni di salute. Le attività dell'Azienda sono svolte sulla base delle moderne conoscenze tecnico-scientifiche e grazie alle più avanzate tecnologie a disposizione, nel rispetto dei principi di etica, efficacia, efficienza ed economicità.

Funzioni della nuova Azienda

La nuova Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale (A.O.R.N.), prevista nell'ambito del provvedimento di riassetto ospedaliero regionale, approvato con decreto n. 49 del 27 settembre 2010 dal Commissario ad Acta per la prosecuzione del Piano di Rientro del Settore Sanitario, nasce dalla fusione delle disciolte Aziende Ospedaliere "V. Monaldi" e "D. Cotugno" e dall'accorpamento del presidio ospedaliero C.T.O. (Centro Traumatologico Ortopedico), prima appartenente all'ASL Napoli 1 Centro. In esecuzione del decreto commissariale n. 18 del 16.3.2011, l'Azienda ha assunto la denominazione di "Azienda Ospedaliera dei Colli".

Con decreto n. 70 del 2 dicembre 2010 dello stesso Commissario, la decorrenza giuridica della nuova Azienda è stata fissata a decorrere dal 1° gennaio 2011. Da tale data, le Aziende Ospedaliere "Monaldi" e "Cotugno" sono state sopresse e l'ospedale C.T.O. non fa più capo all'ASL Napoli 1 Centro. Per tale ultimo trasferimento, al fine di dare concreta attuazione al provvedimento commissariale, in conformità delle previsioni, si è provveduto a sottoscrivere appositi protocolli, d'intesa con il Commissario Straordinario dell'ASL Napoli 1 Centro, in data 22.12.2010 e in data 2.2.2011, per il trasferimento delle attività del CTO, per la individuazione dei correlativi posti letto da trasferire, del personale, delle strutture, dei servizi e delle attrezzature, della consistenze patrimoniali, nonché dei rapporti giuridici da inglobare nella nuova Azienda ospedaliera.

La costituzione della nuova Azienda rientra, quindi, nel piano di riassetto della rete ospedaliera regionale, il quale si è posto l'obiettivo di assicurare complessivamente un'offerta più adeguata ai bisogni dei cittadini, sia attraverso la riduzione delle attività considerate inappropriate, con la conseguente diminuzione del numero dei posti letto, sia mediante la riorganizzazione funzionale ed operativa delle strutture ospedaliere. Esso, inoltre, ha inteso individuare alcune realtà ospedaliere che, attraverso una stretta integrazione funzionale, garantissero obiettivi di razionalizzazione e di maggiore

ivi compreso quello di perseguire ulteriori finalità di integrazione assistenziale capace anche di invertire il trend della mobilità passiva. E' stato così previsto che l'Azienda Ospedaliera Monaldi, ad indirizzo pneumo-cardiovascolare, l'Azienda Ospedaliera Cotugno, ad indirizzo infettivologico ed epatologico, ed il presidio ospedaliero CTO, ad indirizzo neuro-ortopedico-riabilitativo, confluissero in una nuova realtà giuridica, costituendo un'unica Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale, costituita dai tre ospedali.

Nell'ambito del riassetto della rete ospedaliera, viene anche programmata l'inclusione nella rete dell'emergenza di alcune rilevanti attività della nuova Azienda, allo scopo di superare una criticità che da sempre ha connotato l'attività degli ospedali confluiti, le cui funzioni di alta specialità sono, ancora oggi, prevalentemente svolte in elezione. In particolare, l'attività cardiologica, centro di terzo livello, è filtrata dalla centrale operativa 118, con compiti di processazione delle chiamate ed identificazione della gravità/urgenza del caso, e coordinata da una centrale operativa cardiologica, per selezionare la costruzione del percorso assistenziale con funzioni di alta specialità adeguato alle esigenze del paziente.

PRINCIPI GENERALI DELL'ATTO AZIENDALE : I LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

Con il nuovo Piano ospedaliero 2016-2018, approvato con DCA n. 33 del 17.5.2016, la Regione Campania ha inteso provvedere alla riorganizzazione della rete ospedaliera regionale, precedentemente definita con il DCA 49/2010. L'analisi della domanda (oltre che dei bisogni), la corretta ricollocazione dell'assistenza nel setting assistenziale appropriato, la costruzione delle reti ospedaliere e territoriali, la presa in carico integrata del paziente, sono i drivers fondamentali su cui si ricolloca l'assistenza campana. L'inclusione del privato accreditato, l'introduzione delle strutture accademiche nei percorsi di emergenza/urgenza, un rinforzo più attento alle aree pubbliche della riabilitazione, il contrasto alla mobilità passiva, costituiscono nuove leve per quel cambiamento cui l'intero piano si ispira per il triennio 2016-2018. In particolare, l'unitarietà della programmazione assistenziale viene perseguita attraverso il riordino della rete ospedaliera e il fulcro della gestione della rete dell'emergenza/urgenza, con le necessarie reti tempo-dipendenti e di specialità. L'emanazione del DM 70/2015 impone un nuovo modo di programmazione dell'assistenza ospedaliera, nella riclassificazione della tipologia dei presidi ospedalieri e nella metodologia di calcolo della dotazione dei posti letto. La ricostituzione dei posti letto, soprattutto per l'area della riabilitazione e della lungodegenza, permette, poi, di offrire una risposta assistenziale ospedaliera diffusa su tutta la filiera, svincolando gli ospedali per acuti con un adeguamento delle aree della riabilitazione e della lungodegenza. Anche l'AORN Azienda Ospedaliera dei Colli è oggetto di attenzione e di coinvolgimento nella nuova programmazione regionale, per cui è investita del compito di adeguare il proprio vigente Atto Aziendale, approvato con DCA n. 11 del 23.2.2016, alla nuova realtà aziendale, modellata in funzione del fabbisogno indicato nel nuovo Piano di riassetto della rete ospedaliera e delle funzioni assegnate. Da ciò, il presente documento che costituisce modifica ed integrazione al vigente Atto Aziendale.

Restano comunque fermi i principi espressi nell'Atto Aziendale che rispondono alla logica di delineare un perimetro di operatività che mantenga al centro la finalità sostanziale ed istituzionale, tesa, sempre e comunque, al miglioramento dello stato di salute della popolazione, pur nel rispetto dei vincoli dell'equilibrio economico e della natura pubblicistica del servizio complessivamente reso ed inteso. Nella dinamica di attribuzioni e relazioni che ne consegue, trova, dunque, determinazione lo scenario strategico di azione ed autonomia in sede aziendale, costituito dalla ampiezza di discrezionalità attribuita alla Direzione dell'azienda, nel più ampio contesto dello scenario regionale di rispetto dei vincoli e degli obiettivi fissati anche dal Piano di Rientro dal disavanzo e connessi programmi operativi.

L'Ospedale "Vincenzo Monaldi" risale all'anno 1931, con l'inizio dei lavori di costruzione di un imponente complesso ospedaliero, voluto dall'allora Istituto Nazionale Fascista per la Previdenza Sociale (I.N.F.P.S.), per la cura dei pazienti affetti da tubercolosi. I lavori furono completati nell'aprile del 1939, allorquando fu inaugurato un moderno Sanatorio di circa duemila posti letto, immerso in un vasto parco sulla collina dei Camaldoli e denominato "Principe di Piemonte". Nell'immediato



solo con le attività cliniche, ma anche con attività di ricerca, facendone un polo di attrazione per numerosissimi medici italiani e stranieri che identificarono l'ospedale quale riferimento internazionale per la lotta alla tubercolosi. Tale proficua ed intensa attività scientifica portò alla pubblicazione della rivista "Archivio di Tisiologia", ancora oggi esistente nell'edizione di lingua inglese. Agli inizi degli anni '70, poi, l'ospedale fu intitolato al professor Vincenzo Monaldi e con la riforma Mariotti divenne Ente Ospedaliero.

Pur continuando ad essere il più importante Centro del Mezzogiorno per la tisiologia e le malattie dell'apparato respiratorio, negli ultimi anni l'Ospedale Monaldi ha allargato l'offerta dei propri servizi ad altre discipline mediche e chirurgiche. In una sinergia di rapporti con l'Università degli Studi di Napoli, ha aperto i suoi spazi alla Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Federico II ai fini dello svolgimento delle attività assistenziali, accogliendo le due cattedre di Malattie Respiratorie e, successivamente, anche alla Seconda Università di Napoli, ospitando le due cattedre della medesima disciplina, nonché le Cattedre di Cardiocirurgia e di Cardiologia. Nel 1995, a seguito di un'ulteriore riorganizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, l'Ospedale Monaldi diventa Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione, in considerazione di peculiari connotati di qualità acquisiti nel campo delle malattie cardiopolmonari che, coniugate alle altre varie discipline mediche e chirurgiche presenti in Ospedale e con il supporto specialistico di laboratori e gabinetti radiodiagnostici particolarmente attrezzati, lo rendono punto di riferimento nazionale ed internazionale.

L' Ospedale "Domenico Cotugno" è una struttura sanitaria a carattere monospécialistico, incentrata sulla diagnosi e la terapia delle malattie infettive. Nell'ambito della programmazione regionale essa si è configurata quale "Centro di Emergenza Regionale per la Diagnosi e la Terapia delle Malattie Infettive Complesse". Negli ultimi anni, l'ospedale ha assunto, quali finalità specifiche, la diagnosi, la terapia e lo studio delle malattie infettive. In tale veste ha partecipato ai programmi ed ai progetti-obiettivo regionali, nazionali ed internazionali, con particolare riguardo alla lotta contro l'AIDS. L'Ospedale si è anche integrato con altre aziende del Servizio Sanitario Nazionale e Regionale, nell'ambito di progetti comuni volti alla tutela della salute ed alla ricerca finalizzata, nonché con le attività territoriali, mediante la realizzazione di servizi di ospedalizzazione domiciliare e la partecipazione ai sistemi di assistenza domiciliare integrata, con riferimento alla propria specializzazione, in particolare alla cura domiciliare del paziente affetto da AIDS.

L'Ospedale CTO (Centro Traumatologico Ortopedico), originariamente monospécialistico, negli anni 80/90 si è arricchito di discipline e specialità per assicurare al paziente il necessario supporto al fine di evitare un'assistenza limitata alla sola disciplina ortotraumatologica e riabilitativa. Sulla scorta di tali motivazioni, negli anni '80 alla Unità Operativa di Oculistica si sono aggiunti gli Istituti Universitari (Neurochirurgia, Neurotraumatologia e Neuroradiologia) dell'attuale SUN, si è istituita la U.O. di Urologia e si è completata la strutturazione del Presidio, una volta confluito nella USL 42, con il trasferimento, dal Presidio Ospedaliero "Elena d'Aosta" delle UU.OO. di Medicina e Chirurgia, ed annesso Pronto Soccorso. Nella seconda metà degli anni '90 il C.T.O., confluito nell'ASL NA 1, è stato arricchito della U.O. di Neurologia con annessa Unità Stroke, nonché di un'Area centrale multispecialistica di DH/DS.

***IL RUOLO DELL'AZIENDA OSPEDALIERA DEI COLLI**

Un aspetto nodale della programmazione nazionale e regionale, è quello relativo alla individuazione delle strutture complesse, semplici e semplici-dipartimentali. Già il Comitato Permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA in condizioni di appropriatezza ed efficacia, di cui all'art. 9 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 (Comitato LEA), ha avuto modo di approvare, nella seduta del 26 marzo 2012, un documento "organizzativo" contenente i parametri standard per l'individuazione delle

Con nota 279-P del 17.7.2012, il Direttore Sanitario del Ministero della Salute, nel chiarire che “lo standard 17,5 posti letto per struttura complessa è da intendersi a livello regionale”, ha precisato che “ogni Regione, nell’ambito della propria autonomia gestionale e organizzativa, potrà emanare direttive, fermo restando l’obiettivo del raggiungimento di tali standard su scala regionale, articolando i parametri regionali anche in funzione delle riconosciute e documentate specificità tecnico-assistenziali, ovvero tecnico-scientifiche delle rispettive Aziende o Enti del SSN, che svolgono attività di alta specializzazione o di ricerca traslazionale, attività didattiche e formative, cui la Regione intende assegnare un particolare ruolo di rilevanza nazionale ed internazionale”.

La Regione Campania, con DCA 18/2013, ha articolato i parametri sopra riportati per la programmazione delle strutture complesse in ambito ospedaliero, in modo da tener conto del diverso ruolo svolto dalle strutture nell’ambito del servizio sanitario regionale e della maggiore o minore complessità dell’articolazione interna che si determina in funzione del numero e della rilevanza delle funzioni attribuite ed in particolare delle specificità tecnico assistenziali delle Aziende ospedaliere e delle esigenze scientifiche e didattiche delle Aziende ospedaliere universitarie e dell’IRCCS di diritto pubblico. Alla luce di tali considerazioni, i parametri fissati dal Comitato LEA per l’individuazione delle strutture complesse in ambito ospedaliero in Regione Campania sono stati così articolati:

- per i Presidi ospedalieri di ASL: 1 struttura complessa ogni 22 posti letto;
- per le Aziende Ospedaliere e per l’Ospedale del Mare: 1 struttura complessa ogni 16 posti letto;
- per le Aziende Ospedaliere Universitarie e l’IRCCS di diritto pubblico: 1 una struttura complessa ogni 14 posti letto.

Per i Presidi ospedalieri di ASL e per le Aziende Ospedaliere, le Aziende Ospedaliere Universitarie e l’IRCCS il numero di strutture complesse, semplici e semplici dipartimentali identificate in base agli standard di cui sopra è comprensivo dei servizi centrali sanitari (farmacia, radiologia, laboratorio di analisi, ecc.). Per le Aziende Ospedaliere, le Aziende Ospedaliere Universitarie e l’IRCCS non è comprensivo dei servizi centrali tecnici, professionali ed amministrativi (servizio tecnico, gestione del personale, ecc.). Per le unità operative complesse a direzione universitaria, presenti nelle Aziende ospedaliere e nei Presidi ospedalieri di ASL, si applica il parametro fissato per le Aziende ospedaliere universitarie (14 posti letto per UOC).

Il parametro per le strutture semplici e semplici dipartimentali è stato fissato in ragione di 1,31 per ogni struttura complessa.

L’ Azienda Ospedaliera dei Colli, nell’ambito della riorganizzazione successiva all’approvazione del Piano, procede, pertanto, con il necessario adeguamento dell’Atto Aziendale vigente, ad individuare e definire la tipologia ed il numero delle unità operative per ciascuna disciplina, con e senza posti letto. L’AORN Azienda Ospedaliera dei Colli garantisce così, con il proprio Atto Aziendale, il pieno rispetto del numero totale delle unità operative complesse, semplici e semplici dipartimentali come stabilito dal citato DCA 18/2013 e dal DM 70/2015. A tal fine la quantificazione del numero totale delle strutture complesse aziendali sarà operato rapportando gli standard del DCA 18/2013 al numero totale di posti letto programmati, riportati nella seguente tabella:

AZIENDA OSPEDALIERA DEI COLLI

Disciplina	Cod.	Posti letto
Cardiochirurgia (*)	07	42
Cardiochirurgia infantile	06	20
Cardiologia (*)	08	92
Chirurgia generale	09	58
Chirurgia toracica	13	22
Chirurgia vascolare	14	16
Day Hospital	02	0
Day Surgery	98	0

	97	4
Gasstroenterologia	58	8
Malattie infettive e tropicali	24	175
Medicina Generale	26	40
Nefrologia	29	6
Neurochirurgia (*)	30	24
Neurologia	32	16
Oculistica	34	12
Odontoiatria e stomatologia	35	0
Oncologia con p.l.	64	38
Ortopedia e traumatologia	36	60
Ostetricia e ginecologia	37	8
Otorinolaringoiatria	38	20
Pediatria	39	15
Pneumologia (*)	68	140
Psichiatria	40	0
Terapia intensiva	49	60
Terapia intensiva neonatale	73	19
Unità coronarica (solo come UOS) (*)	50	24
Urologia	43	20
DISCIPLINE SENZA PL		
Allergologia	01	
Anatomia e istologia patologica	03	
Dietetica/dietologia	111	
Direzione Sanitaria di Presidio	112	
Emodialisi	54	
Emodinamica (solo come UOS)	8	
Farmacia ospedaliera	105	
Fisica sanitaria	108	
Immunologia e centro trapianti	20	
Laboratorio analisi	106	
Microbiologia e virologia	107	
Neuroradiologia	104	
Radiologia	69	
Servizio trasfusionale	109	
Terapia del dolore con PL	102	
Tossicologia	42	
Dermatologia	52	
Medicina Nucleare	61	
TOTALE OFFERTA PER ACUTI		939

riabilitazione	n. 20 del	6 Marzo 2017	48
		56	
TOTALE OFFERTA LUNGODEGENZA E RIABILITAZIONE			48

TOTALE OFFERTA OSPEDALIERA			987
---------------------------------------	--	--	-----

Ad ulteriore precisazione della tabella sopra riportata, il numero dei posti letto viene suddiviso tra posti letto aziendali e a direzione universitaria (SUN e Federico II) è di seguito riportato:

- posti letto aziendali : 850
- posti letto a direzione universitaria : 137

per effetto dell'applicazione del DCA 18/2013 e dei parametri sopra riportati, si fornisce lo schema delle UOC e UOS/UOSD risultanti per l'Azienda dei Colli:

direzione:	nr p.letto
UNIVERSITA'	137
AZIENDALE	850
p.l. totali.	987
nr strutture	
UOC	63
UOS/UOSD	83

Va preso atto che con la nuova programmazione regionale, l'A.O. dei Colli, con gli ospedali Monaldi, Cotugno e CTO, identificata come DEA di II livello, viene inserita nella rete ospedaliera e nelle reti tempo-dipendenti. Dovrà, quindi, garantire la sua attività nel corso dell'intera giornata attraverso servizi di accettazione H24 per le discipline delle reti di emergenza IMA, Stroke e Trauma. In particolare, l'Azienda è individuata come Hub di II° livello, col presidio Monaldi, nella rete cardiologica e Spoke col CTO nella rete Ictus, in collegamento con L'A.O.R.N. Cardarelli, nonché CTZ col CTO nella rete traumatologica, e quale Hub nella terapia del dolore. L'Ospedale Monaldi assolve anche il ruolo di centrale cardiologica per i territori delle ASL Napoli 2 e Napoli 3. In ogni caso, l'Azienda procederà all'aggiornamento delle funzioni di emergenza-urgenza dopo l'approvazione del protocollo operativo regionale, previsto entro sei mesi dalla approvazione del nuovo Piano Ospedaliero.

Nella costruzione del nuovo organigramma funzionale dell'Azienda, occorre tener presente che, sulla base delle indicazioni e dei principi riportati nel Piano:

- i servizi di Dialisi (per i posti rene), Nido (per le culle) e Odontostomatologia (per le poltrone) sono dotati di posti letto tecnici o poltrone che non rientrano negli standard dei posti letto per acuti e, quindi, non vengono computati nella dotazione di posti letto assegnati;

- le UTIC di cardiologia adulti rientrano quali articolazioni funzionali del dipartimento medico-cardiologico, in quanto si registra una ragguardevole complessità dell'organizzazione e delle attività, atteso che l'Ospedale Monaldi è individuato, nella rete tempo dipendente dell'IMA, quale HUB di II livello per l'intera provincia di Napoli e assolve, conformemente a quanto previsto dal DCA 33/2016, anche il ruolo di centrale cardiologica per i territori delle ASL Napoli 2 nord e Napoli 3 sud.

Resta autonoma la Terapia Intensiva Neonatale (TIN), in relazione a precisa individuazione della struttura (19 p.l.), tenuto conto della ragguardevole complessità dell'organizzazione della rilevante attività, inclusa nella rete di emergenza pediatrica e delle patologie fetali;

- in ragione del coinvolgimento dell'Azienda nelle reti di emergenza (Hub di II livello della rete cardiologica, C.T.Z. Ospedale CTO, strutture di riferimento per altre attività in rete), saranno potenziate su h24 le attività e le discipline connesse alla piena funzionalità delle reti assistenziali innanzi riportate.

Per la presenza nell'Azienda delle UU.OO. di Chirurgia Toracica e di Pneumologia, viene confermata l'unità operativa autonoma di Terapia Intensiva Respiratoria (UTIR).

Unità Operative di Recupero e riabilitazione funzionale con post letto dedicata ai post letto, Cardiologia riabilitativa e di Riabilitazione respiratoria e ortopedica.

L'U.O. di Nefrologia e il Servizio Dialisi costituiscono un'unica Unità Operativa. La suddivisione dei posti letto fra ordinari e diurni verrà successivamente determinata.

La Cardiologia Pediatrica dell'A.O. dei Colli, clinicizzata dalla SUN, e la Cardiochirurgia Pediatrica sono confermate quali strutture autonome di riferimento. Esse operano mediamente su un bacino di 6 milioni di abitanti. L'U.O. di Cardiologia Pediatrica è fornita di laboratorio di emodinamica e di elettrofisiologia per la diagnostica morfofunzionale invasiva ed il trattamento interventistico. Presso questa struttura sono identificati Centri di riferimento per particolari funzioni, riferite a casi di alta complessità clinico strumentale quali diagnostica prenatale, malattie rare cardiovascolari, cardiopatie congenite dell'età adulta e cardiologia dello sport in età adolescenziale, garantita, in attività ambulatoriali, dalla cardiologia pediatrica e, prevalentemente, dalla UOSD di Diagnostica cardiologica integrata.

ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONI DI VALENZA REGIONALE E NUOVE FUNZIONI DELL'AZIENDA OSPEDALIERA DEI COLLI

Il D.M. 70/2015 ha imposto un nuovo metodo di programmazione dell'assistenza ospedaliera, nella riclassificazione della tipologia dei presidi ospedalieri e nella metodologia di calcolo della dotazione dei posti letto, assegnando agli ospedali ed alle aziende ospedaliere nuove funzioni o azioni nell'ambito di una rete specialistica particolare. Tale scelta programmatica assume un valore particolarmente strategico, specialmente per la rete dell'emergenza Ospedaliera dell'area metropolitana di Napoli. La rimodulazione e la riorganizzazione dell'Azienda tiene, quindi, conto di alcuni principi che sono direttamente collegati alla sua funzione e alla sua mission e rispettosi delle particolari funzioni assegnate con il decreto n. 33/2016. Ciò comporta che l'Azienda si conformi, in modo da assumere alcune connotazioni assistenziali individuate dalla programmazione regionale in funzione degli obiettivi prefissati. Funzionale, poi, sarà la propria azione in ragione del criterio di economicità e per garantire l'assistenza ad una parte della città di Napoli che, altrimenti, graverebbe su altri presidi, completando l'offerta attuale con alcune attività ed organizzazioni a valenza regionale, assegnate dal nuovo Piano.

Attività e organizzazioni di valenza regionale

Il DCA 33/2016 individua alcuni centri aziendali a valenza regionale ritenuti essenziali:

Centro di riferimento regionale per il trattamento dell'insufficienza epatica acuta . La precedente programmazione ha evidenziato che l'insufficienza epatica acuta, nelle sue espressioni cliniche di epatite fulminante e di insufficienza epatica acuta su malattia epatica cronica, sebbene non frequente (in Campania rispettivamente 10-15 e 75-100 casi/anno), costituisce una condizione di estrema gravità, ma tuttavia reversibile, in cui l'efficacia e la qualità dei trattamenti sono determinanti ai fini della prognosi. Un'esperienza consolidata e un approccio di tipo intensivo e polispecialistico, che metta insieme le competenze dell'infettivologo – epatologo e dell'interventista – rianimatore che operano in stretto collegamento con il Centro di Trapianti Epatici, costituiscono presidi terapeutici insostituibili e rendono razionale, anche in ragione della esiguità di casi, la centralizzazione. In Campania, la quasi totalità delle epatiti fulminanti, a causa della eziologia infettiva della maggioranza di esse, viene riferita a questa Azienda, Ospedale Cotugno, dove viene strutturata una Unità Operativa dedicata che opera in organica collaborazione con la terapia intensiva epatologica e con il centro trapianti epatici dell'A.O.R.N. Cardarelli, ed in rete tra le Unità operative campane di Malattie infettive, per il riferimento di tale patologia. In particolare, afferiscono a tale Centro, per quanto riguarda questa Azienda:

- una unità operative di malattie infettive per il trattamento dell'insufficienza epatica acuta, presso l'Ospedale Cotugno;
- una unità operativa per le neuropatie infettive, presso l'ospedale Cotugno;

Centro di III Livello a valenza regionale per le Patologie Fetali . Nell'ambito della costruzione della rete pediatrica e della necessità di offrire risposte assistenziali appropriate nella diagnosi prenatale, viene istituito un Centro Unico a valenza Regionale per la diagnosi delle Patologie Fetali. Considerata l'elevata specializzazione necessaria a garantire elevati standard di assistenza, tale Centro è istituito presso l'Azienda dei Colli, presidio Monaldi. L'attuale offerta assistenziale in ambito pediatrico dell'A.O.R.N. dei Colli riguarda prevalentemente le patologie cardiache, che vengono affrontate, nei loro vari aspetti, da tre U.O.C.: l'U.O. di Cardiologia pediatrica, dotata di servizi di emodinamica, l'U.O. di Cardiocirurgia pediatrica e l'U.O. di Terapia intensiva neonatale, che si incarica delle cure intensive dei neonati con patologie cardiache morfologiche e funzionali in ogni fase del percorso assistenziale. Tale Centro dedica, inoltre, una parte consistente della propria attività alla cura del neonato pretermine in tutti i suoi aspetti e del neonato a termine affetto da patologie maggiori, essendo inserita nella rete del servizio di trasporto regionale. Il modello finora realizzato ha senza dubbio ridotto la mortalità del cardiopatico critico in età neonatale e pediatrica, ma l'entità degli esiti neurologici, che colpiscono, almeno per le patologie cardiache più critiche, fino al 50 % dei sopravvissuti, impedisce di considerarlo davvero ottimale. La creazione di un percorso ostetrico, in sede, permette di completare l'offerta diagnostica di selezione delle gestanti portatrici di feti cardiopatici, inserendo stabilmente competenze ostetriche nel servizio di Ecocardiografia fetale, già esistente nell'ambito dell'U.O. di Cardiologia pediatrica, di gestire in loco la nascita e di offrire ai neonati così selezionati una immediata e tempestiva assistenza di stabilizzazione delle funzioni vitali e di neuroprotezione fin dalla sala parto e fino dai primi momenti di vita, aspetti largamente garantiti dall'U.O. di Terapia intensiva neonatale col supporto diagnostico e terapeutico delle due U.O. specifiche (Cardiologia e Cardiocirurgia), supportate ulteriormente da una UOSD di Terapia intensiva pediatrica. E' sul piano epidemiologico indiscutibile che una gran parte dei danni neurologici nel neonato affetto da una cardiopatia congenita critica derivino dal ritardo diagnostico e dalla improvvisazione dell'offerta assistenziale. La componente ostetrica del progetto si avvale di ambulatori per la gestione ed il monitoraggio della gravidanza, di ambienti dedicati al ricovero, all'espletamento del parto e alla sorveglianza dei neonati. Si tratta di un modello idoneo, che non ha eguali nella nostra Regione, in grado di accogliere anche soggetti provenienti dalle altre Regioni del Sud, regioni sprovviste di tali servizi, tranne poche apprezzabili eccezioni. Inoltre la stessa Ostetricia accoglierà parti programmati per gravide con problematiche cardiologiche di rilevante gravità, o con certificate patologie dalle quali potrebbero scaturire danni neurologici al neonato. A tal fine viene programmata una Ostetricia con posti letto dedicati senza pronto soccorso per il parto programmato delle pazienti.

Centro regionale per le Malattie Infettive Pediatriche. La carenza di luoghi di cura pediatrici dedicati alle Malattie Infettive, la necessità di garantire contemporaneamente cure efficaci, adeguata protezione, isolamento del piccolo paziente hanno indotto la Regione Campania ad istituire, presso questa Azienda, Ospedale Cotugno, un Centro regionale di Infettivologia Pediatrica, per il quale vengono previsti n. 15 posti letto di pediatria, con isolamento. Per la funzione, tale unità operativa sarà completata da una US di Infettivologia pediatrica, al fine di temperare in un'unica unità operativa entrambe le funzioni. L'Ospedale Cotugno, nella sua interezza, terapia intensiva inclusa, offrirà spazi e competenze alle necessità assistenziali ed operative e opportune valutazioni diagnostiche, chimico-cliniche, microbiologiche e virologiche, radiologiche, adattabili anche al bambino nei primi due anni di vita.

Centro Regionale di Ortopediatria . La progressiva mutazione demografica vede anche in Regione Campania la crescita della popolazione ultrasessantacinquenne. La maggiore complessità delle patologie ortopediche nell'età geriatrica legata a multipatologie e cronicità ha reso necessaria l'istituzione di un Centro Regionale di Ortopediatria presso l'Azienda dei Colli, Ospedale C.T.O., programma che sarà reso operativo da tutto l'Ospedale, terapia intensiva inclusa, con appositi percorsi assistenziali, e sarà

La salute mentale - Il Servizio Psichiatrico Ospedaliero di Diagnosi e Cura

Come previsto, la disattivazione del SPDC, prima ubicato presso l'Ospedale Monaldi, è già stata completata, con il rientro delle competenze e del personale all'ASL Napoli 1.

Si rappresenta, altresì, che funzioni diagnostiche di tale disciplina sono indispensabili all'Azienda, specialmente nell'ambito delle attività dell'Ospedale Cotugno, per le particolari patologie da esso trattate (specialmente per sindromi da immunodeficienze da HIV correlate), nella cura dei pazienti affetti da disagi psichici e sociali, frequentemente provenienti da diverse nazionalità. Così come si ritiene utile tale attività consulenziale e specialistica anche per i pazienti neoplastici e ancor più per quelli in attesa di trapianto cardiaco, per cui, in questo documento, si è ritenuto di mantenere attivo il Servizio di Psichiatria di consultazione, con 4 posti letto di DH, ubicati nell'Ospedale Cotugno, aperti a queste patologie, sottraendo i posti stesso, al fine di non alterare il totale concesso, alla disciplina di malattie infettive.

La Sanità Penitenziaria

Viene confermata la inclusione della struttura Aziendale nella rete per la Sanità penitenziaria, con i posti letto assegnati.

Attività nell'ambito dell'articolazione della rete dell'emergenza-urgenza

All'interno del quadro riportato, configurato sulla base dell'articolazione dei presidi per livelli di complessità secondo i criteri della rete dell'emergenza-urgenza, è prevista la costruzione delle reti per patologia che integrano l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale, secondo le indicazioni del regolamento, nonché il collegamento, particolarmente per quanto riguarda le reti per patologie tempo-dipendenti, alla rete emergenza-urgenza. Le reti cliniche tempo-dipendenti e di patologia previste sono:

- La rete cardiologica
- La rete per l'ictus;
- La rete per il trauma;
- La rete per l'emergenza pediatrica;
- La rete per la neonatologia con i punti nascita;
- La rete per la terapia del dolore;
- La rete delle malattie rare;
- La rete dei trapianti.

Le reti sono costruite secondo il modello hub e spoke, previsto su due o tre livelli.

Nell'ambito del riassetto della rete ospedaliera, viene programmata l'inclusione dell'AO dei Colli nella rete dell'emergenza, in particolare con ruoli di hub nelle principali reti di specialità, in particolare per patologie tempo-dipendenti, operanti, comunque, H24. Il Piano, in sintesi, prevede il suo pieno inserimento nelle reti tempo dipendenti come hub, per cui i pazienti potranno essere indirizzati dalla Centrale Operativa 118 direttamente (come trasporto primario), secondo protocolli specifici. L'Azienda viene individuata quale hub di II° livello, con l'Ospedale Monaldi, nella rete cardiologica e spoke col CTO nella rete Ictus, in collegamento con l'A.O.R.N. Cardarelli, nonché CTZ col CTO nella rete traumatologica e Hub per la terapia del dolore. L'Ospedale Monaldi assolve anche il ruolo di centrale cardiologica per i territori delle ASL Napoli 2 e Napoli 3.

Tale inclusione viene prevista dal Piano allo scopo di superare una criticità che da sempre ha connotato l'attività dell'Azienda le cui funzioni di alta specialità sono, ancora oggi, prevalentemente svolte in

... in grado di realizzare un processo di razionalizzazione delle prestazioni ospedaliere e una comunicazione con il territorio, con l'obiettivo di spostare il baricentro delle cure, ed elevare la qualità e l'appropriatezza dei servizi offerti.

Articolazione delle reti tempo dipendenti

La rete cardiologica.

La sindrome coronarica acuta (SCA) e le altre emergenze cardiologiche (scompenso cardiaco ed aritmie) costituiscono condizioni di alta frequenza e mortalità che presuppongono trattamenti di elevata complessità, che hanno nelle Unità intensive coronariche (UTIC), nei Servizi di Emodinamica interventistica (EI) e nelle UO di Cardiocirurgia i loro cardini assistenziali fondamentali. In particolare i Pazienti con SCA in accordo con le linee guida internazionali, si giovano di trattamenti intensivi, che includono la trombolisi farmacologica e, nella maggioranza dei casi, in tempi brevi o brevissimi, procedure invasive di pertinenza delle Emodinamiche Interventistiche, quali la coronarografia ed interventi di rivascolarizzazione. I documenti di consenso delle Società scientifiche e la Società Europea di Cardiologia sottolineano come per la gestione ottimale del paziente con IMA sia necessario un modello organizzativo coordinato di assistenza territoriale in rete. Tale organizzazione rappresenta il sistema organizzativo per la gestione dell'emergenza IMA, che integra i sistemi di intervento di emergenza-urgenza tra il territorio e ospedali a diversa complessità assistenziale, con interconnessione assicurata da un adeguato sistema di trasporto. Si tratta di una rete di intervento che parte dal territorio e si coniuga efficacemente con un'organizzazione interospedaliera, applicando protocolli diagnostico-terapeutici e percorsi differenziati (diretti, intra- e inter-ospedalieri) concordati, utilizzando Servizi ed Ospedali con funzioni differenziate per livelli di competenza e di risorse, e valorizzando l'importanza e la "pari dignità" di ogni ruolo e di ogni intervento. La Rete ha lo scopo di garantire a tutti i pazienti con infarto "STEMI" pari opportunità di accesso alle procedure salvavita di riperfusione coronarica, adottando strategie diagnostico-terapeutiche condivise e modulate, da un lato sul profilo di rischio del paziente e dall'altro sulle risorse strutturali e logistiche disponibili. Le principali finalità sono:

- ottenere il numero più elevato possibile di riperfusioni coronariche nell'IMA attraverso l'utilizzo di angioplastica coronarica o trombolisi;
- utilizzare il sistema di riperfusione più efficace per il paziente su tutto il territorio regionale;
- assicurare il trattamento interventistico con angioplastica al maggior numero di pazienti, in particolare a quelli con shock cardiogeno ed a più alto rischio, ed ai pazienti con controindicazioni alla trombolisi;
- ottimizzare i percorsi diagnostico-terapeutici dei pazienti con IMA attraverso una diagnosi precoce e l'utilizzo ottimale dei sistemi di teletrasmissione Elettrocardiografica a distanza in primis da parte del 118;
- migliorare la prognosi dei pazienti con IMA;
- razionalizzare l'impiego delle risorse.

Il modello organizzativo adottato dal Piano è quello di una rete di intervento territoriale imperniato sul Servizio di Emergenza del 118 (e poi la Azienda Unica Regionale per l'Emergenza e Urgenza Campana – AUREUC) a cui si affianca una rete interospedaliera coordinata di tipo hub e spoke; tale modello garantisce l'equità dell'accesso a tutti i cittadini, indipendentemente dal luogo in cui si manifesti il bisogno di assistenza. Esso si fonda sull'interazione e sulla complementarietà funzionale dei presidi e delle strutture indipendentemente dalla loro collocazione fisica ed amministrativa.

L'AO dei Colli entra nella rete delle emergenze cardiovascolari con accettazione H24 gestito dalla Centrale Operativa 118, quale HUB di 2° livello (Cardiologie con UTIC - Emodinamica Interventistica e Cardiocirurgia.) e l'Ospedale Monaldi assolve, conformemente a quanto previsto dal DCA 33/2016, anche il ruolo di centrale cardiologica per i territori delle ASL Napoli 2 nord e Napoli 3 sud.

La Rete per l'ictus.

Sulla base delle proposte elaborate da un Gruppo di Lavoro istituito nel 2012, è stato elaborato il modello di Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per l'ictus cerebrale. In questo ambito, l'Azienda Ospedaliera dei Colli viene individuata quale Hub, presso l'Ospedale CTO, dotato di unità

intensiva presso l'unità operativa di neurologia. Sono assegnate competenze anche di altri ospedali dell'Azienda, come chirurgia vascolare, fisioterapia, logopedia, assistenza psicologica. Per le emorragie cerebrali, ed in particolare per l'Emorragia Subaracnoidea si prevedono posti letto dedicati, che in relazione ai volumi di attività ed ai modelli organizzativi aziendali, possono essere allocati in neurochirurgia o nella unità stroke. L'Azienda adeguerà la propria organizzazione al fine di fornire assistenza completa, con personale dedicato e qualificato, al paziente con ictus cerebrale dalla fase acuta alla fase riabilitativa sino al rientro al domicilio. In ragione degli obiettivi regionali, la struttura sarà in grado di trattare chirurgicamente o per via endovascolare, in caso di necessità, anche i casi di emorragia cerebrale, incluso l'ESA e di effettuare la trombolisi sistemica e/o endovascolare, ove necessaria, nonchè di assicurare adeguata assistenza in ambiente idoneo a tutti i casi di ictus e TIA. Fa parte della rete, con posti letto dedicati, la struttura di riabilitazione multidisciplinare cod. 56.

La rete per il trauma.

Il trauma nei Paesi occidentali è la terza causa di morte dopo le malattie cardiovascolari ed i tumori e la prima causa nella popolazione al di sotto dei 45 anni. Riguarda prevalentemente fasce di popolazione attiva, costituisce un enorme costo sociale, con residue condizioni invalidanti. La rilevanza del tema è stata evidenziata anche per l'interessamento della Sezione I del Consiglio Superiore di Sanità su indicazione del Ministro della Salute con la produzione di un documento del luglio 2004. In esso si affronta la problematica dell'assistenza al trauma maggiore, individuando le seguenti condizioni al fine di garantire un'assistenza adeguata durante tutte le fasi del soccorso: 1) la necessità di un primo inquadramento generale dell'infortunato sul campo con riconoscimento preliminare delle lesioni e delle priorità terapeutiche; 2) la capacità di istituire sul campo e durante il trasporto le eventuali manovre di supporto di base ed avanzato della funzione respiratoria e circolatoria; 3) l'avvio del paziente alla struttura ospedaliera più adeguata, in grado di offrire un trattamento efficace e definitivo delle lesioni (che non è necessariamente quella più vicina al luogo dell'incidente); 4) la connessione operativa dei servizi per la gestione in fase acuta con le strutture riabilitative allo scopo di assicurare, secondo un principio di continuità terapeutica, la presa in carico precoce del paziente da parte dei sanitari deputati alla riabilitazione. Questi aspetti sono stati affrontati anche nell'ambito dell'accordo Stato Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano del 4 aprile 2002 sulle "Linee guida per l'organizzazione di un sistema integrato di assistenza ai pazienti traumatizzati da mielolesioni e/o cerebrolesioni", che ha individuato la necessità di sistemi integrati extra-intraospedalieri di assistenza ai soggetti colpiti da traumatismo (detti Sistemi Integrati per l'Assistenza al Trauma Maggiore, SIAT) imperniati su strutture ospedaliere specificamente competenti nella cura del trauma definite "Centri Trauma" o "Trauma Centers" e sui Centri di Riabilitazione. Più recentemente il Regolamento "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'Assistenza ospedaliera", approvato con Intesa Stato Regioni n. 95 del 5 agosto 2014, ha esplicitamente previsto la necessità di costituire sistemi integrati extra-intraospedalieri di assistenza ai soggetti colpiti da traumatismo detti SIAT. Il Centro Traumi è organizzato secondo il modello di un'unità operativa funzionale ed interdisciplinare all'interno di un Dipartimento di Emergenza Accettazione (DEA) di un Ospedale ("Trauma Team"), con funzioni di coordinamento delle varie competenze specialistiche che, pur mantenendo l'appartenenza alle singole unità operative, quando necessario, convergono e vengono finalizzate alla gestione del traumatizzato secondo protocolli prestabiliti e condivisi. La vittima di un trauma maggiore si giova non solo di una gestione multidisciplinare in urgenza/emergenza volta al trattamento delle lesioni prodotte dal trauma, ma anche di una tempestiva presa in carico da parte degli Specialisti di Riabilitazione che deve iniziare già in fase acuta con la formulazione di un progetto riabilitativo individuale, finalizzato al recupero del grado di funzione il più elevato possibile. L'introduzione nel Trauma Team degli specialisti di riabilitazione consente la valutazione precoce dei pazienti destinati ad un percorso riabilitativo e la messa in atto immediata di provvedimenti che favoriscono il successivo recupero funzionale. L'istituzione di sistemi integrati di assistenza ai soggetti colpiti da trauma denominati "Trauma System" o Sistema integrato per l'assistenza al trauma (SIAT) consente una riduzione dei decessi evitabili per trauma. La finalità di un SIAT è quella di assicurare la cura definitiva del paziente con trauma maggiore

abile e nel luogo più adatto. Si identifica quindi la struttura di riferimento che garantisce le funzioni, di un'organizzazione specifica per la gestione del trauma maggiore con la partecipazione degli altri Ospedali non compresi nella rete ma deputati alla cura dei traumi minori. Secondo il modello SIAT tutti i traumi con criteri di triage indicativi di trauma maggiore devono essere trasportati al centro trauma in relazione alla tipologia delle lesioni e alla necessità di eventuali alte specialità al fine di rispettare il più possibile il principio di centralizzazione primaria, cioè del trasporto immediato al luogo di cura definitiva. In caso di impossibilità al controllo e al trattamento in sede extraospedaliera dell'instabilità respiratoria o circolatoria da parte del personale sanitario, il paziente deve essere trasportato, indipendentemente dal tipo di lesioni, al più vicino centro trauma per la stabilizzazione iniziale per poi essere trasferito, se necessario, alla struttura di livello superiore, una volta ottenuto il controllo della funzione cardiorespiratoria, avvalendosi di tecnologie per la trasmissione di immagini e dati. Il principio operativo di centralizzazione permette non solo di ottenere la concentrazione della patologia maggiore in poche sedi ove vengono predisposte le risorse specifiche, ma anche di consentire un addestramento adeguato e continuativo delle équipes di sanitari. Il CTS (Centro Traumi ad alta Specializzazione) funge da ospedale di riferimento per i traumi della sua area di competenza e deve essere in grado di accogliere pazienti provenienti dal resto del SIAT con problematiche polidistrettuali o che necessitino di alte specialità, qualora non presenti presso gli altri Ospedali della rete: CTZ (Centro Traumi di Zona), PST (Presidi di Pronto Soccorso per Traumi). Il CTS, per il suo ruolo specialistico, deve sempre avere a disposizione letti in area critica per accettare i pazienti provenienti da tutto il SIAT, che richiedano le sue attrezzature e competenze. Nella maggior parte dei casi i pazienti traumatizzati gravi hanno un trauma cerebrale e/o midollare, motivo per il quale la neurochirurgia entra nella rete del SIAT. L'intero sistema è costituito da una rete di strutture ospedaliere tra loro funzionalmente connesse e classificate sulla base delle risorse e delle competenze disponibili in: - Centri Traumi di alta Specializzazione (CTS): afferenti a DEA di II livello con Trauma Team del Dipartimento di Emergenza dedicato alla gestione del Trauma maggiore, in grado di accogliere pazienti con problematiche polidistrettuali o che necessitino di alte specialità, qualora non presenti presso gli altri Ospedali della Rete (CTZ, PST).

L'Ospedale CTO è individuato, dal DCA 33/2016, quale Centro trauma di zona (CTZ). Viene assicurata l'integrazione con la Struttura di riabilitazione post-acuta, in modo da garantire la presa in carico del paziente ed ogni azione finalizzata ad una riabilitazione efficace. Il Centro si articolerà con una disponibilità 24 ore su 24 delle specialità di Chirurgia generale, Anestesia e Rianimazione, Ortopedia e Medicina d'urgenza; una logistica e una dotazione tecnologica appropriate alla gestione delle emergenze-urgenze; un laboratorio d'analisi, sale operatorie dove poter svolgere interventi dedicati, più eventuali specialità connesse per il trattamento del traumatizzato anche attraverso un modello di rete intraziendale. Al fine di conformare l'articolazione organizzativa del C.T.Z. dell'ospedale CTO a quanto previsto dal punto 9.3.3. -requisiti dei nodi della rete trauma del DCA 33/2016, si propone nell'allegata tabella relativa alla configurazione dei posti letto del CTO, l'istituzione dell'unità operativa Medicina d'urgenza (codice 51).

La rete per l'emergenza pediatrica

Il DM 70/2015 avvia la fase applicativa del processo di qualificazione e riorganizzazione della rete ospedaliera che, insieme a quella delle cure primarie, costituisce la fondamentale linea di programmazione sanitaria per la sostenibilità del SSN. Tale qualificazione e riorganizzazione è assolutamente indispensabile in Campania per la pediatria: infatti, pur essendo la regione Campania una regione caratterizzata da classi di età molto giovani, manca ancora di un sistema organizzato ed integrato di assistenza pediatrica. A tal fine occorre procedere: a) alla definizione di una rete dell'emergenza pediatrica attraverso un modello hub-spoke con la definizione dei ruoli e delle competenze che ogni singola struttura deve svolgere tenendo conto che, nella fase acuta l'organizzazione deve avvenire per livelli diversificati di intensità di cure; b) alla definizione di reti per le sub-specialità pediatriche e per la post-acuzie pediatrica, valorizzando le diverse eccellenze presenti sul territorio, attraverso un modello "poli-antenne", con la possibilità per un ospedale di essere "polo" per alcune specialità o "antenna" per altre; sono già preliminarmente definite, nel Piano ospedaliero, nelle specifiche sezioni, la rete post-acuzie, la rete oncologica, la rete delle malattie rare, la rete della terapia

alla riduzione dell'ospedalizzazione del bambino, del ricorso inappropriato al pronto soccorso, della continuità e coerenza dei percorsi assistenziali. La rete dell'emergenza pediatrica è strutturata attraverso il modello "hub e spoke". L'Azienda dei Colli, Ospedale Cotugno, si identifica, per le emergenze infettivologiche complesse e neuro-infettivologiche, come Hub regionale. Il Centro Hub, oltre a svolgere le precipue attività ad esso assegnate, funge da coordinamento per la redazione dei protocolli e dei percorsi diagnostico terapeutici che garantiscono l'efficienza e la sicurezza del funzionamento della rete. L'Unità operativa di pediatria (codice 39) ubicata nell'Ospedale Cotugno è inserita come hub regionale nel percorso delle emergenze infettivologiche complesse e neuro-infettivologiche, e sarà dotata di risorse strutturali e tecnologiche adeguate.

La Rete Neonatologica e i Punti Nascita

In Campania sono attivi tre Servizi di Trasporto di Emergenza Neonatale (STEN) che connettono i punti nascita di primo livello con le Terapie Intensive Neonatali (TIN) della Regione lavorando in modo non uniforme. Il D.M 70/2015 avvia la fase applicativa del processo di qualificazione e riorganizzazione della rete ospedaliera dei punti nascita che, insieme a quella delle cure primarie, costituisce la fondamentale linea di programmazione sanitaria per la sostenibilità del SSN. L'elaborazione dei nuovi schemi organizzativi in grado di rispondere in modo più adeguato a specifici bisogni dell'area neonatologica e pediatrica si basa sul cosiddetto "Sistema a rete" con lo schema hub & spoke. Tale sistema si pone l'obiettivo di: • garantire la centralità del bambino e della sua famiglia nel sistema; • garantire la libertà di scelta nella ricerca delle diagnosi e cure; • favorire l'erogazione delle prestazioni sanitarie di base e di maggiore frequenza in maniera diffusa sul territorio regionale, facilitando l'accesso degli utenti presso la sede di residenza; • individuare le Strutture di alta complessità e le Strutture di media complessità per l'erogazione delle prestazioni secondo criteri di qualificazione e grado di specializzazione delle stesse; • promuovere un razionale utilizzo delle tecnologie più complesse e costose; • promuovere la crescita culturale allo scopo di migliorare l'assistenza pediatrica delle strutture sanitarie regionali per ottenere una omogeneità di prestazione. Il modello prevede la concentrazione dell'assistenza di maggiore complessità in "centri di riferimento" (hub) e l'organizzazione dell'invio a questi "hub" da parte dei centri periferici dei piccoli pazienti che superano la soglia di complessità degli interventi effettuabili a livello periferico. È anche possibile che una struttura possa essere hub per una specialità e spoke per un'altra, integrandosi nel sistema a rete. Nell'attuale situazione della Regione Campania, si registrano diverse discrasie in merito all'efficacia della rete neonatologica e delle Terapie Intensive Neonatali (TIN), quali quelle relative alla elevata percentuale di trasferimenti di neonati pari a più di 1.600 all'anno (circa il 2,5% vs una media nazionale dell' 1,5%), l'assenza di un Sistema di Trasporto Assistito Materno (STAM), il cosiddetto "trasporto in utero" e la scarsa capacità delle neonatologie a trattare neonati che necessitano di cure intermedie, con trasferimento alle TIN anche di neonati che non richiedono cure intensive. Il Piano prevede una riorganizzazione della rete assistenziale neonatale che integra quanto previsto dalle Linee guida dell'accordo Stato-Regioni del 2010 "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo" con le disposizioni del DM 70/2015. Il Piano, pertanto, prevede due livelli di assistenza neonatale: • Livello 1: Neonatologia (cod. 62): che di norma prevede assistenza ai neonati fisiologici con problemi di adattamento alla vita extrauterina e neonati affetti da patologie (circa il 10% dei parti) che necessitano di cure intermedie e non richiedono cure intensive (ipoglicemia o tachipnea transitoria) e neonati prematuri > 34 settimane. • Livello 2: TIN (cod. 73): in grado di assistere neonati patologici, quali quelli bisognosi di terapia intensiva e ad alta complessità. Il Piano prevede presso l'A.O. dei Colli, UO di Patologia Fetale di III livello, la identificazione di TIN di Alta Specialità ovvero di posti letto dedicati ad alta specialità con bacino di utenza regionale ed extraregionale.

La rete di terapia del dolore si intende una aggregazione funzionale ed integrata delle attività di terapia del dolore erogate nei diversi setting assistenziali, che ha l'obiettivo di migliorare la qualità della vita delle persone adulte affette da dolore indipendentemente dalla sua eziopatogenesi, riducendone il grado di disabilità e favorendone la reintegrazione nel contesto sociale e lavorativo. I nodi della rete sono le strutture declinate, come da accordo sancito dalla Conferenza Stato Regioni 16 dicembre 2010, nelle Linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali. La rete include tutte le attività specialistiche orientate alla diagnosi, terapia, riabilitazione di patologie dolorose specifiche (compresa fisioterapia, geriatria, neurologia, oncologia, radioterapia) e unifica il trattamento del dolore oncologico e non oncologico. Il DCA 22/2015 stabilisce standard e fabbisogni e prevede, quale centro Hub, l'Azienda Ospedaliera dei Colli, per i territori delle Aziende Na1, Na3, Av, Sa.

La rete delle malattie rare

Con DM 18 maggio 2001, n. 279 il Ministero della Salute ha approvato il "Regolamento di istituzione della rete nazionale delle malattie rare e di esenzione dalla partecipazione al costo delle relative prestazioni sanitarie, ai sensi dell'articolo 5, comma 1, lettera b), del decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124", che prevede, all'art. 2, comma 1 l'istituzione di una Rete nazionale mediante la quale sviluppare azioni di prevenzione, attivare la sorveglianza, migliorare gli interventi volti alla diagnosi e alla terapia delle malattie rare, promuovere l'informazione e la formazione, ridurre l'onere che grava sui malati e sulle famiglie. Tale Rete deve essere costituita da presidi accreditati, preferibilmente ospedalieri, appositamente individuati dalle Regioni per erogare prestazioni diagnostiche e terapeutiche. La Giunta Regionale, pertanto, con D.G.R. n. 2751 del 14/6/2002 ha approvato l'istituzione di un Gruppo Tecnico di Lavoro costituito da esperti in Malattie Rare con il compito di individuare sul territorio regionale i Presidi di Riferimento specifici per le malattie o per gruppi di malattie rare sulla base dei criteri proposti dal Ministero e di definire e organizzare il flusso informativo per il Registro Nazionale delle Malattie Rare, i componenti del Gruppo sono stati nominati con DPGR 561 del 1/8/2003 su proposta dell'Assessore alla Sanità. Attraverso un'analisi preliminare sui ricoveri dei cittadini campani si è giunti all'identificazione delle strutture sanitarie che presentano la maggior casistica compatibile con Malattie Rare, tra le quali l'Ospedale Monaldi di questa Azienda Ospedaliera. Il Centro di Coordinamento Regionale per le MR e Registro Regionale Malattie Rare è istituito presso il Dipartimento Clinico di Pediatria dell'AOU Federico II.

La rete dei trapianti

L'attività di donazione e trapianto di organi e tessuti è il risultato di un complesso ed articolato percorso che coinvolge in maniera strettamente interdipendente diverse Strutture sanitarie che costituiscono la rete regionale dei trapianti. Tali strutture svolgono i compiti e le funzioni loro assegnati dalla normativa nazionale di riferimento, costituita dalla legge 91 del 1999 e da vari atti di indirizzo e linee guida della Conferenza Stato-Regioni. Nella nostra Regione, per meglio rispondere alle esigenze di integrazione dell'attività delle varie strutture sanitarie, con i Decreti del Commissario ad Acta n.30 del 18/03/2013 e n.103 del 25/10/2013, è stata previsto un modello organizzativo della rete trapiantologica innovativo con l'istituzione di un Dipartimento Interaziendale Trapianti (DIT) di cui fanno attualmente parte: 1. il coordinamento regionale delle attività di donazione e trapianto dell'AORN Cardarelli di Napoli, che è anche la sede della Direzione del Dipartimento e che svolge tutte le funzioni che la Legge 91/99 assegna al Centro Regionale Trapianti; 2. i coordinamenti ospedalieri presenti in tutte le strutture ospedaliere dotate di rianimazione; 3. il centro trapianti cuore dell'AORN dei Colli di Napoli; 4. il centro trapianti fegato dell'AORN Cardarelli di Napoli; 5. il centro trapianti di rene dell'AOU Federico II di Napoli; 6. il centro trapianti di rene dell'AOU S. Giovanni e Ruggi d'Aragona di Salerno; 7. il laboratorio di immunologia dei trapianti della AOU SUN di Napoli ed altre strutture sanitarie che forniscono supporto alla rete trapiantologica per effetto di convenzioni ed accordi sottoscritti con il DIT: il Laboratorio di patologia clinica del P.O. S. Paolo della ASL Napoli1centro; il Servizio di Anatomia patologica dell'AORN Cardarelli di Napoli; la Cattedra di Anatomia Patologica della AOU Federico II di Napoli. Il DIT, inoltre, mantiene stretti rapporti funzionali con le Banche dei Tessuti (Banca degli Occhi con sede presso il P.O. Pellegrini Vecchio della ASL Napoli1 centro, Banca del

Programmatore, recependo dalle Istituzioni regionali le linee di indirizzo e pianificando con gli Uffici preposti l'utilizzo delle risorse disponibili, b) Gestionale/Amministrativo, concordando l'attuazione della programmazione e degli indirizzi gestionali con le Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie sede delle strutture afferenti al Dipartimento, c) Operativo, garantendo il coordinamento operativo h24 di tutte le strutture coinvolte nel processo di donazione-trapianto, la gestione delle liste di attesa dei pazienti, il supporto dell'attività di procurement (mediante l'attività di un Coordinatore Attività di Prelievo (CAP) e di un pool di coordinatori ospedalieri), la formazione degli operatori della rete e la diffusione della cultura della donazione nella popolazione. Nelle more della piena attuazione di tale modello organizzativo ed al fine di garantire l'operatività della rete trapiantologica regionale secondo elevati standard qualitativi, il DIT si avvale dell'affiancamento del Centro Nazionale Trapianti.

Il consolidamento e l'ulteriore miglioramento dei risultati ottenuti dalla rete trapiantologica regionale rappresentano un obiettivo perseguibile mediante ulteriori interventi migliorativi da realizzare a vari livelli: • Coordinamenti Ospedalieri per la donazione - Istituzione, per altro già prevista e finanziata, di "Uffici di coordinamento" presso le strutture ospedaliere sede di neurochirurgia e, pertanto, dotate di maggiori potenzialità; - Inquadramento del profilo professionale del coordinatore aziendale e del personale dell'ufficio - Inserimento dell'attività di donazione tra gli obiettivi strategici di valutazione delle Direzioni Generali delle Aziende • Centri trapianto - Potenziamento delle piante organiche sia nella componente medica, chirurgica e clinica, che tecnico-sanitaria - Istituzione di un centro trapianti di rene pediatrico - Ripresa del programma di trapianto di rene da donatore vivente • Coordinamento Regionale - Completa definizione ed implementazione del modello gestionale del Dipartimento interaziendale - Potenziamento della pianta organica e stabilizzazione del personale già operante • Strutture per il follow-up - Individuazione di strutture periferiche di follow-up dei pazienti trapiantati da integrare con i centri trapianto in un modello funzionale di tipo Hub e Spoke.

L'Azienda partecipa all'attività del Dipartimento Interaziendale Trapianti, operando in sinergia con le indicazioni nazionali e regionali. Il potenziamento e le attività programmatiche, gestionali ed operative saranno considerati obiettivi annuali per gli operatori impegnati.

Art. 8 - Visione strategica dell'Azienda.

La ridefinizione del ruolo delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere operato dalla recente legislazione, in coerenza con l'analoga ridefinizione dei ruoli della Regione e delle Autonomie Locali, ha impresso una forte connotazione d'innovazione nella gestione delle aziende sanitarie mediante il riconoscimento dell'autonomia imprenditoriale.

Le logiche di governo e di gestione aziendale non possono prescindere dall'utilizzo di sistemi dinamici che si adattino al disegno strategico aziendale e collochino l'azienda come partner attivo e propositivo nella definizione, costruzione e realizzazione di un progetto sociale di salute.

La "**promozione**" diventa quindi il principio ispiratore dell'azione tecnica e organizzativa aziendale intesa come promozione di conoscenza, di autonomia e sviluppo della responsabilità individuale al fine di consentire la ridefinizione del valore della libertà di scelta quale massima espressione della centralità dell'individuo.

Per agire in tale direzione l'Azienda si propone:

- 1) di porre i bisogni dei cittadini al centro delle decisioni aziendali assumendo il principio della sussidiarietà e della responsabilizzazione sociale;
- 2) di investire in innovazione organizzativa, tecnologica e gestionale secondo il principio del miglioramento continuo;
- 3) di sviluppare idonee forme di comunicazione interna ed esterna come condizione indispensabile per attivare il processo di coinvolgimento degli operatori e dei cittadini nello sviluppo aziendale;
- 4) la ricerca e lo sviluppo di collegamenti stretti con tutte le eccellenze a vario titolo presenti nel campo dei servizi come condizione di confronto intorno alle competenze distinte;
- 5) di investire in formazione ed aggiornamento al fine di potenziare il patrimonio professionale presente.

l'Azienda Ospedaliera dei Colli riconosce come propria la missione di rappresentare una delle strutture di riferimento nell'assistenza ospedaliera per la Regione Campania (nonché di quelle viciniore), offrendo percorsi di integrazione culturale ed operativa alle altre strutture del Servizio Sanitario, in coerenza con i principi organizzativi di "rete" previsti dagli indirizzi regionali.

La riorganizzazione della rete ospedaliera campana rappresenta l'opportunità di determinare, in virtù del mutato quadro epidemiologico e della quantità e qualità delle cure, una riqualificazione dell'offerta, puntando fortemente su presidi maggiormente qualificati sia sul versante strutturale che su quello organizzativo. Il nuovo modello organizzativo è basato sull'integrazione funzionale delle strutture, capace di creare una rete di assistenza per la gestione globale del paziente. Altro elemento caratterizzante è l'integrazione, anche di più presidi, in un'unica realtà assistenziale che consenta di razionalizzare la distribuzione delle dotazioni tecnologiche, una maggiore efficienza del sistema, una revisione dell'offerta di assistenza che ponga i bisogni al centro di una programmazione, sostanziale e funzionale, nell'interesse del cittadino e con lo scopo di garantire, all'interno della Regione, il soddisfacimento di ogni necessità. In tale riorganizzazione, la nuova Azienda si avvale dei propri ospedali, direttamente gestiti, e si propone quale struttura di riferimento della sanità regionale e nazionale, secondo le specifiche aree d'intervento riconosciute nell'ambito del Piano Ospedaliero, frutto, peraltro, dell'elevato livello clinico-scientifico conseguito negli anni dai professionisti che hanno operato negli ospedali confluiti e della capacità di assicurare uno sviluppo tecnologico coerente con l'alta specializzazione dei settori di intervento, favorendo il miglioramento dei livelli di efficacia ed efficienza delle prestazioni prodotte. Opera, peraltro, per realizzare tutte le condizioni che vedono singole realtà aziendali integrate nella rete dell'emergenza-urgenza prevista da Piano Ospedaliero e per il potenziamento di quelle individuate quali Centri di riferimento regionale per particolari patologie, anche attraverso dipartimenti funzionali.

L'azione aziendale, sulla base delle risorse a disposizione, si adopera, quindi, per mantenere e sviluppare le aree che caratterizzano l'Azienda come struttura di alta specialità, sviluppando i rapporti di cooperazione con le altre strutture sanitarie regionali, nazionali ed estere.

A tale scopo, le azioni della Direzione strategica saranno tese a realizzare un modello di sviluppo continuo delle professionalità, individuando nelle persone che operano in Azienda e nel loro patrimonio professionale la principale risorsa, sulla quale fondare lo sviluppo continuo e sostenibile dell'Azienda nel suo complesso e ad applicare protocolli diagnostici, terapeutici e riabilitativi, nonché procedure sanitarie, assistenziali ed amministrative efficaci, efficienti ed appropriate, avviando logiche e strumenti del miglioramento continuo dei risultati, sia sul fronte clinico-assistenziale che su quello dell'efficienza gestionale.

Si svilupperanno i propri sistemi informativi, anche con mezzi informatici, al fine di favorire l'approccio al cittadino al sistema delle prestazioni sanitarie secondo la più concreta applicazione del principio della trasparenza e saranno consolidati i rapporti con le Facoltà di Medicina e Chirurgia delle Università di Napoli, attraverso il rinnovo delle convenzioni, garantendo così non solo un supporto clinico-assistenziale ma riproducendo quelle azioni di formazione e ricerca che sono alla base della crescita qualitativa dell'assistenza.

Art. 9 – Valori e Qualità

L'attività dell'Azienda si identifica nei seguenti valori:

- a) centralità della persona e uguaglianza di tutti i cittadini nel diritto a perseguire lo stato di salute;
- b) personalizzazione ed umanizzazione dell'assistenza, realizzate attraverso il mantenimento di comportamenti attenti alle necessità ed alle specificità dell'individuo;
- c) imparzialità ed efficienza nell'erogazione del servizio;
- d) confronto con la comunità e le istituzioni, come crescita per la ricerca di nuove soluzioni verso una sanità condivisa e realizzabile;
- e) introduzione dell'innovazione come sviluppo professionale, gestionale e tecnologico, sul quale sostenere i continui cambiamenti del settore sanitario-ospedaliero;

pazienti e degli operatori;

g) formazione e informazione come elemento di progresso professionale e culturale verso la realizzazione di ospedali orientati al costante miglioramento dell'attività clinico-assistenziale ed allo sviluppo di forme di educazione sanitaria partecipata;

h) corretta e preventiva gestione del rischio clinico e della sicurezza dell'ambiente di lavoro nel rispetto della normativa vigente, come impegno attivo degli utenti e dei dipendenti, attraverso la valorizzazione delle esperienze e l'analisi delle condizioni organizzative.

Titolo IV - Principi di Organizzazione – Il Governo Aziendale

Art. 10 – Il Governo Aziendale - Principi Generali

L'Azienda promuove le opportune forme d'integrazione della propria attività ospedaliera con quella delle altre strutture sanitarie della Regione Campania e nell'ambito del sistema delle reti cliniche del Servizio Sanitario Regionale. L'Azienda Ospedaliera, in linea con il ruolo assegnatole dalla pianificazione regionale, intende consolidare e potenziare la vocazione che la caratterizza. Particolare attenzione è, quindi, rivolta alle attività di eccellenza e alle specifiche indicazioni del piano regionale. Per raggiungere tali risultati, opera in maniera da verificare le reali richieste di salute della popolazione di riferimento e di quella regionale, attraverso opportuni studi epidemiologici e attraverso una verifica della cd. *mobilità passiva*, in modo da incrociare i bisogni e proporsi per una loro completa soddisfazione. Sono state operate, quindi, nei limiti concessi dal Piano Ospedaliero, riconversione dei posti letto rispetto a quelli assegnati, senza alterare il concetto di piano, di rete e di rientro economico.

L'articolazione e la dotazione delle specialità e dei posti letto, secondo le indicazioni di alla pianificazione operata con il decreto commissariale n. 33 del 2016 è riportata nell'allegato al presente atto aziendale.

L' "Azienda Ospedaliera dei Colli" si impegna ad organizzare l'attività in dipartimenti e a far sì che il budget assegnato a ciascuna unità operativa concorra a formare il budget dipartimentale. In particolare, è prevista l'istituzione di dipartimenti interspresidiali per funzioni omogenee e per l'interscambiabilità di risorse umane e, ove possibile, tecnologiche. L'organizzazione, centrata sul modello dipartimentale, determinerà una migliore allocazione degli operatori e un efficiente utilizzo delle risorse, assegnando tali gestioni alla diretta direzione e responsabilità del Direttore del Dipartimento, e contribuirà, oltre che a realizzare economie di scala, a porre al centro dell'attività il malato, in una costante ricerca di intervento multifunzionale.

Il modello aziendale sarà informato al principio della responsabilizzazione per obiettivi, per il conseguimento dei quali si presuppone l'autonomia, individuata dall'attribuzione alle Unità Operative, nelle quali si articola l'organizzazione, della qualificazione di centro di responsabilità e/o di centro di costo. La loro sussistenza è connessa al conseguimento di risultati, compreso quello di valorizzazione della produzione. La gestione per obiettivi rappresenta, infatti, un'assunzione di responsabilità dei risultati ottenuti non solo da parte di ciascuna articolazione operativa dell'Azienda, alla quale siano affidate risorse, ma anche dalla Direzione aziendale, la quale risponde del funzionamento complessivo dell'Azienda. Quest'assunzione individuale e collettiva di responsabilità (cioè, dei singoli dirigenti e dell'Azienda nel suo complesso), molto più degli aspetti economici o della consistenza delle risorse assegnate, rende la negoziazione di budget il momento centrale della gestione annuale dell'Azienda e la misura periodica della sua capacità di far fronte agli impegni assunti. La negoziazione del budget, lungi dal costituire l'occasione per avanzare o vedere riconosciute pretese, rappresenta un impegno specifico del dirigente a ottenere i risultati previsti con le risorse affidate e a subordinare alla realizzazione di questo impegno la valutazione del proprio operato ed il mantenimento delle responsabilità di direzione affidate. La Direzione strategica s'impegna a procedere al puntuale e periodico monitoraggio dei risultati e degli obiettivi assegnati.

entità di ciascuna struttura che compone la n...
procederà con azioni che hanno il compito di avviare e facilitare il processo di omogeneizzazione delle procedure e di coordinare, d'intesa con i Direttori Medici di Ospedale, idonei percorsi diagnostico-terapeutici e riabilitativi per le patologie che richiedono distinti ambiti di interesse disciplinare.

L'obiettivo, poi, della conferma della presenza della componente universitaria insieme a quella ospedaliera, è stata ritenuta determinante per promuovere i migliori livelli di qualità assistenziale, prendendo spunto positivo dalle ricadute derivanti dall'impulso della ricerca e dallo stimolo di una didattica che ormai investe la formazione di tutte le figure professionali impegnate nelle diverse attività del sistema sanitario. Il rinnovato rapporto con le Università garantirà, poi, un importante livello di partecipazione organizzativa con il compito di abbinare ad una eccellente assistenza una ricerca ed una didattica di pari livello qualitativo. In tale scenario si pone la gestione per aree omogenee delle attività affini; essa vuole essere una gestione che tende a garantire il migliore utilizzo delle risorse, secondo principi di equità di accesso, e il miglior livello di integrazione professionale, nonché ad offrire opportunità adeguate in relazione a ruoli, capacità ed attitudini, sia per la componente ospedaliera che per quella universitaria. Nel dipartimento e nell'area omogenea saranno valorizzati il ruolo delle funzioni di livello assistenziale elevato, (competenza specifica dell'Azienda), e quello di assistenza-ricerca-didattica propria del mondo universitario.

Annualmente, nell'ambito del processo di pianificazione, tenuto conto delle determinazioni che saranno adottate dalla Regione Campania anche con riferimento alla legge n. 189 del 2012, l'Azienda predispose, nel rispetto delle normative vigenti e dei vincoli della programmazione regionale, il programma annuale delle attività, nel quale sono evidenziate le azioni ed i volumi produttivi delle singole specialità, il relativo assorbimento di risorse, gli investimenti e, nel rispetto della legislazione regionale vigente in materia di bilanci, il conto economico dei costi e ricavi previsti per l'esercizio annuale di riferimento, dando così evidenza della programmazione economico-finanziaria di periodo.

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

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

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

Partendo dalla necessaria ricognizione dell'insieme dei processi attualmente in essere nelle tre realtà ospedaliere che compongono l'Azienda, è prevista la definizione di un progressivo programma in grado di risolvere le differenze non qualificanti tra strutture omogenee, adottando una metodologia interattiva di miglioramento continuo. Il programma delle attività sarà articolato come un documento che espone e giustifica i progetti, le risorse necessarie e le modalità

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

Art. 11 - Governo e risultati dell'Azienda

I risultati aziendali devono essere misurati allo scopo di rendere possibile l'analisi, l'interpretazione e la valutazione della capacità dell'Azienda medesima di perseguire le finalità generali ad essa attribuite, così come definite dalla sua missione, e gli obiettivi, strategici e direzionali, individuati dalle attività di pianificazione e programmazione aziendale quale momento di concretizzazione operativa della sua visione.

In questo senso, l'attività di valutazione dei risultati è articolata su cinque livelli:

- eticità:** interpretata come costante orientamento al bene comune;
- equità:** intesa come corretta distribuzione delle prestazioni a tutti i cittadini, senza alcuna distinzione di età, sesso, razza, credo religioso e convinzioni politiche;
- efficienza:** intesa come comparazione tra l'ammontare delle risorse, destinate o effettivamente impiegate e il risultato previsto o conseguito;
- efficacia:** misurata come capacità di perseguire gli obiettivi alla luce dei risultati finali (soddisfamento dei bisogni) e/o intermedi (prestazioni e servizi) conseguiti e focalizzata prevalentemente sugli aspetti qualitativi, con riferimento alle dimensioni della qualità professionale, percepita e gestionale;
- economicità:** interpretata come rapporto esistente tra le risorse, assegnate o effettivamente utilizzate, ed i risultati finali (soddisfamento dei bisogni) attesi o effettivi, allo scopo di formulare giudizi, di carattere preventivo ovvero a consuntivo.

Quest'ultima dimensione, *l'economicità*, pur considerando che l'attenzione deve essere rivolta prioritariamente a valutazioni relative alla qualità ed appropriatezza delle prestazioni in rapporto ai bisogni di salute attesi, ha un contenuto strategico, poiché è attraverso tale tipologia di valutazione che si decide di allocare risorse in un determinato settore, in ragione dei benefici attesi e conseguiti attraverso il loro impiego. A tale scopo il governo aziendale è organizzato e articolato allo scopo di presidiare:

- a) l'analisi delle condizioni di salute, di bisogno e della domanda di servizi, anche sulla base delle analisi epidemiologiche condotte a livello regionale, e del grado di perseguimento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA);
- b) la definizione del ruolo dell'Azienda nel soddisfacimento dei bisogni e della domanda espressa in coerenza con il ruolo svolto dalle altre strutture del Sistema Sanitario Regionale;
- c) la formulazione delle priorità d'intervento e di allocazione delle risorse (personale, tecnologia e spazi fisici) secondo principi e valutazioni di economicità;
- d) l'efficienza dell'Azienda e delle sue articolazioni organizzative, anche mediante analisi comparative;
- e) l'efficacia dell'azione aziendale misurata attraverso la capacità di perseguire gli obiettivi operativi definiti, dalla programmazione;
- f) l'appropriatezza utilizzando i livelli assistenziali adeguati per ogni singola prestazione.

La misurazione e la valutazione dei risultati sarà assicurata attraverso la progettazione e la realizzazione di un sistema informativo e statistico unitario, idoneo alla rilevazione di grandezze quantitative di diversa natura.

Il sistema informativo aziendale è implementato attraverso banche dati integrate e finalizzate alla produzione periodica di prospetti informativi strutturati per assicurare un servizio di supporto per tutte le articolazioni organizzative aziendali, per la Direzione Generale e per assolvere il debito informativo esterno.

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

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

In questo senso, la qualità cessa di essere una sorta di dimensione separata, collaterale e parallela, e diventa invece parte integrante del processo d'identificazione degli obiettivi delle singole aziende, dei meccanismi di definizione dei processi organizzativi come pure di quelli che presiedono alla definizione dell'allocazione delle risorse, oltre che, ovviamente, degli strumenti di valutazione delle attività delle singole unità operative e dei percorsi formativi offerti ai professionisti. In particolare, il monitoraggio di processi e di esiti, mediante un sistema di indicatori e lo sviluppo o l'adattamento e l'aggiornamento di procedure organizzative e di linee guida professionali, la verifica della loro applicazione, nonché l'insieme delle azioni finalizzate al controllo qualità rappresentano i determinanti di un efficace governo clinico.

In tale contesto una particolare attenzione deve essere posta alla gestione del rischio, attraverso l'implementazione di metodologie che, mediante un approccio sistemico, si prefiggano di esaminare i fattori che influenzano la pratica clinica in ogni suo stadio, fornendo indicazioni per appropriati interventi e piani di riduzione degli errori, facendo leva su un maggior coinvolgimento e responsabilizzazione degli operatori ed una migliore comunicazione e relazione fra professionisti, amministratori e cittadini. *In particolare, l'Azienda cura il monitoraggio delle situazioni di rischio e, al fine di ridurre le situazioni critiche e i connessi impegni di spesa, cura, studia ed adotta le necessarie soluzioni per la gestione dei rischi medesimi per la prevenzione del contenzioso e la riduzione degli oneri assicurativi.*

Il Governo Clinico fa capo al Direttore Sanitario d'Azienda, responsabile sia della qualità e della efficienza tecnica ed operativa delle prestazioni sia della distribuzione dei servizi. In tale attività, il Direttore Sanitario si avvale delle specifiche competenze assegnate al Collegio di Direzione, organo aziendale.

Obiettivo del Governo clinico è quello di orientare il sistema alle migliori pratiche cliniche, individuate su basi di efficacia, eliminando quelle di bassa qualità ed inefficaci, nel rispetto delle risorse disponibili. La responsabilità del governo clinico è propria di ogni livello organizzativo e professionale; essa è funzione peculiare attribuita ai responsabili della produzione con ruolo di direzione e gestione delle risorse.

Il Governo clinico si basa, quindi, su due principi fondamentali:

- a) definizione e, successivamente, sistematico monitoraggio e valutazione di standard predefiniti in grado di caratterizzare i processi clinico-assistenziali ed i livelli di servizio erogati dall'Azienda;
- b) sviluppo continuo delle professionalità degli operatori aziendali, affinché gli stessi siano sempre consapevoli del ruolo svolto all'interno dell'organizzazione e delle capacità che devono possedere per affrontare i problemi di salute dei pazienti.

Saranno, pertanto, perseguiti obiettivi generali di valorizzazione del clima e del benessere organizzativo, della gestione delle risorse umane, della formazione continua, quale strumenti per la qualità e il governo clinico.

Art. 13 – Gestione delle risorse umane. Clima e benessere organizzativo - Formazione continua: strumento per la qualità e il governo clinico

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

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

Ciò è necessario e indispensabile per:

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

La valorizzazione degli operatori della sanità rappresenterà, quindi, uno degli obiettivi prioritari di una concreta politica sanitaria.

Per conseguire questo obiettivo, l'azienda:

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

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

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

La formazione rappresenta il punto d'incontro tra il sistema organizzativo e la qualità delle prestazioni erogate e deve perseguire la concreta integrazione tra gli operatori che hanno la responsabilità della gestione dei processi produttivi. Inoltre, deve permettere di orientare e integrare le singole professionalità su progetti e risultati comuni in linea con gli obiettivi e gli strumenti di programmazione e gestione propri dell'Azienda ospedaliera. Per tale ragione l'offerta formativa sarà ampia e diversificata, sia nelle metodologie che negli strumenti formativi, per garantire percorsi di apprendimento coerenti ai bisogni dei partecipanti e trasferibili al contesto operativo di riferimento.

Inoltre, poiché la risorsa umana costituisce il fattore determinante che caratterizza la qualità delle prestazioni erogate dalle strutture sanitarie sarà prioritario sviluppare politiche formative ed informative orientate al raggiungimento degli obiettivi di salute, attraverso appropriati interventi che assicurino efficacia clinica - efficienza. Anche perché agli operatori del settore è richiesto un costante aggiornamento della professionalità incentrato, oltre che sulle conoscenze tecnico

In tal senso, l'Azienda prevede, come momento fondamentale dell'azione manageriale, l'elaborazione del piano formativo annuale che sarà costituito dalle attività formative annualmente pianificabili sulla base di obiettivi formativi nazionali, regionali ed aziendali, finanziandolo secondo le norme contrattuali e dall'accordo Stato - Regioni e Province autonome (Programma operativo 2011-2012) e secondo le indicazioni regionali.

Per tale funzione è prevista un'unità operativa dedicata.

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

Obiettivo strategico dell'Azienda è la promozione di tutte le azioni organizzative e gestionali che, nel breve e medio periodo, possano garantire raggiungimento di un Servizio Sanitario sicuro, efficiente ed in equilibrio con le risorse investite ed i risultati complessivi di salute raggiunti.

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

Art. 14 - Il Governo economico

L'Azienda si impegna ad assicurare i livelli di assistenza concordati e programmati con la Regione in modo efficiente e nel rispetto del principio di equilibrio economico finanziario di bilancio. A tale scopo l'Azienda definisce obiettivi operativi di attività e qualità in coerenza con le risorse effettivamente disponibili, integrando, in tal modo, la programmazione economico-finanziaria con il governo clinico aziendale.

Il Governo economico aziendale, in linea con le disposizioni del Dlgs 118/2011, si avvale dei seguenti strumenti di supporto:

1. bilancio di previsione;
2. bilancio aziendale annuale, composto, tra l'altro, del bilancio economico e di quello patrimoniale;
3. budget operativo, relativo alle unità operative.

Allo scopo di assicurare il controllo degli obiettivi economici e finanziari, l'Azienda si doterà dei seguenti strumenti:

1. contabilità generale economico-patrimoniale;
2. contabilità analitica per centri di costo.

Rientra tra le finalità del governo economico aziendale quella di emanare direttive volte alla piena applicazione dei sistemi contabili adottati, all'individuazione di criteri uniformi per la rilevazione dei dati elementari a valenza contabile e la loro elaborazione allo scopo di garantirne trasparenza, completezza, omogeneità e confrontabilità.

La responsabilità del governo economico sarà in capo a tutti i soggetti organizzativi dotati di uno specifico budget. Le posizioni che ricoprono una responsabilità di tipo funzionale, connessa all'acquisizione dei fattori produttivi (personale, materiali, servizi, ecc.) hanno una responsabilità di governo economico trasversale complessivo per i settori di competenza.

La Direzione Amministrativa Aziendale assume il ruolo di orientamento tecnico-metodologico e di coordinamento del governo economico aziendale, fermo restando che ogni singolo centro di responsabilità aziendale assume, attraverso le proprie scelte gestionali, il ruolo di primo responsabile del corretto governo economico.

Art. 15 - Controllo di gestione

L'attività economica dell'Azienda è ispirata alla razionale gestione delle risorse attribuite ed introitate, mediante valutazioni comparative dei costi, dei rendimenti, dei risultati.

Al fine di garantire un costante monitoraggio dell'esercizio annuale, l'Azienda definisce, implementa ed utilizza, ai sensi dall'articolo 4 del decreto legislativo 286 del 30 luglio 1999 (riordino e potenziamento dei meccanismi e strumenti di monitoraggio e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati dell'attività svolta dalle amministrazioni pubbliche), le tecniche di controllo di gestione, predisponendo un sistema di contabilità analitica coerente con i diversi livelli di responsabilità previsti dal modello organizzativo, assicurando, in particolare, l'adozione di strumenti e modalità di controllo che consentano l'utilizzazione dello strumento oltre la sfera di mera valutazione economica dell'efficienza gestionale, a supporto esclusivo della direzione generale, per evolvere invece verso una connotazione dello strumento di controllo che assuma funzioni più dinamiche, di supporto metodologico ed operativo alla direzione aziendale ed ai vari livelli in cui essa si articola, nella gestione del processo di programmazione e controllo.

Su tale sistema di contabilità l'Azienda basa i processi organizzativi propri del controllo di gestione, attuando in particolare le seguenti macro-fasi:

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

Ai fini dell'implementazione del controllo di gestione verranno prioritariamente definiti:

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

Inoltre verrà progettato, sviluppato ed utilizzato il proprio sistema informativo-informatico e le relative banche dati, in modo da consentire la realizzazione di tale processo. Il sistema informativo aziendale deve necessariamente essere in grado di garantire la congruenza e la certificabilità dei dati su cui il sistema informativo di controllo di gestione andrà ad effettuare le proprie attività. Il sistema informativo del controllo di gestione, infatti, dovrà utilizzare le informazioni strutturate e validate dai responsabili di ciascuna delle procedure integrate di cui è

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

L'Azienda prevede una specifica struttura per l'attività di programmazione, controllo e valutazione.

Art. 16 - Controllo di regolarità amministrativa e contabile.

Ai controlli di regolarità amministrativa e contabile provvedono gli organi appositamente previsti dall'art. 3 ter del D.Lvo. 502/92 e s.m.i. per la cui composizione e compiti si rinvia al titolo VIII.

Le verifiche di regolarità amministrativa e contabile devono rispettare, in quanto applicabili alla pubblica amministrazione, i principi del codice civile.

Ai sensi della legge 6 novembre 2012, n. 190 "*Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione*" entro il 31 gennaio di ogni anno, il Direttore Generale adotta il "Piano triennale di prevenzione della corruzione", curandone la trasmissione al Dipartimento della funzione pubblica.

Art. 17 - La separazione fra funzioni di governo aziendale e funzioni gestionali

L'art.4 del D. Lgs. 165/2001 sancisce il principio della distinzione tra funzioni di indirizzo, programmazione e controllo, da un lato, e funzioni di gestione dall'altro.

Sia la normativa nazionale che quella regionale in materia sanitaria, riservano tutti i poteri di gestione, nonché la rappresentanza legale dell'Azienda Sanitaria, al Direttore Generale, il quale è responsabile del raggiungimento degli obiettivi della programmazione sanitaria regionale e della corretta ed ottimale gestione delle risorse a disposizione dell'Azienda. Coerentemente ai principi esposti, il Direttore Generale conferisce, con atto amministrativo, delega ai dirigenti appartenenti alle aree professionale ed amministrativa per l'adozione, da parte dei medesimi, di atti di esecuzione e/o di attuazione in materie rientranti nella sfera di propria competenza, nonché per l'espletamento dell'attività di diritto comune connessa e correlata. Permane, quindi, in capo al Direttore Generale l'adozione degli atti di indirizzo, programmazione e controllo, nonché di tutti gli atti comunque di governo dell'Azienda.

Le funzioni centrali sono perciò dotate di autonomia, sono assegnate al diretto coordinamento della Direzione Amministrativa e della Direzione Sanitaria Aziendali, secondo le specifiche competenze.

Art. 18 - Lo svolgimento delle attività: la natura e la forma degli atti

L'Azienda persegue le proprie finalità agendo mediante l'esercizio dei poteri pubblicistici, espressamente attribuiti dalla legge e mediante atti di diritto privato.

Tutta l'attività istituzionale è svolta nel rispetto dei principi di legalità, imparzialità, buon andamento e semplificazione della attività sanitaria ed amministrativa; l'attività di diritto privato è svolta in conformità alle previsioni del codice civile e delle leggi speciali.

L'Azienda si riserva di emanare apposite linee guida e regolamenti sui criteri e sulle modalità generali di adozione degli atti, al fine di garantire omogeneità delle procedure.

Titolo V - Partecipazione e tutela dei diritti dei cittadini

Art. 19 - Partecipazione e tutela dei diritti dei cittadini

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

del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i., una specifica sezione amministrativa (delibere, determine, etc) e il loro accesso sarà libero e garantito.

La partecipazione e tutela dei cittadini viene garantita anche attraverso:

A. La Carta dei servizi

La Carta dei servizi è il patto che chi eroga un determinato servizio stringe nei confronti del cittadino/utente ed è ispirata ai seguenti principi informativi:

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

La Carta dei servizi indica il responsabile del servizio a cui potersi rivolgere per ottenere il rispetto degli impegni dichiarati, nonché le modalità per presentare reclamo, per ricevere risposta e per conoscere cosa il cittadino/utente possa fare nel caso in cui il suo reclamo sia stato respinto.

I destinatari della Carta dei servizi sanitari sono pertanto tutti coloro che intendono utilizzare i servizi ed usufruire delle prestazioni che l'azienda eroga. Contiene le informazioni che permettano all'utente di conoscere quali prestazioni e servizi l'azienda stessa si impegna a fornire, ma anche in che quantità, in che modo, in che tempi e con quali standard di qualità.

La Carta dei Servizi pubblici sanitari si conformerà allo schema, ai principi e ai contenuti di cui al DPCM del 19.5.1995, con particolare riferimento all'eguaglianza, alla imparzialità, alla continuità, al diritto di scelta, alla partecipazione, all'efficienza e all'efficacia delle azioni, individuando i propri indicatori di qualità e fissando i propri standard di qualità (generali e specifici). Sarà aggiornata annualmente e sarà resa pubblica e consultabile attraverso il sito web aziendale.

B. Conferenza dei servizi

Ai sensi dell' art. 14, comma 4, del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i., il Direttore Generale indice, almeno una volta l'anno, apposita Conferenza dei servizi, quale strumento per verificare l'andamento dei servizi e per individuare interventi tesi al miglioramento delle prestazioni.

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

Alla Conferenza dei servizi partecipano anche i rappresentanti delle associazioni che hanno stipulato convenzioni o protocolli d'intesa con l'azienda.

C. Audit Civico

L'audit civico rappresenta uno degli strumenti primari per la partecipazione, da parte dei cittadini, alle politiche sanitarie aziendali. E', infatti, una metodologia che ha la finalità di promuovere la valutazione, da parte dei cittadini, della qualità delle prestazioni delle Aziende Sanitarie Locali ed Ospedaliere.

Il processo di audit civico si basa sull'analisi critica e sistematica delle azioni svolte dall'Azienda, attraverso l'utilizzo di uno strumento metodologico che comporta la definizione di indicatori tramite la co-progettazione tra cittadini e referenti aziendali delle modalità di raccolta dati. I dati forniti dalla rilevazione degli indicatori verranno confrontati con le informazioni tratte da altri sistemi di monitoraggio delle strutture e dei servizi, quali, ad esempio, l'accreditamento, le segnalazioni dei cittadini, la documentazione riguardante delibere e provvedimenti aziendali, le liste di attesa, le interviste alle direzioni generali e sanitarie e la consultazione delle organizzazioni civiche.

D. Trasparenza e Integrità

Il d.lgs. n. 150 del 2009, attribuisce particolare rilievo al tema della trasparenza e dell'integrità valorizzando una nuova nozione di trasparenza intesa come "accessibilità totale delle informazioni concernenti ogni aspetto dell'organizzazione, degli indicatori relativi agli andamenti gestionali e all'utilizzo delle risorse per il perseguimento delle funzioni istituzionali, dei risultati dell'attività di misurazione e valutazione".

La trasparenza viene intesa quale livello essenziale delle prestazioni erogate, ai sensi dell'art. 117, secondo comma, lettera m) della Costituzione.

A differenza da quanto stabilito dagli articoli 22 e seguenti della Legge n. 241 del 1990, che disciplina il diritto di accesso ai documenti amministrativi qualificato dalla titolarità di un interesse azionabile dinanzi al giudice, il D.Lgs n.150 del 2009 propone, quindi, il concetto di "accessibilità totale", ossia un accesso da parte dell'intera collettività a tutte le informazioni pubbliche, secondo il paradigma dell'open government . Una tale disciplina è idonea a radicare, se non sempre un diritto in senso tecnico, una posizione qualificata e diffusa in capo a ciascun cittadino, rispetto all'azione delle pubbliche amministrazioni, con il principale "scopo di favorire forme diffuse di controllo del rispetto dei principi di buon andamento e imparzialità".

In tale direzione il "Programma triennale per la trasparenza e l'integrità", in allegato al Piano Triennale per la prevenzione della corruzione, diviene strumento principe di attuazione della disciplina della trasparenza finalizzata a garantire sia un adeguato livello di informazione che di legalità tesa allo sviluppo della cultura dell'integrità.

Con riferimento a tale Programma, si farà riferimento alle indicazioni della Commissione indipendente per la valutazione, l'integrità e la trasparenza (Civit), a partire dalla delibera n. 105 del 15 ottobre 2010, contenente apposite linee guida che indicano il contenuto minimo e le caratteristiche essenziali del Programma triennale e individua i dati che devono essere pubblicati sul sito istituzionale e relative modalità di pubblicazione. Collegamenti saranno previsti con il Piano della performance, in ragione sia dell'incremento delle informazioni e dei dati resi pubblici, sia in relazione alla riduzione dei costi di comunicazione interna ed esterna, tenendo presente l'attivazione, già avvenuta, di indirizzi di posta elettronica certificata (P.E.C.).

Il Programma verrà strutturato nelle seguenti parti, a loro volta suscettibili di articolazioni più specifiche:

- 1) Selezione dei dati da pubblicare
- 2) Descrizione delle modalità di pubblicazione *on line* dei dati
- 3) Descrizione delle iniziative
- 4) Sezione Programmatica
- 5) Collegamenti con il piano della performance
- 6) Descrizione del processo di coinvolgimento dei portatori di interesse (stakeholders)
- 7) Posta elettronica certificata
- 8) Giornate della trasparenza

Per quanto attiene al buon andamento dei servizi pubblici e alla corretta gestione delle relative risorse, la pubblicazione on line dei dati consente a tutti i cittadini un'effettiva conoscenza dell'azione dell'Azienda, con il fine di agevolare la pubblicità delle informazioni alla collettività. La suddetta pubblicità, consentendo dunque una effettiva conoscenza dell'azione della Direzione, costituisce il principale strumento informativo dell'andamento della performance e del raggiungimento degli obiettivi espressi nel più generale ciclo di gestione della medesima. In altri termini, si persegue la finalità di mettere a disposizione di tutti i cittadini i dati principali sull'andamento dell'amministrazione quali: gli obiettivi; i tempi di realizzazione, i costi specifici e le relative risorse, le modalità adottate e le procedure gestionali ed amministrative.

Il processo di programmazione aziendale prevede la consultazione delle parti interessate, in particolare quelle rappresentative di interessi collettivi come le OO.SS e le rappresentanze sindacali unitarie dei lavoratori. Sono pertanto definite adeguate regole di partecipazione del personale, attraverso le loro rappresentanze, per affrontare i problemi organizzativi, per valutare il lavoro e migliorare quantitativamente e qualitativamente l'offerta dei servizi e delle prestazioni.

Viene affermato il principio per cui la correttezza delle relazioni sindacali, la reciproca autonomia e la chiara distinzione dei ruoli, ma nel contempo un'effettiva assunzione e riconoscimento delle reciproche responsabilità, la precisa individuazione dei confini fra contrattazione decentrata, concertazione, informazione e consultazione, diventano aspetti ineludibili per un trasparente e proficuo espletamento delle rispettive attività con l'obiettivo di contemperare l'interesse dei dipendenti ed il miglioramento delle condizioni di lavoro e di sviluppo delle professionalità, con l'esigenza di incrementare l'efficienza, l'efficacia e la qualità dei servizi erogati alla collettività.

Con apposito Regolamento, saranno descritte le competenze, le procedure ed i termini della informazione, consultazione, contrattazione e concertazione interna ed esterna. Il Regolamento disciplina, anche, la informazione preventiva alle OO.SS. ed alle Rappresentanze Unitarie dei lavoratori di tutti gli atti inerenti interventi sull'organizzazione del lavoro e su tutti gli atti che hanno riflesso sui rapporti di lavoro. Inoltre, prevede regole per le sessioni di concertazione, consultazione e contrattazione; dovrà inoltre garantire l'effettiva fruizione delle prerogative e diritti per l'esercizio dell'attività sindacali.

In ogni caso il Regolamento tiene conto, nella sua formulazione, delle prerogative sindacali stabilite dai CCNL, conformemente a quanto disposto dal D.gls. 150/2009, come modificato ed integrato dal D.lgs. 141/2011 e s.m.i.

Art. 20 - Sistema Informativo - Informazione e Comunicazione

Il sistema informativo dell' Azienda è l'insieme:

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

Considerato che la Regione Campania ritiene strategico il ruolo del Sistema Informativo Sanitario Aziendale e Regionale (SISR) perché esso produce la conoscenza dei fenomeni e degli eventi in maniera analitica, completa, accurata, tempestiva ed omogenea, l'Azienda si conformerà alle relative linee guida, in modo che i relativi risultati costituiscano il necessario presupposto per programmare ed organizzare un'offerta dei servizi efficace ed efficiente.

I dati raccolti dall' Azienda devono consentire una lettura integrata degli eventi da essi rappresentati. La finalità sottesa a tale sforzo risiede nella possibilità di ottenere in maniera strutturata informazioni di sintesi che attengono da un lato alla domanda e all'offerta di Servizi Sanitari, da un altro allo stato di salute della popolazione e da un altro ancora alla gestione dell'azienda.

A tal fine, l' Azienda prevede il potenziamento e la riorganizzazione dei Sistemi Informativi aziendali le cui linee direttrici, coerenti con lo sviluppo del NSIS e del SISR e con gli indirizzi già contenuti nel Piano Sanitario Regionale 2010 - 2012, che saranno definite con apposito atto.

L' Azienda, inoltre, si impegna a promuovere, in linea con quanto disposto per le pubbliche amministrazioni dal nuovo Codice dell'amministrazione digitale (D.lgs. n.235/2010) l'utilizzo delle nuove tecnologie digitali per assicurare la disponibilità, la gestione, l'accesso, la trasmissione, la conservazione e la fruibilità dei documenti e delle informazioni. In tal senso la dematerializzazione intesa quale complesso intervento di semplificazione dei processi e di diminuzione delle fasi e dei passaggi del processo decisionale, snellimento dei procedimenti, semplificazione, governo del ciclo del documento in tutte le sue fasi incluso quello della conservazione, comunicazione digitale, controllo e riduzione del *digital divide*, rappresenta attualmente uno degli elementi di maggior rilievo all'interno dei processi di riforma dell'attività amministrativa e costituisce una delle linee di azione maggiormente significative anche a fini della

La dematerializzazione, in uno con lo sviluppo dei sistemi comunicativi, l'utilizzo costante e diffuso della rete aziendale intranet, per le comunicazioni interne, e i portali per la comunicazione, per quelle esterne, l'utilizzo e diffusione della poste certificate (PEC e CECAPAC), permette di facilitare il processo di democratizzazione aziendale con un migliore e puntuale dialogo sia tra le diverse strutture organizzative sia con i dipendenti che con i cittadini utenti. La dematerializzazione riguarda, dunque, sia la conservazione dei documenti amministrativi e sanitari che la comunicazione e lo scambio documentale, nell'ambito dell'azienda stessa e tra questa e l'esterno. Tale obiettivo è reso possibile, tra l'altro, dal ricorso alle nuove tecnologie della firma digitale e della posta elettronica certificata. Le tecnologie digitali devono anche essere messe al servizio del cittadino. A tal proposito è opportuno richiamare l'attenzione sull'utilizzo del sito web aziendale come strumento di comunicazione aperto e trasparente che, come tale, può essere di notevole valore in sanità in quanto, tra l'altro, offre l'opportunità di rendere pubbliche informazioni di estrema utilità per i cittadini sui servizi offerti, sulle modalità di fruizione degli stessi, sui tempi di attesa per le prestazioni. Per essere di effettiva utilità, l'Azienda ne curerà non solo l'allestimento ma il costante arricchimento ed aggiornamento. L'utilizzo di tali tecnologie sarà attentamente regolamentata e gli elementi fondamentali di tale azione regolatrice costituiranno parte integrale dell'atto aziendale.

L'azienda nell'atto aziendale istituisce per tale funzione una unità operativa dedicata.

Art. 21 - La Comunicazione nell' "Azienda Ospedaliera dei Colli".

La comunicazione istituzionale rappresenta uno dei terreni su cui si gioca la sfida del cambiamento. Attraverso le attività di informazione e comunicazione le aziende possono, infatti, da una parte rispondere ai doveri di trasparenza, imparzialità e parità di accesso che le leggi assicurano a tutti i cittadini, dall'altra diventare organizzazioni capaci di agire il proprio mandato istituzionale con un maggiore livello di coerenza rispetto ai bisogni dei cittadini.

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

Comunicare con i cittadini in maniera studiata, meditata ed integrata stimola la percezione e trasmette l'idea di una struttura amministrativa che funziona e che agisce in maniera coordinata. Per questo le attività di comunicazione accompagnano le strategie dell'organizzazione e si configurano come uno strumento del *policy making* in tutte le sue fasi, dalla individuazione dei problemi fino alla valutazione degli impatti prodotti dalle azioni amministrative.

Affinché l'Azienda possa raggiungere i propri obiettivi strategici, è necessario, quindi, adottare sistemi di comunicazione interna ed esterna convergenti ed idonei al risultato. In questa concezione la comunicazione interna intesa come messa in comune di esperienze, valori, responsabilità, come creazione di identità e di condivisione dei processi organizzativi, diventa, al pari della comunicazione esterna, motore dello sviluppo e quindi leva organizzativa strategica.

La comunicazione interna si pone come complementare e funzionale alla comunicazione esterna, dalla quale si distingue perché veicolo principale per condividere qualsiasi tipo di messaggio, sia informativo che funzionale, da parte del pubblico interno all'azienda stessa. La circolazione del flusso di informazioni deve essere convogliata in una rete strutturata di canali di divulgazione, in modo che sia facilmente fruibile e riconoscibile, sia per essere consultata che per essere alimentata.

Ogni dipendente deve poter essere messo nelle condizioni di conoscere i programmi della propria azienda e individuare il senso del proprio ruolo e lavoro all'interno di questi programmi. Perciò la comunicazione interna deve rendere espliciti, nell'organizzazione, i diversi apporti ma, soprattutto, ne deve valorizzare le integrazioni. Si tratta di rendere riconoscibile il ruolo di

Ciò è possibile attivando tipologie di comunicazione interna basate su processi di condivisione delle conoscenze e rispondenti a logiche differenti, che vanno ad incidere sul ruolo di appartenenza:

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

Al fine di garantire livelli di comunicazioni uniformi, l'Azienda predispone annualmente il piano di comunicazione. Il Piano di comunicazione è uno degli strumenti in grado di coniugare strategie, obiettivi, destinatari, azioni e strumenti di comunicazione secondo un disegno organico e razionale.

In questa accezione, dunque, il piano di comunicazione aiuta il governo della comunicazione nel senso che ne consente la finalizzazione (perché comunicare), ne individua gli attori (chi comunica e a quali destinatari), ne indica i prodotti (cosa si deve realizzare), ed indica con quali strumenti e con quali risorse si deve effettuare.

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

- in primo luogo, quello strategico, in quanto può aiutare l'organizzazione nell'implementazione delle proprie politiche;
- in secondo luogo, la facilitazione della convergenza tra le logiche della comunicazione interna e quelle della comunicazione esterna dell'azienda, favorendo quella che si può definire come comunicazione integrata;
- in terzo luogo, quello di incentivare la costruzione di relazioni bidirezionali tra l'organizzazione e i suoi pubblici di riferimento. Si tratta di relazioni consapevoli e costanti nel tempo, non casuali o episodiche, finalizzate alla coproduzione di senso e significati nello scambio comunicativo tra l'azienda e i suoi destinatari.

La costruzione del piano di comunicazione è un processo organizzativo che si articola in tre fasi distinte:

- pianificazione e redazione, fase in cui si arriva alla stesura del piano e che prevede l'analisi del contesto sia interno che esterno e la definizione di alcune variabili fondamentali quali:
- la segmentazione dei pubblici di riferimento l'individuazione dei target delle proprie azioni comunicative in modo tale da renderle efficaci e adeguate calibrandole sulle caratteristiche del pubblico esterno e degli attori interni a cui si rivolgono;
- la definizione degli *stakeholder*, ovvero coloro che possono essere definiti come soggetti "portatori di interesse della comunità". (ad es. enti locali territoriali, associazioni, ecc.);
- implementazione, fase della gestione e della concreta realizzazione dello stesso che deve essere affidata, in primo luogo, a chi detiene la responsabilità formale della comunicazione, ovvero le strutture che si occupano della comunicazione e delle relazioni esterne, l'Ufficio Relazioni con il pubblico, l' Ufficio stampa o gli uffici di informatica e web, coerentemente con il ruolo svolto nella fase di pianificazione, ed in secondo luogo, deve coniugarsi con il coinvolgimento e la partecipazione di altri soggetti appartenenti alla struttura;
- valutazione, fase di verifica dei risultati ottenuti, dell'impatto e degli effetti generati sul contesto interno ed esterno all'ente e delle eventuali discrepanze tra questi e gli obiettivi prefissati.

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

Pertanto, il metodo di redazione del piano di comunicazione contiene:

- l'analisi dello scenario;
- l'individuazione degli obiettivi di comunicazione;
- l'individuazione dei soggetti di riferimento;

...azioni e degli strumenti di comunicazione;
- la misurazione dei risultati.

Altro aspetto da evidenziare fortemente nel piano di comunicazione aziendale è quello relativo agli strumenti di ICT - Tecnologie dell'informazione e della comunicazione.

La diffusione dei supporti tecnologici, con un riferimento particolare alle tecnologie informatiche, ha aumentato di gran lunga le potenzialità offerte dalla comunicazione in termini di capillarità di velocità di diffusione del messaggio. Pertanto, nel Piano di Comunicazione devono essere previsti lo sviluppo di varie soluzioni tecnologiche per scambiare informazioni e attivare relazioni, sia all'interno dell'Azienda, sia con i cittadini.

L'azienda nell'atto aziendale istituisce per tale funzione una unità operativa dedicata, in uno all'U.R.P., di cui si rinvia a successivo articolo.

Titolo VI- I sistemi di gestione e di governo aziendale

Art. 22 - La programmazione come criterio guida aziendale

La gestione dell'Azienda è informata al ciclo programmazione – controllo – valutazione, in relazione alle linee programmatiche definite dalla Regione ed alla pianificazione strategica aziendale. I piani ed i programmi aziendali pluriennali sono sviluppati per esercizio di realizzazione e, successivamente, articolati rispetto al sistema delle responsabilità dirigenziali interne.

Il budget è lo strumento fondamentale per l'articolazione dei piani e dei programmi aziendali in obiettivi annuali rispetto al sistema delle responsabilità interne. Attraverso tale strumento, sono assegnate le risorse umane e materiali ai Centri di Responsabilità individuati in seno ai Dipartimenti ed in capo alle Unità Operative Complesse ed alle Unità Operative Semplici di valenza Dipartimentale. Sempre attraverso il budget, al medesimo livello di responsabilità, sono oggetto di negoziazione gli obiettivi quantitativi e qualitativi da perseguire in coerenza con l'attuazione del Piano Attuativo e con le risorse assegnate.

Allo scopo di assicurare il perseguimento efficace ed efficiente degli obiettivi strategici, oltre che nella logica dell'integrazione, ma anche con un'ottica trasversale rispetto alle responsabilità di tipo strutturale, l'Azienda può, nella gestione di processi produttivi o progetti strategici ad elevata complessità, riconoscere valenza di Centro di Responsabilità, di carattere permanente o temporaneo, ad aggregazioni di risorse, professionali e materiali, anche non in corrispondenza di una Unità Operativa. Gli obiettivi da assegnare a tali aggregazioni e le relative risorse necessarie per il loro perseguimento sono oggetto di specifica determinazione nell'ambito della negoziazione di budget.

Allo scopo di assicurare il sistematico monitoraggio degli obiettivi durante l'esercizio e la valutazione dei risultati conseguiti, l'Azienda predispone le condizioni tecniche, organizzative ed economiche per esercitare il controllo dell'attività e dell'assorbimento delle risorse rispetto alle articolazioni organizzative, le linee di produzione e i progetti identificati come Centri di Responsabilità.

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

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

processi organizzativi attraverso i quali si rende possibile la loro realizzazione, in uno con la relativa valutazione di incidenza economica. Essi devono assicurare idonea trasversalità, dovendo necessariamente coinvolgere diverse competenze dell'organizzazione aziendale, in modo da integrare funzionalmente le unità operative di volta in volta più direttamente interessate, assicurando in tal modo al processo la necessaria organicità e compiutezza.

La programmazione, inoltre, non si basa unicamente su criteri e valutazioni di efficienza ed economicità, dovendo essere prioritariamente connotata da valutazioni relative alla qualità ed appropriatezza delle prestazioni in rapporto ai bisogni di salute attesi.

La programmazione deve tradursi, quindi, in un complesso di decisioni strategiche in grado di delineare un insieme integrato e coordinato di criteri, strumenti e procedure, finalizzati ad attuare un complesso sinergico di azioni operative, coerenti con la pianificazione strategica, i cui risultati devono essere posti a verifica circa la rispondenza all'andamento gestionale con riguardo agli obiettivi prefissati di periodo.

Il programma delle attività deve essere articolato, quindi, come un documento che espone e giustifica i progetti, le risorse necessarie e le modalità organizzative/gestionali utili al perseguimento degli obiettivi socio-sanitari in relazione alla normativa e pianificazione vigente.

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

Art. 23 - Il controllo interno e il ciclo di miglioramento continuo

Gli obiettivi di budget, al pari di quelli strategici, non possono essere intesi come fattore di rigidità aziendale; gli obiettivi, infatti, sono formulati in condizioni di incertezza e, quindi, nell'ipotesi che si verifichino gli eventi previsti.

Durante il periodo di vigenza di ciascun piano strategico, o nel corso della gestione d'esercizio, molteplici possono essere i fattori che rendono impossibile perseguire un obiettivo. In questo senso, gli obiettivi aziendali, sia di breve che di medio o lungo periodo, devono essere intesi come mete orientative, sempre oggetto di verifica sistematica, che l'Azienda ed i suoi dirigenti devono essere sempre in grado di governare allo scopo di riorientare la gestione.

Il controllo deve essere organizzato in modo da monitorare il complessivo sistema di obiettivi e sub-obiettivi aziendale, allo scopo di produrre informazioni in grado di supportare il processo decisionale di tutti coloro che, all'interno dell'Azienda, hanno una responsabilità sui risultati:

- organizzativi;
- di appropriatezza;
- clinico-assistenziali;
- di soddisfacimento delle esigenze dei pazienti e dei loro familiari;
- economico-finanziari.

In questo senso, il controllo è un sistema ampio e in grado di monitorare sistematicamente tutte le dimensioni dei risultati aziendali così come definiti dal sistema degli obiettivi. In altri termini, l'Azienda intende superare il concetto tradizionale di controllo focalizzato sugli aspetti di natura economica e sui volumi di produzione immaginando, così, un sistema di controllo globale e in grado, al pari della programmazione, di integrare pienamente il concetto di governo clinico ed economico.

La realizzazione del sistema di controllo complessivo, avviene mediante la progressiva concretizzazione di un sistema di contabilità direzionale unico aziendale alimentato da tutti i sistemi contabili che misurano i fenomeni di gestione, siano essi di carattere qualitativo o quantitativo, rilevanti a fini di controllo e governo.

In considerazione del ruolo dei diversi strumenti di monitoraggio, finalizzati a garantire la possibilità di osservare i risultati di gestione da diversi punti di vista e nel rispetto delle diverse posizioni di responsabilità attivate, essi sono integrati nel sistema di contabilità direzionale unico allo scopo di esercitare il controllo, per unità operativa; ci si riferisce, in questo caso, tanto al

L'intera infrastruttura organizzativa e procedimentale avrà come *mission* quella di ridurre, progressivamente ma costantemente, il *gap* tra l'istante temporale in cui si verificano gli eventi aziendali e l'istante temporale in cui gli stessi vengono resi disponibili in modo organico, qualificato ed affidabile, al sistema direzionale.

Il sistema di contabilità direzionale aziendale verrà, progressivamente, integrato da altri sistemi atti ad assicurare:

- a) lo sviluppo continuo delle professionalità;
- b) la gestione dei rischi.

Il sistema di controllo, quindi, rappresenta la base per lo sviluppo del ciclo di miglioramento continuo, inteso come sistema basato sulla formulazione di standard, definiti attraverso la programmazione, e il loro sistematico monitoraggio allo scopo di verificarli e, nel tempo, migliorarli.

Il sistema di valutazione delle strutture e dei dipendenti delle amministrazioni pubbliche il cui rapporto di lavoro è disciplinato dall'*articolo 2, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165*, al fine di assicurare elevati standard qualitativi ed economici del servizio tramite la valorizzazione dei risultati e della performance organizzativa e individuale, è disciplinato dal decreto legislativo 150/2009 e dalle successive integrazioni.

Art. 24 - La valutazione

L'attività di valutazione è parte integrante e irrinunciabile della gestione; in tal senso valutare è sinonimo di decidere, essendo, al contempo, un momento di verifica e di formulazione di nuovi piani e programmi. Il sistema di valutazione delle strutture e dei dipendenti dovrà assicurare standard qualitativi ed economici tramite la valorizzazione dei risultati e della performance organizzativa e individuale.

Ciascuna articolazione organizzativa aziendale, purché titolare di un proprio budget di risorse economiche e finanziarie, è responsabile del coordinamento, organizzazione e gestione delle risorse assegnate allo scopo di perseguire, in modo efficiente ed efficace, gli obiettivi quantitativi e qualitativi negoziati.

Ciascun operatore, all'interno dell'Azienda, svolge un ruolo specifico, implicitamente o esplicitamente definito, nei rapporti con altri operatori o soggetti interni e/o esterni all'Azienda stessa che si concretizza nel gestire processi, quale combinazione di attività e operazioni elementari, dei quali si assumono le responsabilità dei risultati specifici, svolgere compiti e funzioni di controllo e ispezione, nel gestire o partecipare ad iniziative di carattere progettuale, sviluppare competenze e capacità professionali; assumere un comportamento coerente con la propria professionalità ed il ruolo assegnato nel rispetto delle direttive definite dal responsabile diretto.

La valutazione dei risultati conseguiti dai centri di responsabilità aziendali è volta alla verifica della rispondenza degli stessi con gli obiettivi concordati, a comprendere le cause degli eventuali scostamenti e ad individuare i punti di forza e di debolezza allo scopo di supportare i processi di programmazione futuri.

La valutazione dei risultati, in questo caso, è anche utilizzata allo scopo di supportare il sistema premiante aziendale nelle modalità e sulla base dei principi generali e i criteri definiti dalla normativa vigente. La valutazione delle performance individuali è improntata allo scopo di assicurare lo sviluppo continuo delle competenze professionali degli operatori e, quindi, alla verifica delle capacità sviluppate e alla pianificazione di quelle da conseguire. La valutazione individuale è esercitata anche allo scopo di valutare l'apporto dei singoli ai risultati dell'équipe di appartenenza e della capacità dimostrata di saper ricoprire il ruolo o la posizione assegnata.

La misurazione e la valutazione della performance sono volte al miglioramento della qualità dei servizi offerti, nonché alla crescita delle competenze professionali, attraverso la valorizzazione del merito e l'erogazione dei premi per i risultati perseguiti dai singoli e dalle unità organizzative

impiegato per il loro perseguimento. Saranno adottate modalità e st

garantiscano la massima trasparenza delle informazioni concernenti le misurazioni e le valutazioni della performance, nonché metodi e strumenti idonei a misurare, valutare e premiare la performance individuale e quella organizzativa, secondo criteri strettamente connessi al soddisfacimento dell'interesse del destinatario dei servizi e degli interventi.

Il ciclo di gestione della performance si articola nelle seguenti fasi: a) definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori; b) collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse; c) monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi; d) misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale; e) utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito; f) rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo, ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi.

La struttura tecnica permanente per le funzioni dell'unità interna di valutazione, ai sensi del D. Lgs. 150/09, è individuata nell'Unità operativa dedicata di Programmazione, controllo e valutazione.

Titolo VII - Organi dell'azienda

Art. 25 - Organi

Ai sensi dell'art. 3 del D. Lgs. n. 502/1992 e successive modifiche, sono organi dell'azienda:

- Il Direttore Generale;
- Il Collegio di Direzione;
- Il Collegio Sindacale.

Art. 26 - Il Direttore Generale

Il Direttore Generale, nominato dagli Organi della Regione Campania secondo le modalità previste dal decreto legislativo 502/92 e ss.mm.ii., è titolare della rappresentanza legale dell'Azienda e ne esercita tutti i poteri di gestione, adottando i provvedimenti necessari. E' responsabile delle funzioni di indirizzo, che esercita attraverso la definizione di obiettivi e programmi, e dell'imparzialità e del buon andamento dell'azione amministrativa. Verifica il risultato dell'attività svolta e la realizzazione di programmi e progetti in relazione agli obiettivi della gestione finanziaria, tecnica, amministrativa e sanitaria. Risponde alla Regione in relazione agli obiettivi assegnatigli all'atto di nomina e nell'ambito degli atti strategici e di programmazione regionale.

Il rapporto di lavoro del Direttore Generale è a tempo pieno e di diritto privato; si instaura con contratto disciplinato dal comma 6 dell'art. 3 e dal comma 8 dell'art. 3 bis del D.Lvo 502/92 e s.m.i. Il contratto è sottoscritto sulla base di uno schema approvato dalla Giunta regionale.

L'autonomo e pieno esercizio, da parte del Direttore Generale, delle funzioni gestionali dell'azienda è svolto nel rispetto dei poteri spettanti:

- alla Regione, che ne indirizza l'attività ed esercita il controllo sul suo operato;
- al Collegio di Direzione, secondo i compiti previsti dalle norme nazionali e regionali;
- al Collegio Sindacale, cui sono affidati i compiti di vigilanza sull'osservanza delle leggi e dei regolamenti e la verifica sull'attività contabile dell'azienda.

Il Direttore Generale provvede, in particolare:

- alla nomina del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo;
- alla nomina del Collegio Sindacale e alla sua prima convocazione nei termini di legge;
- alla costituzione del Collegio di Direzione e del Consiglio dei Sanitari;

Art. 27 - Il Collegio di Direzione

Il Collegio di Direzione è organo dell'Azienda. Esso concorre al governo delle attività cliniche, partecipa alla pianificazione delle attività, inclusa la ricerca, la didattica, i programmi di formazione e le soluzioni organizzative per l'attuazione dell'attività libero-professionale intramuraria. Concorre allo sviluppo organizzativo e gestionale dell'Azienda, con particolare riferimento all'individuazione di indicatori di risultato clinico-assistenziale e di efficienza, nonché dei requisiti di appropriatezza e di qualità delle prestazioni. Partecipa, altresì, alla valutazione interna dei risultati conseguiti in relazione agli obiettivi prefissati ed è consultato obbligatoriamente, dal direttore generale, su tutte le questioni attinenti al governo delle attività cliniche.

Il Direttore Generale costituisce con proprio provvedimento il Collegio di Direzione, adottando uno specifico regolamento per le modalità di funzionamento di tale organo che ne garantisca il regolare e costante svolgimento delle attribuzioni sia sul versante della partecipazione attiva alle funzioni su indicate sia al ruolo di organo di consulenza al Direttore Generale per l'espressione di pareri obbligatori su tutte le questioni attinenti il governo delle attività cliniche.

Il Collegio di Direzione è composta da:

- ✓ Il Direttore Generale, che lo presiede;
- ✓ Il Direttore Sanitario Aziendale;
- ✓ il Direttore Amministrativo Aziendale;
- ✓ i Direttori di Dipartimento;
- ✓ i Direttori Medici degli Ospedali Aziendali;
- ✓ il Dirigente delle professioni infermieristiche, riabilitative e tecniche sanitarie.
- ✓ il Dirigente responsabile dell'Unità gestione del rischio clinico/risk management o
- ✓ equivalenti;
- ✓ il Responsabile dell'Unità prevenzione e protezione del rischio o equivalenti.

Art. 28 - Il Collegio Sindacale

Il Collegio sindacale dura in carica tre anni ed è composto da tre membri, di cui uno designato dal Presidente della Giunta regionale, uno designato dal Ministro dell'economia e finanze e uno dal Ministro della salute.

I componenti del Collegio sindacale sono scelti tra gli iscritti nel registro dei revisori contabili, istituito presso il Ministero di grazia e giustizia, ovvero tra i funzionari del Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, che abbiano esercitato per almeno tre anni le funzioni di revisori dei conti o di componenti dei collegi sindacali

Di seguito si riporta il comma della legge regionale 20/2015 che sostituisce l'articolo 19 della legge regionale 32/1994 è sostituito dal seguente:

“Art. 19 (Collegio sindacale)

1. Il Collegio sindacale:

- a) verifica l'amministrazione dell'Azienda sotto il profilo economico;
- b) vigila sull'osservanza della legge;
- c) 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;
- d) riferisce almeno trimestralmente alla Regione, anche su richiesta di quest'ultima, sui risultati del riscontro eseguito, denunciando immediatamente i fatti in caso di fondato sospetto di gravi irregolarità;
- e) trasmette periodicamente, e comunque con cadenza almeno semestrale, una propria relazione sull'andamento dell'attività dell'Azienda sanitaria locale o dell'Azienda ospedaliera

Il Direttore Generale nomina il Collegio Specifico con specifico provvedimento e lo convoca per la prima seduta. Il presidente del Collegio viene eletto dai componenti all'atto della prima seduta.

In particolare, secondo quanto espresso dall'art. 3 ter del D.Lgs. 502/92 e s.m.i. il Collegio Sindacale esercita ogni funzione ad esso demandata dall'ordinamento giuridico.

Il Collegio Sindacale, in quanto organo istituzionale dell'Azienda, ferme restando le competenze e le responsabilità ad esso assegnate dalla normativa, ispira l'esercizio delle sue funzioni al principio della massima collaborazione e della sinergia operativa.

Il Collegio Sindacale collabora con il Direttore Generale fornendo elementi conoscitivi, dati contabili, stime finanziarie ed economiche, valutazioni di efficienza e di efficacia dell'azione dell'Azienda.

Titolo VIII - La direzione strategica aziendale

Art. 29 - La Direzione Generale

Il governo strategico aziendale è esercitato dalla Direzione strategica composta dal Direttore Generale, dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo, avvalendosi del Collegio di Direzione.

La direzione strategica definisce, sulla base delle indicazioni della programmazione regionale, le strategie e i programmi aziendali di cui controlla l'attuazione. Essa rappresenta, pertanto, la sede ove si svolgono le interrelazioni che consentono il perseguimento della "missione direzionale".

In particolare, spetta alla direzione strategica:

- a) l'individuazione degli obiettivi e dei programmi annuali e pluriennali definiti sulla base degli obiettivi istituzionali dell'azienda ed in coerenza con le linee di programmazione ed indirizzo regionale;
- b) l'organizzazione aziendale e la programmazione della produttività e della qualità delle prestazioni;
- c) la pianificazione delle risorse e degli investimenti;
- d) le relazioni interne ed esterne;
- e) la garanzia della sicurezza e la prevenzione;
- f) il controllo di gestione.

La direzione strategica è affiancata da funzioni chiamate a svolgere collaborazioni strumentali per il governo clinico ed il governo economico e gestionale dell'Azienda, i cui responsabili, sia di formazione gestionale che di formazione medica, rispondono direttamente alla direzione.

Art. 30 - La Direzione Sanitaria e la Direzione Amministrativa

Il Direttore Sanitario ed il Direttore Amministrativo sono nominati, con provvedimento motivato, dal Direttore Generale che risponde della verifica del possesso dei requisiti previsti dalla normativa vigente, acquisendo le necessarie certificazioni dei titoli e dei servizi svolti.

Il rapporto di lavoro del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo è a tempo pieno e di diritto privato e si instaura con contratto disciplinato dal comma 7 dell'art. 3 e dal comma 8 dell'art. 3 bis del D.Lvo 502/92 e s.m.i.. Il contratto è sottoscritto sulla base di uno schema approvato dalla Giunta regionale e deve essere trasmesso alla Regione entro dieci giorni dalla sottoscrizione.

Il Direttore Sanitario ed il Direttore Amministrativo concorrono al governo dell'Azienda e al processo di pianificazione e controllo strategico della stessa e coadiuvano il Direttore Generale nell'esercizio delle funzioni ad esso spettanti.

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

- elaborazione dei piani pluriennali, dei programmi annuali e dei progetti di attività;
- curano, per quanto di competenza, l'attuazione dei programmi e dei piani dell'azienda attraverso i servizi alle proprie dipendenze;
 - determinano, informandone le organizzazioni sindacali, i criteri generali di organizzazione dei servizi di rispettiva competenza nell'ambito delle direttive ricevute dal Direttore Generale;
 - verificano e controllano l'attività dei dirigenti dei servizi e adottano i conseguenti provvedimenti, anche di carattere sostitutivo, riferendone al direttore generale, anche ai fini del controllo interno;
 - svolgono ogni altra funzione attribuita loro dalle leggi e dai regolamenti.

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

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

Art. 31 - Il Direttore Sanitario Aziendale

Il Direttore Sanitario Aziendale è nominato dal Direttore Generale, ai sensi dell'art. 3 del D.Lgs. 502/92 e successive modifiche e integrazioni, e risponde allo stesso della gestione delle risorse e del raggiungimento degli obiettivi assegnati. Dirige i servizi sanitari ai fini organizzativi ed igienico-sanitari.

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

- a) partecipa con il Direttore Amministrativo, unitamente al Direttore Generale, che ne ha la responsabilità, alla direzione dell'Azienda;
- b) dirige i servizi sanitari negli ambiti previsti dal decreto legislativo 502/92 e successive modifiche ed integrazioni e dalle Leggi regionali, fatte salve le competenze, le responsabilità e le funzioni individuali dei singoli dirigenti previste dagli artt. 16 e 17 del D. Lgs. 29/93 e successive modifiche ed integrazioni;
- c) assume diretta responsabilità delle funzioni attribuite alla sua competenza;
- d) concorre, con la formulazione di proposte e pareri, alla formazione delle decisioni del Direttore Generale;
- e) svolge ogni altra funzione, ivi compresa l'adozione di atti a rilevanza esterna su delega del Direttore Generale, fermo restando ogni altra competenza attribuitagli dalla legislazione vigente, dall'Atto aziendale e dai Regolamenti aziendali;
- f) presiede il Consiglio dei Sanitari.

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

- a) analisi preordinate alla valutazione dello stato di salute della popolazione e dell'impatto sulla salute dei determinanti sanitari e non sanitari;
- b) sistemi informativi sanitari;
- c) sviluppo del governo clinico e della garanzia della qualità dei servizi;
- d) formazione;

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

Inoltre, il Direttore Sanitario, al fine dello sviluppo del governo clinico e della promozione della conoscenza e dell'utilizzazione degli strumenti che gli sono propri, promuove e si avvale dei Comitati, delle Commissioni, dei Gruppi di Lavoro previsti dalle normative vigenti o ritenuti opportuni nell'ambito dell'Azienda, intesi come momento di diffusione della conoscenza in medicina e nell'assistenza, nonché come strumento di sviluppo del miglioramento della qualità e del governo clinico.

Il Direttore Sanitario aziendale si avvale di specifiche funzioni strumentali di collaborazione.

Area di Responsabilità:

- dirige i servizi sanitari, in un rapporto di direzione che si concretizza da un lato, nel prefigurare gli obiettivi per raggiungere i quali detta criteri generali e di comportamento, e dall'altro nel porre in essere azioni mirate alla verifica dei risultati e alla realizzazione di modalità di coordinamento delle attività complesse;
- analizza lo stato di funzionalità, produttività e congruità dei servizi sanitari dell'azienda, identifica e misura i fenomeni sanitari caratterizzanti l'utenza di riferimento, proponendo modelli organizzativi volti al conseguimento degli obiettivi aziendali di efficacia efficienza e qualità dei servizi sanitari;
- orienta, sulla base dei volumi, della tipologia e delle caratteristiche dei prodotti/servizi definiti dalla funzione di committenza della Direzione Generale, la produzione delle gestioni dipartimentali al fine di rispondere adeguatamente alle necessità dell'utenza;
- assicura la realizzazione ed il raggiungimento dei progetti finalizzati alla integrazione organizzativa e funzionale delle diverse responsabilità e competenze, avvalendosi del supporto dei dirigenti responsabili dei dipartimenti;
- individua e propone gli standards qualitativi obbligatori in ordine alle modalità di conduzione delle attività sanitarie aziendali;
- persegue la ricerca degli ottimali equilibri "di ritorno" sugli investimenti di sviluppo dell'attività aziendale, fornendo pareri e proposte in merito all'acquisizione di strumentazione, in supporto alla direzione generale, nelle relative scelte/decisioni di spesa con valutazioni di costi/benefici;
- assicura, in collaborazione con il direttore amministrativo ed i responsabili delle direzioni funzionali, per quanto di propria competenza, la predisposizione del piano/programma pluriennale degli interventi immobiliari e delle acquisizioni di attrezzature sanitarie e non;
- presiede ed assicura il funzionamento del Consiglio dei Sanitari;
- inoltre il Direttore Sanitario, al fine dello sviluppo del governo clinico e della promozione della conoscenza e dell'utilizzazione degli strumenti che gli sono propri, promuove, presiede e si avvale dei comitati (CIO, Buon uso del sangue, etc.), delle commissioni, dei gruppi di lavoro previsti dalle normative vigenti o ritenuti opportuni nell'ambito dell'azienda, intesi come strumento di sviluppo del miglioramento della qualità e del governo clinico.

Livello di coordinamento

A livello dipartimentale, va considerata la presenza di un operatore professionale coordinatore per ogni dipartimento. L'operatore professionale coordinatore assume un ruolo di coordinamento e di responsabilità nella gestione delle risorse affidate al Dipartimento, appartenenti alle figure professionali in questione e a quelle ausiliarie addette specificamente all'assistenza, secondo l'assetto organizzativo aziendale vigente. Il livello di coordinamento afferisce, così, alla dirigenza del servizio in una logica di integrazione e continuità.

L'operatore professionale coordinatore persegue, congiuntamente agli operatori dei settori interessati, gli obiettivi di politica aziendale in termini di qualità tecnico-professionale, organizzativa ed umana, offerta e percepita dal paziente/utente, con l'individuazione delle risorse necessarie all'erogazione diretta e indiretta nell'ottica dell'efficacia, dell'economicità e della qualità del servizio erogato, in un'ottica integrata con l'équipe interprofessionale, nell'ambito di tutti i processi aziendali e delle finalità del Servizio Integrato.

Facendo riferimento al Dirigente di area (infermieristica, tecnico-sanitaria o riabilitativa) secondo le specifiche competenze e necessità, l'operatore professionale coordinatore, assegnato ai dipartimenti, tra l'altro, dovrebbe:

1. verificare il fabbisogno delle risorse assistenziali, tecniche o riabilitative, nonché ausiliarie, nell'ambito del dipartimento e delle singole unità operative afferenti, coordinando il lavoro dei singoli coordinatori di unità operativa (ex capo sala) per una integrazione del personale, un migliore utilizzo delle risorse comuni, una valutazione complessiva, d'intesa con il Direttore del Dipartimento, delle necessità e dei bisogni di intervento;
2. programmare e guidare l'inserimento e la valutazione del personale nel Dipartimento di competenza;
3. definire, d'intesa con i coordinatori di unità operativa, in équipe, i piani di lavoro, con relativa supervisione;
4. implementare gli eventuali modelli organizzativi indicati dalla direzione del servizio, in ragione degli obiettivi e dei relativi strumenti informativi;
5. programmare il controllo delle risorse materiali e professionali nell'ambito del budget di competenza;
6. controllare i servizi in gestione appaltata, sulla base degli indicatori prefissati;
7. promuovere e valutare la qualità dell'assistenza ed alberghiera, anche in relazione ad eventuali progetti aziendali;
8. definire, d'intesa con il Dirigente del Servizio, i processi informativi e formativi diretti alla umanizzazione dell'assistenza, tutela dei diritti dei cittadini e relazioni con gli organi specifici e di volontariato;
9. svolgere compiti di supervisione dell'attività formativa tecnico-pratica rivolta agli studenti infermieri.

Nella organizzazione della struttura del Servizio, può essere previsto che, per alcuni dipartimenti che prevedono varie figure professionali (operatori professionali) il coordinatore possa essere trasversale alle diverse professioni. In pratica, ad es., il coordinatore del Dipartimento dei servizi può essere sia un infermiere che un tecnico e il coordinatore dell'area neuro-ortotraumatologica può essere sia un infermiere che un tecnico di riabilitazione. Alla posizione di coordinatore sono richieste funzioni che vanno al di sopra della specifica professionalità tra cui quella di garantire la coerenza interna tra i diversi sviluppi professionali all'interno di un dipartimento.

I ruoli di coordinamento risultano quindi essere sia una necessità organizzativa che professionale in quanto rispondono alle tipiche esigenze di coordinamento delle risorse umane e

li unità organizzative, che di indirizzo e riferimento ai professionisti che assumono un ruolo di integrazione organizzativa definito da funzioni e livelli di responsabilità nella gestione di risorse affidate per il raggiungimento di obiettivi/risultati secondo l'assetto organizzativo aziendale. Il ruolo di coordinamento è una necessità organizzativa aziendale ma è anche un ruolo professionale di indirizzo e di controllo delle professionalità di riferimento.

Va, poi, considerato che al Servizio afferisce inoltre la gestione dell'assistenza alberghiera, il corretto utilizzo del patrimonio immobiliare, mobiliare e delle scorte di materiale di consumo, l'acquisizione di beni e servizi di competenza, la gestione delle risorse economiche, tutto ciò anche tramite sistematici e costruttivi rapporti con i Servizi erogatori di risorse tecnico - sanitarie e con le Direzioni di gestione attività tecniche e del patrimonio, di gestione risorse economiche, per l'acquisizione di beni e servizi. Tali attività, caratterizzate dalla necessità di un congruo grado di autonomia, troverebbero momenti di applicazione, controllo e gestione presso i singoli ospedali, con la previsione di operatori professionali con incarico di posizione organizzativa, assegnati alle Direzioni Mediche.

Il sistema dovrebbe garantire il fabbisogno organizzativo di efficienza, efficacia, ricerca della qualità del prodotto erogato in un'ottica di decentramento organizzativo, integrazione professionale e strutturale di coerenza. In pratica l'azienda deve tenere conto di tutti questi aspetti in un'ottica di efficacia e di efficienza organizzativa senza trasformare una realtà sanitaria intrinsecamente e naturalmente complessa in artificialmente complicata. La prospettiva appare piuttosto in linea con le attuali organizzazioni che vanno, ovviamente, ridisegnate nelle funzioni e nei compiti.

Le relazioni del Servizio con gli altri uffici dell'azienda (di programmazione, di progettazione organizzativa, di controllo di gestione, nucleo di valutazione, formazione e aggiornamento, qualità, ufficio personale, ecc.) devono costruirsi sulla logica della negoziazione della costruzione di processi per il raggiungimento di risultati nel rispetto degli obiettivi aziendali. In questa logica la direzione del servizio assistenziale si pone in una posizione di interrelazione funzionale.

Le relazioni con gli altri organi (Direttore Sanitario, Direttore Medico di presidio, Direttore di dipartimento, ecc.) devono costruirsi sulla logica della negoziazione della costruzione di processi per il raggiungimento di risultati nel rispetto degli obiettivi aziendali e del Servizio assistenziale. In questa logica la direzione/coordinamento di aree e U.O. si pone in una posizione di integrazione funzionale mantenendo autonomia gestionale nella gestione della risorsa umana.

Le politiche del personale si collocano rispetto alla strategia aziendale in una posizione proattiva e di anticipazione, allo scopo di rimuovere vincoli e sviluppare opportunità tanto per l'azienda quanto per il personale. La progettazione organizzativa della direzione deve tenere conto di due esigenze:

- 1) necessità di concentrare certe funzioni, di renderle omogenee e coerenti con la cultura aziendale e di affidarle a dirigenti dotati di professionalità specifica, per ragioni di economie di scala e di unità di direzione;
- 2) necessità di responsabilizzare la linea (livello intermedio di coordinamento), di dotarla di capacità di iniziativa e di risposta autonoma e rapida, di avvicinare il momento in cui sorgono i problemi e il momento della loro soluzione, di utilizzare e valorizzare le competenze di chi è a contatto diretto con il personale e con le problematiche funzionali.

Di conseguenza il modello organizzativo dovrà adottare soluzioni che siano in grado di coinvolgere i livelli intermedi di direzione nel momento di elaborazione delle politiche del personale e delega alla stessa di aspetti rilevanti della loro gestione operativa e di supportare i livelli di direzione intermedia nella soluzione dei problemi e durante i processi di cambiamento, attivando interventi di formazione e sensibilizzazione dei responsabili di linea sulle problematiche del personale, tecnologiche, economico-finanziarie affinché siano in grado di comprendere le reciproche esigenze.

programmazione a lungo e medio termine (di norma annuale) che definisce gli obiettivi da conseguire nel periodo di esercizio e si articola in base a due linee di indirizzo, che devono trovare nell'operatività organizzativa un livello di coerenza. A livello delle aree e delle unità operative occorre perseguire l'efficacia e l'efficienza delle prestazioni assistenziali e tecniche. A livello di direzione infermieristica l'efficacia e l'efficienza organizzativa che garantiscono la scelta del migliore processo organizzativo-gestionale rispetto all'ottenimento di risultati e del migliore e più razionale utilizzo delle risorse.

Art. 33 - Il Direttore Amministrativo Aziendale

Il Direttore Amministrativo Aziendale è nominato dal Direttore Generale ai sensi dell'art. 3 del D. Lgs. 502/92 e risponde della gestione delle risorse e del raggiungimento degli obiettivi assegnati. Dirige i servizi amministrativi dell'Azienda, assicura la correttezza, completezza e trasparenza dei processi di formazione dei documenti rappresentativi delle dinamiche economiche, finanziarie e patrimoniali, la legittimità degli atti ed il corretto assolvimento delle funzioni di supporto tecnico, amministrativo, logistico. Definisce gli orientamenti operativi delle strutture assegnate al governo economico finanziario aziendale e garantisce, dal punto di vista amministrativo, lo sviluppo e l'implementazione delle reti che presiedono il sistema informatico di supporto alle attività direzionali proprie dei diversi livelli di governo aziendale e promuove programmi specifici per la formazione del personale amministrativo.

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

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

Il Direttore Amministrativo svolge ogni altra funzione, ivi compresa l'adozione di atti a rilevanza esterna, attribuitagli dalla legislazione vigente, dall'atto aziendale e dai regolamenti, ovvero su delega del Direttore Generale.

Titolo IX - Gli organismi collegiali

Art. 34 - Il Consiglio dei Sanitari

Il Consiglio dei Sanitari, costituito con provvedimento del Direttore Generale, è un organismo elettivo con funzioni di consulenza tecnico-sanitaria. Esso fornisce parere obbligatorio al direttore generale per le attività tecnico-sanitarie, anche sotto il profilo organizzativo e per gli investimenti ad essa attinenti.

Si esprime, altresì, sulle attività di assistenza sanitaria. Le modalità di funzionamento del Consiglio dei Sanitari sono previste da un apposito regolamento.

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

Il Consiglio dei Sanitari è presieduto dal Direttore Sanitario.

due dei quali designati tra i medici dipendenti. Sono inoltre previsti, in base a convenzioni, svolgono attività assistenziale presso l'Azienda;

- n. 3 dirigenti sanitari laureati non medici
- n. 2 unità del personale infermieristico;
- n. 2 unità del personale tecnico sanitario;
- n. 2 unità del personale proveniente dalle professioni tecnico-riabilitative.

Partecipano agli incontri i direttori di dipartimento, senza diritto di voto.

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

Art. 35 - Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni.

L'Azienda costituisce, ai sensi e con le modalità previste dall'art. 57 del D.L.vo 165/2001 e s.m.i., al proprio interno, senza nuovi o maggiori oneri per i bilanci, il "**Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni**" (CUG) che sostituisce, unificando le competenze in un solo organismo, i comitati per le pari opportunità e i comitati paritetici sul fenomeno del mobbing, costituiti in applicazione della contrattazione collettiva, dei quali assume tutte le funzioni previste dalla legge, dai contratti collettivi nazionali o da altre disposizioni.

Il Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni ha composizione paritetica ed è formato da un componente designato da ciascuna delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello di amministrazione e da un pari numero di rappresentanti dell'amministrazione in modo da assicurare, nel complesso, la presenza paritaria di entrambi i generi. Il presidente del Comitato unico di garanzia è designato dall'amministrazione.

Il Comitato unico di garanzia ha compiti propositivi, consultivi e di verifica e opera in collaborazione con la consigliera od il consigliere nazionale di parità. Contribuisce all'ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico, migliorando l'efficienza delle prestazioni collegata alla garanzia di un ambiente di lavoro caratterizzato dal rispetto dei principi di pari opportunità, di benessere organizzativo e dal contrasto di qualsiasi forma di discriminazione e di violenza morale o psichica per i lavoratori. Promuove iniziative volte ad attuare le direttive dell'Unione Europea per l'affermazione sul lavoro della pari dignità delle persone.

Nell'ambito del comitato possono essere previste due specifiche sezioni tecniche composte dai componenti stessi del C.U.G., di cui una relativa alle pari opportunità e l'altra relativa al mobbing e benessere dei lavoratori.

Nell'ambito delle garanzie previste dalla normativa, l'Azienda riserva alle donne, salva motivata impossibilità, almeno un terzo dei posti di componente delle commissioni di concorso, fermo restando il principio di cui all'articolo 35, comma 3, lettera e) del D.L.vo 165/2001 e s.m.i.. Adotta, altresì, propri atti regolamentari per assicurare pari opportunità fra uomini e donne sul lavoro, conformemente alle direttive impartite dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della funzione pubblica.

L'Azienda garantisce la partecipazione delle proprie dipendenti ai corsi di formazione e di aggiornamento professionale in rapporto proporzionale alla loro presenza nelle strutture interessate ai corsi medesimi, adottando modalità organizzative atte a favorirne la partecipazione, consentendo la conciliazione fra vita professionale e vita familiare e finanzia programmi di azioni positive e l'attività dei Comitati unici di garanzia per le pari opportunità, per la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni, nell'ambito delle proprie disponibilità di bilancio.

L'Azienda adotta tutte le misure per attuare le normative vigenti materia di pari opportunità, contrasto alle discriminazioni ed alla violenza morale o psichica.

Art. 36 - Ufficio Relazioni con il Pubblico

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

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

L'azienda garantisce che l'U.R.P. sia organizzato avvalendosi di personale appositamente formato, anche in relazione al tipo di utenza presente sul territorio, e alla presenza di assistiti appartenenti a diverse etnie. L'U.R.P. cura i rapporti con le Associazioni di Volontariato e le Associazioni di Tutela dei Cittadini e deve periodicamente trasmettere alla Regione i dati relativi al monitoraggio del grado di partecipazione e di soddisfazione dell'utenza.

L'azienda nell'atto aziendale istituisce per tale funzione una unità operativa dedicata, in uno alla Comunicazione.

Art. 37 - Unità Organizzativa Gestione rischio clinico e Qualità.

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

Al fine di ridurre i costi connessi al complesso dei rischi relativi alla propria attività, l'Azienda, nell'ambito della propria organizzazione e senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, studia ed adotta le necessarie soluzioni per la gestione dei rischi medesimi, per la prevenzione del contenzioso e la riduzione degli oneri assicurativi. Anche al fine di dare piena attuazione all'art. 1, comma 6, del D.lgs. n. 299/99 in materia di appropriatezza ed economicità della gestione aziendale e delle prestazioni assistenziali, viene prevista la figura del **"risk manager"**, al fine di garantire la sicurezza della pratica medica.

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

Il controllo del rischio clinico, sia con riferimento agli eventi sentinella che alle infezioni ospedaliere che ad ogni altro fattore comunque connesso, costituisce, unitamente al contenzioso conseguente, elemento di valutazione delle performance dei dirigenti aziendali.

L'azienda nell'atto aziendale istituisce per tale funzione una unità operativa dedicata, in uno alla funzione del governo clinico.

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

Per la piena ed efficace attuazione del dettato normativo, è prevista l'organizzazione del Servizio prevenzione e protezione (art. 31 del D. Lgs. 81/08), con la designazione del Responsabile (art.17 del D. Lgs. 81/08).

L'organizzazione sarà definita attraverso apposito Regolamento, nel rispetto delle norme in vigore, che disciplinerà l'organizzazione permanente ed organica di un sistema globale e pianificato di prevenzione e protezione dai rischi. Tutte le articolazioni aziendali saranno sottoposte alla applicazione di tale Regolamento, in quanto il "fattore sicurezza" prevede la sinergia, la partecipazione e la collaborazione di tutti per il buon funzionamento dell'intero sistema di gestione adottato. Ai sensi dell'art. 2 del D. Lgs. 81/08 e ss.mm.ii., al personale dipendente sono equiparati i soggetti che per contratto, volontariato, studio o tirocinio frequentano o svolgono attività all'interno dell'azienda. Nel quadro delle problematiche del lavoro e dei servizi da erogare, il Direttore Generale delinea la strategia per la sicurezza, esercitando una funzione di indirizzo che si realizza attraverso l'attribuzione di deleghe, conferite con le modalità e nei limiti di cui alla normativa, alle diverse articolazioni aziendali, nonché con la determinazione degli obiettivi specifici, la programmazione dei tempi di realizzazione degli stessi e l'individuazione del budget necessario al loro conseguimento.

L'azienda nell'atto aziendale istituisce per tale funzione una unità operativa dedicata .

Art. 39 - Altri organismi

Nell'ambito dell'attività istituzionale dell'Azienda operano anche i seguenti organismi:

- Comitato Etico;
- Comitato Budget;
- Comitato Unico per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni;
- Commissione paritetica di verifica dell'attività libero professionale;
- Collegi Tecnici per le verifiche del personale dirigenziale;
- Organismo Indipendente di Valutazione;
- Commissione per il Prontuario Terapeutico Ospedaliero;
- Comitato per il buon uso del sangue;
- Comitato per la sicurezza aziendale;
- Commissione per la prevenzione e il controllo delle infezioni ospedaliere;
- Comitato qualità aziendale e risk management;
- Comitato tecnico per la privacy;
- Commissione per il rischio radiologico.

I predetti organismi sono istituiti formalmente con deliberazione del Direttore Generale e la loro composizione e funzionamento sono definiti in appositi regolamenti aziendali. In ottemperanza a specifiche norme legislative o clausole contrattuali possono essere istituiti, con le medesime modalità, altri organismi finalizzati allo svolgimento di attività istituzionali.

Titolo X – Le macrostrutture organizzative.

Art. 40 – Principi Generali

Tutte le aziende, indipendentemente dal livello di complessità che le contraddistinguono, per poter funzionare e perseguire le finalità per le quali sono state costituite, necessitano del lavoro svolto dalle persone che in esse operano. Lo sforzo compiuto dalle persone - per tradursi in

di obiettivi, l'identificazione dei ruoli dirigenti e la loro suddivisione degli ambiti di competenza, in altri termini, deve essere organizzato. L'assetto organizzativo delle aziende è, quindi, imprescindibilmente legato alle finalità e agli obiettivi che le stesse devono o intendono perseguire.

Il contesto ambientale in cui opera un'azienda (i bisogni da soddisfare e la loro valenza sociale ed economica, le norme e le relazioni tra istituzioni da esse regolate, l'evoluzione delle conoscenze tecniche e scientifiche, le opportunità e le modalità di reperimento delle risorse di funzionamento, il mercato del lavoro e delle strutture concorrenziali) è in continuo divenire. Per questo motivo le aziende trasformano il loro assetto organizzativo, adattandolo anche rispetto alle modifiche intervenute, nel tempo, nelle finalità e negli obiettivi da perseguire.

I principi fondamentali sui quali si basa la progettazione della struttura organizzativa aziendale sono:

- assicurare la migliore gestione integrata dei processi, clinico-assistenziali e amministrativi, dell'azienda creando le condizioni tecniche affinché tutte le professionalità coinvolte, nel rispetto dei propri ruoli e autonomia, possano contribuire ai risultati finali in un clima di forte collaborazione, di sistematico confronto e di continuo apprendimento reciproco;
- garantire la migliore soluzione possibile nell'allocazione delle risorse strutturali aziendali promuovendo la condivisione degli spazi, della tecnologia e del personale anche attraverso la creazione di articolazioni organizzative specifiche e migliorando, in tal modo, la flessibilità e l'economicità aziendale.

Il modello di organizzazione dell'Azienda Ospedaliera dei Colli, sulla base di tali principi, assume una configurazione nell'ambito della quale le strutture portanti del sistema organizzativo sono in grado di operare per obiettivi, programmi e progetti. Il modello organizzativo sarà caratterizzato da una macro organizzazione "statica", in linea con le normative nazionale e regionale e da una micro organizzazione "dinamica".

La *configurazione statica*, vale a dire l'organizzazione dell'Azienda, sarà articolata su tre livelli distinti.

Il livello superiore è la Direzione Generale dell'Azienda, investita della cosiddetta "missione direzionale", e cioè delle scelte strategiche. Il livello intermedio è costituito dalla "*infrastruttura funzionale*" investita della cosiddetta "missione funzionale" e cioè della programmazione della attività finalizzate al miglioramento e all'ottimizzazione dei servizi e delle prestazioni. Essa è composta dall'insieme delle strutture che costituiscono l'apparato tecnico-valutativo-amministrativo-contabile a servizio delle strutture dell'azienda, indirizzate in funzionere delle attività dirette alla realizzazione delle strategie aziendali. Il livello operativo è costituito dalle Unità Operative dei Dipartimenti investite della "missione produttiva", e cioè dell'erogazione delle prestazioni ai cittadini. I predetti livelli saranno correlati tra di loro secondo linee di connessione orizzontale e verticale al fine, soprattutto, di accrescerne la funzionalità e la specializzazione e, quindi, l'efficienza e l'efficacia dei vari segmenti che le compongono.

La *configurazione dinamica* sarà orientata in modo tale da adattarsi, con sufficiente flessibilità, oltre che agli obiettivi e contenuti della programmazione sanitaria e ai livelli uniformi di assistenza sanitaria da essa previsti, al contesto in cui l'Azienda opera, contesto caratterizzato dalla notevole complessità del sistema sanitario, delineato dal decreto legislativo 502/1992 e successive modificazioni, accentuato dal regime di libera - concorrenzialità con il privato, dalle ricorrenti modificazioni del quadro normativo di riferimento ad opera del legislatore nazionale, dalle tecniche sempre più innovative e raffinate dei processi di produzione (nuove tecnologie e metodiche terapeutiche), che inducono una progressiva dilatazione dell'offerta con effetto di trascinamento sulla domanda. L'organizzazione aziendale, pertanto, si basa su un sistema di interrelazioni orizzontali e verticali tra i diversi livelli, per consentire la corretta definizione nell'ambito della programmazione nazionale e regionale dei livelli assistenziali di competenza, rapportati alle risorse a disposizione, l'individuazione del volume delle prestazioni da produrre per garantire i livelli di assistenza, l'introduzione di un sistema di gestione finalizzato al miglioramento della qualità dei prodotti per renderli più consoni alla costante e sistematica



I livelli in cui si articola l'organizzazione aziendale, nell'intreccio dei predetti rapporti di interconnessione orizzontale e verticale, devono muoversi, nella loro configurazione dinamica, secondo tre linee direttrici, rappresentate dalla linea dei prodotti, orientata sulla produzione dei livelli uniformi di assistenza, dalla linea delle specializzazioni, orientata sulla capacità di governare le risorse, le funzioni e le specialità applicate alla produzione e dalla linea della progettualità, orientata a modulare il prodotto in relazione a gruppi di popolazione identificabili secondo particolari condizioni e bisogni.

I livelli organizzativi dell'azienda, e cioè la Direzione Generale, il livello centrale (l'infrastruttura funzionale cioè la tecnostruttura al servizio sia della direzione generale che delle strutture operative) e il livello operativo (Dipartimenti e strutture) operano lungo le predette linee direttrici intersecando le proprie azioni. Tali sinergie potranno essere diversamente realizzate e modulate, a seconda dell'obiettivo da raggiungere, in modo da coniugare e integrare unità organizzative di diverso livello e di diversa specializzazione, orientate secondo le predette linee direttrici. Ne consegue che ciascuna unità organizzativa risulterà "direzionata", nella sua operatività, da differenti centri decisionali, forniti delle necessarie capacità, e cioè da autorità diverse titolari, rispettivamente, del governo delle risorse, dell'orientamento scientifico - culturale e della gestione dei processi produttivi. Ciascuna autorità, e cioè ciascun centro direzionale, eserciterà, a sua volta, compiti di indirizzo, di gestione e operativi, i cui contenuti e il relativo spessore varieranno a seconda del livello e contesto in cui sono collocati. Ciò determina il superamento del sistema a strutture chiuse, organizzate solo verticalmente con percorsi di tipo esclusivamente gerarchico tra le diverse componenti del sistema organizzativo e tendenti a conseguire, al loro interno, l'autosufficienza funzionale ed organizzativa.

Il livello centrale, non più vincolato a sole procedure gerarchiche, si trasforma in un livello di elevata specializzazione e responsabilizzazione, deputato, da una parte, a sostenere il livello superiore nelle scelte strategiche, e, dall'altro, a indirizzare, orientare il livello operativo, per il miglioramento, in termini quali/ quantitativi della produzione. L'intero sistema diviene così un unico sistema di gestione ed erogazione dei servizi al cliente, al fine di agevolare il collegamento "in rete" e, quindi, il coordinamento funzionale delle diverse unità organizzative.

Inoltre si afferma un sistema basato sulla direzione multipla delle unità organizzative, sulla diffusione dei centri di responsabilità e sullo stretto collegamento funzionale delle diverse unità che lo compongono, e saranno introdotti metodi di lavoro basati sulla programmazione delle attività e sulla valutazione dei risultati. Conseguentemente si dovrà individuare, nel contesto organizzativo, un sistema di centri di responsabilità e di centri di costo e/o di ricavo, tra i quali sarà ripartito il budget generale dell'Azienda, secondo la disciplina concernente un nuovo sistema patrimoniale e contabile delle aziende.

Art. 41 – Livelli di Governo

Il governo dell'Azienda è articolato sui seguenti livelli:

- a) **direzione strategica** (Direttore Generale, coadiuvato dal Direttore Amministrativo Aziendale e dal Direttore Sanitario Aziendale): responsabilità del governo complessivo;
- b) **governo clinico** (Collegio di Direzione - Direttore Sanitario Aziendale, Direttori Medici di Ospedale, Direttori di Dipartimento e Dirigenti Responsabili Servizi delle professioni sanitarie): responsabilità dell'efficacia ed efficienza dei processi clinici e di coerenza agli obiettivi, ed in particolare del miglioramento quali-quantitativo continuo, dell'appropriatezza e della gestione del rischio;
- c) **attività di controllo** (Collegio Sindacale): responsabilità della verifica dell'equilibrio economico-finanziario e della coerenza alle norme;

g) servizio tecnico e gestionale (Direttore Amministrativo e Direzione degli Strutturali Centrali): responsabilità dei risultati economico-finanziari, di coerenza con le norme e del perseguimento degli obiettivi, ed in particolare del miglioramento di efficienza dei processi gestionali;

e) attività consultiva obbligatoria (Consiglio dei Sanitari): responsabilità propositiva sulle problematiche tecnico sanitarie sotto il profilo organizzativo e degli investimenti in tecnologia sanitaria di maggiore rilevanza dell'Azienda.

La complessiva organizzazione tecnico funzionale si basa sui seguenti elementi strutturali:

- 1. Ospedale:** centro di responsabilità complessiva dell'integrazione, del coordinamento e dell'economicità dei processi assistenziali e della efficienza ed efficacia della continuità operativa nella erogazione delle prestazioni;
- 2. Dipartimento:** centro di responsabilità sui risultati di efficienza, efficacia ed economicità complessiva nei percorsi assistenziali inerenti alle unità operative di cui si compone, nonché sulla trasparenza, imparzialità ed eticità nell'erogazione delle prestazioni ed accesso alle cure, oltre che sul miglioramento quali-quantitativo per intensità di cure ed appropriatezza delle prestazioni e sullo sviluppo scientifico ed etico dei comportamenti professionali, all'interno ed all'esterno del Dipartimento;
- 3. Unità operativa complessa:** responsabilità connessa ad autonomia tecnico professionale; risponde della presa in carico del paziente e dell'appropriatezza delle prestazioni fornite, oltre che degli obiettivi assegnati al dipartimento, con specifico riferimento alla parte di propria competenza; risponde, inoltre, del budget assegnato al centro di responsabilità;
- 4. Unità operativa semplice dipartimentale:** responsabilità analoga a quella dell'unità operativa complessa, nei limiti della propria attività;
- 5. Unità operativa semplice:** le Unità Operative semplici sono dotate di autonomia operativa che comporta l'utilizzazione e/o la gestione di risorse dedicate o condivise con la U.O.C. di appartenenza. Tali strutture operano nell'ambito dei principi e delle direttive generali formulate dalla struttura complessa sovraordinata, di cui rappresentano articolazione interna. Esse dipendono funzionalmente e gerarchicamente dal Direttore della Struttura Complessa di appartenenza e partecipano, anche oltre la specificità dei compiti affidati, alla realizzazione complessiva degli obiettivi assegnati alla U.O.C.

f) modelli operativi (Gruppo Operativo Interdisciplinare - G.O.I.): responsabilità nella promozione della definizione e diffusione delle conoscenze delle migliori pratiche nei percorsi assistenziali di cura, basati sul coordinamento di prestazioni ben definite, con elaborazione di protocolli per il perseguimento di specifiche finalità assistenziali.

Art. 42 – Gli Ospedali

L' "Azienda Ospedaliera dei Colli" opera attraverso tre ospedali: "V. Monaldi", "D. Cotugno" e "C.T.O", confluiti nel nuovo soggetto giuridico per effetto del Decreto Commissariale n. 70 del 2 dicembre 2010 ed in ossequio al Piano Ospedaliero redatto dalla stessa struttura commissariale per il Piano di Rientro della spesa relativa alla sanità regionale. Le funzioni specialistiche esercitate da ciascun ospedale sono quelle previste dalla programmazione regionale e dalla pianificazione attuativa aziendale, approvata dagli organismi regionali competenti. Nei predetti plessi è previsto un dirigente medico, denominato direttore medico di ospedale, in possesso dei requisiti, come responsabile delle funzioni igienico-organizzative, struttura complessa, cui competono i compiti di cui alle disposizioni regionali. Per le funzioni di coordinamento amministrativo è preposto un dirigente amministrativo in possesso dei requisiti di legge. Il direttore medico ed il dirigente

Art. 43 - L'organizzazione dipartimentale. Il Direttore del Dipartimento. Il Comitato di Dipartimento

Il modello del Dipartimento, nell'aggregazione operativa di Unità Operative omogenee, affini o complementari, persegue finalità comuni e condivise, pur nell'autonomia organizzativa, gestionale e professionale delle singole Unità Operative che lo compongono. L'individuazione del modello organizzativo aziendale trova origine nella vocazione dell'Azienda ospedaliera, così come rinveniente dalla programmazione regionale e dall'assetto ospedaliero della sanità regionale. Infatti la dimensione regionale assegnata all'Azienda per effetto della nuova riorganizzazione ne accentua la funzione di polo specialistico di eccellenza e di hub di una serie di reti cliniche e di percorsi assistenziali, anche di emergenza. Pertanto, l'organizzazione aziendale è incentrata su modelli dipartimentali di varia tipologia, preordinati a dare attuazione alle funzioni sopra accennate, favorendo l'integrazione professionale all'interno, fra le singole strutture organizzative, e verso l'esterno.

L'individuazione dei Dipartimenti tiene conto dei mutevoli bisogni assistenziali, degli intervenuti e successivi atti della programmazione nazionale o regionale, delle intrinsecamente variabili modalità dei percorsi diagnostici e di cura e delle strategie aziendali, miranti ad assecondare e potenziare ambiti di attività clinico assistenziale da attuarsi conseguentemente ad esiti di ricerca e sviluppo, ovvero di produzioni che assumono carattere di particolare rilevanza sia in termini qualitativi che quantitativi.

Detti elementi hanno determinato la necessità di diversi assetti organizzativi, più consoni ed adeguati rispetto ai bisogni ed alle finalità che si intendono perseguire, comportando i dimensionamenti dei dipartimenti, sia nel numero che nelle funzioni e tipologie.

In particolare, sono individuati dipartimenti definibili essenzialmente come dipartimenti strutturali e ritenuti adeguati per assolvere agli obiettivi definiti, con soppressione dei Dipartimenti funzionali, previsti nel vigente Atto Aziendale. Tali innovazioni organizzative, che si caratterizzano per la loro capacità di fronteggiare con maggiore adeguatezza la dinamicità e repentinità dei cambiamenti che è dato rilevare nella sanità, mirano anche a modificare profondamente le logiche interne all'attuale sistema, sviluppando una organizzazione non più solo verticistica ma anche "orizzontale" delle attività, garantendo in tal modo un aumento del grado di collaborazione e partecipazione.

L'Azienda, inoltre, partecipa alla costituzione del modello delle "Reti Integrate Interaziendali" previste dalla organizzazione regionale, intese quale insieme di professionisti, strutture, tecnologie e processi, finalizzate al soddisfacimento dei bisogni di salute della popolazione di riferimento, compatibilmente con la complessità e la sostenibilità del sistema stesso. Le reti integrate dei servizi hanno l'obiettivo di garantire ai cittadini la migliore qualità assistenziale nell'erogazione dei servizi disponibili nei diversi ambiti territoriali del sistema sanitario regionale, assicurando equità di accesso, efficienza allocativa e operativa ed efficacia complessiva degli esiti sulla salute.

La conferma del dipartimento ospedaliero quale struttura organizzativa fondamentale dell'AORN "Ospedali dei Colli", preposta ad assicurare la qualità del percorso clinico assistenziale e del sistema di produzione dei servizi sanitari attraverso gli strumenti del governo clinico, è, quindi, accompagnata da un processo di ridefinizione e perfezionamento delle aggregazioni ed afferenze delle Unità Operative, in chiave di efficacia e di efficienza organizzativa e gestionale. I criteri ispiratori delle nuove aggregazioni sono riconducibili alle esperienze nazionali ed internazionali in materia di organizzazione dipartimentale, basata su aree omogenee, ispirata alla condivisione delle risorse strategiche (personale e tecnologie), all'organizzazione di servizi in comune e/o contigui, alla definizione di percorsi diagnostico-terapeutici e processi assistenziali, orientata all'affinità di disciplina, di apparato o di area anatomica e di patologia.

DIPARTIMENTI STRUTTURALI

- 1. Dipartimento Medico e Cardiologico**
- 2. Dipartimento di Pneumologia e Oncologia**

4. **Dipartimento di Chirurgia Cardichirurgica e dei Trapianti**
5. **Dipartimento delle Malattie Infettive e delle Urgenze Infettivologiche**
6. **Dipartimento Orto-neurorologico e Centro Trauma Zonale.**
7. **Dipartimento dell'Area Critica**
8. **Dipartimento dei Servizi Sanitari**

L'organizzazione dipartimentale è articolata nelle seguenti tipologie di Strutture Organizzative:

- *Strutture Complesse (Unità Operative Complesse – U.O.C.)*
- *Strutture Semplici a valenza dipartimentale (Unità Operative Semplici Dipartimentali – U.O.S.D.)*
- *Strutture Semplici (Unità Operative Semplici sub articolazioni di strutture complesse – U.O.S.)*
- *Gruppi Operativi Interdisciplinari (G.O.I.)*

Il Dipartimento è il modello di aggregazione adottato per tutte le strutture organizzative dell'Azienda. In casi particolari, in applicazione di disposizioni regionali o su iniziativa congiunta con altre aziende sanitarie, potranno anche essere istituiti dipartimenti inter-aziendali.

Il dipartimento ha come obiettivi principali quelli di garantire: • migliore coordinamento del complesso delle attività di assistenza, ricerca e formazione nell'area scientifica di riferimento ed in integrazione con l'assistenza territoriale; • miglioramento della qualità dell'assistenza, miglioramento di efficacia e appropriatezza delle prestazioni attraverso la convergenza di competenze e di esperienze scientifiche, tecniche ed assistenziali di gruppi e di singoli operatori sanitari; • elaborazione di Percorsi Diagnostico/terapeutici per la gestione integrata di processi di cura • realizzazione di economie di scala e di gestione; • diffusione delle conoscenze scientifiche e sviluppo delle competenze organizzative attraverso percorsi formativi diffusi e condivisi. Il modello del Dipartimento, nell'aggregazione operativa di Unità Operative omogenee, affini o complementari, persegue finalità comuni e condivise, pur nell'autonomia organizzativa, gestionale e professionale delle singole Unità Operative che lo compongono. Le UU.OO. costituenti il Dipartimento sono aggregate secondo una specifica tipologia organizzativa e gestionale volta a dare risposte unitarie, tempestive, razionali e complete rispetto ai compiti assegnati, e a tal fine adottano regole condivise di comportamento assistenziale, didattico, di ricerca, etico, medico-legale ed economico. Nei dipartimenti sono applicate le logiche di governo collegiale ed i processi di coordinamento e controllo, previsti e descritti in appositi Regolamenti, redatti sulla base di linee guida o schema tipo approvato dalla Direzione Aziendale, sentito il Collegio di Direzione.

Le Unità Operative Complesse (U.O.C.) sono caratterizzate da un elevato grado di autonomia gestionale e da piena responsabilità nella realizzazione di processi integrati e possono contenere Unità Operative Semplici (U.O.S.). Le U.O.C. erogano prestazioni o esercitano funzioni rilevanti, per qualità e quantità, che richiedono un elevato grado di autonomia decisionale e che comportano la gestione di risorse umane, tecnologiche o finanziarie rilevanti per professionalità, entità o diversità.

Le Unità Semplici a valenza dipartimentale (U.O.S.D.) sono istituite in area sanitaria per far fronte a particolari processi assistenziali che richiedono un coordinamento interdisciplinare di processi assistenziali trasversali rispetto a più strutture complesse. Sono caratterizzate da autonomia operativa che comporta l'utilizzazione e/o la gestione di risorse umane, strutturali o strumentali dedicate o condivise con altre strutture. Dipendono gerarchicamente e funzionalmente dal Direttore del Dipartimento di appartenenza.

Il Direttore di Unità Operativa Complessa e il Dirigente Responsabile dell'Unità Semplice a valenza dipartimentale esercitano, oltre a quelle derivanti dalle specifiche competenze professionali, funzioni di

sovra ordinate. Essi, quindi:

- a) sono responsabili dell'efficace ed efficiente gestione delle risorse attribuite;
- b) sono responsabili del rispetto della normativa nazionale, regionale e delle disposizioni della Direzione Aziendale;
- c) vigilano sull'attività e sulla disciplina del personale assegnato all'Unità Operativa;
- d) hanno la responsabilità complessiva dei pazienti afferenti alla unità operativa che esercitano, affidandone di norma il trattamento clinico ai dirigenti medici assegnati alla struttura;
- e) sono responsabili della regolare e tempestiva compilazione delle cartelle cliniche e delle schede di dimissione ospedaliera (S.D.O.), dei registri nosologici e della loro conservazione, fino alla consegna all'archivio centrale;
- f) inoltrano, tramite la Direzione Sanitaria, le denunce di legge e assicurano la tempestiva effettuazione delle visite di consulenza richieste dai sanitari di altre Unità Operative;
- g) forniscono, con tempestività e completezza, i dati e la documentazione, sia gestionale che clinica, richiesti dalle strutture della Direzione Aziendale deputate alle funzioni di controllo e ispettive.

Il Direttore di Unità Operativa Complessa e il Dirigente Responsabile di Unità Semplice a valenza dipartimentale, salva diversa determinazione del Direttore Generale, sono responsabili dei procedimenti di competenza dell'Unità medesima.

Le Unità Operative Semplici di unità complessa non sono dotate di autonomia gestionale bensì operativa, che comporta l'utilizzazione di risorse dedicate o condivise con la U.O.C. di appartenenza. Tali strutture operano nell'ambito dei principi e delle direttive generali formulate dalla struttura complessa sovraordinata, di cui rappresentano articolazione interna. Esse dipendono funzionalmente e gerarchicamente dal Direttore della Struttura Complessa di appartenenza e partecipano, anche oltre la specificità dei compiti affidati, alla realizzazione complessiva degli obiettivi assegnati alla U.O.C.

I Gruppi Operativi Interdisciplinari (G.O.I.) sono momento di diffusione e applicazione delle conoscenze in medicina e nell'assistenza, di sviluppo dei miglioramenti della qualità, di diffusione delle migliori pratiche cliniche e assistenziali e del governo clinico. Sono costituiti da più professionisti appartenenti a discipline e/o Unità Operative differenti, in relazione alla necessità di raggiungere specifici obiettivi e finalità assistenziali, organizzative, di studio e di ricerca da perseguire in via transitoria o permanente. I G.O.I. vengono costituiti a livello di Dipartimento.

Le attribuzioni degli incarichi riferiti ai G.O.I. e agli incarichi di natura professionale (IPAS) saranno definiti nel corso della riorganizzazione funzionale dell'attività.

Il disegno strutturale di cui all'organigramma approvato con l'Atto Aziendale si connota per due distinti caratteri:

- 1) da un lato assume valore confermativo per varie strutture già pienamente operative e consolidate in termini sia di qualificazione, sia di competenze e produzione;
- 2) dall'altro vi è l'individuazione di nuove strutture che rappresentano ambiti o settori che già nella precedente organizzazione erano state oggetto di considerazione, sia pur con qualificazioni diverse, o rappresentano ambiti o settori che, per l'innovatività che li connota, nella precedente organizzazione non erano state oggetto di alcuna qualificazione e di conseguenti incarichi.

Per le strutture sub 1) la previsione di una diversa qualificazione non determina ex se la rimodulazione degli incarichi pregressi; l'attivazione di tali nuove strutture può determinare pertanto la prosecuzione delle attività ad esse riferibili secondo la precedente qualificazione fino all'attribuzione del nuovo incarico; attribuzione che sarà conseguente ad ulteriori verifiche da parte della Direzione circa lo sviluppo delle attività e della produzione, nonché alla possibilità di dotare la stessa di adeguate risorse.

Per le strutture sub 2) si evidenzia che la loro previsione nell'organigramma deriva da una visione prospettica circa la loro capacità di evolversi ed assumere la qualificazione strutturale per esse previste; pertanto la Direzione potrà valutare che gli ambiti di attività proprie di dette strutture siano inizialmente svolti con l'attribuzione di funzioni ed incarichi specialistici anziché strutturali.

Si fa presente inoltre che l'art. 40 del D.Lgs. 150/2009 ha modificato l'art. 19 del D.Lgs. 165/2001, introducendo il comma 1-ter il quale dispone quanto segue: "L'amministrazione che, in dipendenza dei processi di riorganizzazione ovvero alla scadenza, in assenza di una valutazione negativa, non intende

Ovviamente, tale situazione dovrà comunque rispondere al principio sostanziale che tutti gli incarichi affidati, dovranno trovare idonea copertura economica nelle risorse dedicate ai fondi contrattuali così come rideterminati annualmente, fondi che non potranno essere, in alcun caso, superati.

1. DIPARTIMENTO MEDICO E CARDIOLOGICO

Il Dipartimento tende a favorire la comunicazione e la collaborazione tra le unità operative senza perdere la valenza specialistica di ciascuna, a sviluppare la trasversalità del percorso diagnostico-terapeutico del malato e ad utilizzare l'esempio, il confronto e le sinergie. Promuove l'attività in regime ambulatoriale, in regime di day service, in regime di ricovero a ciclo diurno (DH), e in regime di ricovero ordinario, in regime di follow up e dimissioni protette. Nell'identificazione delle aggregazioni di questo Dipartimento prevale il criterio della coincidenza sui percorsi diagnostico/terapeutici e sui processi assistenziali relativi alle stesse patologie internistiche. Il Dipartimento assicura l'erogazione di prestazioni di prevenzione secondaria, diagnostiche e terapeutiche di natura plurispecialistica in regime di ricovero ordinario e diurno, nei soli casi in cui sia richiesta una cura od un'osservazione specifica non attuabile in ambito ambulatoriale. Aggrega competenze mediche internistiche generali con indirizzo prevalentemente specialistico, quali, per esempio, immunologico, reumatologico, epatologico, endocrinologico, nonché competenze mediche di specialità quali le patologie dell'apparato respiratorio, le patologie derivanti dall'alimentazione, le patologie metaboliche, le patologie endocrine, le patologie della circolazione periferica e quelle inerenti l'età avanzata. Provvede, altresì, alla prevenzione secondaria, diagnosi, terapia e riabilitazione delle malattie cardiovascolari in fase di urgenza (pronto soccorso cardiologico), di emergenza (UTIC) e di stabilizzazione; assicura, inoltre, la valutazione diagnostica e l'adeguato trattamento medico ed interventistico di malattie cardiovascolari, compresa l'attività per la lotta alle aritmie. Partecipa al progetto per la riorganizzazione dell'emergenza cardiologica nella Regione Campania, per la prevenzione delle malattie cardiovascolari e per l'ottimizzazione dei servizi sanitari per l'area cardiologica e per tale progetto è stato individuato quale hub in una rete di presidi sanitari.

In particolare le Unità Operative di Cardiologia sono dotate di unità di diversa intensità assistenziale cardiologica. Utilizzano tecniche di telecardiologia, sia per il monitoraggio intraospedaliero che in collegamento con il Servizio Sanitario 118 ed altri Ospedali. L'Unità Operativa Cardiologia interventistica, dotato di un proprio laboratorio di emodinamica, è prevalentemente dedicata all'attività emodinamica (applicazione di stent, effettuazione di angioplastica, etc.) ed utilizza tecniche di imaging coronarica all'avanguardia. La UOC Cardiologia SUN è fornita di 1 sala di emodinamica ed elettrofisiologia per i pazienti propri e per quelli ricoverati presso la UOSD Scompenso cardiaco e riabilitazione. La UOSD UTIC e Cardiologia interventistica coronarica, prevalentemente dedicata alla prevenzione, diagnosi e terapia della cardiopatia ischemica e dei suoi fattori di rischio, è fornita di 1 sala di emodinamica dedicata ai propri pazienti. Il Dipartimento provvede anche alla preparazione degli interventi ed alla riabilitazione nella fase post acuta per pazienti degenti ed ambulatoriali, pre o post ricovero, affetti da disabilità derivanti da patologie cardiologiche. L'U.O.C. di Cardiologia Pediatrica e la UOSD Malattie cardiologiche congenite GUCH sono fornite di 1 sala di emodinamica e di elettrofisiologia per la diagnostica morfofunzionale invasiva e trattamento interventistico. Presso questa struttura sono identificati Centri di riferimento per particolari funzioni, riferite a casi di alta complessità clinico strumentale quali diagnostica prenatale, cardiopatie congenite dell'età adulta e cardiologia dello sport in età adolescenziale, malattie rare cardiovascolari.

Con l'approvazione del nuovo Piano Ospedaliero 2016-2018, è confermata l'inclusione dell'AO dei Colli nella rete delle emergenze cardiovascolari con accettazione H24 con trasporto gestito dalla Centrale Operativa 118, quale HUB di 2° livello (Cardiologia-UTIC-Emodinamica Interventistica e Cardiocirurgia), con annesso servizio di accettazione h24 per le emergenze cardiovascolari nell'ambito della rete. Inoltre, l'Ospedale Monaldi assolve, conformemente a quanto previsto dal DCA 33/2016, anche il ruolo di centrale cardiologica per i territori delle ASL Napoli 2 nord e Napoli 3 sud.

per la diagnosi delle Patologie Fetalì. Considerata l'elevata specializzazione necessaria a garantire elevati standard di assistenza, tale Centro è istituito presso l'Azienda dei Colli, presidio Monaldi. L'attuale offerta assistenziale in ambito pediatrico dell'A.O.R.N. dei Colli riguarda prevalentemente le patologie cardiache, che vengono affrontate, nei loro vari aspetti, da tre U.O.C.: l'U.O. di Cardiologia pediatrica, dotata di servizi di emodinamica, l'U.O. di Cardiocirurgia pediatrica e l'U.O. di Terapia intensiva neonatale, che si incarica delle cure intensive dei neonati con patologie cardiache morfologiche e funzionali in ogni fase del percorso assistenziale. Tale U.O. dedica, inoltre, una parte consistente della propria attività alla cura del neonato pretermine in tutti i suoi aspetti e del neonato a termine affetto da patologie maggiori, essendo inserita nella rete del servizio di trasporto regionale. Il modello finora realizzato ha senza dubbio ridotto la mortalità del cardiopatico critico in età neonatale e pediatrica, ma l'entità degli esiti neurologici, che colpiscono, almeno per le patologie cardiache più critiche, fino al 50 % dei sopravvissuti, impedisce di considerarlo davvero ottimale. La creazione di un percorso ostetrico in sede permette di completare l'offerta diagnostica di selezione delle gestanti portatrici di feti cardiopatici, inserendo stabilmente competenze ostetriche nel servizio di Ecocardiografia fetale, già esistente nell'ambito dell'U.O. di Cardiologia pediatrica, di gestire in loco la nascita e di offrire ai neonati così selezionati una immediata e tempestiva assistenza di stabilizzazione delle funzioni vitali e di neuroprotezione fin dalla sala parto e fino dai primi momenti di vita, aspetti largamente garantiti dall'U.O. di Terapia intensiva neonatale col supporto diagnostico e terapeutico delle due U.O. specifiche (Cardiologia e Cardiocirurgia). E' sul piano epidemiologico indiscutibile che una gran parte dei danni neurologici nel neonato affetto da una cardiopatia congenita critica derivino dal ritardo diagnostico e dalla improvvisazione dell'offerta assistenziale. La componente ostetrica del progetto si avvale di ambulatori per la gestione ed il monitoraggio della gravidanza, di ambienti dedicati al ricovero, all'espletamento del parto e alla sorveglianza dei neonati. Si tratta di un modello idoneo, che non ha eguali nella ns. Regione, in grado di accogliere anche soggetti provenienti dalle altre Regioni del Sud, regioni sprovviste di tali servizi, tranne poche apprezzabili eccezioni. Inoltre la stessa Ostetricia accoglierà parti programmati per gravide con problematiche cardiologiche di rilevante gravità. A tal fine viene programmata una Ostetricia con 8 pl dedicati senza pronto soccorso per il parto programmato delle pazienti.

Con DM 18 maggio 2001, n. 279 il Ministero della Salute ha approvato il "Regolamento di istituzione della rete nazionale delle malattie rare e di esenzione dalla partecipazione al costo delle relative prestazioni sanitarie, ai sensi dell'articolo 5, comma 1, lettera b), del decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124", che prevede, all'art. 2, comma 1 l'istituzione di una Rete nazionale mediante la quale sviluppare azioni di prevenzione, attivare la sorveglianza, migliorare gli interventi volti alla diagnosi e alla terapia delle malattie rare, promuovere l'informazione e la formazione, ridurre l'onere che grava sui malati e sulle famiglie. Tale Rete deve essere costituita da presidi accreditati, preferibilmente ospedalieri, appositamente individuati dalle Regioni per erogare prestazioni diagnostiche e terapeutiche. La Giunta Regionale, pertanto, con D.G.R. n. 2751 del 14/6/2002 ha approvato l'istituzione di un Gruppo Tecnico di Lavoro costituito da esperti in Malattie Rare con il compito di individuare sul territorio regionale i Presidi di Riferimento specifici per le malattie o per gruppi di malattie rare sulla base dei criteri proposti dal Ministero e di definire e organizzare il flusso informativo per il Registro Nazionale delle Malattie Rare, i componenti del Gruppo sono stati nominati con DPGR 561 del 1/8/2003 su proposta dell'Assessore alla Sanità. Attraverso un'analisi preliminare sui ricoveri dei cittadini campani si è giunti all'identificazione delle strutture sanitarie che presentano la maggior casistica compatibile con Malattie Rare, tra le quali l'Ospedale Monaldi di questa Azienda Ospedaliera. Il Centro di Coordinamento Regionale per le MR e Registro Regionale Malattie Rare è istituito presso il Dipartimento Clinico di Pediatria dell'AOU Federico II.

Comprende:

U.O.C. Medicina ad Indirizzo cardiovascolare e dismetabolico (Monaldi)

U.O.C. Cardiologia (SUN - Monaldi)

U.O.S. Valutazioni post intervento cardiopatie ischemiche

U.O.S. Semi intensiva cardiologica e UTIC

U.O.C. Cardiologia pediatrica e UTIC (SUN- Monaldi)

U.O.S. Emodinamica pediatrica

U.O.S. Ecocardiografia pediatrica

U.O.C. Cardiologia (Monaldi)

U.O.S. UTIC - Monaldi

U.O.S. ECG di base e dinamica

U.O.S. Accettazione e selezioni pre ricovero ed attività ambulatoriale esterna

U.O.S. Diagnostica e stratificazione prognostica cardiologica (Cotugno-Monaldi)*

U.O.C. Cardiologia Interventistica (Monaldi)

U.O.S.D. Endocrinologia (Monaldi)

U.O.S.D. Medicina generale ad indirizzo geriatrico (Monaldi)

U.O.S.D. Elettrofisiologia, studio e terapia delle aritmie (Monaldi)

U.O.S.D. Malattie cardiologiche congenite GUCH (Monaldi)

U.O.S.D. Diagnostica cardiologica integrata (Monaldi)

U.O.S.D. Diagnostica cardiologica invasiva (Monaldi)

U.O.S.D. Scopenso cardiaco e cardiologia riabilitativa (Monaldi)

U.O.S.D. DH Cardiologia preventiva (Monaldi)

U.O.S.D. Cardiologia riabilitativa intermedia (CTO)

U.O.S.D. Angiologia (Monaldi)

2. DIPARTIMENTO DI PNEUMOLOGIA E ONCOLOGIA

Il Dipartimento tende a favorire la comunicazione e la collaborazione tra le unità operative senza perdere la valenza specialistica di ciascuna, a sviluppare la trasversalità del percorso diagnostico-terapeutico del malato e ad utilizzare l'esempio, il confronto e le sinergie. Provvede a tutte le patologie polmonari, anche quelle in fase critica e di natura oncologica, assicurando interventi anche di alta complessità. Dotato di aree di degenza per la terapia intensiva e sub intensiva, si avvale h24 di tutti i servizi diagnostici dell'Azienda ed in particolare della diagnostica per immagini compresa la TC e la RM, della medicina di laboratorio e della endoscopia bronchiale. Il Dipartimento è supportato, per l'attività gestionale, da un sistema informatico che consente la gestione complessiva del paziente e del suo percorso e la realizzazione dei report necessari per la valutazione delle performance. Promuove l'attività ambulatoriale, in regime di day service e di ciclo diurno (DH) ed in regime di ricovero ordinario per interventi di elezione, in regime di follow up e programmando dimissioni protette. Provvede alla prevenzione secondaria, diagnosi, terapia, medica e riabilitazione delle patologie polmonari.

Comprende:

U.O.C. Clinica Pneumologica (SUN- Monaldi)

U.O.C. Pneumotisiologia (Università Federico II - Monaldi)

U.O.S. Diagnosi e Terapia della fibrosi polmonare

U.O.C. Broncologia (Monaldi)

U.O.C. Fisiopatologia e Riabilitazione Respiratoria (Monaldi)

U.O.C. Oncologia (Monaldi)

U.O.S. Patologie oncologiche AIDS correlate (Cotugno)*

U.O.C. Pneumologia ad indirizzo oncologico (Monaldi)

U.O.C. Pneumologia progetto NEMO (pazienti distrofici)

U.O.S.D. Malattie respiratorie (Università Federico II - Monaldi)

U.O.S.D. DH pneumoncologico (Monaldi)

U.O.S.D. Trattamento delle complicanze del cancro del polmone (Monaldi)

** Le U.O.S. Diagnostica e stratificazione prognostica cardiologica e U.O.S. Patologie oncologiche AIDS correlate sono funzionalmente collocate nell'Ospedale Cotugno. La relativa organizzazione e i posti letto fanno capo rispettivamente alle UOC di Cardiologia e alla UOC di Oncologia.*

3. DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA GENERALE E SPECIALISTICA

Il Dipartimento tende a favorire la comunicazione e la collaborazione tra le unità operative senza perdere la valenza specialistica di ciascuna, a sviluppare la trasversalità del percorso diagnostico-terapeutico del malato e ad utilizzare l'esempio, il confronto e le sinergie. Promuove l'attività in regime ambulatoriale, in regime di day service, in regime di ricovero a ciclo diurno (DH e DS), in regime di ricovero ordinario (per interventi di elezione), in regime di follow up e dimissioni protette. Aggrega competenze chirurgiche generali con indirizzo generalistico e specialistico, quali la chirurgia toracica, endocrina, addominale ed oncologica, oltre che le chirurgie di specialità quali l'urologia, l'otorinolaringoiatria, l'oculistica, e l'endoscopia digestiva. Provvede allo sviluppo delle procedure chirurgiche tecnologicamente più avanzate (chirurgia ed urologia endoscopica, chirurgia ed urologia mininvasiva e chirurgia ed urologia robotica) ed al trattamento chirurgico delle patologie aventi maggior impatto sociale (tumori del polmone, colon-retto, mammella e prostata). Nell'ambito delle terapie intensive e subintensive sono riservati posti letto per il percorso post operatorio. In breve, questa aggregazione privilegia i prevalenti obiettivi di condivisione delle risorse strategiche e dell'organizzazione dei servizi in comune (ad esempio, sale operatorie, aree di degenza breve e di day hospital, nonché degenze post operatorie) e la contiguità fisica dei settori interessati.

Comprende:

U.O.C. Chirurgia Generale (Monaldi)

U.O.S. Chirurgia mininvasiva funzionale

U.O.S. Endocrinochirurgia

U.O.S. Senologia Chirurgica (Monaldi)

U.O.C. Chirurgia Generale (CTO)

U.O.S. Chirurgia ad alta complessità infettiva (Cotugno)*

U.O.C. Chirurgia vascolare (Monaldi)

U.O.C. Chirurgia Toracica (Monaldi)

U.O.S. Chirurgia oncologica della parete toracica

U.O.C. Otorinolaringoiatria (Monaldi)

U.O.S. Malattie oncologiche testa-collo

U.O.S. Audiologia

U.O.C. Oculistica (Monaldi)

U.O.C. Ostetricia e patologie fetali (Monaldi)

U.O.C. Urologia (Monaldi)

U.O.S. Chirurgia dell'uretra

U.O.C. Endoscopia digestiva chirurgica (Monaldi)

U.O.S.D. Week Surgery (Monaldi)

U.O.S.D. Endoscopia Digestiva (CTO)

La UOS è funzionalmente collocata nell'Ospedale Cotugno in relazione a situazioni correlate con particolari, concorrenti, patologie. La relativa organizzazione e i posti letto fanno capo alla UOC di Chirurgia Generale dell'Ospedale CTO.

4. DIPARTIMENTO DI CARDIOCHIRURGIA E DEI TRAPIANTI

Il Dipartimento tende a favorire la comunicazione e la collaborazione tra le unità operative senza perdere la valenza specialistica di ciascuna, a sviluppare la trasversalità del percorso diagnostico-terapeutico del malato e ad utilizzare l'esempio, il confronto e le sinergie. Promuove l'attività sia in regime ambulatoriale che in regime di day service, in regime di ricovero ordinario e diurno (DH e DS), sia in urgenza che in elezione delle patologie cardiovascolari che necessitano di trattamento chirurgico o di controllo pre e post chirurgico. Il criterio ispiratore di questa aggregazione dipartimentale trae origine dall'intento di esaurire all'interno del Dipartimento il processo assistenziale ed il percorso diagnostico terapeutico di alcune importanti patologie, dall'altro di condividere protocolli, procedure, tecnologie, risorse.

Le attività del Dipartimento rientrano nella gestione della Rete regionale dei trapianti. Nella nostra Regione, per meglio rispondere alle esigenze di integrazione dell'attività delle varie strutture sanitarie, con i Decreti del Commissario ad Acta n.30 del 18/03/2013 e n.103 del 25/10/2013, è stata previsto un modello organizzativo della rete trapiantologica innovativo con l'istituzione di un Dipartimento Interaziendale Trapianti (DIT) di cui fa parte anche il centro trapianti cuore dell'AORN dei Colli di Napoli.

L'Azienda partecipa all'attività del Dipartimento Interaziendale Trapianti, operando in sinergia con le indicazioni nazionali e regionali. Il potenziamento e le attività programmatiche, gestionali ed operative saranno considerati obiettivi annuali per gli operatori impegnati, ai fini delle indennità di risultato.

La U.O.C. di Medicina Trasfusionale all'interno di questo Dipartimento può implementare con le UOC di maggior consumo di emocomponenti le metodiche migliori per il buon uso del sangue con l'uso di tecniche alternative già in uso come recupero intraoperatorio ed emodiluizione ed anche la migliore appropriatezza trasfusionale che è un obiettivo ineludibile per una razionalizzazione delle risorse e per perseguire l'obiettivo della sicurezza trasfusionale; le tecniche innovative di aferesi per i trapiantati sono diventate di uso routinario e la visione multidisciplinare è diventata indispensabile e merita quindi una visione dipartimentale particolare.

Comprende:

U.O.C. Cardiochirurgia generale (SUN - Monaldi)

U.O.S. Chirurgia coronarica

U.O.S. Gestione clinica pre e post operatoria del paziente cardiocirurgico

U.O.C. Cardiochirurgia pediatrica e delle cardiopatie congenite (Monaldi)

U.O.C. Medicina Infettivologica e dei Trapianti (SUN - Monaldi)

U.O.C. Medicina Trasfusionale (Monaldi)

U.O.S. Nuove tecniche in immunoematologia

U.O.S.D. Chirurgia dei Trapianti (Monaldi)

U.O.S.D. Tecniche innovative in cardiocirurgia (Monaldi)

U.O.S.D. Ecografia perioperatoria e terapia endovascolare (Monaldi)

5. DIPARTIMENTO DELLE MALATTIE INFETTIVE E DELLE URGENZE INFETTIVOLOGICHE.

Il Dipartimento tende a favorire la comunicazione e la collaborazione tra le unità operative senza perdere la valenza specialistica di ciascuna, a sviluppare la trasversalità del percorso diagnostico-

e ad utilizzare, per esempio, il confronto e le strutture di day service, in regime di ricovero a ciclo ordinario ed in regime di follow up e dimissioni protette. Il Dipartimento trova la sua conferma nella necessità di accorpate, come in altre prestigiose realtà nazionali, unità operative la cui mission specialistica prevalente sia orientata alla patologia infettiva. La collocazione delle U.O.C. di Malattie Infettive in questo Dipartimento è anche basata sul criterio dell'interesse, comune ad altre Strutture del medesimo Dipartimento, per alcune patologie, con particolare riferimento alle complicanze infettivologiche dei pazienti ematologici ed immunodepressi. Assicura l'erogazione di prestazioni di prevenzione secondaria, diagnostiche e terapeutiche di natura plurispecialistica in regime di ricovero ordinario e diurno, nei soli casi in cui sia richiesta una cura od un'osservazione specifica non attuabile in ambito ambulatoriale. Aggrega competenze mediche internistiche generali con indirizzo prevalentemente specialistico, quali, per esempio, infettivologico, immunologico, reumatologico, epatologico, endocrinologico, nonché competenze mediche di specialità.

In particolare, presso il Dipartimento, sarà operativo il Centro di riferimento regionale per il trattamento dell'insufficienza epatica acuta. La programmazione regionale ha evidenziato che l'insufficienza epatica acuta, nelle sue espressioni cliniche di epatite fulminante e di insufficienza epatica acuta su malattia epatica cronica, sebbene non frequente (aspettativa in Campania rispettivamente 10-15 e 75-100 casi/anno), costituisce una condizione di estrema gravità, ma tuttavia reversibile, in cui l'efficacia e la qualità dei trattamenti sono determinanti ai fini della prognosi. Un'esperienza consolidata e un approccio di tipo intensivo e polispecialistico, che metta insieme le competenze dell'infettivologo – epatologo e dell'interventista – rianimatore che operano in stretto collegamento con il Centro di Trapianti Epatici, costituiscono presidi terapeutici insostituibili e rendono razionale, anche in ragione della esiguità di casi, la centralizzazione. In Campania, la quasi totalità delle epatiti fulminanti, a causa della eziologia infettiva della maggioranza di esse, viene pertanto riferita a questa Azienda, Ospedale Cotugno, dove è strutturata una Unità Operativa dedicata che opera in organica collaborazione con la terapia intensiva epatologica e con il centro trapianti epatici dell'A.O.R.N. Cardarelli, ed in rete tra le Unità operative campane di Malattie infettive, per il riferimento di tale patologia. In particolare, afferiscono a tale Centro, per quanto riguarda questa Azienda:

- l'UOC di malattie infettive ad indirizzo epatico, presso l'Ospedale Cotugno;
- l'UOC di malattie infettive ad indirizzo neurologico, presso l'Ospedale Cotugno;
- un laboratorio di riferimento regionale di Microbiologia e Virologia, con le unità di Parassitologia e Batteriologia, presso l'Ospedale Cotugno.

Inoltre, sarà organizzato, con l'inclusione nel dipartimento di una unità operativa di Pediatria, il Centro regionale per le Malattie Infettive Pediatriche. La carenza di luoghi di cura pediatriche dedicati alle Malattie Infettive, la necessità di garantire contemporaneamente cure efficaci, adeguata protezione, isolamento del piccolo paziente hanno indotto la Regione Campania ad istituire, presso questa Azienda, Ospedale Cotugno, un Centro regionale di Infettivologia Pediatrica, dotato anche di posti di isolamento. Il Presidio ospedaliero Cotugno offre una avanzatissima diagnostica di laboratorio chimico – clinica, microbiologica e virologica, facilmente adattabile anche al bambino nei primi due anni di vita, offrendo un'assistenza intensiva e sub intensiva che già coinvolge soggetti di età pediatrica, servizi che assicurano fin da ora il necessario supporto ad una nuova entità assistenziale. L'Ospedale Cotugno, inoltre, si identifica come Hub regionale per le emergenze infettivologiche complesse e neuro-infettivologiche. Il Centro Hub, oltre a svolgere le precipue attività ad esso assegnate, funge da coordinamento per la redazione dei protocolli e dei percorsi diagnostico terapeutici che garantiscono l'efficienza e la sicurezza del funzionamento della rete. L'Unità operativa di pediatria (codice 39) è inserita come Spoke nel percorso dell'emergenza e sarà dotata di risorse strutturali e tecnologiche adeguate.

Comprende:

U.O.C. Malattie Infettive ad indirizzo neurologico (Cotugno)

U.O.S. Diagnostica neurologica

U.O.S. Malattie infettive ad indirizzo neurologico in età pediatrica

U.O.C. Malattie Infettive dell'età geriatrica (Cotugno)

U.O.C. Malattie infettive ad indirizzo respiratorio (Cotugno)

U.O.C. Malattie Infettive ad indirizzo eointerventistico (Cotugno)

U.O.C. Immunodeficienze e malattie dell'immigrazione (Cotugno)

U.O.S. Coinfezione HIV e virus epatitici

U.O.C. Immunodeficienze e malattie infettive di genere (Cotugno)

U.O.C. Infezioni sistemiche e dell'immunodepresso (Cotugno)

U.O.S. Diagnosi e terapia dell'epatite cronica (Cotugno)

U.O.C. Pediatria infettivologica (Cotugno)

U.O.S.D. Pronto Soccorso infettivologico ed Accettazione (Cotugno)

U.O.S.D. Insufficienza epatica acuta e Follow Up dei trapianti epatici e renali con malattie del fegato (Cotugno)

U.O.S.D. Gestione paziente infettivo in stato detentivo (Cotugno)

U.O.S.D. Profilassi post esposizione agenti virali e batterici (Cotugno)

6. DIPARTIMENTO ORTO-NEUROLOGICO e CENTRO TRAUMA ZONALE

Il Dipartimento tende a favorire la comunicazione e la collaborazione tra le unità operative senza perdere la valenza specialistica di ciascuna, a sviluppare la trasversalità del percorso diagnostico-terapeutico del malato e ad utilizzare l'esempio, il confronto e le sinergie. Promuove l'attività in regime ambulatoriale, in regime di day service, in regime di ricovero a ciclo diurno (DH), in regime di ricovero ordinario ed in regime di follow up e dimissioni protette.

Nel Dipartimento in questione sono ricomprese le attività di orto e neuro riabilitazione deputate al trattamento di pazienti provenienti da reparti per acuti, chirurgici e medici, che, superata la fase acuta, necessitano di un ulteriore periodo di degenza per completare il ciclo di cure in un ambiente protetto. A seguito delle previsioni stabilite dal DCA 33/2016 in merito all'attivazione del Centro Trauma Zonale, il presente Dipartimento è stato integrato anche della U.O.C. Anestesia, Rianimazione e Terapia Intensiva (C.T.O.), nonché e della U.O.S.D. Medicina e chirurgia di accettazione e di urgenza (MCAU-CTO), al fine di consentire un pieno ed autonomo governo delle attività rientranti nel nuovo C.T.Z.

L'aumento della vita media comporta la necessità di un allungamento del periodo di attività lavorativa e di un miglioramento delle condizioni di efficienza fisica e mentale. E' nata, da tempo, la necessità di sviluppare terapie capaci di sostituire o rigenerare organi danneggiati da processi patologici o traumi. Il sistema muscolo scheletrico è la struttura portante del nostro corpo. Gli studi effettuati sulla rigenerazione del tessuto cartilagineo e nella osteogenesi costituiscono una nuova frontiera che la nostra Azienda ha intenzione di affrontare e seguire.

La progressiva mutazione demografica che vede anche in Regione Campania la crescita della popolazione ultrasessantacinquenne e la maggiore complessità delle patologie ortopediche nell'età geriatrica legata a multipatologie, pluriterapie, cronicità hanno reso necessaria l'istituzione di un Centro Regionale di Ortogeriatrics presso l'Azienda dei Colli, presidio C.T.O.

Inoltre, sulla base delle proposte elaborate da un Gruppo di Lavoro istituito nel 2012, è stato elaborato il modello di Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per l'ictus cerebrale. In questo ambito, l'Azienda Ospedaliera dei Colli viene individuata quale Hub, presso l'Ospedale CTO, dotato di unità operativa di neurologia, neuroradiologia e neurochirurgia, identificata come Stroke Unit, costituita da aree di assistenza subintensiva presso l'unità operativa di neurologia. Sono assicurate competenze di chirurgia vascolare, fisioterapia, logopedia, assistenza psicologica. Per le emorragie cerebrali, ed in particolare per l'Emorragia Subaracnoidea si prevedono posti letto dedicati, che in relazione ai volumi di attività ed ai modelli organizzativi aziendali, possono essere allocati in neurochirurgia o nella unità stroke. L'Azienda è in grado di fornire assistenza completa, con personale dedicato e qualificato, al paziente con ictus cerebrale dalla fase acuta alla fase riabilitativa sino al rientro al domicilio. In ragione degli obiettivi regionali, la struttura sarà in grado di:

- assicurare adeguata assistenza in ambiente idoneo a tutti i casi di ictus e TIA.

Fa parte della rete, con posti letto dedicati, la struttura di riabilitazione cod. 56.

L'Ospedale CTO è anche individuato quale CTZ (Centro trauma zonale), nell'ambito della Rete per il Trauma. Viene assicurata l'integrazione con la Struttura di riabilitazione post-acuta, in modo da garantire la presa in carico del paziente ed ogni azione finalizzata ad una riabilitazione efficace. Il Centro si articolerà come già precedentemente descritto.

In considerazione che l'attivazione del C.T.Z. richiede una piena integrazione e funzionalità di tutte le unità operative interessate all'erogazione delle attività richieste, si è provveduto a programmare tale dipartimento sulla base di tali necessità conformemente a quanto stabilito dal DCA 33/2016.

Comprende:

U.O.C. Anestesia, Rianimazione e Terapia Intensiva (C.T.O.)

U.O.S. Gestione blocco operatorio

U.O.C. Ortopedia e traumatologia ad indirizzo protesico ed artroscopico (C.T.O.)

U.O.S. Patologia osteoarticolare post traumatica

U.O.C. Ortopedia e traumatologia ad indirizzo protesico e rigenerativo (CTO)

U.O.S. Artroscopia

U.O.C. Neurologia e Stroke (C.T.O)

U.O.C. Neurochirurgia (SUN - C.T.O.)

U.O.S. Neoplasie endocraniche

U.O.C. FKT - Recupero e Riabilitazione (C.T.O.)

U.O.C. Cardiologia (CTO)

U.O.S.D. Medicina e chirurgia di accettazione e di urgenza (MCAU- CTO)

U.O.S.D. FKT – percorsi fisico-riabilitativi (CTO)

U.O.S.D. Chirurgia della mano (CTO)

U.O.S.D. Trattamenti ortopedici (Monaldi)

U.O.S.D. Complicanze del S.N.C. e del S.N.P. dei trapianti e delle procedure cardiocirurgiche in area critica ed oncologia (Monaldi)

7. DIPARTIMENTO DI AREA CRITICA

Il Dipartimento tende a favorire la comunicazione e la collaborazione tra le unità operative senza perdere la valenza specialistica di ciascuna, a sviluppare la trasversalità del percorso diagnostico-terapeutico del malato e ad utilizzare l'esempio, il confronto e le sinergie. Fornisce h24 assistenza anestesiológica per tutte le attività operatorie ed interventistiche di elezione e di urgenza, comprese quelle di alta complessità. Garantisce la terapia intensiva e subintensiva post operatoria. Provvede, inoltre, all'assistenza anestesiológica per le sale operatorie di day surgery e, ove occorra, per le sale operatorie di chirurgia ambulatoriale e per le procedure radiologiche. Nell'ambito delle direttive ministeriali per l'ospedale senza dolore, il Dipartimento provvede, con una propria linea di terapia antalgica ad effettuare trattamenti di terapia del dolore peri e post operatorio e del dolore cronico. Cura le fasi di pre-ricovero finalizzate all'intervento chirurgico consentendo l'effettuazione, secondo protocolli definiti, degli esami diagnostici strumentali e di laboratorio, compresi quelli del prelievo di sangue per l'eventuale autotrasfusione e rilascia la cartella con la completa valutazione anestesiológica per i ricoveri di elezione in regime ordinario ed a ciclo diurno. Il Dipartimento comprende anche la Neonatologia e la Terapia Intensiva Neonatale. Le strutture di dialisi completano il dipartimento.

In Campania sono attivi tre Servizi di Trasporto di Emergenza Neonatale (STEN) che connettono i punti nascita di primo livello con le Terapie Intensive Neonatali (TIN) della Regione lavorando in

La rete ospedaliera dei punti nascita che, insieme a quella delle cure primarie, costituisce la fondamentale linea di programmazione sanitaria per la sostenibilità del SSN. L'elaborazione dei nuovi schemi organizzativi in grado di rispondere in modo più adeguato a specifici bisogni dell'area neonatologica e pediatrica si basa sul cosiddetto "Sistema a rete" con lo schema hub & spoke. Tale sistema si pone l'obiettivo di:

- garantire la centralità del bambino e della sua famiglia nel sistema;
- garantire la libertà di scelta nella ricerca delle diagnosi e cure;
- favorire l'erogazione delle prestazioni sanitarie di base e di maggiore frequenza in maniera diffusa sul territorio regionale, facilitando l'accesso degli utenti presso la sede di residenza;
- individuare le Strutture di alta complessità e le Strutture di media complessità per l'erogazione delle prestazioni secondo criteri di qualificazione e grado di specializzazione delle stesse;
- promuovere un razionale utilizzo delle tecnologie più complesse e costose;
- promuovere la crescita culturale allo scopo di migliorare l'assistenza pediatrica delle strutture sanitarie regionali per ottenere una omogeneità di prestazione.

Il modello prevede la concentrazione dell'assistenza di maggiore complessità in "centri di riferimento" (hub) e l'organizzazione dell'invio a questi "hub" da parte dei centri periferici dei piccoli pazienti che superano la soglia di complessità degli interventi effettuabili a livello periferico. È anche possibile che una struttura possa essere hub per una specialità e spoke per un'altra, integrandosi nel sistema a rete. Nell'attuale situazione della Regione Campania, si registrano diverse discrasie in merito all'efficacia della rete neonatologica e delle Terapie Intensive Neonatali (TIN), quali quelle relative alla elevata percentuale di trasferimenti di neonati pari a più di 1.600 all'anno (circa il 2,5% vs una media nazionale dell' 1,5%), l'assenza di un Sistema di Trasporto Assistito Materno (STAM), il cosiddetto "trasporto in utero" e la scarsa capacità delle neonatologie a trattare neonati che necessitano di cure intermedie, con trasferimento alle TIN anche di neonati che non richiedono cure intensive. Il Piano prevede una riorganizzazione della rete assistenziale neonatale che integra quanto previsto dalle Linee guida dell'accordo Stato-Regioni del 2010 "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo" con le disposizioni del DM 70/2015. Il Piano, pertanto, prevede due livelli di assistenza neonatale:

- Livello 1: Neonatologia (cod. 62): che di norma prevede assistenza ai neonati fisiologici con problemi di adattamento alla vita extrauterina e neonati affetti da patologie (circa il 10% dei parti) che necessitano di cure intermedie e non richiedono cure intensive (ipoglicemia o tachipnea transitoria) e neonati prematuri > 34 settimane.
- Livello 2: TIN (cod. 73): in grado di assistere neonati patologici, quali quelli bisognosi di terapia intensiva e ad alta complessità.

Il Piano prevede presso l'A.O. dei Colli, UO di Patologia Fetale di III livello, la identificazione di TIN di Alta Specialità ovvero di posti letto dedicati ad alta specialità con bacino di utenza regionale ed extraregionale e che escono dal computo totale dei posti letto TIN con punti nascita.

Inoltre, nel Dipartimento, è prevista la UOSD di Terapia antalgica, con posti letto, inserita nella Rete per la Terapia del dolore.

Per rete di Terapia del dolore si intende una aggregazione funzionale ed integrata delle attività di terapia del dolore erogate nei diversi setting assistenziali, che ha l'obiettivo di migliorare la qualità della vita delle persone adulte affette da dolore indipendentemente dalla sua eziopatogenesi, riducendone il grado di disabilità e favorendone la reintegrazione nel contesto sociale e lavorativo. I nodi della rete sono le strutture declinate, come da accordo sancito dalla Conferenza Stato Regioni 16 dicembre 2010, nelle Linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali Legge 15 marzo 2010 n. 38. La rete include tutte le attività specialistiche orientate alla diagnosi, terapia, riabilitazione di patologie dolorose specifiche (compresa fisioterapia, geriatria, neurologia, oncologia, radioterapia) e unifica il trattamento del dolore oncologico e non oncologico. Il DCA 22/2015 stabilisce standard e fabbisogni e prevede, quale centro Hub, l'Azienda Ospedaliera dei Colli, per i territori delle Aziende Na1, Na3, Av, Sa.

Comprende:

U.O.C. Anestesia e Terapia Intensiva post-operatoria (Monaldi)

U.O.S. Terapia intensiva post operatoria

U.O.S. Gestione attività blocco chirurgico



U.O.C. Anestesia, Rianimazione e Terapia Intensiva (Cotugno)

U.O.C. Terapia Intensiva Neonatale (Monaldi)

U.O.S. Cure speciali in neonatologia

U.O.C. Terapia intensiva respiratoria (UTIR) (Monaldi)

U.O.C. Nefrologia (Cotugno)*

U.O.C. Terapia antalgica (Monaldi)

U.O.C. Dialisi con complicazioni cardiopneumologiche (Monaldi)

U.O.S.D. Rianimazione Respiratoria e ECMO (Monaldi)

U.O.S.D. Nutrizione Clinica e NAD (Cotugno)

U.O.S.D. Terapia intensiva cardiocirurgica (Monaldi)

U.O.S.D. Terapia intensiva pediatrica ad indirizzo cardiocirurgico (Monaldi)

U.O.S.D. Anestesia in Cardiocirurgia Generale (Monaldi)

* Per la attività di Nefrologia, è prevista anche l'inclusione in Dipartimento interaziendale in forza di convenzione con la SUN.

8. DIPARTIMENTO DEI SERVIZI SANITARI

Il Dipartimento tende a favorire la comunicazione e la collaborazione tra le unità operative senza perdere la valenza specialistica di ciascuna, a sviluppare la trasversalità del percorso diagnostico-terapeutico del malato e ad utilizzare l'esempio, il confronto e le sinergie. Promuove l'attività in regime ambulatoriale. Raggruppa tutte le funzioni diagnostiche per immagini e di interventistica in radiologia. Si conferma la valenza interpresidiale del Dipartimento, organizzato quale complesso di servizi finalizzati ad erogare prestazioni ad elevata tecnologia. Persegue gli obiettivi di un ottimale utilizzo delle risorse strumentali e umane e, nel contempo, del rispetto dei tempi di attesa per l'attività specialistica strumentale, in conformità alle indicazioni regionali. Sarà ulteriormente dotato di attrezzature digitali di radiodiagnostica, mammografo con centraggio stereotassico, TC multislices, RM, PET TC, angiografi ed ecografi di elevata risoluzione per tutti i distretti corporei. All'interno del Dipartimento vengono assicurate dalle varie strutture che lo compongono, le prestazioni diagnostiche ed interventistiche (toracica, epatica e vascolare) per l'urgenza-emergenza e per i degenti ricoverati nei singoli ospedali attraverso una ipotesi organizzativa intradipartimentale che preveda, a seconda delle diverse necessità assistenziali servizi di guardia e di pronta disponibilità, nonché le prestazioni ambulatoriali comprese quelle di TC e RM. È dotato di sistema PACS e RIS e può collegarsi con altri centri ospedalieri e le unità del Servizio 118 che utilizzano la teleradiologia per ricevere e trasmettere immagini iconografiche. Promuove, inoltre, l'attività in regime ambulatoriale e provvede ad assicurare tutte le indagini di medicina di laboratorio ed, in particolare, la diagnostica delle malattie tromboemboliche ed emorragiche, delle malattie metaboliche, la diagnostica virologica e batteriologica, del complesso TORCH, immunologica e protidologica, nonché le indagini di chimica analitica. Provvede, altresì, ad assicurare esami diagnostici istologici, citologici, di citogenetica e di patologia molecolare. Provvede, inoltre, ad effettuare riscontri diagnostici autoptici, anche per la verifica dell'appropriatezza e del rischio clinico.

Rientrano nel Dipartimento i Servizi di Psichiatria e Psicologia Clinica, per i risvolti che sono collegati alle funzioni assistenziali per alcune particolari patologie (AIDS, malattie infettive, oncologia, terapie intensive), per le quali si reputa necessario un supporto, trasversale, di ordine psichiatrico e psicologico. Comprende:

U.O.C. Radiodiagnostica (Monaldi)

U.O.S. Radiologia toracica

U.O.C. Medicina Nucleare (Monaldi)

U.O.C. Radiodiagnostica (Cotugno)

U.O.C. Radiodiagnostica (CTO)

U.O.C. Biochimica Clinica (Monaldi)

U.O.S. Clinica ad alta automazione

U.O.S. Tossicologia

U.O.C. Microbiologia e Virologia (Cotugno)

U.O.S. Parassitologia

U.O.S. Batteriologia

U.O.C. Anatomia ed Istologia Patologica (Monaldi)

U.O.C. Farmacia

U.O.C. Psichiatria e per l'integrazione degli interventi di cura (Cotugno)

U.O.S.D. Patologia Clinica (CTO)

U.O.S.D. Diagnostica senologica integrata (Monaldi)

U.O.S.D. Diagnostica molecolare e tomografica (Monaldi)

U.O.S.D. Citologia diagnostica (Monaldi)

U.O.S.D. Anatomia Patologica toraco-polmonare (Monaldi)

U.O.S.D. Psicologia Clinica (Cotugno)

U.O.S.D. Radiologia informatica (Monaldi)

U.O.S.D. Medicina del lavoro

U.O.S.D. Farmacovigilanza

U.O.S.D. Gestione clinica del farmaco

** Va considerato che, attualmente, in forza della Convenzione stipulata con la Seconda Università degli Studi (SUN) di Napoli in data 30 gennaio 2012, per il Servizio Universitario di Neuroradiologia, ubicato presso l'Ospedale CTO, ferma restando la sua afferenza alla SUN, è stata stabilita, con atto integrativo del 7.5.2012, l'utilizzazione del suo personale per le attività delle Unità Operative di Neurochirurgia, operanti presso la stessa struttura assistenziale, e per le altre attività dell'azienda Ospedaliera dei Colli, con il trasferimento di quota parte del debito orario dovuto dagli operatori, e di quota parte della spesa relativa ai contratti di manutenzione e gestione delle relative apparecchiature. Tale UOC non è dunque ricompresa nel conteggio delle strutture.*

N.B. Nei Dipartimenti vi sono 56 Unità Operative Complesse, cui vanno aggiunte 7 Unità Operative Complesse dei Servizi Sanitari non diagnostici, tutte in staff alla Direzione Sanitaria, come di seguito riportato, per un totale di 63 UOC Sanitarie:

UOC Direzione Medica dell'Ospedale Monaldi

U.O.S. Preospitalizzazione

UOC Direzione Medica dell'Ospedale Cotugno

UOC Direzione Medica dell'Ospedale CTO

UOC Medicina Valutativa, Legale e Assicurativa

UOC Servizio di Farmacia

UOC Servizio delle professioni sanitarie infermieristiche, della riabilitazione e delle altre professioni sanitarie

UOC Sicurezza delle cure e controllo qualità

Unità Operativa	Codice attività	TOTALE
Chirurgia generale	09	18
Neurologia	32	16
Ortopedia e traum.	36	54
Terapia intensiva	49	8
Recupero e riabilitaz.	56	17
Cardiologia	8	8
Cardiologia riabilit.	56	12
Neurochirurgia	30	20
TOTALE		153
Medicina e Chir acc. Urgenza	51	12+8*
TOTALE		161+12=173

TOTALE GENERALE				987+8
-----------------	--	--	--	-------

**L'Unità Operativa di Medicina e Chirurgia d'accettazione ed urgenza presso l'Ospedale CTO è di nuova istituzione, attualmente non prevista dal DCA 33/2016, ma essenziale per la realizzazione del pronto soccorso. In considerazione che tale nuova unità operativa necessita di 20 posti letto, si rende necessario incrementare la programmata dotazione di posti letto totali dell'AO dei Colli, di ulteriori 8 unità, in quanto n.8 posti letto, derivano dalla riconversione della UO di Gastroenterologia le cui attività sono assorbite dalla unità operativa di chirurgia endoscopica, ed ulteriori 4 posti letto sono derivanti dalla riduzione dei p.l. attribuiti alla neurochirurgia da 24 a 20. Pertanto la dotazione finale dei posti letto aziendali, è data, come sopra riportato, dai 987 posti letto programmati dal DCA 33/2016 a cui si aggiungono n.8 p.letto di nuova istituzione per i quali si avanza relativa richiesta.*

L'Azienda, preso atto di tali indicazioni, ha definito le linee di attività, suddividendo i posti, per disciplina e codice, tra le varie unità operative complesse; alle unità operative semplici dipartimentali che sono dotate di risorse tecniche ed umane, con conseguente responsabilità gestionale, verrà assegnato un codice di attività corrispondente a quello della disciplina principale, con un progressivo indicativo, anche ai fini della contabilità per centri di costo e per il corrispondente controllo di gestione. L'indicazione dei posti letto è, quindi, funzionale alle relative linee di attività che, espletate in più ambiti, in ragione della competenza dipartimentale, sono comunque riconducibili a funzioni specialistiche specifiche, facenti capo ad una delle unità operative complesse. L'individuazione di posti letto, in molti casi collocati fisicamente all'interno della relativa unità operativa complessa da cui provengono, è funzionale alle verifiche gestionali, tecniche, di risultato, di indagine epidemiologica, in rapporto alla loro particolarità. In altri casi godono di autonomia fisica, per peculiari ed autonome caratteristiche cliniche. Il loro livello di responsabilità deriva dalla funzione strategica svolta e dalla competenza specialistico funzionale.

Gli Ospedali aziendali avranno, quindi, la seguente conformazione che nasce dal numero dei posti letto disponibili (n. 987) e dal numero di strutture assegnate, precisando che nelle note di accompagnamento alle tabelle per ciascun ospedale, sono riportate eventuali variazioni/correzioni rispetto a quanto previsto nel DM 70/2015 e nel Decreto Commissariale 33/2016, di cui il presente atto aziendale costituisce adeguamento, nella misura massima del 1,5% della dotazione assegnata. Premesso che la elencazione complete delle articolazioni funzionali aziendali è riportata nella descrizione di ciascun Dipartimento, di seguito vengono riportate unicamente, suddivise per Ospedale, le UU.OO. complesse, semplici e dipartimentali dotate di posti letto.

Unità Operativa	Codice attività	TOTALE
UOS Chirurgia ad alta complessità infettiva**	9	2
UOC Malattie infettive ad indirizzo neurologico	24	25
UOC Malattie infettive ad indirizzo epatico	24	20
U.O.C. Malattie Infettive dell'età geriatrica (Cotugno)	24	20
UOC Malattie infettive ad indirizzo respiratorio	24	20
UOC Malattie infettive ad indirizzo ecoinferentistico	24	16
UOC Immunodeficienze e malattie dell'immigrazione	24	23
UOC Immunodeficienze e malattie infettive di genere	24	22
UOC Infezioni sistemiche e dell'immunodepresso	24	23
U.O.C. Pediatria infettivologica	39	15
UOSD Pronto Soccorso infettivologico ed accettazione	24	4*****
UOSD Gestione paziente infettivo in stato detentivo	97	4
UOC Servizio di Psichiatria e per l'integrazione degli interventi di cura	40	0
UOC Anestesia-rianimazione e Terapia intensiva	49	8
UOC Nefrologia e Dialisi	29	6
UOS Patologie oncologiche AIDS correlate***	64	2
UOC Radiodiagnostica		
U.O.S.D. Insufficienza epatica acuta e Follow Up dei trapianti epatici e renali con malattie del fegato (Cotugno)	24	6
UOC Microbiologia e Virologia		
UOC Direzione Medica di Presidio****		
TOTALE		212

* la UOS fa riferimento alla UOC di Cardiologia dell'Ospedale Monaldi

**la UOS fa riferimento alla UOC di Chirurgia generale dell'Ospedale CTO

***la UOS fa riferimento alla UOC di Oncologia dell'Ospedale Monaldi

**** Presso l'Ospedale Cotugno è previsto il mantenimento di un ambulatorio di odontostomatologia, finalizzato a rendere prestazioni da realizzarsi in ambiente protetto, per pazienti ricoverati affetti da patologie ad elevata diffusibilità ematica.

*****Posti tecnici di osservazione breve.

Unità Operativa	Co attività	TOTALE
UOC Cardiocirurgia pediatrica e delle cardiopatie congenite	06	20
UOC Cardiocirurgia generale (SUN)	07	20
UOSD Tecniche innovative in cardiocirurgia	07	10
UOSD Chirurgia dei trapianti	07	12
UOC Cardiologia (SUN)	08	15
UOC Cardiologia pediatrica e UTIC (SUN)	08	8
UOC Cardiologia	08+50	22+10
UOC Cardiologia interventistica	08	12
UOSD Elettrofisiologia, studio e terapia delle aritmie	08	7
UOSD Malattie cardiologiche congenite- GUCH	08	8
UOSD Diagnostica cardiologica integrata	08	4
UOSD Diagnostica cardiologica invasiva	08	2
UOSD Cardiologia preventiva	08	6
UOS Unità coronarica *	50	14
UOC Chirurgia generale	09	22
<i>UOC Endoscopia digestiva chirurgica**</i>	<i>09</i>	<i>8</i>
UOSD Week Surgery***	09	8
UOC Chirurgia toracica	13	22
UOC Chirurgia vascolare	14	16
UOC Medicina infettivologica e dei trapianti (SUN)	26	8
UOC Medicina ad indirizzo cardiovascolare e dismetabolico	26	28
UOSD Endocrinologia	26	4
UOC Dialisi con complicanze cardio-pneumologiche*****	54	0
UOC Oculistica	34	12
UOC Otorinolaringoiatria	38	20
UOC Urologia	43	20
UOC Anestesia e Terapia intensiva post operatoria	49	8
UOSD Terapia intensiva pediatrica ad indirizzo cardiologico	49	8
UOSD Rianimazione respiratoria ed ECMO	49	8
UOSD Terapia intensiva cardiocirurgica	49	12
UOSD Scompensato cardiaco e cardiologia riabilitat.	56	13
UOC Clinica Pneumologia (SUN)	68	22
UOC Pneumotisiologia (Federico II)	68	15
UOSD Malattie respiratorie (Federico II)	68	15
UOC Fisiopatologia e Riabilitazione respiratoria	68/56	26+6
UOC Terapia intensiva respiratoria (UTIR)	68	18
UOC Broncologia	68	0
UOC Pneumologia ad indirizzo oncologico	68	18
UOC Oncologia	64	22
UOSD DH pneumoncologico	64	10
UOSD Trattamento delle complicanze del cancro del polmone	64	4
UOC Terapia intensiva neonatale	73	19
UOSD Trattamenti ortopedici	36	6
UOC Ostetricia e patologie fetali	37	8
UOC Terapia del dolore con degenza	49	8

***	n. 20 del 6 Marzo 2017	
istica		PARTE I  Atti della Regione
UOC Medicina Nucleare		
UOC Biochimica clinica		
UOC Anatomia e Istologia Patologica		
UOC Medicina Trasfusionale		
UOC Farmacia		
U.O.S.D. Medicina del lavoro (Monaldi)		
UOC Direz.medica di Ospedale		
UOC Pneumologia progetto NEMO (pazienti distrofici)	68	26
TOTALE		610

Si precisa inoltre che andranno aggiunti ai 592 p.l. sopra riportati, 26 posti di pneumologia (adulti e pediatrici) oggetto di successivo conferimento a seguito stipula di convenzione ex art.9 del D.lgs 502/92 e s.m.i. per il progetto NEMO (pazienti distrofici). Nell'ambito del Progetto Nemo, attualmente in fase di definizione, si ravvisa la necessità di prevedere una quota pari a 4/5 posti letto tra quelli assegnati, da utilizzare per attività di codice 56. Tale esigenza potrà essere eventualmente considerata all'atto della prossima revisione del DCA 33/2016.

* I posti letto di unità coronarica sono distribuiti in ragione di 10 posti letto per la UTIC Monaldi, 6 posti letto in UTIC e cardiologia interventistica coronarica (SUN) e 8 posti letto dell'UOC Cardiologia-UTIC pediatrica SUN.

** La UOC prevista presso l'Ospedale Monaldi è denominata "Endoscopia digestiva chirurgica" ha competenza prevalentemente chirurgica. Infatti, oltre alla normale diagnostica, l'unità svolge interventi chirurgici in endoscopia e ad essa è attribuita il cod. 9. La unità operativa mantiene gli 8 posti letto precedentemente previsti, tutti, però, in regime di degenza diurna. Come per altre attività (v. UOS oncologia o UOS chirurgia presso il Cotugno), alcuni posti (rientranti negli otto previsti) saranno organizzati presso l'Ospedale CTO per permettere in loco le attività, soprattutto diagnostiche, al servizio delle unità operative chirurgiche operanti presso detta struttura, in particolare per quella di chirurgia generale. Tale attività assorbe anche le funzioni di gastroenterologia previste dal DCA 33/2016.

*** I posti letto della UOSD "Week Surgery" sono programmati con cod. 9. Va comunque precisato che l'attività è prevalentemente polispecialistica, perchè, proprio in virtù della sua collocazione dipartimentale, essa si avvale, secondo le necessità, dell'opera di medici di altre specialità chirurgiche. Al fine di scongiurare eventuali inapproprietezze con codice di dimissione non pertinenti al ridefinito codice; resta inteso che eventuali ricoveri non direttamente attribuibili alla chirurgia generale verranno dimessi ed attribuiti alla specifica attività chirurgica di riferimento.

**** Gli otto posti letto indicati per la UOSD di Terapia del dolore con degenza, rappresenta una rimodulazione degli equivalenti posti letto di gastroenterologia di cui al punto precedente, attesa la necessità di fornire risposte assistenziali alla complessità delle attività aziendali.

***** L'A.O. dei Colli si caratterizza per una peculiarità e singolarità a livello regionale di specifiche attività assistenziali. In particolare per quanto attiene l'Ospedale Cotugno si evidenzia oltre la natura di ospedale monospecialistico regionale per le malattie infettive, la presenza del Centro di riferimento regionale per il trattamento dell'insufficienza epatica acuta, il Centro regionale per le malattie infettive pediatriche da ultimo individuato dal DCA 33/2016. L'Ospedale Monaldi, di contro si caratterizza fortemente quale ospedale ad indirizzo peumo-cardiologico per la presenza oltre dei centri HUB di Cardiologia, Cardiocirurgia e Chirurgia vascolare, inseriti nella rete 118 regionale dell'emergenza -urgenza, per la presenza del Centro Trapianti di Cuore per adulti e pediatrico, nonché dei centri regionali per specifiche patologie e da ultimo, previsto dal DCA 33/2016, del Centro di III Livello a valenza regionale per le Patologie Fetalì, ivi compreso il punto nascita. Infine, l'Ospedale CTO ad indirizzo neuro- ortoribiabilitativo, è contraddistinto, come stabilito dal più volte citato DCA 33/2016, quale Centro Stroke, Centro Trauma Zonale, Centro Regionale di Ortogeriatría. L'insieme di tali attività richiede una diversa strutturazione delle unità operative rientranti nell'area critica in particolar modo anche delle attività commesse alla U.O. di Nefrologia e Dialisi. Infatti, si prevede presso l'Ospedale Cotugno una articolazione autonoma di Nefrologia e dialisi, sorretta prevalentemente dalla considerazione che trattasi di un monospecialistico infettivo logico e presso il Monaldi di una articolare autonoma di Dialisi dedicata prevalentemente alle complicanze cardio-pneumologiche.

OSPEDALE "C.T.O."

Unità Operativa	Codice attività	TOTALE
UOC Chirurgia generale	09	18
UOC Neurologia e Stroke	32	16
U.O.C. Ortopedia e traumatologia ad indirizzo protesico ed artroscopico	36	23
UOC Ortopedia e traumatologia ad indirizzo protesico e rigenerativo	36	23
UOSD chirurgia della mano	36	8
UOC Anestesia, Rianimazione e Terapia intensiva	49	8
UOC FKT Recupero e riabilitaz.	56	17
UOC Cardiologia	8	8
UOSD Cardiologia riabilitazione intermedia	56	12
UOC Neurochirurgia (SUN)	30	20

UOC Neuroradiologia		
UOSD Patologia clinica		
UOC Direzione Medica di Ospedale		
Medicina e Chir acc. Urgenza	51	12+8
TOTALE		173

Descrizione e cronoprogramma delle attività previste dal DCA 33/2016 per il Centro Trauma Zonale.

Il DCA 33/2016 prevede per l'AORN dei Colli l'attivazione del Centro Trauma Zonale presso l'Ospedale C.T.O.

Di seguito vengono definiti i tempi di attivazione per le attività del Centro Trauma Zonale presso l'Ospedale C.T.O. , come da crono programma:

1. Dal mese di novembre 2016 prendono avvio le attività h24 clinico - assistenziali connesse al centro Hub di Traumatologia Ortopedica inserito nella rete 118 dell'emergenza urgenza regionale, funzionante sulla base delle medesime modalità operative e procedurali attualmente in uso per gli Hub di cardiologia interventistica e cardiocirurgia dell'Ospedale Monaldi (trasporto secondario). In questa prima fase l'Ospedale C.T.O., per il tramite della Centrale Operativa 118 regionale, sarà, nell'ambito della rete traumatologica ortopedica riferimento primariamente per le fratture del femore, al fine di migliorare uno degli aspetti più critici connesso alla garanzia dei livelli essenziali di assistenza (LEA).
2. E' stato dato già avvio a tutte le attività procedurali propedeutiche per l'inizio dei lavori di adeguamento ed ammodernamento impiantistico, tecnologico e strutturale dei locali dell'Ospedale C.T.O. adibiti alla nuova funzione di Centro Trauma Zonale. L'apertura cantiere è prevista per gli inizi di ottobre, i cui lavori vedranno la conclusione, prevedibilmente entro il mese di aprile 2017.
3. Parimenti è stato dato già avvio a tutte le attività procedurali propedeutiche al reclutamento delle figure professionali necessarie per il potenziamento delle attività connesse al Centro Trauma. Tali procedure, rivolte a diversi profili e qualifiche professionali, si concluderanno entro il primo trimestre del 2017, data entro la quale il Centro Hub di Traumatologia Ortopedica sarà assorbito nel più ampio "Centro Trauma Zonale con Pronto Soccorso Medico-Chirurgico".
4. Ad integrazione delle attività innanzi descritte, al fine di garantire la piena funzionalità h24 del C.T.Z. , conformemente a quanto previsto dal D.C.A. 33/2016, si avanza la proposta, alle competenti strutture regionali, di attivazione di una unità operativa di medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza (MCAU) con una dotazione a regime di 20 posti letto presso il detto Ospedale. Con il presente atto, si è già provveduto a destinare 8 posti letto a tale nuova Unità Operativa. In particolare, i citati 8 posti letto derivano dalla riconversione dei posti letto della U.O. di Gastroenterologia le cui attività sono assorbite nella U.O. di Chirurgia Endoscopica.
5. Il previsto incremento di posti letto di MCAU, comporta una rideterminazione delle articolazioni strutturali aziendali secondo quanto previsto dal DCA 18/2013.

Il Dipartimento è una struttura di coordinamento e di direzione per lo svolgimento di funzioni complesse con compiti di orientamento, consulenza e supervisione per la funzione cui è preposto.

Il Dipartimento, a seconda della sua tipologia, è costituito da unità operative, semplici, semplici dipartimentali e complesse, che, per omogeneità, affinità e complementarietà hanno comuni finalità.

Le strutture afferenti al dipartimento mantengono la propria autonomia e responsabilità nell'ambito di un modello gestionale ed organizzativo comune, volto a fornire una risposta unitaria, efficiente e completa alle richieste di prestazioni degli utenti interni ed esterni. A tal fine il Dipartimento adotta codici di comportamento uniformi per quanto riguarda in particolare gli aspetti clinico assistenziali, didattici, di ricerca, etici, medico-legali, giuridici ed economico- finanziari.

L'individuazione dei Dipartimenti è funzionale all'Azienda e tiene conto della complessità della stessa, del numero di strutture complesse presenti e degli obiettivi che queste ultime debbono conseguire.

Tra i principali compiti dei Dipartimenti si individuano i seguenti:

- organizzare e pianificare la produzione (pianificazione operativa);
- garantire, rispetto agli obiettivi acquisiti, la produzione e i risultati ottenuti attraverso il controllo di qualità tecnica il controllo di efficienza;
- la misurazione delle performance di processo e l'analisi delle attività/del valore, di concerto con i Direttori di Ospedale;
- la valutazione di efficacia;
- collaborare alla definizione del budget;
- partecipare alla programmazione strategica aziendale, attraverso la condivisione degli indirizzi strategici, dell'analisi della domanda, dell'individuazione degli indicatori critici di performance.

I Dipartimenti, inoltre, adottano linee guida e percorsi assistenziali improntati alla massima appropriatezza, umanizzazione e personalizzazione dell'azione clinica ed assistenziale, e sono funzionali all'adozione di modelli operativi tendenti al continuo miglioramento delle performance aziendali.

Più in particolare ad essi spetta il compito di:

- tendere al miglioramento degli indicatori di performance riferiti all'efficienza, l'efficacia e l'economicità;
- garantire la costante realizzazione di interventi appropriati dal punto di vista clinico;
- ricercare la personalizzazione e l'umanizzazione degli interventi;
- definire percorsi assistenziali o profili di cure basati sul coordinamento delle prestazioni che si rendono necessarie per elaborare, condividere ed adottare linee guida e protocolli;
- promuovere il miglioramento continuo della qualità;
- elaborare sistemi di indicatori utili alla valutazione e verifica dell'efficacia e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate a del livello di efficienza delle diverse UU.OO., delle diverse equipe professionali in esse rappresentate e dei singoli professionisti.

Pertanto la scelta di armonizzare le competenze tecnico/professionali al fine di evitare da un lato la frammentazione delle risposte, dall'altro la variabilità delle opzioni erogative, sostanzia la focalizzazione e il valore aggiunto del dipartimento.

I dipartimenti strutturali sono caratterizzati dalla necessità di realizzare una conduzione degli interventi fortemente unitaria e pertanto sono strutturati in modo da esercitare una forte giurisdizione sulla gestione delle risorse sulla definizione degli obiettivi e sulla realizzazione delle funzioni. Tale tipologia di dipartimento assume la valenza di soggetto negoziale per l'attribuzione del budget.

Allo scopo di realizzare i principi precedentemente dichiarati, l'Azienda Ospedaliera dei Colli adotta il Dipartimento quale modello organizzativo ordinario così come previsto dal D.Lgs. 502/92 e ss.mm.ii.. Tutte le articolazioni organizzative di rilevanza aziendale, pertanto, sono ricondotte nell'ambito di un Dipartimento.

I dipartimenti e le unità operative operano sulla base dei seguenti principi gestionali:

compiti, obiettivi e strumenti coerenti fra loro e rispondenti a logiche di organizzazione, in relazione ai risultati da conseguire e discussi nel budget di competenza;

b. le unità operative complesse a direzione universitaria (Università Federico II e Seconda Università di Napoli) si integrano funzionalmente, per le attività assistenziali, con le unità operative aziendali;

c. per ciascuna unità operativa complessa ed unità operativa semplice dipartimentale è individuato un unico soggetto responsabile, in possesso dei requisiti specifici previsti dalle norme, dal quale dipendono tutti gli operatori assegnati all'unità operativa;

d. gli incarichi di Direttore di unità operativa complessa e di Responsabile di unità operativa semplice dipartimentale sono conferiti sulla base della normativa vigente e/o prevista dal contratto di lavoro. Un regolamento specifico da adottare con separato apposito provvedimento, disciplinerà le modalità di conferimento;

e. ciascuna unità operativa complessa e ciascuna unità operativa semplice dipartimentale è individuata come centro di costo e, pertanto, partecipa all'assegnazione del budget in relazione agli specifici obiettivi da conseguire in termini qualitativi, quantitativi, di appropriatezza e di economicità;

f. il direttore dell'unità operativa complessa e/o il dirigente responsabile dell'unità operativa semplice dipartimentale è responsabile del raggiungimento degli obiettivi e del rispetto del budget assegnato anche ai fini della sua valutazione;

g. per ciascuna unità operativa complessa e/o unità operativa semplice dipartimentale è assicurata l'autonomia, pur essendo esse chiamate ad agire necessariamente in maniera integrata nel dipartimento;

h. nel rispetto dei criteri generali, l'unità operativa complessa e/o l'unità operativa semplice dipartimentale è individuata dal Direttore Generale, sulla base delle caratteristiche e della complessità delle attività svolte o dei programmi da realizzare nell'ambito dell'integrazione dipartimentale;

i. in caso di inosservanza delle direttive generali o di risultato negativo, ai Direttori delle unità operative complesse e/o ai Responsabili delle unità operative semplici dipartimentali si applicano le disposizioni di cui alla normativa vigente ed al regolamento emanato con apposito provvedimento.

La Direzione del Dipartimento è affidata, con specifico contratto triennale, rinnovabile, consecutivamente una sola volta, con atto deliberativo del Direttore Generale, ad uno dei direttori delle Unità Operative complesse afferenti al Dipartimento stesso, nell'ambito di una rosa di candidati proposta dal Comitato di dipartimento.

Il direttore del dipartimento, in particolare:

- propone alla direzione strategica gli obiettivi dipartimentali assistenziali e gestionali e pianifica le attività, sentito il Comitato di dipartimento, attribuendo gli obiettivi dipartimentali alla singole unità operative componenti il dipartimento stesso;
- coordina le attività e le risorse affinché il dipartimento assolva in modo pieno i propri compiti al fine di assicurare che ogni struttura del dipartimento operi attraverso programmi di lavoro, protocolli e procedure omogenee;
- partecipa alla negoziazione del budget secondo le modalità organizzative;
- informa il Comitato di dipartimento delle risultanze della negoziazione;
- gestisce il budget del dipartimento (nel caso dei dipartimenti strutturali);
- garantisce l'appropriatezza degli interventi con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative secondo le modalità di governo clinico come individuate nelle presenti linee guide;
- verifica il raggiungimento degli obiettivi delle unità operative e risponde dei risultati complessivi del dipartimento in relazione agli obiettivi a lui direttamente assegnati.

L'azienda assegna al Direttore del Dipartimento un supporto tecnico amministrativo con l'attribuzione di risorse umane e strumentali che consentano la piena realizzazione dei compiti affidati.

I componenti di diritto sono:

- il Direttore del dipartimento, che lo presiede;
- i Direttori delle Unità Operative Complesse costituenti il Dipartimento;
- i Dirigenti responsabili di unità operativa semplice dipartimentale con autonomia gestionale delle rispettive tre aree contrattuali.

La parte elettiva è composta da un rappresentante per ciascuna area contrattuale.

Il Comitato dura in carica 3 anni

Il Comitato si riunisce, previa convocazione formale del Direttore di dipartimento e di ogni seduta verrà redatto apposito verbale, conservato in ordine cronologico presso la direzione del Dipartimento.

Le modalità di funzionamento del Comitato di dipartimento sono stabiliti dall'azienda con apposito regolamento.

Il Comitato di dipartimento:

- definisce le linee di indirizzo clinico ed organizzativo del dipartimento;
- definisce linee guida utili per un più corretto indirizzo diagnostico-terapeutico;
- elabora la proposta di obiettivi gestionali ed assistenziali del dipartimento;
- adotta modelli per la verifica e la valutazione di qualità dell'assistenza erogata;
- propone l'istituzione di gruppi operativi interdipartimentali;
- propone piani di aggiornamento e riqualificazione del personale.

Il Comitato di dipartimento si riunisce almeno una volta ogni due mesi per la verifica periodica degli obiettivi e per individuare eventuali correttivi ed interventi idonei ad ottimizzare l'utilizzo delle risorse, nonché ogni qualvolta debba esprimersi su:

- gestione ed utilizzazione, in modo coordinato ed integrato, delle risorse attribuite (umane, finanziarie e tecnologiche) per il perseguimento degli obiettivi;
- definizione degli obiettivi del dipartimento che verranno negoziati dal direttore dello stesso con la direzione strategica;
- verifica della corrispondenza dei risultati raggiunti rispetto agli obiettivi concordati;
- modalità organizzative del Dipartimento nell'ambito clinico, percorsi assistenziali, presa in carico, appropriatezza, ecc..

Il Comitato inoltre individua la rosa di candidati a Direttore di dipartimento da proporre al Direttore Generale.

I SERVIZI CENTRALI AZIENDALI

L'organizzazione dei servizi generali centrali e della fase gestionale aziendale è improntata ai seguenti criteri:

- a) distinzione tra funzioni di indirizzo e controllo e funzioni di attuazione e gestione;
- b) potenziamento delle funzioni di indirizzo, controllo, programmazione e coordinamento;
- c) responsabilità e funzionalità rispetto ai programmi ed agli obiettivi, secondo criteri di efficienza, efficacia, economicità e qualità;
- d) concentrazione dell'esercizio delle funzioni omogenee e unificazione delle strutture organizzative che svolgono attività logistiche e strumentali;
- e) trasparenza ed imparzialità;
- f) sviluppo delle competenze e delle conoscenze necessarie nei diversi ruoli organizzativi, anche attraverso la formazione continua del personale;
- g) miglioramento dei servizi anche attraverso il ricorso alle tecnologie informatiche e telematiche;
- h) garanzia delle pari opportunità.

L'assetto organizzativo delle Aziende Sanitarie e i principi e le regole che devono garantire le regole di funzionamento, passano, quindi, attraverso un accentramento dei poteri di programmazione e d'indirizzo in capo al Direttore Generale, coadiuvato dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo, in rapporto fiduciario, e un decentramento dei poteri gestionali ai dirigenti preposti alle strutture organizzative come centri di responsabilità.

ha introdotto una serie di com... "..." "..." la
responsabilità di indirizzo della politica sanitaria, che fa capo principalmente alla Regione e ad un suo
materiale esecutore nel Direttore Generale, si stempera e si dissolve in quella amministrativa, tramite
l'operato dei dirigenti delle singole strutture sanitarie ed amministrative. L'art.4, infatti, sancisce il
principio della distinzione tra funzioni di indirizzo, programmazione e controllo, da un lato, e funzioni
di gestione dall'altro. Sia la normativa nazionale che quella regionale in materia sanitaria, riservano tutti i
poteri di gestione, nonché la rappresentanza legale dell'Azienda Sanitaria, al Direttore Generale, il quale
è responsabile del raggiungimento degli obiettivi della programmazione sanitaria regionale e della
corretta ed ottimale gestione delle risorse a disposizione dell'Azienda. Coerentemente ai principi
esposti, il Direttore Generale demanda ai dirigenti appartenenti alle aree professionale ed
amministrativa l'adozione, da parte dei medesimi, di atti di esecuzione e/o di attuazione in materie
rientranti nella sfera di propria competenza, nonché per l'espletamento dell'attività di diritto comune
connessa e correlata. Permane, quindi, in capo al Direttore Generale l'adozione degli atti di indirizzo,
programmazione e controllo, nonché di tutti gli atti comunque di governo dell'Azienda.
I servizi centrali sono inseriti in staff e in rapporto di collaborazione con le direzioni amministrativa e
sanitaria, secondo le seguenti competenze:

-Staff della Direzione Amministrativa

1. UOC Gestione degli Affari Generali
2. UOC Affari Legali, Contenzioso e assicurativo
3. UOC Gestione delle Risorse Umane
4. UOC Organizzazione e Valutazione Strategica
5. UOC Gestione Economico Finanziaria
6. UOC Gestione Tecnico Patrimoniale e Manutentiva
7. UOC Gestione Acquisto beni e servizi - Provveditorato
8. UOC Servizio di Prevenzione e Protezione
9. UOC Gestione Servizi Generali Centrali ed Acquisti in Economia - Economato
10. UOC Servizio Informativo Aziendale
11. UOC Ufficio Relazioni con il pubblico (URP) e Comunicazione
12. UOC Privacy - Trasparenza e Integrità
13. UOC Programmazione, Controllo di Gestione e Valutazione
14. UOC Verifica adempimenti LEA e appropriatezza delle cure
15. UOC Aggiornamento e Formazione

-Staff della Direzione Sanitaria

1. UOC Direzione Medica dell'Ospedale Monaldi
2. UOC Direzione Medica dell'Ospedale Cotugno
3. UOC Direzione Medica dell'Ospedale CTO
4. UOC Medicina Valutativa, Legale e Assicurativa
5. UOC Servizio di Farmacia
6. UOC Servizio delle professioni sanitarie infermieristiche, della riabilitazione e delle altre professioni sanitarie

La organizzazione di cui innanzi dovrà:

- garantire l'integrazione e la collaborazione tra i Servizi amministrativi e le altre aree di attività;
- promuovere la progettualità multidisciplinare di nuovi percorsi procedurali e degli obiettivi aziendali;
- assicurare il razionale utilizzo delle risorse umane e strumentali;
- garantire la programmazione dell'attività dei Servizi in maniera sinergica e funzionale per l'Azienda;

coordinare il budget di area;

risolvere i conflitti di competenza fra le diverse unità organizzative;

adottare direttive ed atti di indirizzo tecnici e logistici, linee guida, protocolli e regolamenti dell'area amministrativa;

-istituire gruppi di lavoro per processi lavorativi che richiedono competenze multidisciplinari;

-provvedere a formulare i programmi e piani formativi e le iniziative di aggiornamento.

Ai Direttori Amministrativo e Sanitario è affidato il compito di garantire l'integrazione e la collaborazione, promuovendo una progettualità multidisciplinare e assicurando l'attività dei servizi in maniera sinergica e funzionale per l'Azienda.

Il ruolo dei dirigenti e dei funzionari, ridisegnato nelle normative vigenti, offre, quindi, un quadro di responsabilità ben più definita rispetto al passato. Pensiamo alla legge 241/90 che ha introdotto il "responsabile del procedimento" dando un volto ed un nome a chi segue un procedimento amministrativo codificato con un nome, dei termini iniziali e finali, un percorso predefinito e una conclusione obbligatoria attraverso un atto scritto e di forma prestabilita. Inoltre, alla legge 142/90, agli articoli 51 e seguenti, che ha attribuito specifiche competenza gestionali ai dirigenti degli Enti Locali o al decreto legislativo 29/93 che ha continuato su tale linea. La legge 59/97 – all'articolo 11 – ha conferito una delega al Governo affinché venisse rimarcata e chiarita meglio la linea di confine tra il potere politico e la responsabilità dei dirigenti, disciplinando i due ambiti. La stessa legge, inoltre, ha ridisegnato i confini di competenza del Giudice Amministrativo al fine di garantire un'effettiva tutela giuridica ai privati di fronte all'operato amministrativo in tema di appalti, a seguito della progressiva trasformazione dell'attività amministrativa che ricorre sempre più spesso al mercato, sia per fornire i servizi, sia per le forniture (approvvigionamenti di beni ed altro). Il decreto legislativo 80/98 ha recepito tale indirizzo operando la demarcazione voluta e richiesta; agendo anche e, soprattutto, in tema di riparto di giurisdizione e delineando una giurisdizione esclusiva del GA in materia di appalti, edilizia e urbanistica.

La responsabilità ascrivibile ai dirigenti (accezione intesa in senso ampio del termine) della P.A. è di tipo civilistico (contrattuale ed extracontrattuale), amministrativo (ossia legata all'emanazione di un provvedimento) e contabile (sottospecie di quella amministrativa). Il responsabile dell'iter procedimentale di gara, e del contratto che ne scaturisce, è il dirigente; a lui viene ascritta sia la responsabilità procedimentale e provvedimentale (amministrativa) sia la responsabilità contrattuale (civilistica) per gli atti di gara esperiti. Gli elementi che caratterizzano la responsabilità sono: a) un elemento pregiudiziale ossia l'appartenenza del soggetto, che ha tenuto la condotta imputabile e contraria a norme di legge, alla Pubblica Amministrazione; b) dal punto di vista oggettivo: una violazione dei doveri che caratterizzano il rapporto e un evento dannoso; c) dal punto di vista soggettivo: l'elemento del dolo o della colpa; d) il collegamento tra il comportamento soggettivo e l'evento, cioè il nesso causale che lega l'elemento psicologico al dato di modificazione della realtà che ha prodotto l'evento nel mondo sensibile.

La responsabilità rende l'obbligazione – in caso di dolo – parziaria e non solidale; colpisce la responsabilità per dolo e, in caso di corresponsabilità di più funzionari dei quali alcuni abbiano agito con dolo e altri con colpa, privilegia la responsabilità dei primi, delineando un nuovo equilibrio tra il principio di responsabilità e quello di autonomia gestionale, molto differente dal vecchio tipo di responsabilità solo riferita a fini risarcitori.

L'istituto della delega di funzioni ai Dirigenti.

Con il Dlgs .29/93 e ss.mm.ii. e con il D lgs.165/2001 e ss.mm.ii. è stato specificato il ruolo e la responsabilità della dirigenza pubblica; in particolare, l'art.3 del Dlgs.29/93 e l'art.4 del D lgs.165/2001 e ss.mm.ii. hanno attribuito ai dirigenti la competenza dell'intera fase gestionale, compresa l'adozione degli atti e provvedimenti che impegnano l'Amministrazione verso l'esterno, ribadendo che essi Dirigenti sono responsabili, in via esclusiva, della gestione e dei risultati nonché dell'attuazione dei programmi e progetti definiti dagli Organi di governo dell'Azienda. A ciò si aggiunga che la

ii. e che, in particolare, l'art.4 co.1 ha sancito che gli organi di governo esercitano le funzioni di indirizzo politico-amministrativo, definendo obiettivi e programmi e adottando gli altri atti rientranti nello svolgimento di tali funzioni e verificando la rispondenza delle attività amministrativo-gestionale con gli indirizzi impartiti, mentre l'art.4 co.2 ha sancito che ai Dirigenti spetta l'adozione degli atti e provvedimenti amministrativi, compresi tutti gli atti che impegnano l'amministrazione verso l'esterno, nonché la gestione finanziaria, tecnica e amministrativa, mediante poteri di spesa, di organizzazione delle risorse umane, strumentali e di controllo e che essi sono responsabili in via esclusiva dell'attività amministrativa, della gestione e dei relativi risultati, ciò anche per quanto riguarda la responsabilità contabile individuale a cui si è fatto riferimento nel paragrafo precedente. Sulla base di quanto appena esposto, si evidenzia che le modalità procedurali da seguire e da applicare sono quelle previste dalla legge 241/90 e ss.mm.ii. a garanzia della piena e completa applicazione dei principi della buona amministrazione in modo tale che l'azione amministrativa si svolga sempre secondo le modalità più idonee ed opportune al fine di garantirne, oltre che la legittimità e legalità, anche l'efficacia, l'efficienza, la speditezza e l'economicità. Richiamando il principio della separazione delle funzioni, le attribuzioni del Direttore Generale si esplicano essenzialmente in funzione di indirizzo politico, amministrativo e strategico dell'azienda, attraverso la definizione degli obiettivi e dei programmi da attuare, e che, ai sensi della stessa normativa 502/92 e ss.mm.ii. e della L.R. 32/94 e ss.mm.ii., il Direttore Amministrativo e il Direttore Sanitario coadiuvano il Direttore Generale nell'esercizio delle funzioni a lui attribuite, partecipando alla direzione dell'Azienda, esercitando funzioni distinte e separate da quelle meramente gestionali poste, invece, in capo ai Dirigenti così come previsto dal Dlgs.229/99 e ss.mm.ii.

L'Azienda attua, quindi, il principio della separazione tra gli atti di programmazione e controllo e i conseguenti provvedimenti gestionali di attuazione, mediante lo strumento della delega.

Il Direttore Generale adotta gli atti di pianificazione, programmazione e controllo dell'Azienda e provvede all'emanazione dei cd. "atti di alta amministrazione", coadiuvato in ciò dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario. Questi ultimi assumono, in particolare, diretta responsabilità delle funzioni attribuite alla loro competenza e concorrono al governo dell'Azienda con la formulazione di proposte e di pareri.

Ai Dirigenti spettano, dunque, i compiti generali di direzione del Servizio assegnato, del relativo personale e l'esercizio di specifica attività professionale con conseguente assunzione di responsabilità di risultato nell'esercizio delle attività aziendali. Le funzioni di direzione debbono essere svolte attraverso dinamiche e metodologie basate sui concetti di autonomia, affidabilità, imparzialità e trasparenza, oltre che nell'osservanza di criteri di efficienza, efficacia ed economicità. Il Direttore Generale può delegare ai Dirigenti l'adozione dei conseguenti atti di gestione. Ai Direttori di struttura complessa, il Direttore Generale può delegare le funzioni di gestione operativa, nei limiti del budget assegnato e in particolare conferisce loro delega ad emanare provvedimenti a rilevanza esterna, attuativi degli atti di pianificazione aziendale e denominati "determinazioni dirigenziali".

La delega viene conferita con apposito provvedimento deliberativo del quale viene data idonea pubblicità e per materie e argomenti delimitati, sia nel contenuto che nel tempo. La delega è revocabile con atto scritto e motivato. Permane in capo al delegante il potere di annullamento o revoca dei provvedimenti illegittimi o inopportuni emanati dal delegato, così come la possibilità di avocazione e di sostituzione in caso di mancata adozione di atti o provvedimenti dovuti.

Nelle materie delegate, ai Direttori di Unità Operativa Complessa spetta la gestione complessiva delle proprie strutture e, nell'ambito del budget concordato con la Direzione Strategica, essi assumono autonomi impegni di spesa e rispondono dei risultati complessivi delle strutture cui sono preposti. L'adozione di atti a rilevanza esterna, che costituisce uno dei molteplici aspetti del sistema delle deleghe attuato dall'Azienda, conferisce ai Dirigenti il potere, nei limiti conferiti, di incidere anche nella sfera di terzi. La delega viene conferita esclusivamente nelle materie oggetto delle funzioni stabilite contrattualmente o per legge a ciascun Dirigente, Il Direttore Generale può annullare o revocare, motivatamente, le determinazioni poste in essere dai Dirigenti, fermo restando la necessità di salvaguardare i cd. "diritti acquisiti" dei terzi.

...no adottate da ciascun Direttore di Unità...
...la relativa firma. Le determinazioni sono pr...
L'originale rimane presso il servizio proponente, completo del relativo fascicolo, mentre una copia della determinazione viene inviata al Servizio Affari Generali ed inserita nel Protocollo Generale delle Determinazioni. L'oggetto della determinazione generale adottata viene pubblicata con le modalità previste per la pubblicizzazione delle delibere aziendali. Nei casi di provvedimenti che comportano un costo per l'Azienda o che prevedano impegni finanziari, gli stessi vengono inviati al Servizio Economico-finanziario per opportuna conoscenza e per quanto di competenza, secondo quanto previsto nel regolamento di amministrazione e contabilità dell'Azienda. Nel caso, infine, vengano coinvolti, per l'esecuzione del provvedimento, più unità operative, indicate nella determinazione stessa, copia dovrà essere trasmessa ai servizi interessati, per gli opportuni provvedimenti. L'elenco delle determinazioni adottate viene trasmesso dal Servizio affari Generali, mensilmente, al Direttore Generale e al Collegio Sindacale, per il controllo di regolarità amministrativa e contabile dei provvedimenti. Il Collegio Sindacale, in particolare, ove ravvisi una difformità alle normative vigenti o delle irregolarità contabili, ne dà immediata comunicazione al Direttore Generale per i provvedimenti di competenza.

In simmetria al percorso di ridefinizione dell'assetto organizzativo avviato in ambito sanitario, la Direzione Strategica ha valutato l'opportunità di sperimentare nuove forme di sinergia e coordinamento dei servizi amministrativi, tecnici e professionali di supporto, orientati per processi produttivi. Tale convincimento trova fondamento nella convinzione dell'utilità di sperimentare modelli di organizzazione dei servizi centrali e generali che, senza appesantire i già gravosi carichi di lavoro delle singole strutture e nel rispetto delle specifiche competenze non delegabili, consentano significative convergenze, sia nell'elaborazione, realizzazione e verifica dei progetti di innovazione e sviluppo che nella messa a punto di procedure amministrative e tecniche integrate e certificate.

Sulla scorta di tali indicazioni, la Direzione Strategica ha elaborato aggregazioni funzionali che, per affinità di funzioni e condivisione di processi, ritiene possano favorire una migliore interazione, fra di loro e con la Direzione Strategica, delle singole strutture centrali. Il Direttore Amministrativo e il Direttore Sanitario riuniscono, una volta al mese, i responsabili delle funzioni, al fine di:

- garantire l'integrazione e la collaborazione tra i Servizi amministrativi e le altre aree di attività;
- promuovere la progettualità multidisciplinare di nuovi percorsi procedurali e degli obiettivi aziendali;
- assicurare il razionale utilizzo delle risorse umane e strumentali;
- garantire la programmazione dell'attività dei Servizi in maniera sinergica e funzionale per l'Azienda;
- programmare, coordinare e verificare le attività, sia di gestione ordinaria che relative a progetti di innovazione e ad analisi/azioni finalizzate all'ottimizzazione degli acquisti e dei consumi;
- coordinare il budget di area;
- risolvere i conflitti di competenza fra le diverse unità organizzative.
- adottare direttive ed atti di indirizzo tecnici e logistici, linee guida, protocolli e regolamenti dell'area amministrativa;
- istituire gruppi di lavoro per processi lavorativi che richiedono competenze multidisciplinari;
- provvede a formulare i programmi e piani formativi e le iniziative di aggiornamento.

Staff della Direzione Amministrativa:

1. Gestione degli Affari Generali (Unità Operativa Complessa)

Nel complesso delle attività specifiche, assegnate ad organizzazioni ed uffici con precipua competenza, trovano ospitalità, all'interno di un'azienda Ospedaliera, tutta una serie di compiti e funzioni di supporto, sia per le altre organizzazioni che per la direzione, che contribuiscono a produrre azioni su aspetti regolamentari dei processi e delle procedure. La Gestione degli affari Generali, infatti, produce indicazioni e linee guida attraverso una costante ricerca delle innovazioni normative e regolamentari che costituiscono il presupposto per una corretta gestione delle singole funzioni. Svolge attività di ricerca e di studio sulle problematiche generali e coadiuva con la Direzione Strategica nella predisposizioni di

ni, attraverso un coordinamento di acquisizioni e ricerche, studi di fattibilità e sperimentazione di organizzazione e assicura il coordinamento aziendale di statistiche, di studi e di rapporti. Svolge attività di segreteria per la Direzione strategica ed ogni altra attività riconducibile alla funzione "affari generali" e non rientrante nelle specifiche competenze delle altre articolazioni organizzative.

L'incremento delle attività conseguenti alle previsioni del DCA 33/2016, in uno con la dichiarata complessità delle attività assistenziali attualmente erogate, portano a individuare una articolazione aziendale separata ed autonoma sia per quanto attiene la gestione degli Affari Generali, sia per gli Affari Legali.

In apposito Regolamento per la Disciplina dei Servizi Amministrativi, saranno dettagliati i compiti della Funzione.

2. Affari Legali, Contenzioso e Assicurativo (Unità Operativa Complessa)

L'attività aziendale si snoda attraverso processi sanitari, ma anche amministrativi, civilistici e di lavoro. La necessità di una funzione legale nasce, appunto, dal fatto di disporre, con notevole risparmio per eventuali ricorso all'esterno, opportuno soltanto in casi di particolare complessità o rilevanza scientifico-professionale, di collaboratori esperti, che conoscono la vita interna e le procedure del sistema, oltre che garantire un contributo professionale di esperienza e contenuto. Un esame dell'eventuale contenzioso e le valutazioni, d'intesa con i servizi interessati, circa l'opportunità di costituzioni e/o ricerca di eventuali soluzioni stragiudiziali e/o transattive o l'opportunità e la conseguente attivazione di contenzioso attivo, sono tra i compiti principali del servizio, cui spetta anche la rappresentanza e la difesa dell'Azienda dinanzi alle Magistrature competenti, l'attività di ricerca e di consulenza giuridico-amministrativa su problematiche di particolare rilevanza giuridica e quindi tali da non rientrare nelle specifiche competenze dei dirigenti richiedenti la consulenza, la gestione dei sinistri, in collaborazione con gli altri servizi competenti, e dei contratti assicurativi. L'incremento delle attività conseguenti alle previsioni del DCA 33/2016, in uno con la dichiarata complessità delle attività assistenziali attualmente erogate, portano a individuare una articolazione aziendale separata ed autonoma sia per quanto attiene la gestione degli Affari Generali, sia per gli Affari Legali.

L'Azienda soprasiede ad ogni iniziativa in merito alle modalità con cui dare attuazione alle disposizioni di cui al decreto legislativo n. 28/2010 che detta la nuova disciplina sulla mediazione finalizzata alla conciliazione nelle controversie civili e commerciali, alla luce della sentenza della Corte Costituzionale n. 272 del 24.10.2012.

Nell'ambito della Unità Complessa, risultano presenti due Unità Operative Semplici di Gestione del contenzioso civile e penale e Gestione del contenzioso amministrativo, del lavoro e tributario.

In apposito Regolamento per la Disciplina dei Servizi Amministrativi, saranno dettagliati i compiti della Funzione.

3. Gestione delle risorse umane (Unità Operativa Complessa)

Il concetto di Gestione delle risorse umane ha sostituito, nelle attività aziendali pubbliche, conformatesi come le aziende private, la dizione di "direzione del personale", volendosi evidenziare l'aspetto di valore o capitale (risorse) insito nel personale, nella sua professionalità e nelle sue competenze e, quindi, il fatto che le spese per lo sviluppo di tali risorse devono essere considerate investimenti. L'uso dell'espressione è inteso a sottolineare l'importanza delle risorse umane nell'ambito dell'azienda, il loro essere una fonte di vantaggio competitivo per l'azienda e l'intero sistema economico, anche se è stato a volte letto come riflesso di una concezione che tende a svalutare la dimensione umana del lavoratore per assimilarlo alle altre risorse aziendali. Le risorse umane acquistano così un valore centrale per l'azienda, contribuiscono al suo sviluppo e gli consentono di adattarsi ai cambiamenti della società della conoscenza. Nel frattempo lo sviluppo dell'informatica, correlato alla dematerializzazione del lavoro, spinge ad una maggiore attenzione alla crescita professionale ed alla formazione delle risorse umane che diventa aspetto fondamentale di crescita e di investimento dell'azienda.

compiti specifici propri della gestione del personale, in collaborazione con la funzione per la Formazione. Tenuto conto, peraltro, che la gestione degli operatori è basata sulla dinamica derivante dalla applicazione di vari contratti di lavoro (C.C.N.L. Dirigenza medica; C.C.N.L. Dirigenza sanitaria, professionale, tecnica ed amministrativa; C.C.N.L. Comparto sanitario; C.C.N.L. Specialisti ambulatoriali; Gestione personale universitario in convenzione; Gestione personale contrattualizzato), con conseguenti modalità di approccio per alcuni istituti, nell'ambito della Unità Operativa trova ingresso una Unità Operativa Semplice per la Gestione giuridica del personale e dei rapporti sindacali e una Unità Operativa Semplice Gestione trattamento economico personale dipendente e convenzionato. In apposito Regolamento per la Disciplina dei Servizi Amministrativi, saranno dettagliati i compiti della Funzione.

4. *UOC Organizzazione e Valutazione Strategica*

L'introduzione del paradigma di management strategico, all'interno delle Aziende Sanitarie è inteso come ciclo composto da quattro distinte fasi: l'analisi ambientale esterna e interna, la formulazione delle scelte strategiche, la realizzazione delle strategie attraverso precise scelte organizzative delle strategie, il controllo strategico. In altre parole, la strategia è il risultato del susseguirsi di interventi di diagnosi e analisi, progettuali, realizzativi, di revisione e valutazione. A tal fine il presente atto aziendale individua una struttura definita "Organizzazione e Valutazione Strategica", che supporterà la Direzione Strategica nelle persone del Direttore Generale, Amministrativo e Sanitario nella definizione e gestione di piani e progetti strategici aziendali finalizzati a garantire un maggior controllo sullo stato di raggiungimento degli stessi obiettivi strategici. In tal senso potrà rapportarsi con i vari stakeholders attraverso specifiche deleghe attribuite dalla Direzione Strategica al fine di curare le relazioni sindacali, rapporti con la Regione, Struttura Commissariale e altri Enti. Il suo apporto si rende necessario, tra l'altro nelle contingenti fasi di attuazione operativa dell'atto aziendale e della gestione strategica rispetto di nuovi ed imminenti piani di rientro aziendali.

In apposito Regolamento per la Disciplina dei Servizi Amministrativi, saranno dettagliati ulteriormente i compiti della Funzione.

5. *Gestione Economico Finanziaria (Unità Operativa Complessa)*

Alla UOC "Gestione Economico-Finanziaria" è attribuito il compito di predisporre, elaborare, redigere i documenti di programmazione e bilancio in tutte le loro componenti (conto economico, stato patrimoniale e nota integrativa), in aderenza alle direttive della Direzione Generale, ai principi dell'ordinamento contabile e dei principi di autonomia finanziaria.

La funzione della Unità Operativa assume particolare rilevanza nella gestione economico e finanziaria dell'Azienda in particolare attraverso il monitoraggio degli impegni e delle conseguenze degli stessi sul bilancio aziendale, anche in previsione dei futuri piani di rientro aziendali.

Il Servizio tra l'altro:

Cura la tenuta della contabilità generale informatizzata integrata con il ciclo passivo e quello attivo, con la contabilità delle paghe e con la contabilità analitica alimentata dai sottosistemi integrati;

Cura gli adempimenti tributari e fiscali.

Assicura la correttezza delle procedure contabili, la tenuta dei documenti prevista, dapprima nel decreto commissariale n. 14 del 30.11.2009 e dai successivi Decreti Commissariali 60/2011 di attuazione dei cicli contabili e dai Decreti 80/2013 e 5/2015 in materia di percorsi per la certificabilità dei bilanci.

I processi saranno oggetto di specifica normazione interna all'Azienda, in linea con il regolamento di amministrazione e contabilità e dell'evoluzione normativa, anche in ragione delle intervenute norme sulla trasparenza e sulla corruzione. Sono previste due **Unità Operative Semplici "Bilancio ed adempimenti fiscali"** e **"Gestione fornitori e ciclo passivo"**.

In apposito Regolamento per la Disciplina dei Servizi Amministrativi, saranno dettagliati i compiti della Funzione.

La corretta gestione del patrimonio immobiliare dell'Azienda e dei suoi impianti, tecnici e sanitari, costituisce momento sostanziale nella conduzione dell'attività.

La Unità Operativa spazia, pertanto, nelle più svariate implicazioni che vanno dalla tutela del valore delle risorse, attraverso una corretta manutenzione, a quella della tutela per la sicurezza dei luoghi di lavoro, sia per determinare quelle condizioni di benessere che contribuiscono a motivare il personale, sia in termini di effettiva sicurezza, sia per gli operatori che per i cittadini. La qualità percepita nasce anche dal contesto in cui le attività vengono offerte e si svolgono e contribuisce, molte volte, a determinare scelte che devono poi diventare efficaci per affermarsi nella loro validità. Inoltre, spetta all'Unità Operativa, gestire le procedure per l'aggiudicazione di appalti relativi a manutenzioni ordinarie e straordinarie rientranti nei settori edile, impiantistico, progettazione, direzione lavori, contabilità, collaudi etc.; nella gestione e controllo delle manutenzioni degli immobili e degli impianti;

nella organizzazione, direzione e controllo dei servizi tecnici e manutentivi affidati a terzi; nella progettazione, direzione lavori, contabilità, piani di sicurezza, autorizzazioni e concessioni etc. per interventi costruttivi, di manutenzioni straordinarie ed ordinarie relative ai settori edili e impiantistici.

I processi saranno oggetto di ulteriore e specifica normazione interna all'Azienda, anche in ragione delle intervenute norme sulla trasparenza e sulla corruzione. Viene prevista all'interno della UOC la suddivisione tra la manutenzione degli immobili e la parte impiantistica, attraverso l'istituzione di due unità così denominate:

-Unità Operativa Semplice Acquisizione e manutenzione del patrimonio immobiliare;

-Unità Operativa Semplice Acquisizione e manutenzione degli impianti tecnologici.

In apposito Regolamento per la Disciplina dei Servizi Amministrativi, saranno dettagliati i compiti della Funzione.

7. Gestione Acquisto di beni e servizi - Provveditorato (Unità Operativa Complessa)

La gestione dei processi di programmazione delle acquisizioni di beni e servizi e quella delle fonti e dei programmi di investimento tecnologico, assumono particolare rilievo nella valutazione dell'efficienza e anche dell'efficacia dell'attività sanitaria. Le regole di programmazione degli approvvigionamenti e le criticità connesse con gli acquisti di tecnologie sempre più sofisticate, di particolare criticità nel processo di erogazione delle prestazioni, non possono che essere determinate se non da una corretta attività di analisi del mercato. La tempestività, poi, con la quale vengono messe a disposizione degli operatori le necessarie risorse e la loro qualità contribuiscono a valutare i costi in rapporto ai benefici e all'efficacia dell'azione, contribuendo al risultato sostanziale della gestione aziendale.

Con particolare riguardo alle disposizioni di cui all'art. 15 del D.L. 6 luglio 2012 n. 95 (legge n. 135/2012), nonché delle disposizioni regionali, occorre tener conto delle indicazioni in merito agli acquisti centralizzati tramite il MEPA, la CONSIP e la Centrale di Acquisti della Regione (SORESA).

I processi saranno oggetto di specifica normazione interna all'Azienda, anche in ragione delle intervenute norme sulla trasparenza e sulla corruzione.

Al fine di meglio definire ambiti e percorsi di espletamento delle procedure all'interno della UOC Provveditorato, vengono previste due Unità Operative Semplici così denominate:

-Unità Operativa Semplice Acquisizione e beni sanitari ;

-Unità Operativa Semplice Acquisizione servizi appaltati e beni non sanitari, attrezzature, arredi.

In apposito Regolamento per la Disciplina dei Servizi Amministrativi, saranno dettagliati i compiti della Funzione.

8. Servizio di Prevenzione e Protezione (Unità Operativa Complessa)

L'Azienda considera la salute e la sicurezza nei propri luoghi di lavoro come parte integrante della gestione aziendale. La responsabilità della gestione della Sicurezza sui luoghi di lavoro riguarda l'intera

lale, dal Datore di Lavoro sino ad ogni lavoro, in relazione alle sue funzioni e competenze. A tal fine la Direzione Strategica si riferisce alla seguente lista di attività:

- il rispetto della legislazione e degli accordi applicabili alla sicurezza sui luoghi di lavoro;
- il miglioramento continuo e la prevenzione;
- la sensibilizzazione e la formazione del personale per svolgere i propri compiti in sicurezza e per assumere le proprie responsabilità in materia di sicurezza;
- il coinvolgimento e la consultazione dei lavoratori, anche attraverso i loro rappresentanti per la sicurezza;
- il riesame periodico della politica di sicurezza;
- la definizione e la diffusione all'interno dell'Azienda degli obiettivi di SSL e dei relativi programmi di attuazione.

Per la piena ed efficace attuazione del dettato normativo, è prevista l'organizzazione del Servizio prevenzione e protezione (art. 31 del D. Lgs. 81/08) quale Unità Operativa Complessa. Il Servizio è utilizzato dal Direttore Generale, quale datore di lavoro, con i compiti attribuiti dall'art.33 del D. Lvo n. 81/08 e s.m.i. e svolge la funzione di "consulente" tecnico del medesimo e, più in generale, dell'azienda in merito alla corretta applicazione delle normative in vigore in tema di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro.

L'organizzazione sarà definita attraverso apposito Regolamento, nel rispetto delle norme in vigore, che disciplinerà l'organizzazione permanente ed organica di un sistema globale e pianificato di prevenzione e protezione dai rischi. Tutte le articolazioni aziendali saranno sottoposte alla applicazione di tale Regolamento, in quanto il "fattore sicurezza" prevede la sinergia, la partecipazione e la collaborazione di tutti per il buon funzionamento dell'intero sistema di gestione adottato. Ai sensi dell'art. 2 del D. Lgs. 81/08 e ss.mm.ii., al personale dipendente sono equiparati i soggetti che per contratto, volontariato, studio o tirocinio frequentano o svolgono attività all'interno dell'azienda.

Nel quadro delle problematiche del lavoro e dei servizi da erogare, il Direttore Generale delinea la strategia per la sicurezza, esercitando una funzione di indirizzo che si realizza attraverso l'attribuzione di deleghe, conferite con le modalità e nei limiti di cui alla normativa, alle diverse articolazioni aziendali, nonché con la determinazione degli obiettivi specifici, la programmazione dei tempi di realizzazione degli stessi e l'individuazione del budget necessario al loro conseguimento.

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

Obiettivo strategico dell'Azienda è la promozione di tutte le azioni organizzative e gestionali che, nel breve e medio periodo, possano garantire raggiungimento di un Servizio Sanitario sicuro, efficiente ed in equilibrio con le risorse investite ed i risultati complessivi di salute raggiunti.

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

Viene, inoltre, individuato, ai sensi dell'art. 17 del D. Lgs. 81/09, il Responsabile della Prevenzione e Protezione, cui risultano demandati gli specifici adempimenti, tra i quali:

- o Predisposizione ed aggiornamento del documento valutazione rischi;
- o individuazione delle misure di prevenzione e protezione per l'eliminazione o il contenimento dei rischi negli ambienti di lavoro e nei processi lavorativi;
- o proposte di corsi formativi e informativi attinenti la sicurezza dei lavoratori;
- o incontri periodici con i R.L.S. e la Direzione;
- o pareri di competenza relativi all'utilizzo di sostanze ed apparecchiature;
- o valutazioni delle condizioni di sicurezza di strutture, impianti e attrezzature;
- o predisposizione ed aggiornamento dei piani di emergenza e di evacuazione;
- o adempimenti di cui alla L. n. 123/2007 in relazione alla valutazione di interferenze e redazione UVRI;



o ogni altro atto, attività e compito assegnato dalla Direzione aziendale.

Alla unità complessa fa riferimento anche la Fisica Sanitaria, che svolge nell'ambito dell'Azienda Sanitaria Ospedaliera attività di progettazione, controllo e gestione attinenti alla fisica medica, con un riguardo particolare all'impiego delle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti. La struttura è organizzata per settori, che curano principalmente le problematiche e le innovazioni legate a: Radioprotezione - Fisica della Radiodiagnostica - Fisica della Radioterapia - Fisica della Medicina Nucleare. Le attività svolte in questi ambiti spaziano dalla sicurezza radiologica del personale e dei pazienti, alle tecniche di ottimizzazione dell'immagine radiologica, alla valutazione della dose di radiazioni al paziente. Alcune di queste attività (radiotossicologia, valutazione della dose, radioprotezione, controlli di qualità) sono offerte anche come servizio o in convenzione a utenti esterni.

Non meno importante dell'attività sanitaria diretta è l'impegno sugli aspetti legati alla formazione.

In apposito Regolamento per la Disciplina dei Servizi Amministrativi, saranno dettagliati i compiti della Funzione.

9. Gestione Servizi Generali Centrali ed Acquisti in Economia - Economato (Unità Operativa Complessa)

L'attività dell'Azienda, oltre che di natura sanitaria, deve offrire agli ospiti-degenti-clienti momenti di sostanziale permanenza in un ambiente confortevole, sia in ragione del processo "alberghiero" per i ricoverati (vitto, pulizie, igiene del letto e della biancheria, spazi comuni, ecc.) sia per il confort nelle attese di attività ambulatoriali e di logistica (accesso, parcheggi, ecc.). Oltre, poi, ad essere curate specifiche competenze che vanno dalla acquisizione di generi in economia secondo e nel rispetto del Regolamento di cui all'art. 256 del decreto legislativo 12.4.2006, n. 163, novellato dal Dlgs 50/2016, alla gestione e controllo delle manutenzioni dei beni mobili; dalla tenuta dell'inventario alla gestione del parco automezzi, alla gestione dei magazzini economici, alla gestione delle casse e degli sportelli aziendali, tenendo ben presenti le dimensioni e la collocazione dei presidi aziendali.

Anche tali processi saranno comunque oggetto di specifica normazione interna, anche in ragione delle norme sulla trasparenza e sulla corruzione.

In apposito Regolamento per la Disciplina dei Servizi Amministrativi, saranno dettagliati i compiti della Funzione.

10. Servizio Informativo Aziendale (Unità Operativa Complessa)

Il Sistema Informativo Aziendale è l'insieme delle informazioni prodotte, trasformate ed utilizzate durante l'esecuzione dei processi aziendali, delle modalità con cui esse sono gestite, delle risorse, sia umane che tecnologiche, coinvolte. I compiti istituzionali demandati al Sistema Informativo Aziendale sono la realizzazione di un sistema di raccolta, elaborazione ed archiviazione dei dati necessari alla realizzazione degli obiettivi sanitari ed amministrativi delle Strutture e della Direzione Aziendale. La Regione Campania ritiene strategico il ruolo del Sistema Informativo Aziendale perchè esso produce la conoscenza dei fenomeni e degli eventi in maniera analitica, completa, accurata, tempestiva ed omogenea. Tale conoscenza costituisce il necessario presupposto per programmare ed organizzare un'offerta dei servizi efficace ed efficiente. I processi informatici della P.A. costituiranno, inoltre, l'elemento di impegno del Servizio nel prossimo triennio. Lo scopo è quello di migliorare l'integrazione fra le procedure informatiche dell'Azienda Ospedaliera, rendere efficaci i processi di comunicazione dei dati sanitari ed amministrativi, velocizzare e supportare i processi decisionali di governo dell'Azienda ed i processi diagnostici e terapeutici. Tale sistema deve rispondere quindi al bisogno informativo interno dell'Azienda ma anche a quello esterno cioè verso la regione, i ministeri e gli utenti.

L'Azienda Ospedaliera dei Colli ha intrapreso da tempo un percorso di informatizzazione dei propri processi amministrativi, clinici e sanitari. L'Azienda ha avviato un progetto per il quinquennio 2013-2018 che realizza l'informatizzazione a 360 gradi di tutti i processi, sia nell'area amministrativa che nell'area clinico/sanitaria

In apposito Regolamento per la Disciplina dei Servizi Amministrativi, saranno dettagliati i compiti della Funzione.

11. Όμιλο σχέσεων con il Pubblico (U.R.P.) e Κοινωνιολογία (Όμιλο Οργανισμών Complessa)

La comunicazione istituzionale rappresenta uno dei terreni su cui si gioca la sfida del cambiamento.

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

Comunicare con i cittadini in maniera studiata, meditata ed integrata stimola la percezione e trasmette l'idea di una struttura organizzativa che funziona e che agisce in maniera coordinata. Per questo le attività di comunicazione accompagnano le strategie dell'organizzazione e si configurano come uno strumento del policy making in tutte le sue fasi, dalla individuazione dei problemi fino alla valutazione degli impatti prodotti dalle azioni amministrative.

Affinché l'Azienda possa raggiungere i propri obiettivi strategici, è necessario, quindi, adottare sistemi di comunicazione interna ed esterna convergenti ed idonei al risultato. In questa concezione la comunicazione interna intesa come messa in comune di esperienze, valori, responsabilità, come creazione di identità e di condivisione dei processi organizzativi, diventa, al pari della comunicazione esterna, motore dello sviluppo e quindi leva organizzativa strategica.

La comunicazione interna si pone come complementare e funzionale alla comunicazione esterna, dalla quale si distingue perché veicolo principale per condividere qualsiasi tipo di messaggio, sia informativo che funzionale, da parte del pubblico interno all'azienda stessa. La circolazione del flusso di informazioni deve essere convogliata in una rete strutturata di canali di divulgazione, in modo che sia facilmente fruibile e riconoscibile, sia per essere consultata che per essere alimentata.

Ogni dipendente deve poter essere messo nelle condizioni di conoscere i programmi della propria azienda e individuare il senso del proprio ruolo e lavoro all'interno di questi programmi. Perciò la comunicazione interna deve rendere espliciti, nell'organizzazione, i diversi apporti ma, soprattutto, ne deve valorizzare le integrazioni. Si tratta di rendere riconoscibile il ruolo di ciascuno ma anche di comunicare come tutti concorrono al raggiungimento delle sfide strategiche e degli obiettivi operativi che l'azienda si è data. Ciò è possibile attivando tipologie di comunicazione interna basate su processi di condivisione delle conoscenze e rispondenti a logiche differenti, che vanno ad incidere sul ruolo di appartenenza:

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

Al fine di garantire livelli di comunicazioni uniformi, l'Azienda predispone annualmente il piano di comunicazione. Il Piano di comunicazione è uno degli strumenti in grado di coniugare strategie, obiettivi, destinatari, azioni e strumenti di comunicazione secondo un disegno organico e razionale.

In questa accezione, dunque, il piano di comunicazione aiuta il governo della comunicazione nel senso che ne consente la finalizzazione (perché comunicare), ne individua gli attori (chi comunica e a quali destinatari), ne indica i prodotti (cosa si deve realizzare), ed indica con quali strumenti e con quali risorse si deve effettuare. Il piano di comunicazione è, quindi, uno strumento che consente di programmare e gestire le azioni di comunicazione per il raggiungimento di specifici obiettivi strategici e di comunicazione dell'azienda.

Esso è finalizzato al perseguimento di tre possibili obiettivi:

- in primo luogo, quello strategico, in quanto può aiutare l'organizzazione nell'implementazione delle proprie politiche;
- in secondo luogo, la facilitazione della convergenza tra le logiche della comunicazione interna e quelle della comunicazione esterna dell'azienda, favorendo quella che si può definire come comunicazione integrata;
- in terzo luogo, quello di incentivare la costruzione di relazioni bidirezionali tra l'organizzazione e i suoi pubblici di riferimento. Si tratta di relazioni consapevoli e costanti nel tempo, non casuali o

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

- l'analisi dello scenario;
- l'individuazione degli obiettivi di comunicazione;
- l'individuazione dei soggetti di riferimento;
- le scelte strategiche e di contenuto;
- l'individuazione delle azioni e degli strumenti di comunicazione;
- la misurazione dei risultati.

Altro aspetto da evidenziare fortemente nel piano di comunicazione aziendale è quello relativo agli strumenti di ICT - Tecnologie dell'informazione e della comunicazione.

La diffusione dei supporti tecnologici, con un riferimento particolare alle tecnologie informatiche, ha aumentato di gran lunga le potenzialità offerte dalla comunicazione in termini di capillarità di velocità di diffusione del messaggio. Pertanto, nel Piano di Comunicazione devono essere previsti lo sviluppo di varie soluzioni tecnologiche per scambiare informazioni e attivare relazioni, sia all'interno dell'Azienda, sia con i cittadini.

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

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

L'azienda garantisce che l'U.R.P. sia organizzato avvalendosi di personale appositamente formato, anche in relazione al tipo di utenza presente sul territorio, e alla presenza di assistiti appartenenti a diverse etnie. L'U.R.P. cura i rapporti con le Associazioni di Volontariato e le Associazioni di Tutela dei Cittadini e deve periodicamente trasmettere alla Regione i dati relativi al monitoraggio del grado di partecipazione e di soddisfazione dell'utenza.

La struttura U.R.P./Comunicazione si occuperà, tra l'altro, della "promozione, sviluppo e supporto alla partecipazione a bandi e progetti predisposti in ambito aziendale, regionale, nazionale ed europeo finalizzati al miglioramento della salute per il paziente.

In apposito Regolamento per la Disciplina dei Servizi Amministrativi, saranno dettagliati i compiti della Funzione.

12. Privacy - Trasparenza e Integrità (Unità Operativa Complessa)

Il d.lgs. n. 150 del 2009, attribuisce particolare rilievo al tema della trasparenza e dell'integrità valorizzando una nuova nozione di trasparenza intesa come "accessibilità totale delle informazioni concernenti ogni aspetto dell'organizzazione, degli indicatori relativi agli andamenti gestionali e all'utilizzo delle risorse per il perseguimento delle funzioni istituzionali, dei risultati dell'attività di misurazione e valutazione". La trasparenza viene intesa quale livello essenziale delle prestazioni erogate, ai sensi dell'art. 117, secondo comma, lettera m) della Costituzione.

A differenza da quanto stabilito dagli articoli 22 e seguenti della Legge n. 241 del 1990, che disciplina il diritto di accesso ai documenti amministrativi qualificato dalla titolarità di un interesse azionabile dinanzi al giudice, il D.Lgs n.150 del 2009 propone, quindi, il concetto di "accessibilità totale", ossia un accesso da parte dell'intera collettività a tutte le informazioni pubbliche, secondo il paradigma dell'open

zione pubblica e diffusa in capo a ciascun cittadino, rispetto all'azione delle pubbliche amministrazioni, con il principale "scopo di favorire forme diffuse di controllo del rispetto dei principi di buon andamento e imparzialità".

In tale direzione il "Programma triennale per la trasparenza e l'integrità" diviene strumento principe di attuazione della disciplina della trasparenza finalizzata a garantire sia un adeguato livello di informazione che di legalità tesa allo sviluppo della cultura dell'integrità. Con riferimento a tale Programma, si farà riferimento alle indicazioni della Commissione indipendente per la valutazione, l'integrità e la trasparenza (Civit), a partire dalla delibera n. 105 del 15 ottobre 2010, contenente apposite linee guida che indicano il contenuto minimo e le caratteristiche essenziali del Programma triennale e individua i dati che devono essere pubblicati sul sito istituzionale e relative modalità di pubblicazione. Collegamenti saranno previsti con il Piano della performance, in ragione sia dell'incremento delle informazioni e dei dati resi pubblici, sia in relazione alla riduzione dei costi di comunicazione interna ed esterna, tenendo presente l'attivazione, già avvenuta, di indirizzi di posta elettronica certificata (P.E.C.). Il Programma verrà strutturato nelle seguenti parti, a loro volta suscettibili di articolazioni più specifiche:

- 1) Selezione dei dati da pubblicare
- 2) Descrizione delle modalità di pubblicazione on line dei dati
- 3) Descrizione delle iniziative
- 4) Sezione Programmatica
- 5) Collegamenti con il piano della performance
- 6) Descrizione del processo di coinvolgimento dei portatori di interesse (stakeholders)
- 7) Posta elettronica certificata
- 8) Giornate della trasparenza

Per quanto attiene al buon andamento dei servizi pubblici e alla corretta gestione delle relative risorse, la pubblicazione on line dei dati consente a tutti i cittadini un'effettiva conoscenza dell'azione dell'Azienda, con il fine di agevolare la pubblicità delle informazioni alla collettività. La suddetta pubblicità, consentendo dunque una effettiva conoscenza dell'azione della Direzione, costituisce il principale strumento informativo dell'andamento della performance e del raggiungimento degli obiettivi espressi nel più generale ciclo di gestione della medesima. In altri termini, si persegue la finalità di mettere a disposizione di tutti i cittadini i dati principali sull'andamento dell'amministrazione quali: gli obiettivi; i tempi di realizzazione, i costi specifici e le relative risorse, le modalità adottate e le procedure gestionali ed amministrative.

La trasparenza è il grande deterrente contro la corruzione e l'illegalità. Il testo unico per la trasparenza nella Pubblica Amministrazione, il D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 3, emanato in attuazione dell'art. 1, comma 35 della L. 190/2012 (legge anticorruzione) aggiunge, dunque, dopo il Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, un ulteriore tassello al mosaico che compone l'azione di contrasto e prevenzione della corruzione, imponendo nuove regole alla politica e alla dirigenza pubblica affinché siano sempre più controllabili. La trasparenza nel decreto è rivendicata, su ispirazione del modello statunitense del Freedom of Information Act, come accessibilità totale delle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche. Agli obblighi di trasparenza imposti alla pubblica amministrazione, tenuta a pubblicare nei siti istituzionali documenti, informazioni e dati concernenti la sua organizzazione e attività, corrisponde il diritto soggettivo di chiunque di accedere ai siti direttamente ed immediatamente, senza autenticazione ed identificazione. Non occorre dunque dimostrare l'interesse differenziato a sostegno di tale pretesa. Tale diritto, e questa rappresenta la novità sostanziale contenuta nell'art. 5 del decreto, si conforma giuridicamente come diritto di accesso civico, nel senso che è riconosciuto a chiunque il diritto di richiedere, al responsabile della pubblica amministrazione obbligata alla trasparenza, documenti, informazioni o dati nei casi in cui ne sia stata omessa la pubblicazione.

Il nominativo del responsabile per la trasparenza e per l'anticorruzione è indicato nel "Programma triennale per la trasparenza e l'integrità", allegato al Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione, documento aggiornato annualmente dalle pubbliche amministrazioni e che definisce le

Gli obblighi di pubblicazione, nel rispetto della disciplina in materia di protezione dei dati personali, concernono, in particolare, i dati relativi a: i componenti di organi di indirizzo politico, i titolari di incarichi dirigenziali e di collaborazione o consulenza, la dotazione organica e il costo del personale con rapporto di lavoro a tempo indeterminato, gli incarichi conferiti ai dipendenti pubblici, la valutazione delle performance e la distribuzione dei premi al personale, l'uso delle risorse pubbliche, i servizi erogati, gli atti di concessione di sovvenzioni, contributi e attribuzione di vantaggi economici a persone fisiche ed enti pubblici e privati.

Le pubbliche amministrazioni devono inoltre pubblicare e aggiornare ogni 6 mesi, in distinte partizioni della sezione "Amministrazione trasparente" gli elenchi dei provvedimenti adottati dagli organi di indirizzo politico e dai dirigenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di:

- a) autorizzazione o concessione;
- b) scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta dal D.Lgs. 163/2006 e successivo d.lgs 50/2016 (Codice dei contratti pubblici);
- c) concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera di cui all'art. 24 D.Lgs. 150/2009;
- d) accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.

Per ciascuno dei provvedimenti compresi in tali elenchi sono pubblicati il contenuto, l'oggetto l'eventuale spesa prevista e gli estremi relativi ai principali documenti contenuti nel fascicolo relativo al procedimento.

La pubblicazione avviene nella forma di una scheda sintetica, prodotta automaticamente in sede di formazione del documento che contiene l'atto.

- e) È previsto inoltre l'obbligo per le pubbliche amministrazioni di pubblicare i dati relativi alle tipologie di procedimento di propria competenza.
- f) L'inadempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dal D.Lgs. 33/2013 o la mancata predisposizione del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità costituiscono:
 - 1) elemento di valutazione della responsabilità dirigenziale;
 - 2) eventuale causa di responsabilità per danno all'immagine dell'amministrazione;
 - 3) parametro di valutazione ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato e del trattamento accessorio.

Il programma va coordinato con la normativa in materia di tutela dei dati (privacy) che, nell'ambito dell'attività sanitaria costituisce un elemento essenziale, regolamentato secondo la legge.

In apposito Regolamento per la Disciplina dei Servizi Amministrativi, saranno dettagliati i compiti della Funzione.

13. Programmazione, Controllo di Gestione e Valutazione (Unità Operativa Complessa)

La gestione dell'Azienda è informata al ciclo programmazione – controllo – valutazione, in relazione alle linee programmatiche definite dalla Regione ed alla pianificazione strategica aziendale. I piani ed i programmi aziendali pluriennali sono sviluppati per esercizio di realizzazione e, successivamente, articolati rispetto al sistema delle responsabilità dirigenziali interne.

Il budget è lo strumento fondamentale per l'articolazione dei piani e dei programmi aziendali in obiettivi annuali rispetto al sistema delle responsabilità interne. Attraverso tale strumento, sono assegnate le risorse umane e materiali ai Centri di Responsabilità individuati in seno ai Dipartimenti ed in capo alle Unità Operative Complesse ed alle Unità Operative Semplici di valenza Dipartimentale. Sempre attraverso il budget, al medesimo livello di responsabilità, sono oggetto di negoziazione gli obiettivi quantitativi e qualitativi da perseguire in coerenza con l'attuazione del Piano Attuativo e con le risorse assegnate.

Allo scopo di assicurare il perseguimento efficace ed efficiente degli obiettivi strategici, oltre che nella logica dell'integrazione, ma anche con un'ottica trasversale rispetto alle responsabilità di tipo strutturale, l'Azienda può, nella gestione di processi produttivi o progetti strategici ad elevata complessità, riconoscere valenza di Centro di Responsabilità, di carattere permanente o temporaneo, ad aggregazioni di risorse, professionali e materiali, anche non in corrispondenza di una Unità Operativa. Gli obiettivi



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

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

La programmazione, inoltre, non si basa unicamente su criteri e valutazioni di efficienza ed economicità, dovendo essere prioritariamente connotata da valutazioni relative alla qualità ed appropriatezza delle prestazioni in rapporto ai bisogni di salute attesi .

La programmazione deve tradursi, quindi, in un complesso di decisioni strategiche in grado di delineare un insieme integrato e coordinato di criteri, strumenti e procedure, finalizzati ad attuare un complesso sinergico di azioni operative, coerenti con la pianificazione strategica, i cui risultati devono essere posti a verifica circa la rispondenza all'andamento gestionale con riguardo agli obiettivi prefissati di periodo.

Inoltre verrà progettato, sviluppato ed utilizzato il proprio sistema informativo-informatico e le relative banche dati, in modo da consentire la realizzazione di tale processo. Il sistema informativo aziendale deve necessariamente essere in grado di garantire la congruenza e la certificabilità dei dati su cui il sistema informativo di controllo di gestione andrà ad effettuare le proprie attività. Il sistema informativo del controllo di gestione, infatti, dovrà utilizzare le informazioni strutturate e validate dai responsabili di ciascuna delle procedure integrate di cui è composto il sistema informativo aziendale, rese disponibili in tempo utile ed in modalità automatica.

Viene prevista una specifica struttura (Unità Operativa Complessa), cui vengono assegnate le attività di programmazione, controllo e valutazione, con assegnazione di personale e risorse. I processi di cui sopra e le modalità di connessione con il sistema di controllo di gestione sono oggetto di specifica regolamentazione interna all'Azienda.

L'Unità Operativa opera, inoltre, come struttura tecnica di supporto all'Organismo Indipendente di Valutazione, delegato a svolgere le funzioni di valutazione e controllo strategico, ai sensi delle norme vigenti in materia, per i dirigenti e per il personale del comparto destinatario di incarichi di coordinamento di posizione organizzativa.

In apposito Regolamento per la Disciplina dei Servizi Amministrativi, saranno dettagliati i compiti della Funzione.

14. Verifica degli adempimenti LEA e appropriatezza delle cure (Unità Operativa Complessa)

I Livelli essenziali di assistenza (LEA), costituiscono le prestazioni e i servizi che il Servizio sanitario nazionale è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket), con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale. I LEA e sono stati definiti con il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001, entrato in vigore il 23 febbraio 2002.

I LEA sono organizzati in tre grandi aree:

l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, che comprende tutte le attività di prevenzione rivolte alle collettività ed ai singoli (tutela dagli effetti dell'inquinamento, dai rischi infortunistici negli ambienti di lavoro, sanità veterinaria, tutela degli alimenti, profilassi delle malattie infettive, vaccinazioni e programmi di diagnosi precoce, medicina legale)

ambulatoriale alla fornitura di protesi ai disabili, dai servizi domiciliari agli anziani e ai malati gravi ai servizi territoriali consultoriali (consultori familiari, SERT, servizi per la salute mentale, servizi di riabilitazione per i disabili, ecc.), alle strutture semiresidenziali e residenziali (residenze per gli anziani e i disabili, centri diurni, case famiglia e comunità terapeutiche)

l'assistenza ospedaliera, in pronto soccorso, in ricovero ordinario, in day hospital e day surgery, in strutture per la lungodegenza e la riabilitazione, etc.

Tra gli adempimenti richiesti dal livello nazionale e regionale e che ogni Azienda deve realizzare rientra il "mantenimento nell'erogazione dei LEA", la cui verifica avviene attraverso l'utilizzo della "Griglia LEA"; essa prevede per le A.O. un set di indicatori, riguardanti l'assistenza ospedaliera erogata, e consente sia di individuare quelle aree di criticità in cui si ritiene compromessa un'adeguata erogazione dei livelli essenziali di assistenza, sia di evidenziare i punti di forza della stessa erogazione.

Alla struttura Verifica adempimenti LEA è affidato il compito della verifica dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza, del monitoraggio dell'erogazione dei LEA, affinché si rispettino le condizioni di appropriatezza e di compatibilità con le risorse messe a disposizione.

In questa logica, le informazioni ricavate saranno utilizzabili per le altre strutture aziendali al fine di promuovere la qualità dell'assistenza, la sicurezza delle cure, l'uso appropriato delle risorse, implementando forme alternative al ricovero, quando le stesse rispondano più efficacemente ai bisogni della popolazione e gli obiettivi di razionalizzazione devono riguardare prioritariamente quei servizi e quelle prestazioni che maggiormente incidono sulla qualità dell'assistenza, sia in termini di efficacia che di efficienza. La conseguente riduzione del tasso di occupazione dei posti letto, della durata della degenza media ed in definitiva del tasso di ospedalizzazione, consentirà che gli attesi incrementi di produttività si possano tradurre in un netto miglioramento della performance aziendale, nel rispetto delle risorse programmate.

Per numerose attività ospedaliere, sono disponibili prove documentate dalla revisione sistematica della letteratura scientifica, di associazione tra volumi di attività e migliori esiti delle cure (ad esempio mortalità a 30 giorni, complicanze od altri esiti), ed in particolare per:

- a) Chirurgia del Cancro Esofago, Fegato, Mammella, Pancreas, Stomaco, Cistifellea, Colon, Polmone, Prostata, Rene e Vescica;
- b) Procedure chirurgiche: Colectomia; Aneurisma aorta addominale, Angioplastica coronarica, By pass aorto-coronarico, Endoarterectomia carotidea, Rivascolarizzazione arti inferiori, Artroplastica ginocchio e anca, frattura femore;
- c) Processi e percorsi diagnostico-terapeutici: Terapia intensiva neonatale (TIN) e Maternità; Infarto del miocardio.

Per queste e per altre attività cliniche, procedure e percorsi diagnostico terapeutici, la revisione sistematica continua della letteratura scientifica consentirà di identificare ed aggiornare continuamente le conoscenze disponibili sulla associazione tra volumi di attività e qualità delle cure.

Di fatto, il monitoraggio dell'assistenza sanitaria erogata deve avvenire attraverso una serie d'informazioni che, raccolte ed opportunamente elaborate, consentono di leggere importanti aspetti dell'assistenza sanitaria, inclusi quelli di qualità e appropriatezza.

Alla luce di quanto rappresentato rientrano nelle attività da realizzare da parte della struttura "Verifica degli adempimenti LEA" anche:

- la gestione delle attività del Cup aziendale e del relativo personale assegnato;
- la gestione, il monitoraggio e la verifica delle attività ambulatoriali e di day service;
- la verifica e il monitoraggio delle liste e tempi di attesa relativi alle attività ambulatoriali, di day service e di ricovero;
- la gestione e il monitoraggio delle attività ambulatoriali e di ricovero erogate in regime di intramoenia, allargata e non e dei relativi tempi di attesa.

Il supporto alla valutazione dei volumi e della strategicità delle prestazioni, delle performance e degli esiti clinici.

15. Aggiornamento e Formazione (Unità Operativa Complessa)

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

La formazione e l'aggiornamento professionale sono considerati oltre che acquisizione di saperi, sviluppo di abilità e competenze relazionali, quale strumento propedeutico alla trasmissione di valori, di norme comportamentali e di innovazione, indispensabili per le politiche di gestione delle risorse umane. La formazione ha una rilevanza notevole in questo ambito poiché va ad incidere direttamente sui livelli consci o inconsci della ricerca di considerazione e di stima, ovvero se il datore di lavoro assume l'onere del costo della formazione per tal risorsa esprime contemporaneamente una forma di riconoscimento verso essa: nessun datore di lavoro "sprecherebbe" denaro per risorse umane che ritiene non necessarie al proprio ciclo produttivo e al proprio raggiungimento di profitto, inteso in senso lato. La continua attenzione alle necessità formative racchiude quindi intrinsecamente un'attenzione alle persone e porta alla valorizzazione del Io che a sua volta fa accrescere l'autostima. Assistiamo quindi alla valorizzazione delle risorse umane come capitale delle organizzazioni.

La formazione rappresenta il punto di incontro tra il sistema organizzativo e la qualità delle prestazioni erogate e deve perseguire la concreta integrazione tra gli operatori che hanno la responsabilità della gestione dei processi produttivi. Inoltre, deve permettere di orientare e integrare le singole professionalità su progetti e risultati comuni in linea con gli obiettivi e gli strumenti di programmazione e gestione propri dell'Azienda ospedaliera. Per tale ragione l'offerta formativa sarà ampia e diversificata, sia nelle metodologie che negli strumenti formativi, per garantire percorsi di apprendimento coerenti ai bisogni dei partecipanti e trasferibili al contesto operativo di riferimento.

Inoltre, poiché la risorsa umana costituisce il fattore determinante che caratterizza la qualità delle prestazioni erogate dalle strutture sanitarie sarà prioritario sviluppare politiche formative ed informative orientate al raggiungimento degli obiettivi di salute, attraverso appropriati interventi che assicurino efficacia clinica - efficienza. Anche perché agli operatori del settore è richiesto un costante aggiornamento della professionalità incentrato, oltre che sulle conoscenze tecnico scientifiche specifiche dell'attività di assistenza, anche su conoscenze, competenze ed abilità di tipo programmatico, organizzativo e gestionale, di cui l'Azienda dovrà farsi carico.

In conclusione la formazione rappresenta un fattore motivazionale forte che racchiude in sé la flessibilità - elemento essenziale in un mercato altamente competitivo- in quanto considerando le contingenze esterne è possibile scegliere quando e come erogarla, corrispondendo così alla caratteristica di rinnovabilità tipica della motivazione. Inoltre è l'unico tra i fattori motivazionali che comporta un accrescimento delle competenze direttamente sfruttabile dall'azienda.

La trasversalità del processo informativo assicurerà il processo di aggiornamento continuo obbligatorio per le figure mediche e sanitarie (E.C.M.), in ragione della individuata necessità di tenere costantemente aggiornato il bagaglio tecnico professionale di operatori che legano le proprie attività a processi di ricerca medica, a tecnologie sempre più sofisticate, a protocolli sempre più condivisi, a comportamenti sempre più legati a processi di valutazione generale da applicare ai singoli casi. Il Servizio opererà, poi, nel senso innanzi indicato di continuo processo migliorativo della componente umana (risorse umane) di tutti i settori, sia sul piano della crescita culturale generale che in quello specifico del settore di attività (amministrativo, sicurezza, comportamentale, normativo), in collaborazione con le singole realtà funzionali secondo le specifiche competenze. In tal senso, l'Azienda prevede, come momento fondamentale dell'azione manageriale, l'elaborazione del piano formativo annuale che sarà costituito

Alla struttura fa capo una UOS Procedure amministrative delle attività formative e dei corsi di laurea, che coordina le attività di aggiornamento e formazione obbligatoria per il personale del ruolo medico e per quello del ruolo sanitario, predisponendo una banca dati dei crediti formativi di ciascun operatore, dipendente o convenzionato. Inoltre alla UOS sono attribuiti compiti connessi con l'organizzazione dei corsi di laurea per le professioni sanitarie. In tal senso L'Azienda Ospedaliera dei Colli, in possesso dei requisiti di idoneità previsti dal D.M. 24/09/1997, ha acconsentito alla attivazione presso le proprie sedi dei corsi di laurea per le professioni sanitarie in base ai Protocolli d'Intesa tra Regione Campania e l'Università degli Studi Napoli "Federico II" e Regione Campania e Seconda Università degli Studi Napoli (di cui alle D.G.R.C. n 533 e 534 del 29/10/2011).

Sono attivati, pertanto, i seguenti corsi di laurea:

Corso di laurea triennale in Infermieristica, Seconda Università degli Studi Napoli (sede Ospedale Monaldi);

Corso di laurea triennale in Fisioterapia, Università degli Studi di Napoli "Federico II" (sede Ospedale CTO);

Corso di laurea triennale in Tecniche di Laboratorio Biomedico, Università degli Studi di Napoli "Federico II" (sede Ospedale Cotugno).

Inoltre la UOS cura gli adempimenti amministrativi in ordine alla frequenza volontaria, ed affidamenti di borse di studio e altri contratti connessi a progetti e finanziamenti aggiuntivi.

In apposito Regolamento per la Disciplina dei Servizi Amministrativi, saranno dettagliati i compiti della Funzione.

Staff della Direzione Sanitaria Aziendale:

1-2-3 Le Direzioni degli Ospedali

U.O.C. Direzione Medica dell'Ospedale "Monaldi" - U.O.C. Direzione Medica dell'Ospedale "Cotugno" - U.O.C. Direzione Medica dell'Ospedale "C.T.O."

Le Direzioni Mediche degli Ospedali concorrono, nell'ambito dell'assistenza ospedaliera, al raggiungimento degli obiettivi aziendali ed opera sulla base degli indirizzi del Direttore Sanitario d'Azienda, assicurando la continuità assistenziale. Il Direttore Medico dell'Ospedale ha competenze gestionali, organizzative e di coordinamento delle attività igienico sanitarie, di prevenzione, medico legali, scientifiche, di formazione, di aggiornamento, di promozione della qualità dei servizi sanitari e delle rispettive prestazioni. Inoltre è corresponsabile del governo clinico del presidio, promuovendo e coordinando le azioni finalizzate al miglioramento dell'efficacia e dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie. Svolge attività di indirizzo, coordinamento e supporto nei confronti dei direttori medici dei dipartimenti, delle strutture complesse e delle strutture semplici di dipartimento, promuovendo l'integrazione delle strutture all'interno del presidio.

Agli Ospedali Cotugno e CTO è assegnato, per le attività amministrative, un Dirigente Amministrativo (U.O.S.), cui sono affidati i compiti di coordinamento delle attività amministrative dell'Ospedale, in attuazione delle direttive della direzione strategica, dei servizi centrali e del Direttore Medico di Ospedale. In particolare, il dirigente amministrativo cura la gestione del personale in servizio presso la sede ospedaliera in materia di rilevamento delle presenze, trattamento economico accessorio, provvederà all'adozione, nelle materie di competenza, di atti organizzativi di natura non regolamentare relativi agli uffici della sede; formula proposte inerenti al fabbisogno e alla programmazione finanziaria; cura la gestione finanziaria e patrimoniale dei beni mobili ed immobili assegnati alla sede ospedaliera; cura la gestione e il coordinamento dei servizi ausiliari comuni; cura l'adozione delle misure occorrenti per la gestione, da parte della direzione generale, dei sistemi informativi automatizzati, dei servizi informatici e telematici presso la sede decentrata, gestisce il protocollo unico dell'Ospedale; svolge ogni altra attività di competenza espressamente delegata dal direttore della specifica unità operativa complessa. Tali funzioni, per l'Ospedale Monaldi, sede dei

4-Medicina Valutativa, Legale e assicurativa (Unità Operativa Complessa)

L'Unità Operativa Complessa di Medicina Valutativa, Legale ed Assicurativa si occupa:

- dell'espletamento di attività di medicina necroscopica, ivi compresa l'attività di riscontro diagnostico e di partecipazione alle Commissioni per l'accertamento della morte encefalica;
- di fornire un supporto tecnico specialistico medico-legale a tutte le strutture dell'Azienda, nel rispetto delle strategie di quest'ultima, delle esigenze cliniche ed assistenziali, e dei principi di efficienza, efficacia e sicurezza;
- dell'attività istruttoria con formulazione di parere medico-legale nel merito delle richieste di risarcimento danni avanzate nei confronti dell'Azienda Ospedaliera dei Colli;
- di fornire pareri medico-legali collegiali a richiesta della Corte dei Conti per contenziosi in materia pensionistica;
- di fornire, ove richiesto, il necessario supporto alla Direzione Aziendale per tematiche relative alla cosiddetta responsabilità oggettiva dell'Ente;
- di partecipare alla gestione del Clinical Risk Management, fornendo pareri in tema di prevenzione del rischio clinico, di accertamento della responsabilità e della causalità, di valutazione del danno, di monitoraggio e di sorveglianza del trattamento terapeutico;
- di svolgere attività di consulenza sui temi di medicina legale che attengono alle diverse normative esistenti ed alle problematiche quotidiane che nascono dalla concreta esperienza relativa alle prestazioni sanitarie ("medicina legale clinica");
- di collaborare alle iniziative della Struttura di Formazione per le tematiche di competenza medico-legale, in particolare sugli aspetti etico-deontologici e giuridici della responsabilità professionale;
- di procedere ad un'analisi sistematica delle esperienze relative alla gestione medico-legale dei casi di responsabilità professionale assegnati, al fine di ridurre l'incidenza degli stessi;
- di procedere ad una implementazione delle banche dati relative ai sinistri e agli eventi avversi occorsi ai pazienti, analizzando i dati raccolti e programmando, coordinando ed attuando modelli organizzativo-comportamentali e/o specifici interventi finalizzati alla prevenzione di eventi avversi, a tutela della sicurezza dei pazienti.

In apposito Regolamento per la Disciplina dei Servizi Amministrativi, saranno dettagliati i compiti della Funzione.

5- Servizio di Farmacia (unità operativa complessa)

La Unità Operativa Complessa di "Farmacia" viene collocata in staff alla Direzione Sanitaria Aziendale, con il compito di

omogeneizzare e coordinare tutta la relativa attività aziendale. In relazione alla necessità di dare unicità all'attività connessa

con l'uso dei farmaci e tenute presenti le correlazioni che i problemi iatrogeni hanno con il complesso delle patologie curate presso le tre strutture aziendali, sono istituite, le UOSD di "Farmacovigilanza" e di "Gestione clinica del farmaco".

Le attività di Farmacia sono trasversali all'intera organizzazione, approvvigionando farmaci e dispositivi medici specialistici innovativi non solo per gli utenti interni ma anche per pazienti esterni, in ragione della distribuzione diretta di farmaci ospedalieri di grosso impatto, in ragione delle particolari patologie trattate in Azienda. La Farmacia attua una politica del farmaco improntata sull'appropriatezza, sulle terapie personalizzate e sul conseguimento degli obiettivi regionali.

In correlazione con l'uso dei farmaci, tenute presenti le caratteristiche aziendali, centro regionale individuato per particolari

Per le molteplici attività specialistiche svolte, la Farmacia aziendale può essere considerata un riferimento, potendo eventualmente rappresentare anche una centrale logistica in caso di dipartimentalizzazione interaziendale dell'attività per la sanità collinare di Napoli.

Un ulteriore intervento di razionalizzazione previsto dal Piano di riassetto della rete ospedaliera nell'ambito del piano di rientro, infatti, si propone di creare le condizioni per garantire la confluenza operativa di alcuni servizi di pertinenza di ciascuna delle cinque strutture ospedaliere che sono poste sulle colline di Napoli (Monaldi – Cotugno – Cardarelli – Pascale e A.O.U. Federico II) in un dipartimento interaziendale finalizzato alla gestione integrata delle risorse umane, finanziarie e tecnologiche che rappresenti l'evoluzione del modello organizzativo già in corso di realizzazione nelle strutture pubbliche per le prestazioni di diagnostica di laboratorio, ai sensi delle deliberazioni della Giunta Regionale n. 1246 del 13/7/2007 e n. 1177 del 11/7/2008.

Tra le aree interessate al processo vi è quella dei servizi di farmacia, concentrando, così, e riqualificando la logistica, la gestione di magazzino e la distribuzione.

A tal fine si dà avvio al modello di centralizzazione degli acquisti e dell'attività di magazzino unico, nel quale la gestione e i rapporti con i fornitori sono a carico della UOC di Farmacia, che si qualifica punto di raccolta dei fabbisogni, punto ordinante e gestore del budget trasversale per gli approvvigionamenti; per tali attività possono essere delegate specifiche UU.OO.. Nelle more del completamento del nuovo modello, gli approvvigionamenti per i depositi dei singoli ospedali, ricadono nelle competenze delle UOSD allocate presso gli stessi ospedali.

Restano in capo alla UOC Farmacia l'attività di gestione del magazzino farmaceutico Aziendale e tutte le attività aziendali centralizzate indirizzate al governo clinico del farmaco ed all'appropriatezza nell'utilizzo di farmaci e dispositivi medici e della valutazione economica delle tecnologie sanitarie, che rivestono valenza strategica ai fini della formulazione del budget e della gestione delle procedure di acquisto; in particolare la UOC Farmacia centralizza la preparazione di galenici iniettabili e non iniettabili, il percorso degli approvvigionamenti e delle valutazioni dei beni farmaceutici da acquistare, il monitoraggio dei farmaci e dei dispositivi medici attraverso l'informazione, la vigilanza, la consulenza e la valutazione dei costi, il supporto alla sperimentazione clinica e alla formazione pre e post laurea.

6- I Servizi delle professioni sanitarie infermieristiche, della riabilitazione e delle altre professioni tecnico-sanitarie.

Alla luce delle indicazioni previste nelle linee guida per la definizione dell'Atto aziendale, questa Direzione ha elaborato proposta per la costituzione del Servizio in oggetto.

La individuazione della organizzazione parte dalla previsione di:

- a) un dirigente per il servizio infermieristico;
- b) un dirigente per il servizio tecnico sanitario;
- c) un dirigente per il servizio tecnico riabilitativo.

Tali servizi sono a loro volta collegati in LINE con i Servizi Infermieristici e delle altre Professioni Sanitarie e Sociali a livello Ospedaliero, Dipartimentale e di Unità Operativa o Servizio – Servizi cui è preposto personale, con incarichi di coordinamento complesso e semplice.

Gli incarichi dei dirigenti dei servizi delle professioni sanitarie sono conferiti attraverso le procedure concorsuali di cui al DPCM del 25/01/2008 pubblicato nella G.U. – Serie Generale n. 48 del 26/02/2008.

L'azienda, che comunque ha avuto già modo di organizzare i servizi nell'ambito dei precedenti atti aziendali (sia delle aziende disciolte che della nuova azienda), deve, quindi, rivedere le condizioni organizzative per lo sviluppo di tale funzioni, collocandole in staff alla direzione strategica ed in stretto rapporto con le altre strutture organizzative aziendali.

Va considerato ai fini della individuazione di un organigramma funzionale dei servizi in questione, la circostanza che occorre tener conto dei diversi livelli di responsabilità delle relative funzioni. Va anche

l'intervento normativo di modifica del decreto n. 502/02 del Consiglio di
Atti della Regione
PARTE I
DIREZIONE è stato elevato a dignità di organo e che in tale collegio è prevista la presenza del responsabile
del servizio delle professioni infermieristiche, tecniche e di riabilitazione. Questa Direzione è quindi
della idea di nominare, tra i dirigenti, un Direttore, con il compito di coordinare tutto il servizio,
componente di diritto del Collegio di Direzione; si avrebbe, cioè, un coordinatore dei servizi integrati,
rappresentativo della unicità delle funzioni, sia sul piano delle indicazioni organizzative che sul piano
della partecipazione ai processi di sviluppo aziendale.

Al Direttore, da riconoscersi il trattamento di unità operativa complessa, verrebbe assegnata, in particolare, la responsabilità attinenti alle seguenti funzioni:

1. concorrere alla determinazione della politica sanitaria dell'Azienda Ospedaliera;
2. concorrere alla programmazione delle attività assistenziali, alla definizione degli standard assistenziali, di risultato e di processo e concorrere all'analisi dei costi in rapporto all'efficacia e all'efficienza, partecipando, quale componente di diritto, alle riunioni del Collegio di Direzione, organo dell'azienda, e ponendosi in rapporto sinergico con il Direttore sanitario e gli Uffici della Direzione Generale, partecipando agli incontri e alle decisioni assunte, per quanto di competenza, in relazione al raggiungimento degli obiettivi e all'integrazione funzionale;
3. partecipare alla definizione della dotazione organica del personale di riferimento e di quello ausiliario;
4. concorrere alla programmazione del razionale utilizzo delle risorse in funzione di un equo livello di assistenza ed in funzione delle normative vigenti;
5. promuovere, in rapporto sinergico con gli Uffici delle Direzioni, la formazione e l'aggiornamento del personale, la ricerca infermieristica, la sperimentazione e lo sviluppo di nuovi modelli organizzativi;
6. concorrere alla programmazione e allo sviluppo di programmi di educazione sanitaria e di qualità, anche nell'ambito di progetti interdisciplinari;
7. partecipare su invito del Presidente alle riunioni del Consiglio dei Sanitari;
8. cooperare con i Responsabili della formazione tecnico-pratica relativamente al tirocinio da svolgere dell'Azienda Ospedaliera da parte di studenti dei Corsi di Diploma Universitario nelle aree sanitarie infermieristiche, tecniche e della riabilitazione.

In relazione agli obiettivi generali dell'Azienda, il Servizio andrebbe a definirsi propri obiettivi che si sostanziano, in particolare, nel raggiungimento di un'assistenza mirata, personalizzata e di elevata qualità, attraverso l'applicazione del processo e piano di assistenza, infermieristica, tecnica e riabilitativa, attraverso l'integrazione con tutti i professionisti che intervengono nel processo assistenziale, per un miglioramento della qualità dell'assistenza globale erogata.

Nella fase di transizione dall'attuale modello organizzativo a quello proposto nel presente atto, è prevista l'individuazione di una figura di coordinamento per il solo personale infermieristico dei tre Ospedali, attesa la complessità ed unicità della funzione.

7-Sicurezza delle cure e controllo qualità (Unità Operativa Complessa)

Per Governo Clinico si intende un approccio integrato per l'ammodernamento del SSN, che pone al centro della programmazione e gestione dei servizi sanitari i bisogni dei cittadini e valorizza il ruolo e la responsabilità dei medici e degli altri operatori sanitari per la promozione della qualità.

Per assicurare la qualità e la sicurezza delle prestazioni, i migliori risultati possibili in salute e l'uso efficiente delle risorse, vengono impiegate metodologie e strumenti quali le linee guida ed i profili di assistenza basati su prove di efficacia, la gestione del rischio clinico, sistemi informativi costruiti a partire dalla cartella clinica integrata informatizzata, la valorizzazione del personale e la relativa formazione, la integrazione disciplinare e multiprofessionale, la valutazione sistematica delle performance per introdurre innovazioni appropriate ed con il coinvolgimento di tutti i soggetti, compresi i volontari e la comunità.

Il Governo clinico rappresenta dunque un importante elemento che può contribuire ad integrare una serie di elementi, quali:

- la necessità di passare speditamente a percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali costruiti sulla appropriatezza e sulla centralità del paziente;
- il dovere di procedere con rapidità all'innalzamento dei livelli di sicurezza delle prestazioni attraverso la introduzione di tecnologie di prevenzione del rischio di malpractice;
- la opportunità di aprire il sistema, nella sua interezza, alla cultura della valutazione, puntando con decisione sulla utilizzazione di indicatori di esito e valutazione in termini di obiettivi di salute conseguiti, più che di mera sommatoria di prestazioni erogate.

La gestione del rischio clinico in sanità (clinical risk management) rappresenta l'insieme di varie azioni messe in atto per migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e garantire la sicurezza dei pazienti, sicurezza, tra l'altro, basata sull'apprendere dall'errore. Solo una gestione integrata del rischio può portare a cambiamenti nella pratica clinica, promuovere la crescita di una cultura della salute più attenta e vicina al paziente ed agli operatori, contribuire indirettamente ad una diminuzione dei costi delle prestazioni ed, infine, favorire la destinazione di risorse su interventi tesi a sviluppare organizzazioni e strutture sanitarie sicure ed efficienti.

- Individuazione di strumenti orientati al miglioramento continuo della qualità dell'assistenza delle sicurezza delle cure ed in particolare sulla sicurezza delle attrezzature elettromedicali;
- Gestione delle informazioni di tipo clinico-organizzative per l'assunzione di decisioni cliniche
- Messa a punto di sistemi di verifica per una maggiore efficacia e appropriatezza delle attività erogate
- Controlli sulle attività erogate dalle strutture private accreditate per le varie tipologie di attività
- Elaborazione di Linee Guida (IDT) dedicate alle patologie prevalenti
- Organizzazione funzionalità della struttura
- Supporto alla realizzazione di Reporting aziendale finalizzato ai processi gestionali
- Supporto alla predisposizione del Piano della Performance e della Relazione della Performance
- Rispetto dei debiti informativi
- Individuazione di sistemi di gestione basati su percorsi assistenziali omogenei e/o reti professionali
- Assicurare la corretta applicazione delle prassi aziendali con particolare riguardo ai percorsi diagnostici e di cura, alle politiche del farmaco, al buon uso del sangue favorire;
- Supporto all'introduzione di nuovi modelli organizzativi flessibili con particolare riguardo all'assistenza differenziata per intensità di cura e allo sviluppo di forme innovative di comunicazione con gli attori extra-ospedalieri del percorso di cura del paziente.

Al fine di ridurre i costi connessi al complesso dei rischi relativi alla propria attività, l'Azienda, nell'ambito della propria organizzazione e senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, studia ed adotta le necessarie soluzioni per la gestione dei rischi medesimi, per la prevenzione del contenzioso e la riduzione degli oneri assicurativi. Anche al fine di dare piena attuazione all'art. 1, comma 6, del D.lgs. n. 299/99 in materia di appropriatezza ed economicità della gestione aziendale e delle prestazioni assistenziali, viene prevista la figura del **"risk manager"**, al fine di garantire la sicurezza della pratica medica.

Assume le funzioni di **"risk manager"**; assume la responsabilità diretta delle iniziative aziendali sull'argomento; risponde inoltre del rispetto dei debiti informativi nei confronti del Ministero della Salute. Il Ministero della Salute, con decreto dell'11 dicembre 2009, ha istituito nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) il Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES), con l'obiettivo di raccogliere le informazioni relative agli eventi sentinella (eventi avversi di particolare gravità, che causano morte o gravi danni al paziente e che determinano una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del Servizio Sanitario), ed alle denunce dei sinistri su tutto il territorio nazionale, consentendo la valutazione dei rischi ed il monitoraggio completo degli eventi avversi.

clinico, sia con riferimento agli eventi sentinella, sia con riferimento a qualunque connesso, costituisce, unitamente al servizio di valutazione delle performance dei dirigenti aziendali.

All'interno della UOC **vengono previste due unità operative semplici.**

In una viene delineata la competenza specifica dell'ingegneria clinica per la quale è prevista apposita **Unità Operativa Semplice Ingegneria Clinica.**

In particolare, compete al Servizio di ingegneria clinica, svolgere la funzione di supporto ai programmi di acquisizione delle tecnologie; la valutazione, durante la fase di acquisto, della componente tecnologica delle apparecchiature e l'applicazione di metodi quali l'Health Technology Assessment (HTA); l'integrazione degli elettromedicali con le strutture e gli impianti installati presso i locali dell'Azienda.

Il Servizio svolge, inoltre, l'attività di gestione della inventariazione e manutenzione del parco tecnologico aziendale; nella identificazione delle apparecchiature con la relativa codifica (classe, produttore, modello), la etichettazione, la stima di valore e la produzione degli opportuni documenti. i collaudi di accettazione delle apparecchiature in accordo con le componenti cliniche; i controlli sulla sicurezza elettrica e funzionalità delle apparecchiature. Relativamente all'acquisizione di beni e servizi la UOS si avvale della competenza della UOC Acquisizione Beni e Servizi, le cui proposte di acquisto verranno formulate sulla base delle relazioni del responsabile della UOS, nel rispetto del Codice degli Appalti vigente.

I processi saranno oggetto di ulteriore e specifica normazione interna all'Azienda, anche in ragione delle intervenute norme sulla trasparenza e sulla corruzione.

L'altra unità operativa semplice, denominata **UOS Monitoraggio e organizzazione dei percorsi di cura e del rischio clinico.** La struttura nell'ambito delle previsioni connesse al rischio clinico, si occupa dell'organizzazione ed ottimizzazione del percorso di cura. Si interfaccia con la Dirigenza Medica per intercettare le migliori soluzioni dedicate al percorso di cura, trasformando le stesse in opportunità di crescita per le attività aziendali, attraverso azioni mirate alla ottimizzazione della rete interna tra gli ospedali dell'Azienda e le altre Istituzioni sanitarie e non sanitarie. Il tutto nell'ottica di aumentare la produttività (in vista anche di futuri piani di rientro aziendali) e la performance aziendale al fine di migliorare e completare la presa in carico del paziente, e con essa il percorso di cure.

In apposito Regolamento, saranno dettagliati i compiti della Funzione.

Livello di coordinamento

A livello dipartimentale, va considerata la presenza di un operatore professionale coordinatore per ogni dipartimento. L'operatore professionale coordinatore assume un ruolo di coordinamento e di responsabilità nella gestione delle risorse affidate al Dipartimento, appartenenti alle figure professionali in questione e a quelle ausiliarie addette specificamente all'assistenza, secondo l'assetto organizzativo aziendale vigente. Il livello di coordinamento afferisce, così, alla dirigenza del servizio in una logica di integrazione e continuità.

L'operatore professionale coordinatore persegue, congiuntamente agli operatori dei settori interessati, gli obiettivi di politica aziendale in termini di qualità tecnico-professionale, organizzativa ed umana, offerta e percepita dal paziente/utente, con l'individuazione delle risorse necessarie all'erogazione diretta e indiretta nell'ottica dell'efficacia, dell'economicità e della qualità del servizio erogato, in un'ottica integrata con l'équipe interprofessionale, nell'ambito di tutti i processi aziendali e delle finalità del Servizio Integrato.

Facendo riferimento al Dirigente di area (infermieristica, tecnico-sanitaria o riabilitativa) secondo le specifiche competenze e necessità, l'operatore professionale coordinatore, assegnato ai dipartimenti, tra l'altro, dovrebbe:

1. verificare il fabbisogno delle risorse assistenziali, tecniche o riabilitative, nonché ausiliarie, nell'ambito del dipartimento e delle singole unità operative afferenti, coordinando il lavoro dei singoli coordinatori di unità operativa (ex capo sala) per una integrazione del personale, un migliore utilizzo delle risorse comuni, una valutazione complessiva, d'intesa con il Direttore del Dipartimento, delle necessità e dei bisogni di intervento;

l'implementazione e la valutazione del personale; con i coordinatori di unità operativa, in équipe, a supervisione;

4. implementare gli eventuali modelli organizzativi indicati dalla direzione del servizio, in ragione degli obiettivi e dei relativi strumenti informativi;
5. programmare il controllo delle risorse materiali e professionali nell'ambito del budget di competenza;
6. controllare i servizi in gestione appaltata, sulla base degli indicatori prefissati;
7. promuovere e valutare la qualità dell'assistenza ed alberghiera, anche in relazione ad eventuali progetti aziendali;
8. definire, d'intesa con il Dirigente del Servizio, i processi informativi e formativi diretti alla umanizzazione dell'assistenza, tutela dei diritti dei cittadini e relazioni con gli organi specifici e di volontariato;

9. svolgere compiti di supervisione dell'attività formativa tecnico-pratica rivolta agli studenti infermieri. Nella organizzazione della struttura del Servizio, può essere previsto che, per alcuni dipartimenti che prevedono varie figure professionali (operatori professionali) il coordinatore possa essere trasversale alle diverse professioni. In pratica, ad es., il coordinatore del Dipartimento dei servizi può essere sia un infermiere che un tecnico e il coordinatore dell'area neuro-ortotraumatologica può essere sia un infermiere che un tecnico di riabilitazione. Alla posizione di coordinatore sono richieste funzioni che vanno al di sopra della specifica professionalità tra cui quella di garantire la coerenza interna tra i diversi sviluppi professionali all'interno di un dipartimento.

I ruoli di coordinamento risultano quindi essere sia una necessità organizzativa che professionale in quanto rispondono alle tipiche esigenze di coordinamento delle risorse umane e materiali a livello di unità organizzative che di indirizzo e sviluppo professionale. Il coordinamento fa riferimento ai professionisti che assumono un forte ruolo di integrazione organizzativa definito da funzioni e livelli di responsabilità nella gestione di risorse affidate per il raggiungimento di obiettivi/risultati secondo l'assetto organizzativo aziendale. Il ruolo di coordinamento è una necessità organizzativa aziendale ma è anche un ruolo professionale di indirizzo e di controllo delle professionalità di riferimento.

Va, poi, considerato che al Servizio afferisce inoltre la gestione dell'assistenza alberghiera, il corretto utilizzo del patrimonio immobiliare, mobiliare e delle scorte di materiale di consumo, l'acquisizione di beni e servizi di competenza, la gestione delle risorse economiche, tutto ciò anche tramite sistematici e costruttivi rapporti con i Servizi erogatori di risorse tecnico - sanitarie e con le Direzioni di gestione attività tecniche e del patrimonio, di gestione risorse economiche, per l'acquisizione di beni e servizi. Tali attività, caratterizzate dalla necessità di un congruo grado di autonomia, troverebbero momenti di applicazione, controllo e gestione presso i singoli ospedali, con la previsione di operatori professionali con incarico di posizione organizzativa, assegnati alle Direzioni Mediche.

Il sistema dovrebbe garantire il fabbisogno organizzativo di efficienza, efficacia, ricerca della qualità del prodotto erogato in un'ottica di decentramento organizzativo, integrazione professionale e strutturale di coerenza. In pratica l'azienda deve tenere conto di tutti questi aspetti in un'ottica di efficacia e di efficienza organizzativa senza trasformare una realtà sanitaria intrinsecamente e naturalmente complessa in artificialmente complicata. La prospettiva appare piuttosto in linea con le attuali organizzazioni che vanno, ovviamente, ridisegnate nelle funzioni e nei compiti.

Le relazioni del Servizio con gli altri uffici dell'azienda (di programmazione, di progettazione organizzativa, di controllo di gestione, nucleo di valutazione, formazione e aggiornamento, qualità, ufficio personale, ecc.) devono costruirsi sulla logica della negoziazione della costruzione di processi per il raggiungimento di risultati nel rispetto degli obiettivi aziendali. In questa logica la direzione del servizio assistenziale si pone in una posizione di interrelazione funzionale.

Le relazioni con gli altri organi (Direttore Sanitario, Direttore Medico di presidio, Direttore di dipartimento, ecc.) devono costruirsi sulla logica della negoziazione della costruzione di processi per il raggiungimento di risultati nel rispetto degli obiettivi aziendali e del Servizio assistenziale. In questa logica la direzione/coordinamento di aree e U.O. si pone in una posizione di integrazione funzionale mantenendo autonomia gestionale nella gestione della risorsa umana.

personale. La progettazione organizzativa della direzione deve tenere conto di due esigenze:

- 1) necessità di concentrare certe funzioni, di renderle omogenee e coerenti con la cultura aziendale e di affidarle a dirigenti dotati di professionalità specifica, per ragioni di economie di scala e di unità di direzione;
- 2) necessità di responsabilizzare la linea (livello intermedio di coordinamento), di dotarla di capacità di iniziativa e di risposta autonoma e rapida, di avvicinare il momento in cui sorgono i problemi e il momento della loro soluzione, di utilizzare e valorizzare le competenze di chi è a contatto diretto con il personale e con le problematiche funzionali.

Di conseguenza il modello organizzativo dovrà adottare soluzioni che siano in grado di coinvolgere i livelli intermedi di direzione nel momento di elaborazione delle politiche del personale e delega alla stessa di aspetti rilevanti della loro gestione operativa e di supportare i livelli di direzione intermedia nella soluzione dei problemi e durante i processi di cambiamento, attivando interventi di formazione e sensibilizzazione dei responsabili di linee sulle problematiche del personale, tecnologiche, economico-finanziarie affinché siano in grado di comprendere le reciproche esigenze.

La struttura che si viene a delineare si articola in modo verticale ed orizzontale rispetto alla linea organizzativo-gestionale e alla specificità professionale. Opera attraverso una programmazione a lungo e medio termine (di norma annuale) che definisce gli obiettivi da conseguire nel periodo di esercizio e si articola in base a due linee di indirizzo, che devono trovare nell'operatività organizzativa un livello di coerenza. A livello delle aree e delle unità operative occorre perseguire l'efficacia e l'efficienza delle prestazioni assistenziali e tecniche. A livello di direzione infermieristica l'efficacia e l'efficienza organizzativa che garantiscono la scelta del migliore processo organizzativo-gestionale rispetto all'ottenimento di risultati e del migliore e più razionale utilizzo delle risorse.

I Coordinamenti del personale infermieristico, tecnico sanitario e di riabilitazione.

Tenuto conto delle linee guida regionali e dei provvedimenti commissariali, l'Azienda ha avviato, quindi, l'adeguamento della propria organizzazione, attraverso la previsione nell'Atto aziendale della propria articolazione organizzativa, nel rispetto dei criteri e dei parametri standard definiti dalla Struttura Commissariale per l'individuazione delle strutture semplici, semplici dipartimentali e complesse. E' evidente che la determinazione delle posizioni organizzative e di coordinamento, in ottemperanza al disposto dell' art. 12 del Patto per la Salute 2010-2012, successivamente confluito nell'art. 2, co. 71 e 72, della L. 191/2009, in coerenza con la spesa derivante dall'articolazione organizzativa con i vincoli previsti dalla norme nazionali e regionali in materia di patto di stabilità, spesa sanitaria e costi del personale del SSR - Patto per la Salute 2010-2012, non può che essere coerente con il piano organizzativo delineato. L'obiettivo è, quindi, quello di pervenire all'individuazione di parametri standard - ed al conseguente contenimento dei costi - nel rispetto degli assetti organizzativi delineati dalla Regione nonché dell'autonomia programmatica ed organizzativa aziendale. Si ritiene, pertanto, fatte salve eventuali disposizioni regionali successive, anche generali rispetto alle indicazioni parametriche, di dover provvedere, allo stato, alla definizione dei parametri aziendali relativi ai coordinamenti e alle posizioni organizzative, individuando uno standard che sia funzionale all'assetto generale dell'Azienda e consenta la sostenibilità sia organizzativa che economico-finanziaria del Sistema Sanitario Regionale.

Le posizioni di coordinamento del personale delle professioni sanitarie previste dalla vigente normativa contrattuale del personale del comparto, in questi ultimi tempi sono oggetto di particolare attenzione delle varie aziende sanitarie, come fulcro essenziale di un sistema organizzativo nevralgico, perché di risposta immediata ai bisogni dei cittadini e con ciò di visibilità diretta della performance e della reputazione dell'azienda. Tali funzioni di coordinamento possono assumere a un'importante funzione di valorizzazione delle risorse umane coinvolte nei processi assistenziali, ciò in ragione soprattutto delle risorse umane addette all'assistenza, caratterizzate da una professionalità in senso allargato, comprensiva quindi non solo delle capacità tecniche in senso stretto, ma anche degli aspetti riferiti alla capacità di

za e di collaborazione nell'ambito di un anno, pertanto, sviluppare capacità non solo di doti di comunicazione, motivazione e capacità di far partecipare gli operatori professionali ai processi decisionali. In sintesi, potremo dire che alla funzione di coordinamento si chiede: a) di produrre e realizzare schemi organizzativi innovativi per la gestione dei servizi sanitari; b) di gestire un sistema di sviluppo delle risorse umane, identificandone le necessità e i bisogni; c) di coordinare le risorse professionali, tecnologiche ed economiche; d) di progettare e gestire i processi di miglioramento della qualità; e) di sviluppare e controllare il sistema informativo e informatico; f) di diffondere la cultura e le competenze tipiche di coloro che ricoprono ruoli di responsabilità e che operano in contesti multiprofessionali ad alto tasso di innovazione; g) di migliorare il livello di complessità organizzativa e di conseguenza la fluidità dei processi assistenziali; h) di supervisionare specifici settori dell'organizzazione sanitaria; i) di utilizzare metodi e strumenti della ricerca nell'area dell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari; l) di valutare l'impatto di differenti modelli teorici nell'operatività dell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari; m) di sviluppare la capacità d'insegnamento per la specifica figura professionale nell'ambito delle attività tutoriali e di coordinamento del tirocinio nella formazione di base, complementare e permanente; n) di comunicare con chiarezza su problematiche di tipo organizzativo e sanitario con i propri collaboratori e con gli utenti; o) di analizzare criticamente gli aspetti etici e deontologici delle professioni dell'area sanitaria anche in una prospettiva di integrazioni multiprofessionali.

Le funzioni di coordinamento riguardano essenzialmente l'attività assistenziale e trovano la loro collocazione nell'ambito delle unità operative sanitarie nelle quali è organizzata l'Azienda Ospedaliera. E' prevedibile la presenza del Coordinatore nell'ambito delle unità operative complesse, nonché nelle funzioni di gestione delle risorse umane in ambito dipartimentale o nei servizi infermieristici e tecnico-sanitari centrali e dovunque vi sia la necessità di affidare un congruo numero di figure professionali ad un momento di gestione secondo gli obiettivi indicati. Tenuti presenti i parametri indicati, a livello regionale, per la determinazione delle strutture complesse e di quelle semplici, nonché degli altri assetti organizzativi individuati per alcuni servizi o funzioni, nonché delle rappresentate funzioni effettive del "coordinamento", si ritiene di dover provvedere alla presenza di un "coordinatore" delle attività infermieristiche-sanitarie per ciascuna unità operativa complessa e per ciascuna unità operativa semplice dipartimentale, nonché per ogni dipartimento, con una aggiunta, sul complessivo, di una percentuale del 10% per ulteriori ipotesi di incarico collegate a funzioni o servizi trasversali che rientrino nella logica della previsione organizzativa con necessità della presenza, con un numero complessivo di non oltre 140 posizioni, che saranno attivate in collegamento con l'attivazione delle rispettive UOC o UOSD, ove già non operative. In ogni caso, si terrà conto della previsione della dotazione organica e delle necessità di attività collegate alle linee di assistenza che l'Azienda eroga.

Le posizioni organizzative

Le posizioni organizzative sono state introdotte come istituto contrattuale nell'ambito della ridefinizione complessiva delle funzioni ex coordinamento ed ex dirigenziali avvenuta con il C.C.N.L. 1999 e in seguito alla privatizzazione del lavoro pubblico. Per il comparto sanità, si fa riferimento all'art. 20, in cui è specificato che le aziende ed enti, sulla base dei propri ordinamenti e delle leggi regionali di organizzazione ed in relazione alle esigenze di servizio, istituiscono posizioni organizzative che richiedono lo svolgimento di funzioni con assunzione diretta di elevata responsabilità che, a titolo esemplificativo, possono riguardare settori che richiedono lo svolgimento di funzioni di direzione di servizi, dipartimenti, uffici o unità organizzative di particolare complessità, "caratterizzate da un elevato grado di esperienza e autonomia gestionale ed organizzativa o lo svolgimento di attività con contenuti di alta professionalità e specializzazione", quali per esempio i processi assistenziali, oppure lo svolgimento di attività di staff e/o studio, di ricerca e di coordinamento di attività didattica. La graduazione delle funzioni è definita da ciascun'azienda in base a criteri adottati per la valutazione delle posizioni individuate. L'istituto della posizione organizzativa s'inserisce nel processo di graduale e tendenziale superamento del modello classico del pubblico impiego e di trasformazione del modello

ve, pur non rientranti tra quelle dirigenziali, ai fini del processo di innovazione delle pubbliche amministrazioni, sempre maggiormente knowledge based, in cui il requisito della conoscenza ha un ruolo strategico, fosse necessario introdurre elementi di maggiore flessibilità nello svolgimento delle attività e di predominante orientamento al risultato.

L'istituzione delle posizioni deriva dall'art. 45 del D.lgs. n. 29/93 modificato dai D.lgs. n. 396/97, n. 80/98, n. 387/98, il quale recitava testualmente "per le figure professionali che, in posizione di elevata responsabilità, svolgono compiti di direzione o che comportano iscrizione ad albi oppure tecnico scientifici, sono stabilite discipline separate nell'ambito dei contratti collettivi di comparto". Tale norma, oltre a riconoscere la necessità di disciplinare in modo separato dall'ordinamento del personale delle aree i "professionisti dipendenti", in altri termini le categorie di dipendenti pubblici che svolgono le funzioni che richiedono iscrizione ad albi professionali e quelle professionalità, necessarie all'amministrazione, di rilevante contenuto professionale per lo svolgimento di funzioni specifiche, si riferisce anche alla necessità di distinguere dal sistema della classificazione del personale per aree quei funzionari che svolgono attività di rilevante responsabilità ai quali sono imputabili una serie d'attività sia pure non autonome, ma di rilevante contenuto professionale.

Occorre tener conto che il conferimento di tali incarichi è previsto per:

- a) la direzione di unità organizzative, con elevata autonomia organizzativo-funzionale;
- b) attività con contenuti di alta professionalità correlate al possesso di titoli di studio universitari;
- c) attività di studio, ricerca, staff, di vigilanza, di controllo.

Il conferimento di incarico di posizione organizzativa presuppone inoltre – *conditio sine qua non* -, così dispongono i contratti dei singoli comparti, che le amministrazioni abbiano realizzato effettive innovazioni organizzative strutturali, cioè che abbiano: 1) istituito e attivato dei servizi di controllo interno 2) ridefinito le strutture organizzative e le dotazioni organiche (ad esempio, istituzione del Servizio infermieristico all'interno di un'azienda sanitaria) 3) attuato i principi di razionalizzazione previsti dal D.lgs. n.29/93, le determinazioni organizzative aventi obiettivo di assicurare l'attuazione dei principi di funzionalità, efficienza, efficacia, economicità, flessibilità, imparzialità, trasparenza (artt. 4, 2), la parità di trattamento nella gestione delle risorse umane (art. 7), il controllo della spesa economica (art. 9). Il dovere da parte delle amministrazioni di prevedere tali condizioni di attribuzione risponde all'esigenza fondamentale di favorire la funzionalità effettiva dell'istituto e l'operabilità pratica del medesimo, all'interno di un sistema organizzativo che deve presentarsi radicalmente innovato e posto in conformità con i principi generali di razionalizzazione delle attività e delle strutture delle pubbliche amministrazioni. L'incarico oggetto di posizione organizzativa è funzionale alle strategie gestionali del management e, dunque, sottratto a qualsiasi forma di contrattazione: la definizione dei criteri di conferimento e sistemi di valutazione sono solamente oggetto di consultazione sindacale. L'atto di conferimento, infatti, può essere classificato come una delle determinazioni per l'organizzazione degli uffici e le misure inerenti alla gestione del personale assunte dal dirigente "con la capacità e i poteri del privato datore di lavoro" (art. 4, comma 2, del D.lgs. 29/93) ed è riferita alla capacità organizzativa conferita ai dirigenti nell'allocazione delle risorse e nella gestione dei rapporti di lavoro e al potere di scelta della strategia imprenditoriale più idonea. Di tale scelta, pertanto, il dirigente assume in pieno la responsabilità e ne risponde in sede di valutazione dei risultati. All'interno dei criteri e delle procedure per il conferimento degli incarichi, preventivamente determinati, la norma prevede implicitamente una sorta di valutazione di idoneità preventiva, rimessa all'esclusiva discrezionalità del dirigente, sulle capacità del dipendente da scegliere tra le risorse umane a sua disposizione, per svolgere l'incarico che forma oggetto di posizione organizzativa.

Tenuto conto di quanto sopra, è evidente che la determinazione di tali incarichi dovrà passare attraverso la organizzazione che questa Azienda attuerà con l'approvazione dell'Atto Aziendale. In via prioritaria, comunque, si ritiene che le posizioni in questione possano essere contenute nella misura di un rapporto pari a 1,50 del numero delle strutture complesse, destinando gli incarichi alle funzioni di

art. 44 - Articolazioni delle strutture operative

La definizione dell'assetto organizzativo dell'Azienda è effettuata attraverso l'applicazione dei criteri di seguito riportati e dei parametri standard per l'individuazione delle strutture semplici e complesse definiti dal Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di appropriatezza ed efficacia di cui all'art. 9 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 (Comitato LEA), approvato nella seduta del 26 marzo 2012 e dalla relative determinazioni regionali, nonché delle indicazioni regionali e dei parametri individuati, in ragione di:

- per l'individuazione delle unità operative nell'ambito delle aziende ospedaliere (comprese le unità operative per le funzioni centrali e i servizi sanitari):
- per la componente ospedaliera, una struttura complessa ogni 16 posti letto;
- per la componente a direzione universitaria, una struttura complessa ogni 14 posti letto;
- 1,31 strutture semplici per struttura complessa.

Tali parametri si applicano al numero dei posti letto programmati dagli atti regionali.

Non sono compresi nel numero delle strutture di cui ai parametri indicati, i servizi centrali tecnici, professionali ed amministrativi.

Criteri per l'individuazione delle UOC:

Le Unità operative complesse sono caratterizzate da:

- a) Rilevanza delle attività svolte per volume e tipologia;
- b) Rilevanza del livello di responsabilità per la gestione della struttura
- c) Valore delle risorse professionali, operative e organizzative, adeguate qualitativamente e quantitativamente alla natura e all'entità degli obiettivi attesi;
- d) congrua dotazione di risorse professionali, operative e organizzative, rispetto alla necessità di contare su una massa critica adatta quali-quantitativamente alla natura e all'entità degli obiettivi attesi.

Criteri per l'individuazione delle UOSD:

Le Unità operative semplici dipartimentali sono caratterizzate da:

- a) congrua dotazione di risorse professionali, operative e organizzative adeguate qualitativamente e quantitativamente alla natura e all'entità degli obiettivi attesi;
- b) funzione strategicamente rilevante per il buon funzionamento del Dipartimento e delle UOC in esso comprese, senza sovrapposizione con le attività delle stesse
- c) competenza specialistico-funzionale necessaria per la gestione della struttura;
- d) rilevanza delle metodologie e delle strumentazioni utilizzate nella struttura.

Criteri per l'individuazione delle UOS:

Le Unità operative semplici sono caratterizzate da:

- a) esistenza di una unità operativa complessa;
- b) dotazione di risorse professionali, operative e organizzative adeguate qualitativamente e quantitativamente alla natura e all'entità degli obiettivi attesi;
- c) funzione strategicamente rilevante per il buon funzionamento della UOC di appartenenza e, per il tramite di questa, del Dipartimento in cui essa è compresa.

Ogni Unità Operativa deve erogare prestazioni sia in regime di ricovero che ambulatoriali in misura tale da:

- contenere i tempi di esecuzione e di risposta entro tempi utili per l'ottimale sviluppo delle politiche cliniche e assistenziali e per la conclusione tempestiva delle degenze ordinarie o a ciclo diurno.

- garantire la quantità e qualità delle performance in funzione del conseguimento di idonei livelli di valorizzazione del prodotto;
- garantire l'appropriatezza delle modalità di conduzione delle pratiche cliniche diagnostiche e d assistenziali;
- garantire una efficiente gestione delle risorse in dotazione.

Al fine di assicurare la rilevanza delle funzioni ad alto contenuto tecnico-professionale, l'Azienda individua Gruppi Operativi Interdisciplinari e attività specialistiche per le quali conferire incarichi di natura professionale, di alta specializzazione, di consulenza, di studio e di ricerca, ai sensi del vigente CCNL.

Gli incarichi ad alta specializzazione possono riguardare anche ambiti di prestazioni non sanitarie, tesi a produrre servizi particolarmente complessi oppure a fornire attività di consulenza per materie ad elevato contenuto tecnico professionale nonché per la realizzazione di programmi di ricerca, aggiornamento, tirocinio e formazione, in rapporto alle esigenze didattiche dell'Azienda. In questa fattispecie ciò che prevale è la specifica competenza professionale, diversamente dai precedenti casi delle Strutture complesse e semplici, ove prevalevano le competenze gestionali di risorse umane, tecniche e finanziarie. L'individuazione di tali incarichi non prefigura necessariamente rapporti di sovra o sotto ordinazione con le Unità Operative Semplici, bensì la diretta dipendenza dalla Unità Operativa Complessa o dal direttore del Dipartimento qualora l'incarico professionale abbia valenza dipartimentale.

Art. 45 - Autonomia gestionale delle strutture organizzative

Al fine di assicurare la gestione efficace ed efficiente delle funzioni attribuite e per favorire il raggiungimento degli obiettivi generali aziendali, a ciascun Dipartimento, Unità Operativa Complessa e Unità Operativa Semplice di Dipartimento è assegnato un ruolo specifico ed obiettivi, qualitativi e quantitativi, coerenti con le risorse attribuite. Ciascuna delle strutture precedentemente evidenziate, inoltre, si caratterizza per:

- avere un unico responsabile dal quale dipendono tutti gli operatori ad essa assegnati che risponde dei risultati conseguiti;
- essere un centro di responsabilità dotato di un proprio budget, la cui formazione è determinata dalle procedure definite nello specifico regolamento.

Al Direttore di UOC e di UOSD compete la responsabilità di gestione delle risorse assegnate per l'assolvimento delle funzioni attribuite e per il perseguimento degli obiettivi di attività, di natura economica e di qualità negoziati nel budget e sono oggetto di specifica assegnazione di risorse umane e materiali.

Con riferimento alle Unità Operative Semplici inquadrare all'interno di una Unità Operativa Complessa, la responsabilità di gestione delle risorse umane, tecniche e finanziarie ha valenza interna alla struttura organizzativa complessa.

In questo caso gli obiettivi, le risorse e la conseguente negoziazione interna alla struttura complessa di riferimento sono definiti nel rapporto tra il Direttore della Struttura Complessa di riferimento ed il Dirigente della Struttura Semplice e comporta un budget di UOS inteso come articolazione del budget di UOC.

Il dirigente di Unità Operativa Semplice assicura la gestione dei processi produttivi e della qualità, applicando le norme di buona pratica professionale nel rispetto delle linee guida, protocolli e percorsi della specialità/disciplina di riferimento oltre che attraverso un'efficace relazione con il paziente e/o con i propri clienti interni. Egli, inoltre, assume la responsabilità di un efficace ed efficiente impiego delle risorse professionali, tecnologiche e materiali assegnati alla struttura dal Direttore del Dipartimento o dal Direttore di UOC di riferimento.

I dirigenti preposti alla gestione delle Unità Operative Complesse appartenenti alle funzioni di collaborazione della direzione strategica o alle funzioni amministrative, in quanto titolari di funzioni specifiche, possono essere proponenti di delibere alla Direzione Generale.

1, nei limiti delle attribuzioni di competenza e di responsabilità di procedimento determinata dall'incarico, spettando, special-
provvedimenti nella forma di determina. In questi ambiti sono ricompresi tutti gli atti che impegnano
l'amministrazione verso l'esterno, non rientranti nelle competenze del Direttore Generale e che abbiano
come contenuto l'attuazione di direttive, programmi e progetti loro affidati dal Direttore Generale o
che siano indispensabili per la gestione finanziaria, tecnica e amministrativa della struttura dagli stessi
diretta. Spetta altresì l'adozione degli atti sopra individuati nelle materie eventualmente delegate dal
Direttore Generale.

Art. 46 - Conferimento degli incarichi dirigenziali

Il sistema rivolto all'individuazione, conferimento e revoca degli incarichi dirigenziali, conformemente agli artt. 15 e 15-ter del D. Lgs. 502/92 e sue modifiche e integrazioni, troverà completa ed esaustiva rappresentazione in sede di concertazione con i rappresentanti aziendali delle OO.SS. firmatarie dei CCCCNLL per le aree della Dirigenza. L'attribuzione degli incarichi avverrà, compatibilmente con le risorse finanziarie disponibili, nei limiti di recupero e riduzione individuati nel Piano di Rientro e tenendo conto degli standard regionali in materia di determinazione delle strutture complesse, delle strutture semplici dipartimentali e delle strutture semplici, disciplinando i criteri e procedure ai sensi del D.L. 13.9.2012, n. 158, convertito con modificazioni dalla legge 8.11.2012, n. 189. Non potranno essere previsti incarichi dirigenziali, incarichi di posizioni organizzative e di coordinamento finanziati con risorse a carico del bilancio aziendale e non a carico dei fondi contrattuali. Sulla base di quanto indicato dai CCCCNLL, a ciascun dirigente dell'Azienda verrà comunque garantito l'attribuzione di un incarico dirigenziale.

A ciascun incarico dirigenziale sarà correlata una funzione dirigenziale ed a ciascuna funzione, quindi a ciascun incarico dirigenziale, sarà correlato un valore economico determinato negli importi fissati in sede di contrattazione e concertazione aziendale. Con questo sistema, l'Azienda, nel rispetto del quadro normativo intervenuto in materia, intende rendere trasparente lo scenario complessivo delle funzioni dirigenziali svolte, valorizzare l'assunzione condivisa di un diverso grado di responsabilità, stimolare la dirigenza, anche nella prospettiva di una rinnovata visione del concetto di carriera, ad un sempre maggior impegno professionale, che contribuisca alla crescita anche qualitativa dell'intero servizio reso.

Il conferimento dell'incarico è presupposto per generare il processo valutativo.

Nel formulare i criteri per l'affidamento degli incarichi dirigenziali, l'Azienda valorizzerà quegli aspetti che consentono di connotare ciascun incarico da conferire. Per gli incarichi di unità operativa saranno valutate, in particolare, le componenti che caratterizzano la capacità gestionale. Per l'affidamento, invece, degli incarichi professionali, saranno valutate le componenti che caratterizzano la competenza specialistica. Gli incarichi dirigenziali sono conferiti con apposito atto formale che definisce, tra l'altro, la tipologia dell'incarico, la durata, il mandato assegnato, gli ambiti di responsabilità ed i limiti alla stessa, gli obiettivi e le risorse assegnati, i risultati attesi, le modalità di valutazione e di revoca dell'incarico, nonché le attribuzioni del dirigente.

I dirigenti sono sottoposti a una verifica annuale correlata alla retribuzione di risultato che tiene conto dei principi del titolo II del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, e successive modificazioni, nonché ad una valutazione al termine dell'incarico, attinente alle attività professionali, ai risultati raggiunti e al livello di partecipazione ai programmi di formazione continua, effettuata dal Collegio tecnico, nominato dal direttore generale e presieduto dal direttore di dipartimento, con le modalità definite dalla contrattazione nazionale. Gli strumenti per la verifica annuale dei dirigenti medici e sanitari con incarico di responsabile di struttura semplice, di direzione di struttura complessa e dei direttori di dipartimento rilevano la quantità e la qualità delle prestazioni sanitarie erogate in relazione agli obiettivi assistenziali assegnati, concordati preventivamente in sede di discussione di *budget*, in base alle risorse professionali, tecnologiche e finanziarie messe a disposizione, registrano gli indici di soddisfazione degli utenti e provvedono alla valutazione delle strategie adottate per il contenimento dei costi tramite l'uso appropriato delle risorse. Degli esiti positivi di tali verifiche si tiene conto nella valutazione professionale allo scadere dell'incarico. L'esito positivo della valutazione professionale determina la conferma nell'incarico o il conferimento di altro incarico di pari rilievo, senza

Con appositi Regolamenti, saranno disciplinati il conferimento degli incarichi, la loro valutazione, la eventuale revoca e la graduazione economica della posizione e della funzione.

Art. 47 - Risorse materiali e tecnologiche: disciplina dei contratti di fornitura di beni e servizi

Acquisti di beni e servizi

L'Azienda, in osservanza delle disposizioni nazionali, con particolare riguardo alle disposizioni di cui all'art. 15 del D.L. 6 luglio 2012 n. 95 convertito con modificazione nella Legge 7 agosto 2012 n. 135, nonché delle disposizioni regionali, effettua, ove previsto, i propri acquisti tramite il MEPA, la CONSIP e la Centrale Acquisti della Regione (SORESA).

Disciplina, inoltre, con proprio regolamento gli acquisti di beni e servizi in economia e predispone un regolamento nel rispetto delle previsioni di cui all'art. 256 del decreto legislativo 12 aprile 2006 n. 163 e successivo Dlgs 50/2016.

Attrezzature: programmazione, acquisti, gestione e manutenzione

L'azienda, entro i termini stabiliti dalle normative regionali, adotta i seguenti documenti programmatici:

A. Programmazione e gestione delle attrezzature

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

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

B. Programmazione degli acquisti di attrezzature

L'acquisizione delle attrezzature deve essere pianificata in modo documentato.

Il programma di acquisto delle attrezzature, in particolare delle attrezzature biomediche e dei dispositivi medici deve tenere conto in particolare per quanto riguarda le attrezzature biomediche:

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

C. Inventario delle attrezzature

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

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

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

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

D. Manutenzione delle attrezzature

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

Il piano per la manutenzione delle apparecchiature deve tenere conto:

- delle indicazioni relative alla sicurezza;

contenute nelle normative tecniche relative alla manutenzione e all'uso secondo gli standard di funzionalità.

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

E. Manutenzione preventiva

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

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

- identificare tutte le attrezzature che possono influire sulla qualità del servizio offerto, controllarle e metterle a punto ad intervalli prefissati o prima dell'uso, a fronte di campioni certificati riconosciuti nazionali. In mancanza di tali campioni il criterio di controllo deve essere definito e documentato;
- definire il processo da utilizzare per la manutenzione preventiva, compresi i dettagli relativi al tipo di apparecchiatura biomedica, identificazione univoca, ubicazione, frequenza delle verifiche, metodo di verifica, criteri di accettazione e provvedimenti da adottare qualora i risultati non fossero soddisfacenti;
- definire il processo da utilizzare per i controlli di funzionalità e sicurezza delle apparecchiature biomediche, compresi i dettagli relativi al tipo di apparecchiatura biomedica, identificazione univoca, ubicazione, frequenza delle verifiche, metodo di verifica, criteri di accettazione e provvedimenti da adottare qualora i risultati non fossero soddisfacenti;
- identificare le apparecchiature biomediche mediante contrassegno appropriato o documenti approvati di identificazione per evidenziare lo stato di controllo;
- conservare le registrazioni relative alle manutenzioni preventive e ai controlli delle apparecchiature biomediche;
- assicurare che le condizioni ambientali siano adatte alle operazioni di manutenzione preventiva e controllo;
- assicurare che la manipolazione, la custodia e la conservazione delle apparecchiature biomediche siano adatte a mantenere l'accuratezza e l'idoneità richiesta;
- evitare che le apparecchiature biomediche subiscano interventi che possano pregiudicare il controllo funzionale e di sicurezza.

Art. 48 - Procedure contabili

Le procedure contabili ineriscono le modalità di rilevazione dei fatti aziendali, e rimandano, in considerazione delle normative di settore applicabili, alle modalità di rilevazione economico-patrimoniale di cui alla disciplina codicistica, come integrata dalle decretazioni e normazioni statuali, ministeriali e regionali in campo sanitario e di contabilità pubblica, e di cui ai principi contabili nazionali ed internazionali (OIC, IPAS, IAS/IFRS); come peraltro riepilogate nei Decreti del Commissario ad acta n. 14/2009 e n. 60/2011, cui si rimanda.

Viene pertanto prevista l'adozione di idonee modalità procedurali ed operative che assicurino il rispetto pieno e puntuale di ogni aspetto e/o adempimento comunque prescritto e/o previsto nelle normative tutte vigenti, che si intendono quindi comunemente qui richiamate, quale specifica disposizione costituente elemento imprescindibile per la valutazione di regolarità e completezza dell'atto aziendale stesso.

Segnatamente per quanto inerente il Piano di Rientro, esso, come è noto, vede obbligata la Regione Campania ad una serie di adempimenti, che pongono non casualmente al centro l'obbligo di adottare particolari procedure gestionali e contabili volte ad assicurare l'efficacia delle misure di razionalizzazione

Nel contesto dello scenario contingente legato alle misure di rientro dal disavanzo, di cui alla delibera di Giunta regionale n. 460 del 20 marzo 2007 di approvazione del relativo Piano di rientro, ed all'Accordo tra Stato e Regione Campania, ai sensi dell'art. 1, comma 180, legge 311/2004, nell'ambito degli obblighi assunti con il citato accordo, al fine di provvedere alla quantificazione esatta e definitiva del debito regionale e di implementare corrette procedure contabili e gestionali, la Regione si è impegnata ad attivare, con la consulenza ed il supporto tecnico di un *advisor* indicato dal Ministero dell'Economia e delle Finanze, tutte le attività utili allo scopo, assumendone i relativi costi sino alla scadenza del Piano di rientro .

Al fine di realizzare gli interventi previsti dal Piano di rientro e dai Programmi Operativi la Regione ha altresì emanato una serie di decreti e delibere attuative il cui recepimento e' già stato posto in capo ad ogni singola Azienda sanitaria/ospedaliera, ed uno dei principali ambiti oggetto di regolamentazione regionale è stato proprio quello delle funzioni gestionali e contabili delle Aziende.

Infatti, lo stesso Piano di rientro della Campania ha stabilito al punto 4 che *"il risanamento economico-finanziario dovrà essere accompagnato da un processo di revisione delle funzioni contabili delle singole aziende sanitarie, in modo da assicurare la correttezza dei bilanci e la trasparenza dei processi di monitoraggio dei costi programmati"*.

La Regione, con il contributo delle Aziende, è giunta alla formulazione di un sistema di regole e linee guida per la corretta definizione delle funzioni gestionali e contabili che ha trovato formale approvazione con il Decreto Commissariale n. 14 del 30 novembre 2009. Il contenuto di tale Decreto ha ricevuto l'approvazione dei Ministeri della Salute e dell'Economia che, tuttavia, hanno invitato la Regione a dare *"concreta attuazione dei provvedimenti emanati"*.

Pertanto, da parte dell'Azienda, viene stabilito, quale principio generale, ed anche a livello di specifico regolamento contabile, e comunque in ossequio alle specifiche esigenze contingenti, di assicurare che tutte le procedure contabili garantiscano e realizzino il rispetto delle normative sopra richiamate e comunque i principi e procedure ed azioni intraprese dalla Regione indirizzate alla corretta applicazione di quanto previsto nei decreti/delibere regionali. In particolare l'adozione da parte del Commissario ad acta del decreto n. 14 del 30 novembre 2009 ha approvato, con obbligo di adozione per le AA.SS. a partire dal 1° gennaio 2010, i documenti – di seguito elencati - necessari per supportare le aziende sanitarie nella definizione di corrette procedure contabili, amministrative e gestionali; nonché anche l'integrazione/aggiornamento del piano dei conti, con Decreto n. 11 del 14/02/2011, così come modificato dal Decreto n. 60/2011, cui si rimanda ad ogni effetto:

- Manuale dei principi contabili;
- Linee - guida per la predisposizione del Regolamento di Amministrazione e Contabilità delle Aziende Sanitarie della Campania;
- Piano dei conti di contabilità generale unico regionale (aggiornato da D. n. 11/2001);
- Linee Guida per la definizione del Piano dei Centri di Costo e dei Centri di Responsabilità corredate dal Piano dei Centri di Costo e dei Centri di Responsabilità, dal Piano dei Fattori Produttivi e dalle Schede di Budget che definiscono i principi per la tenuta della Contabilità Analitica, atti a garantire l'omogeneità dei sistemi di rilevazione delle singole aziende e la confrontabilità dei dati a livello regionale;
- Modello di Nota Integrativa
- Manuale dei principi di consolidamento e delle relative procedure.

I processi relativi a quanto espresso nel presente articolo sono oggetto di specifica normazione interna all'Azienda.

Art. 49 - Reti professionali

L'Azienda promuove le opportune forme di integrazione della propria attività ospedaliera con quella delle altre strutture sanitarie della Regione Campania e nell'ambito del sistema delle reti cliniche del Servizio Sanitario Regionale. L'Azienda Ospedaliera, in linea con il ruolo assegnatole dalla pianificazione regionale, intende consolidare e potenziare la vocazione che la caratterizza. Particolare attenzione è, quindi, rivolta alle attività di eccellenza ed alle specifiche indicazioni del piano regionale.

della cd. mobilità passiva, in modo da incrociare i bisogni e proporsi per una loro completa soddisfazione. Sono state operate, quindi, nei limiti concessi dal Piano Ospedaliero, riconversione dei posti letto rispetto a quelli assegnati, senza alterare il concetto di piano, di rete e di rientro economico. Le Reti Integrate dei Servizi hanno l'obiettivo di garantire ai cittadini la migliore qualità assistenziale nell'erogazione dei servizi disponibili nei diversi ambiti territoriali del Sistema Sanitario Regionale, assicurando equità di accesso, efficienza allocativa e operativa ed efficacia complessiva degli esiti sulla salute.

L'organizzazione, secondo il modello delle reti integrate dei servizi, si basa sul presupposto che le competenze tecniche e professionali e le risorse tecnologiche necessarie ed appropriate per affrontare i problemi di salute della popolazione di riferimento debbano essere disponibili ed accessibili da qualsiasi punto della stessa. Infatti nell'attuale contesto organizzativo sanitario, al fine dei perseguire efficienza, efficacia e sostenibilità del sistema, l'evento assistenziale si costituisce sempre di meno come fatto "singolare" e sempre di più come processo inserito in una rete di servizi con cui il sistema si "prende cura" del bisogno espresso.

Il sistema delle reti integrate presuppone l'abbandono del concetto di "localizzazione" della struttura operativa e del suo significato di proprietà esclusiva della sede di appartenenza per assumere quello di luogo di produzione di eventi assistenziali funzionale all'esigenza della rete, al servizio di comunità "allargate" di pazienti.

Alla base della programmazione e della organizzazione delle reti ci sono le relazioni funzionali fra i singoli nodi di produzione, con la precisa definizione delle caratteristiche che ciascuno di questi deve possedere per garantire la sua funzione nell'ambito della rete. Questo modello organizzativo presuppone la cooperazione fra le singole unità produttive all'interno della rete di cui fanno parte, secondo i diversi livelli di complessità dell'intervento assistenziale loro attribuito.

La logica sottostante l'organizzazione di una rete di servizi in cui competenze professionali e risorse tecnologiche sono orientate sia verso la popolazione residente in un determinato ambito di riferimento sia verso categorie specifiche di utilizzatori, può essere applicata sia a livello dell'intero sistema sanitario regionale che al sistema dei servizi aziendali, così come alle singole strutture operative. A qualsiasi livello organizzativo devono essere rispettati i criteri di appropriatezza, efficacia, sicurezza, equità ed efficienza nella erogazione delle prestazioni assistenziali.

In relazione allo specifico tema delle reti interaziendali e della definizione di protocolli si rimanda quanto indicato in appendice al presente atto.

A pieno titolo, l'Ospedale Monaldi è stato inserito nell'ambito della Rete dell'emergenza cardiologica, con Centro HUB 2 (3° livello di assistenza di emergenza – Emodinamica interventistica e Cardiocirurgia e Centrale Operativa Cardiologica) con afferenza alla Centrale Operativa di Napoli Ovest - D.I.E. Napoli 2 Nord - ed alla Centrale Operativa Napoli Est – D.I.E. Napoli 3 Sud. E' stato, inoltre, identificato come struttura ospedaliera di riferimento, in Regione Campania, per la Cardiologia pediatrica della SUN-A.O., con parallela Cardiocirurgia pediatrica. Questa struttura deve essere fornita di laboratorio di emodinamica e di elettrofisiologia per la diagnostica morfofunzionale invasiva e trattamento interventistico, operante su un bacino di utenza di 6 milioni di abitanti. Presso questa struttura sono identificati Centri di riferimento per particolari funzioni, riferite a casi di alta complessità clinico strumentale: diagnostica prenatale, cardiopatie congenite dell'età adulta e cardiologia dello sport in età adolescenziale, malattie rare cardiovascolari.

Lo stesso ospedale, centro clinico per tali particolari funzioni riferite a casi di alta complessità clinico strumentale, è inserito anche nella Rete per le terapie intensive neonatali (3° livello di assistenza di emergenza),

Nell'Ospedale Monaldi è stata prevista l'allocazione di numero 8 posti letto facenti parte della Rete dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC), funzionalmente collegati al Dipartimento di salute mentale dell'ASL di riferimento.

L'Ospedale Cotugno, a sua volta, è stato incluso nel Centro Regionale di riferimento infettivologico per il trattamento dell'insufficienza epatica acuta, grazie all'integrazione assistenziale assicurata dall'U.O. di Malattie Infettive per il trattamento dell'insufficienza epatica acuta, dall'U.O. per le neuropatie infettive

del 20/09/2016 e del 20/03/2017
Laparoscopica specialistica epatica e Trapianti di fegato della A.O.R.N. Cardarelli, configurandosi, dunque, come 3° livello della Rete delle emergenze infettivologiche.

La nuova Azienda, infine, è stata inclusa anche nella Rete oncologica, in virtù dell'assegnazione di posti letto di oncologia ed alla prevista attività di pneumologia ad indirizzo oncologico presso l'Ospedale Monaldi.

Il DCA 98 del 20/09/2016 ad oggetto: "Istituzione della Rete Oncologica Campana" individua l'AO dei Colli quale Centro Oncologico Regionale Polispecialistico (C.O.R.P.) nonché centro di prima fascia per i tumori del colon retto.

Inoltre dal mese di gennaio 2014, l'Azienda dei Colli (Ospedale Monaldi) è stata inserita nel centro di eccellenza europeo per la diagnosi e cura dei tumori neuroendocrini di Napoli (ENETS-European Neuroendocrines Tumors). Tale centro risulta attualmente costituito oltre che dall'Ospedale Monaldi – UOC Oncologia, dall'AOU Federico II, dall'IRCCS Fondazione Pascale- Napoli e dall'AORN Cardarelli.

Con successiva nota, si provvede a trasmettere alla competente Struttura Regionale, il cronoprogramma delle attività da realizzare richieste dal citato DCA 98/2016, in uno con le nuove attività da implementare stabilite dal DCA 33/2016 in ordine alle UU.OO. di e pediatria.

Art. 50 -Rapporti con Altre Aziende, Istituzioni ed Enti

L'Azienda Ospedaliera, oltre ad attuare una stretta integrazione funzionale con le Aziende Sanitarie regionali, ricerca e sviluppa relazioni con tutte le altre aziende accreditate ed istituzioni pubbliche e private che operano in ambito regionale od extraregionale al fine di garantire, alle migliori condizioni, i migliori servizi per la popolazione.

Al fine di promuovere e realizzare un sistema per la salute integrato a livello provinciale e regionale, l'Azienda ricerca ogni sinergia possibile con i servizi e le risorse del contesto sociale in cui agisce nel rispetto degli indicazioni contenute nel Piano Sanitario Regionale.

In particolare, la programmazione aziendale tende a realizzare la cooperazione tra tutti i soggetti interni ed esterni al servizio sanitario, a orientare l'attività in funzione degli effettivi bisogni della popolazione di riferimento e a favorire la partecipazione dei cittadini e degli operatori coinvolti.

Art. 51 - Disposizioni finali

Sulla base dei contratti collettivi nazionali di lavoro, delle linee guida regionali in materia di regolamentazione dei processi integrativi per la formulazione dei contratti integrativi, delle normative in materia di contabilità, nonché delle disposizioni relative allo status della dirigenza, dei contenuti di cui al decreto legislativo 502/92 e successive modifiche ed integrazioni, del decreto legislativo n. 150/2009, del decreto legislativo n. 165/2001 e delle altre normative, statali e regionali, in vigore, si provvederà ad approvare, con atti amministrativi, i processi di regolamentazione previsti dal presente Atto Aziendale e dalle normative di riferimento.