

**AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE E ALTA SPECIALITA'  
SAN GIUSEPPE MOSCATI - AVELLINO**

## **ATTO AZIENDALE**



**Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera 2016-2018  
Decreto Commissario ad Acta n. 33 del 17.05.2016**



## INDICE

### PRIMA SEZIONE

<b>1. PREMESSA</b>	<b>PAG.</b>	<b>4</b>
<b>2. NORMATIVA DI RIFERIMENTO</b>	<b>PAG.</b>	<b>4</b>
<b>3. PRINCIPI GENERALI</b>	<b>PAG.</b>	<b>5</b>
3.1 Governo clinico, sicurezza delle cure e controllo qualità	PAG.	6
3.2 Clima e benessere organizzativo	PAG.	7
3.3 Gestione delle risorse umane	PAG.	8
3.4 Formazione continua	PAG.	8
3.5 Tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro	PAG.	9
<b>4. PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI</b>	<b>PAG.</b>	<b>9</b>
4.1 Carta dei servizi	PAG.	9
4.2 Conferenza dei servizi	PAG.	10
4.3 Audit Civico	PAG.	10
4.4 Trasparenza e prevenzione della corruzione	PAG.	11
<b>5. RELAZIONI SINDACALI</b>	<b>PAG.</b>	<b>11</b>

### SECONDA SEZIONE

<b>6. SISTEMA DI PROGRAMMAZIONE, VALUTAZIONE E CONTROLLO</b>	<b>PAG.</b>	<b>13</b>
6.1 Sistema dei controlli	PAG.	13
6.2 Controllo di gestione	PAG.	14
6.2.1 Indicatori economici di performance	PAG.	15
6.2.2 Indicatori qualitativi di performance	PAG.	16
6.3 Controllo di regolarità amministrativa e contabile	PAG.	16
<b>7. SISTEMA INFORMATIVO E ICT</b>	<b>PAG.</b>	<b>16</b>
<b>8. COMUNICAZIONE NELL'AZIENDA</b>	<b>PAG.</b>	<b>17</b>

### TERZA SEZIONE

<b>9. STRUTTURA DELL'ATTO AZIENDALE</b>	<b>PAG.</b>	<b>20</b>
9.1 Contenuti dell'atto aziendale	PAG.	20
9.1.1 Sede legale e logo aziendale	PAG.	20
9.1.2 Posti letto dell'azienda	PAG.	21
9.1.3 Individuazione dei dipartimenti, unità operative complesse, semplici dipartimentali e semplici divisionali, nonché dei coordinamenti e delle posizioni organizzative	PAG.	21
9.2 Regolamenti	PAG.	22
9.3 Conciliazione nelle controversie	PAG.	22

### QUARTA SEZIONE

<b>10. ASSETTO ISTITUZIONALE DELL'AZIENDA: ORGANI E ORGANISMI</b>	<b>PAG.</b>	<b>23</b>
10.1 Direttore Generale	PAG.	23
10.1.1 Funzioni di alta amministrazione e funzioni gestionali	PAG.	24
10.1.2 Direzione strategica	PAG.	25
11. Collegio Sindacale	PAG.	25
12. Collegio di direzione: composizione e funzioni	PAG.	25
13. Direttore sanitario e Direttore amministrativo	PAG.	26
13.1 Direttore sanitario	PAG.	26
13.2 Direttore amministrativo	PAG.	27
14. Consiglio dei sanitari: composizione e funzioni	PAG.	28
15. Comitati e Commissioni aziendali	PAG.	28
15.1 Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni	PAG.	29
16. Ufficio Relazioni con il Pubblico	PAG.	30
17. Unità Organizzativa Gestione rischio clinico	PAG.	31
18. Servizio Prevenzione e Protezione	PAG.	31

### QUINTA SEZIONE

<b>19. ACQUISTI DI BENI E SERVIZI - PROGRAMMAZIONE E GESTIONE DELLE ATTREZZATURE</b>	<b>PAG.</b>	<b>32</b>
19.1 Acquisti di beni e servizi	PAG.	32
19.2 Attrezzature: programmazione, acquisti, gestione e manutenzione	PAG.	32
<b>20. PROCEDURE CONTABILI</b>	<b>PAG.</b>	<b>33</b>

#### SESTA SEZIONE

<b>21. ATTRIBUZIONE E REVOCA DEGLI INCARICHI - MODALITA' DI VALUTAZIONE</b>	<b>PAG.</b>	<b>36</b>
21.1 Rotazione degli incarichi	PAG.	37
21.2 Valutazione della dirigenza – organismi di verifica	PAG.	37
21.2.1 Collegio Tecnico	PAG.	37
21.2.2 Organismo indipendente di valutazione OIV	PAG.	37
22. Criteri di valutazione del personale	PAG.	38
22.1 Valutazione del Direttore di Dipartimento	PAG.	39
22.2 Valutazione dei Direttori di struttura complessa	PAG.	39
22.3 Valutazione dei dirigenti di struttura semplice dipartimentale o divisionale o di staff	PAG.	40
22.4 Valutazione delle posizioni organizzative	PAG.	40
22.5 Valutazione degli incarichi di coordinamento	PAG.	41
23. Valutazione e controllo strategico	PAG.	42
24. Responsabilità dei dirigenti	PAG.	42

#### SETTIMA SEZIONE

<b>25. ARTICOLAZIONI DELL'AZIENDA</b>	<b>PAG.</b>	<b>43</b>
25.1 Dipartimenti	PAG.	43
25.2 Funzioni e compiti dei dipartimenti	PAG.	43
25.3 Aree interdipartimentali organizzativo – funzionali	PAG.	44
25.4 Direttore di dipartimento	PAG.	45
25.5 Comitato di dipartimento	PAG.	45
25.6 Dipartimento Integrato delle Emergenze	PAG.	46
25.7 Assistenza ai detenuti	PAG.	47
25.8 Servizio Infermieristico e Tecnico Aziendale (SIeT)	PAG.	47
25.9 Coordinamento e governo delle attività ospedaliere	PAG.	47

#### OTTAVA SEZIONE

<b>26. ARTICOLAZIONI DELLE STRUTTURE OPERATIVE</b>	<b>PAG.</b>	<b>49</b>
<b>26.1 CRITERI PER LA INDIVIDUAZIONE DELLE UNITA' OPERATIVE (UOC, UOSD, UOS) E DELLE FUNZIONI CENTRALI</b>	<b>PAG.</b>	<b>49</b>
<b>27. MODELLI OPERATIVI</b>	<b>PAG.</b>	<b>50</b>
27.1 Reti professionali	PAG.	50
27.2 Aree Interdipartimentali organizzative-funzionali/aree funzionali interdisciplinari-GOIP	PAG.	50
27.3 Funzioni interaziendali	PAG.	50
28. Assetto degli incarichi professionali	PAG.	51
29. Norma transitoria	PAG.	52

#### **ALLEGATI**

**ALLEGATO I :** DIPARTIMENTI, UU.OO., INCARICHI DI ALTA PROFESSIONALITA', LINEE DI ATTIVITA'

**ALLEGATO II :** POSIZIONI ORGANIZZATIVE

**ALLEGATO III :** INCARICHI DI COORDINAMENTO

**ALLEGATO IV :** RIEPILOGO GENERALE

## **PRIMA SEZIONE**

### **1. PREMESSA**

L'atto aziendale dell'**Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale e alta specialità "San Giuseppe Moscati" di Avellino**, è stato predisposto ai sensi dell'articolo 3, comma 1-bis, del d.lgs n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni. Esso costituisce lo strumento giuridico mediante il quale sono determinati l'organizzazione ed il funzionamento dell'Azienda, e vengono delineati gli ambiti della propria autonomia gestionale ed organizzativa, nel rispetto dei principi e dei criteri emanati dalla Regione Campania (articolo 2, comma 2- sexies, del decreto legislativo n. 502/1992 e s.m.i. come modificato dall'art.1 del decreto legislativo n. 168/2000).

La strutturazione dell'atto aziendale è tesa ad enfatizzare il ruolo dell'autonomia imprenditoriale dell'azienda, mediante il ricorso a forme e strumenti di intervento tipici del "diritto privato" nella 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, nel rispetto dei vincoli dell'equilibrio economico e della natura pubblicistica del servizio complessivamente reso ed inteso.

L'adozione dell'atto aziendale rappresenta l'emblema dei principi di autonomia ed autogoverno da parte del management aziendale, pur sempre nel rispetto e nella coerenza del documento con le specificità dell'ordinamento, con le relazioni e i concatenamenti normativi e funzionali con i soggetti istituzionalmente sovraordinati (Regione e Ministero della salute). In questo modo vengono garantiti:

- una organizzazione aziendale funzionale al perseguimento degli obiettivi di programmazione regionale
- la concreta applicazione dei principi fondanti della pianificazione sanitaria
- la parità di trattamento del personale
- l'omogeneità di azioni in relazione agli obiettivi propri del piano di rientro
- un rapporto istituzionale incentrato non più su una mera struttura gerarchica ma sulla programmazione concertata
- l'individuazione di precise responsabilità di funzionamento (standard di attività) e verifica trasparente dei risultati (audit interni ed esterni).

### **2. NORMATIVA DI RIFERIMENTO**

L'atto aziendale è stato predisposto tenendo conto della vigente disciplina relativa all'assetto organizzativo delle aziende sanitarie della Campania, i cui principali riferimenti sono tra gli altri:

- d.lgs 502/1992 e s.m.i
- l.r. 2/94 e s.m.i.;
- l.r. 32/94 e s.m.i.;
- l.r. 16/2008 per la parte in vigore;
- dgrc n. 460/2007 "approvazione del piano di rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del servizio sanitario regionale";
- decreto del commissario ad acta n. 49/2010 "riassetto della rete ospedaliera e territoriale" e s.m.i.;
- decreto del commissario ad acta n. 55/2010 "completamento del riassetto della rete laboratoristica";
- patto per la salute 2010-2012;
- decreto del commissario ad acta n. 22/2011 "piano sanitario regionale 2011-2013";
- decreto del commissario ad acta n. 53/2012: "approvazione programmi operativi 2011-2012 – adeguamento per l'anno 2012";

- decreto del commissario ad acta n. 135/2012: indirizzi per l'adozione degli atti aziendali;
- decreto 6/2012: ulteriori indirizzi per l'articolazione delle unità operative;
- decreto del commissario ad acta n. 18/2013 "Atto di indirizzo per l'adozione dell'atto aziendale delle aziende sanitarie della Regione Campania".
- Legge regionale 23.12.2015, n. 20 : "Misure per introdurre la cultura della responsabilità nell'organizzazione sanitaria nonché migliorare i servizi ai cittadini"
- **DCA n. 33 del 17.05.2016 riportante il "Piano regionale di programmazione della rete ospedaliera ai sensi del dm 70/2015, anni 2016-2018".**

### 3. PRINCIPI GENERALI

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

- flessibilità organizzativa e procedurale;
- dipartimentalizzazione;
- adeguati livelli di qualificazione e economicità delle attività;
- promozione delle attività valutative e di miglioramento della qualità;
- umanizzazione e personalizzazione dell'assistenza;
- integrazione trasversale delle competenze e dei servizi;
- legittimità, imparzialità e trasparenza dell'azione amministrativa;
- decentramento dei poteri gestionali attraverso un organico sistema di deleghe ai dirigenti proposti alle strutture organizzative, individuate come centri di responsabilità
- accentrimento dei poteri di programmazione e d'indirizzo in capo al direttore generale, coadiuvato dal direttore sanitario e dal direttore amministrativo in rapporto fiduciario.

La prospettiva dalla quale il *management* del Moscati si è mosso ha dovuto tenere nel giusto conto una serie di fattori:

- innanzitutto, i mutamenti intervenuti nel quadro demografico e socio-economico, che hanno determinato l'insorgenza di nuovi rischi con diretto impatto sullo stato di salute della popolazione;
- la pianificazione e la priorità conferita – nell'assetto organizzativo – ad ambiti di attività in grado di dare risposte tempestive, efficaci e sostenibili al nuovo quadro epidemiologico;
- i processi organizzativi, soprattutto interni all'azienda, in grado di sostituire le risposte settoriali con risposte unitarie che considerino la persona nella sua globalità, tenendo conto delle prospettive fisiche, economiche, sociali, culturali, ambientali e di genere della popolazione, delle disuguaglianze nella salute;
- la garanzia dei processi di continuità assistenziale.

Tutto ciò ha dovuto tener conto dei forti limiti allo sviluppo di processi innovativi e al potenziamento delle attività, in contrasto con le aspettative ampiamente diffuse tra il personale in conseguenza del recente completamento della "cittadella ospedaliera" e della contestuale disponibilità di una struttura all'avanguardia per tutto il mezzogiorno d'Italia, nel momento in cui l'obiettivo delle strutture sanitarie è diventato principalmente quello di gestire in maniera efficiente le risorse disponibili.

Pertanto, l'equilibrio economico-finanziario si pone quale condizione ineludibile per la sostenibilità dell'intero sistema, atteso che la Regione Campania è impegnata con il piano di rientro dal disavanzo a garantire la coerenza con le linee di azione e le strategie previste nei programmi operativi.

L'alta complessità dei processi erogati, la multifattorialità delle prestazioni, la necessaria integrazione tra i vari ruoli, la riduzione al minimo delle situazioni di conflitto con l'esterno e all'interno dell'azienda, la ricerca del benessere organizzativo sono stati fattori determinanti perché il Moscati si dotasse di alcuni fondamentali strumenti per la gestione del sistema, che vengono di seguito indicati:

### **3.1 – GOVERNO CLINICO, SICUREZZA DELLE CURE E CONTROLLO QUALITÀ**

Il governo clinico rappresenta il tentativo di perseguire un approccio integrato al problema della qualità dell'assistenza, riconoscendo che non si tratta solo di intervenire sulle singole decisioni cliniche per orientarle verso una migliore appropriatezza, ma anche di fare in modo che l'intero sistema aziendale sia orientato verso questo obiettivo.

Pertanto, le politiche aziendali, ai diversi livelli di governo del sistema, perseguono l'obiettivo di assicurare che la qualità dei servizi e delle prestazioni erogate, rappresentino parte integrante delle scelte operate sul piano del governo amministrativo, della organizzazione dei servizi e della formazione dei professionisti che vi operano.

In questa ottica la qualità rappresenta parte integrante del processo di identificazione degli obiettivi delle singole unità operative, dei meccanismi di definizione dei processi organizzativi come pure di quelli che presiedono all'allocazione delle risorse. Inoltre, rappresenta un indicatore fondamentale di valutazione dei risultati delle attività.

L'efficacia del governo clinico di un'azienda complessa come il Moscati comporta, in particolare, il monitoraggio di processi ed esiti, utilizzando un adeguato e completo sistema di indicatori, lo sviluppo e l'aggiornamento di procedure organizzative e linee guida professionali, la costante verifica della loro applicazione, l'implementazione di azioni finalizzate al controllo della qualità.

La metodologia utilizzata comporta un approccio sistemico, che consente 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 sulla maggiore responsabilizzazione e coinvolgimento degli operatori;
- incentivando una migliore comunicazione e relazione fra professionisti, direzione e cittadini.

L'Azienda si è dotata di primi ed importanti strumenti per il governo clinico, avendo provveduto tra l'altro a definire il ruolo e individuare il titolare della gestione del rischio clinico (delibera 806/2010).

In particolare, riguardo agli obblighi specifici previsti nel Piano sanitario regionale 2011-2013 (DCA n. 22 del 22 marzo 2011) sono già completamente attive le seguenti funzioni:

- predisposizione secondo le indicazioni regionali del Piano annuale per la gestione del rischio clinico con il supporto del relativo Comitato, e approvato dalla Direzione Generale;
- gestione del database aziendale che raccoglie i dati sugli eventi avversi provenienti dal Servizio Affari Legali, dalla Direzione Sanitaria (eventi sentinella) e dall'URP per i reclami;
- coordinamento e indirizzo alle attività dei "facilitatori per il rischio clinico" individuati e formati in tutte le unità operative dell'azienda;
- collaborazione alla realizzazione dell'attività formativa per i dirigenti aziendali con compiti gestionali, per i "facilitatori per il rischio clinico" individuati in ciascuna unità operativa assistenziale e in generale per tutti i dipendenti aziendali;
- approfondimento della conoscenza dei fattori di rischio e possibilità di prevenzione attraverso l'impiego e la diffusione della tecnica fmea/fmeca;
- promozione della cultura dell'incident reporting per la rilevazione, raccolta e analisi dei near misses;

- promozione della conoscenza e d'esecuzione di m&m e audit in ogni u.o. anche assistendo i "facilitatori per il rischio clinico";
- assistenza alle uu.oo. e a tutti gli organi interessati dell'azienda nell'ambito di piani di azioni correttive e nelle relative valutazioni di efficacia, con particolare riguardo al miglioramento della sicurezza assistenziale;
- consulenza e assistenza agli operatori dell'azienda in tutti i processi condivisi rivolti alla riduzione del rischio clinico;
- promozione dei percorsi formativi e gestionali proposti dal Ministero della salute e dalla Regione Campania anche attraverso il coordinamento del settore attività ospedaliera come ad esempio per l'introduzione del "*manuale per la sicurezza in sala operatoria: raccomandazioni e checklist*", ai sensi delle note R.C. n. 2011.0931353, n. 2011.0615862 e n. 2012.0318198 con cui le aziende sono state invitate ad adottare i 16 obiettivi per la sicurezza in sala operatoria.

### **3.2 – CLIMA E BENESSERE ORGANIZZATIVO**

La direzione dell'azienda moscati pone in essere tutte le iniziative e gli interventi utili per la realizzazione ed il mantenimento del benessere fisico e psicologico del personale dipendente, adottando processi e percorsi per assicurare che gli ambienti e le relazioni di lavoro siano il più possibile utili a contribuire al miglioramento della qualità della vita in ambito lavorativo, condizione indispensabile e strategicamente rilevante per raggiungere gli obiettivi prefissati secondo criteri di efficacia e produttività.

Il *management* aziendale si impegna a fare in modo che vengano garantire:

- le migliori condizioni emotive e relazionali nell'ambiente quotidiano in cui si lavora;
- la sussistenza di un clima organizzativo che stimoli la creatività e l'apprendimento;
- l'ergonomia - oltre che la sicurezza - degli ambienti di lavoro;
- un contesto organizzativo che favorisca gli scambi, la trasparenza e la visibilità dei risultati del lavoro;
- un'adeguata attenzione agli spazi architettonici, ai rapporti tra le persone e allo sviluppo professionale.

Gli interventi progettati e realizzati in tale ottica, sono funzionali alle seguenti finalità:

- valorizzare le risorse umane;
- aumentare la motivazione dei dipendenti;
- migliorare i rapporti tra i dipendenti;
- accrescere il senso di appartenenza e di soddisfazione;
- 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 psicosociali.



### **3.3 – GESTIONE DELLE RISORSE UMANE**

La valorizzazione degli operatori rappresenta uno degli obiettivi prioritari di una concreta politica aziendale. per la realizzazione di questo obiettivo sono garantiti:

- ambienti di lavoro che stimolino il miglioramento professionale e consolidino i rapporti di collaborazione;
- l'assegnazione di compiti da svolgere e obiettivi da conseguire comprensibili e condivisi;
- la costante verifica del livello di condivisione degli obiettivi;
- l'accertamento periodico della motivazione all'impegno nel servizio;
- la verifica dei risultati delle iniziative di miglioramento, attraverso processi atti ad evidenziarne e comunicarne i benefici per il dipendente e l'organizzazione.

### **3.4 - FORMAZIONE CONTINUA**

La valorizzazione del lavoro è fattore determinante per la realizzazione dei processi di trasformazione e riorganizzazione all'interno della nostra azienda, al fine di garantire sempre più alti livelli di efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all'assistenza. Pertanto, la formazione e l'aggiornamento professionale sono assunti dal moscati, come metodo permanente e strumento essenziale per il miglioramento continuo della qualità delle prestazioni erogate, per lo sviluppo delle professionalità degli operatori attraverso il costante adeguamento delle competenze, fattori indispensabili 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 rappresentano, oltre che acquisizione di saperi, sviluppo di abilità e competenze relazionali, lo strumento propedeutico per la trasmissione di valori, norme comportamentali e di innovazione, indispensabili per le politiche di gestione delle risorse umane.

La formazione rappresenta il punto di incontro tra il sistema organizzativo e la qualità delle prestazioni erogate e persegue la concreta integrazione tra gli operatori che hanno la responsabilità della gestione dei processi produttivi. Inoltre, 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.

Per tale ragione, i percorsi formativi – gestiti in proprio dal moscati riconosciuto dal ministero della salute come *provider*, anche per altre aziende - sono ampi e diversificati 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 sono stati avviati e si stanno sviluppando politiche formative ed informative orientate al raggiungimento degli obiettivi di salute, attraverso appropriati interventi che assicurino efficacia clinica ed efficienza.

I programmi realizzati e quelli programmati rispondono all'ottica di disporre di personale non solo costantemente formato e aggiornato sulle conoscenze tecnico-scientifiche specifiche dell'attività di assistenza, ma anche su conoscenze, competenze ed abilità di tipo programmatico, organizzativo e gestionale (e quindi, in senso lato, manageriale).

Già da alcuni anni l'azienda elabora e pubblica sul proprio sito il "piano annuale della formazione" che riporta le attività formative annualmente pianificabili sulla base di obiettivi formativi nazionali, regionali ed aziendali, suscettibile di essere integrato in presenza di sopraggiunte "priorità".

I corsi sono finanziati secondo le norme contrattuali e quelle previste dall'accordo stato- regioni e province autonome e comunque entro una spesa annua non superiore al 50% della spesa sostenuta nell'anno 2009 (ai sensi dell'art.6 del d.l. 78/2010 convertito nella legge 122 del 30 luglio 2010)

Per tale funzione è istituita una unità operativa semplice "Formazione, Aggiornamento e Relazioni sindacali" cui sono assegnati idoneo personale e mezzi.

### **3.5 - TUTELA DELLA SALUTE E SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO**

Gli obblighi e gli adempimenti previsti dal d.lgs. n. 81/2008 e s.m.i., in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro hanno la finalità di individuare e mettere in atto le misure idonee a garantire la salute e la sicurezza degli operatori, dei lavoratori di imprese terze, dei visitatori, 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 del Moscati è rappresentato dalla promozione e attuazione concreta di tutte le azioni organizzative e gestionali che, nel breve e medio periodo, possano garantire il raggiungimento di un ospedale sicuro, efficiente ed in equilibrio con le risorse investite ed i risultati complessivi di salute raggiunti.

In tal senso il *management* aziendale assicura che siano presenti competenze multidisciplinari per realizzare la complessiva gestione della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro ed il conseguente adempimento degli obblighi normativi.

### **4. PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI**

Il Moscati pone in essere strategie ed azioni atte a sviluppare adeguati livelli di informazione, accoglienza, tutela e partecipazione dei cittadini, nonché le opportune modalità per consentire l'attività, all'interno della propria struttura, delle organizzazioni dei cittadini e delle associazioni non aventi fini di lucro.

A tal fine, sul sito istituzionale dell'azienda è individuata, ai sensi e con le modalità di cui all'art. 32 della legge 18 giugno 2009 n.18 e s.m.i., una specifica sezione ove vengono pubblicati, integralmente, gli atti amministrativi (delibere, determine, etc): il loro accesso è libero e garantito. ulteriori strumenti attraverso cui vengono garantite la partecipazione e la tutela dei cittadini sono la carta dei servizi (4.1), la conferenza dei servizi (4.2), l'audit civico (4.3), la trasparenza e la prevenzione della corruzione (4.4).

#### **4.1 – CARTA DEI SERVIZI**

La carta dei servizi è il documento che formalizza il patto sottoscritto dall'Azienda con i cittadini/utenti 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;
- previsione 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 riporta anche il nominativo del 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 sono pertanto tutti coloro che intendono utilizzare i servizi ed usufruire delle prestazioni che l'azienda eroga.

A tal fine, essa è redatta in modo comprensibile a tutti e 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 è pubblicata sul sito internet dell'azienda ([www.aosgmoscati.av.it](http://www.aosgmoscati.av.it)) ed è aggiornata annualmente. Lo schema di riferimento adottato per la stesura è costituito dal DPCM del 19 maggio 1995, integrato dal d. lgs. 150/2009 (in particolare dall'art. 28).

Con il "progetto carta dei servizi", l'Azienda ha provveduto a:

- individuare nell'ufficio relazioni esterne la struttura organizzativa deputata alla gestione di tutte le attività previste. essa dispone di personale adeguato a tale funzione ed il responsabile dell'ufficio è anche il referente per la stesura e l'aggiornamento della carta;
- produrre il nuovo modello cartaceo del documento (scaricabile dal sito web), che è alla sua quinta edizione, ripensato secondo criteri di maggiore efficienza e più agevole da consultare per gli utenti. in base a tale progettazione i fruitori del documento possono staccare le parti di loro maggiore interesse per formare un proprio vademecum a seconda del bisogno.

La carta è idealmente suddivisa in quattro parti:

- la prima, relativa alla presentazione dell'azienda nei suoi aspetti generali, logistici, strutturali. Il cittadino vi trova informazioni utili al raggiungimento dei luoghi di erogazione delle prestazioni, alle modalità di fruizione dei servizi e a tutto ciò che concerne il ricovero e l'attività ambulatoriale.
- la seconda parte descrive gli standard di qualità, conformi ai 14 diritti enunciati nella Carta europea dei diritti del malato, nonché gli impegni e i programmi di miglioramento. Fornisce inoltre informazioni sulle attività di particolare rilevanza per i cittadini.
- la terza parte contiene tutte le informazioni relative al diritto di tutela dei cittadini con la descrizione degli URP e l'indicazione delle modalità di accesso agli stessi.
- l'ultima parte contiene le notizie specifiche e dettagliate sull'organizzazione di ciascuna unità operativa (operatori in servizio, prestazioni erogate, orari di accesso, possibili contatti, tempi medi di attesa, ecc.).

#### **4.2 ONFERENZA DEI SERVIZI**

Ai sensi dell'art. 14, comma 4, del d.lgs. n. 502/92 e s.m.i. il direttore generale indice una volta l'anno la conferenza dei servizi, quale strumento per verificare l'andamento dei servizi e individuare interventi opportuni per migliorare la qualità 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 sono invitati a partecipare anche i rappresentanti delle associazioni che hanno stipulato convenzioni o protocolli d'intesa con l'azienda.

La direzione generale si impegna formalmente ad indire la conferenza dei servizi nel rispetto della normativa vigente e nel rispetto dei tempi previsti.

#### **4.3 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 dell'azienda ospedaliera.

Il processo di audit civico si basa sull'analisi critica e sistematica delle azioni svolte, attraverso l'utilizzo di uno strumento metodologico che comporta la definizione di indicatori co-progettati tra

cittadini e referenti aziendali sulle opportune modalità di raccolta dati. I dati forniti dalla rilevazione degli indicatori sono finalizzati al confronto 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.

I progetti sperimentali di audit civico verranno coordinati con le iniziative che saranno assunte a livello regionale.

#### **4.4 TRASPARENZA E PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE**

Il tema della trasparenza e della prevenzione della corruzione, definito col d.lgs. n. 150 del 2009 e costantemente precisato e integrato da provvedimenti successivi è inteso 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".

Tale direzione segue il "piano triennale anticorruzione 2016-2018", adottato con delibera n. 74 del 29/01/2016. Esso è stato redatto ai sensi della legge n. 190/2012, in linea con le indicazioni dell'ANAC, ed è pubblicato sul sito istituzionale del Moscati.

Seguendo le indicazioni contenute nella determinazione n. 12 del 28.10.2015, l'Azienda ha contemplato nel proprio piano le aree a rischio individuate nella sezione della nota ANAC dedicata specificamente alla sanità, e cioè:

- A) contratti pubblici
- B) incarichi e nomine
- C) gestione delle entrate e delle uscite
- D) controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni.

Gli ambiti di attività definiti "area di rischio specifico", e ai quali l'azienda è tenuta a prestare particolare attenzione, attivando efficienti sistemi di sorveglianza, riguardano:

1. alpi e liste di attesa
2. rapporti contrattuali con privati
3. farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie
4. attività conseguenti al decesso ospedaliero.

La pubblicazione on line di dati e provvedimenti corrisponde all'obiettivo di offrire ai cittadini la possibilità di un'effettiva conoscenza dell'azione del moscati, nell'ottica di agevolare la pubblicità delle informazioni, la verifica del buon andamento dei servizi offerti, la corretta gestione delle risorse utilizzate.

Essa rappresenta uno strumento informativo sull'andamento della performance in quanto mette a disposizione di tutti i cittadini i dati principali sull'andamento dell'azienda: gli obiettivi, i tempi di realizzazione, i costi specifici e le relative risorse, le modalità adottate e le procedure gestionali ed amministrative.

#### **5. RELAZIONI SINDACALI**

Il processo di programmazione aziendale prevede la consultazione delle parti interessate, in particolare quelle rappresentative di interessi collettivi come le Organizzazioni Sindacali e le rappresentanze sindacali unitarie dei lavoratori. Con apposito documento, discusso e approvato in sede di contrattazione decentrata, vengono definite le regole di partecipazione del personale, attraverso le loro rappresentanze, per affrontare i problemi organizzativi, valutare il lavoro e

migliorare quantitativamente e qualitativamente l'offerta dei servizi e delle prestazioni, nel rispetto di quanto previsto dai contratti collettivi nazionali.

La direzione generale dell'azienda afferma in modo deciso:

- il principio della correttezza delle relazioni sindacali;
- la reciproca autonomia e la chiara distinzione dei ruoli;
- l'effettiva assunzione e riconoscimento delle reciproche responsabilità;
- la precisa individuazione dei confini fra contrattazione decentrata, concertazione, informazione e consultazione, anch'essi oggetto di formalizzazione del documento approvato in contrattazione decentrata.

Tutto ciò rappresenta un sistema di principi 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, nell'ottica di incrementare l'efficienza, l'efficacia e la qualità dei servizi erogati alla collettività.

Gli impegni reciproci che caratterizzano il confronto fra rappresentanza aziendale e rappresentanti dei lavoratori si concretizzano complessivamente nell'adozione del "**regolamento delle relazioni sindacali**", documento che prevede la certezza della informazione preventiva alle Organizzazioni Sindacali ed alle rappresentanze unitarie dei lavoratori di tutti gli atti inerenti all'organizzazione del lavoro e su quelli che hanno riflesso sui rapporti di lavoro; oltre che sulle regole per le sessioni di concertazione, consultazione e contrattazione.

Infine, il regolamento rappresenta la garanzia dell'effettiva fruizione delle prerogative e dei diritti per l'esercizio dell'attività sindacali (anche tenendo conto delle prerogative sindacali stabilite dai CCNL, conformemente a quanto disposto dal d.lgs. 150/2009, come modificato ed integrato dal d. lgs. 141/2011).

## SECONDA SEZIONE

### **6. SISTEMA DI PROGRAMMAZIONE, VALUTAZIONE E CONTROLLO**

Nell'ambito del processo di pianificazione, l'azienda moscati adotta, 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 unità operative, 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 essa è coerente e compatibile con la *mission* istituzionale attribuita all'azienda in sede di politica economico-sanitaria regionale.

Gli atti di programmazione adottati dal *management* aziendale rivestono un'importanza strategica, in quanto definiscono gli obiettivi, i progetti e le azioni che caratterizzeranno l'attività nel periodo considerato, mettendo in evidenza i processi organizzativi attraverso i quali si rende possibile la loro realizzazione, in uno con la relativa valutazione di incidenza economica. essi assicurano idonea trasversalità, attraverso il fattivo coinvolgimento di diverse competenze operanti nell'organizzazione, in modo da integrare funzionalmente le unità operative di volta in volta più direttamente interessate e assicurare in tal modo al processo la necessaria organicità e compiutezza.

Il Moscati ha sempre integrato, in sede di programmazione delle attività, i criteri e le valutazioni di **efficienza ed economicità** con la valutazione della **qualità e appropriatezza** delle prestazioni, e con il risalto riconosciuto alle **finalità di natura qualitativa**.

La programmazione, pertanto, si traduce 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 gli obiettivi prefissati di periodo.

Il programma delle attività, quindi, viene articolato come un documento che espone e giustifica i progetti, le risorse necessarie e le modalità organizzativo-gestionali utili al perseguimento degli obiettivi prefissati e in relazione alla normativa e pianificazione vigente.

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

#### **6.1 - SISTEMA DEI CONTROLLI**

L'Azienda Ospedaliera Moscati, in coerenza con il quadro normativo nazionale definito con il d. lgs. 286/99 e con il disposto dell'art. 11 della l. r. 10/2002, ha adottato iniziative per il riordino ed il potenziamento dei meccanismi di monitoraggio e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati dell'attività svolta, attraverso un sistema di controlli articolato in:

- 1) **controllo esterno o controllo di regolarità amministrativa e contabile**, finalizzato ad accertare la legittimità, regolarità e correttezza dell'azione amministrativa;
- 2) **controllo interno**, a sua volta articolato in:
  - **controllo di gestione**, deputato alla verifica dell'efficacia ed economicità dell'azione amministrativa al fine di ottimizzare il rapporto tra costi e risultati;

- **valutazione della dirigenza**, attraverso il monitoraggio delle prestazioni del personale con qualifica dirigenziale;
- **controllo strategico**, avente ad oggetto l'adeguatezza delle scelte compiute in sede di attuazione dei programmi, dei piani e degli altri strumenti di determinazione dell'indirizzo politico.

Il sistema dei controlli interni, articolato sulla verifica della congruenza tra obiettivi e scelte operative attuate, assolve al ruolo di supporto all'attività di programmazione. Pertanto, viene assicurata una stretta connessione tra la struttura Controllo di Gestione (e gli organismi deputati alle attività di verifica) e l'organo di indirizzo politico-amministrativo. In conformità a quanto disposto dall'art. 1 del d. lgs. 29/93, le funzioni di controllo sono esercitate in modo integrato con quelle di valutazione dei dirigenti "direttamente destinatari delle direttive emanate dagli organi di indirizzo politico-amministrativo".

Il sistema dei controlli interni si ispira ai seguenti principi generali:

1) l'attività di valutazione e controllo strategico supporta l'attività di programmazione strategica e di indirizzo politico amministrativo di cui agli articoli 3, comma 1 lettere b) e c) e 14 del decreto n. 29. La struttura Controllo di Gestione svolge anche l'attività di supporto agli organismi previsti per la valutazione dei dirigenti direttamente destinatari delle direttive emanate dalla Direzione Generale;

2) nello svolgimento delle attività di controllo di gestione e di valutazione del personale, la struttura preposta fornisce tutti gli elementi in proprio possesso ai dirigenti posti al vertice dell'unità operativa soggetta a valutazione. L'attività di valutazione dei dirigenti e del personale del comparto, utilizza i risultati del controllo di gestione ed è svolta dal Collegio Tecnico e dall'Organismo Indipendente di Valutazione (che ha sostituito il Nucleo di Valutazione).

Il direttore della struttura che effettua il controllo di gestione ed il controllo strategico, nonché i componenti dell'OIV, riferiscono sui risultati dell'attività svolta esclusivamente al Direttore Generale.

## 6.2 – 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 e dei risultati.

Al fine di garantire un costante monitoraggio dell'esercizio annuale, è stato introdotto, a partire dall'anno 1995, un completo, tempestivo ed efficiente sistema di controllo di gestione, implementando e utilizzando tecniche via via più raffinate di contabilità analitica per centri di costo corrispondenti ai diversi livelli di responsabilità previsti dal modello organizzativo.

Il controllo interno, articolato in controllo di gestione e controllo strategico, viene svolto da un'unità organizzativa che svolge la funzione d'interfaccia tra l'alta direzione aziendale, le direzioni operative ed i sistemi informativi aziendali.

L'attività di verifica dell'efficacia, efficienza ed economicità dell'azione amministrativa viene misurata ai seguenti livelli di responsabilità:

- dipartimenti
- strutture complesse e semplici dipartimentali;
- centri di costo, corrispondenti alle strutture semplici divisionali.

L'implementazione del sistema di controllo di gestione ha comportato le seguenti azioni:

1. istituzione di una struttura in staff alla direzione generale, incaricata della progettazione del sistema;
2. definizione del "**piano dei centri di costo**", con l'indicazione delle unità organizzative a livello delle quali avviene la misurazione dell'efficacia, efficienza ed economicità dell'azione;

3. **contrattazione degli obiettivi di budget**, a inizio anno, quale momento formale di determinazione degli obiettivi gestionali, sottoscritti dai responsabili dei centri di costo;
4. definizione dei **prodotti e finalità dell'azione amministrativa**, con riferimento sia all'intera azienda che ai singoli dipartimenti e unità organizzative;
5. **modalità di rilevazione** e ripartizione dei costi tra le unità organizzative e di individuazione degli obiettivi per cui i costi sono sostenuti;
6. **frequenza trimestrale di rilevazione** delle informazioni;
7. **selezione degli indicatori** specifici per misurare: a) l'efficacia, efficienza ed economicità della *performance*; b) la qualità delle prestazioni.

Gli strumenti e le modalità di controllo adottati hanno consentito l'utilizzazione della metodologia oltre la sfera di mera valutazione economica dell'efficienza gestionale, evolvendo verso una connotazione dello strumento di controllo con funzioni di supporto metodologico ed operativo non solo alla direzione aziendale ma anche ai vari livelli di responsabilità.

Su tali processi di contabilità l'azienda articola le seguenti macro-fasi:

- definizione degli *standards* prestazionali di ciascuna struttura;
- negoziazione degli obiettivi quali-quantitativi attesi e delle risorse che l'Azienda mette a disposizione per la loro realizzazione;
- consuntivazione continuativa dei risultati attraverso il sistema informativo e la contabilità analitica;
- progettazione ed implementazione del sistema di *reporting* finalizzato a consentire una sistematica rilevazione dei costi e dei ricavi relativi alle diverse articolazioni aziendali (contabilità per centri di costo); costi e ricavi che rapportati ad una serie di dati relativi alle risorse disponibili ed alle prestazioni erogate consentano valutazioni di efficienza ed economicità;
- progettazione e sviluppo di specifici approfondimenti aventi per obiettivo valutazioni di efficienza, efficacia ed economicità;
- progettazione e sviluppo di specifici modelli di rilevazione ed analisi dei dati gestionali di periodo, ordinariamente a scadenza trimestrale, 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. a tal fine, l'azienda moscati ha attivato da tempo specifici incontri trimestrali per la valutazione dei risultati intermedi e finali. gli incontri, a livello di singolo dipartimento, vedono la partecipazione – oltre che del vertice strategico – dei direttori e di una significativa rappresentanza di tutte le strutture afferenti al dipartimento.

#### **6.2.1 - INDICATORI ECONOMICI DI PERFORMANCE**

Le schede di budget, oggetto di contrattazione annuale tra la direzione generale ed i direttori dei dipartimenti/unità operative prevedono la rilevazione dei seguenti indicatori di obiettivo e risultato:

- **voci di costo**
- **voci del fatturato**
- **incidenza dei costi sul tariffato**, indicata dal rapporto tra totale dei costi direttamente gestiti da centro di responsabilità e ricavi complessivi determinati dalle prestazioni tariffate.

#### **6.2.2 - INDICATORI QUALITATIVI DI PERFORMANCE**

Nel corso degli anni è progressivamente cresciuto il peso riconosciuto dall'azienda – in sede di valutazione dei risultati – alle finalità di natura qualitativa, tra le quali rivestono particolare rilievo i seguenti indicatori:



- **appropriatezza degli interventi:** con la puntuale verifica del rispetto di quanto stabilito dal dgrc n.58/2010 che vincola le aziende al rispetto delle soglie di ammissibilità per le diverse tipologie di attività per i drg “ad alto rischio di inappropriatezza”:
- **potenziamento dei settori dell'emergenza-urgenza** (posti letto per l'osservazione breve intensiva, pronto soccorso pediatrico, ecc.)
- **efficiente gestione dei posti letto disponibili** anche attraverso la riduzione della degenza media;
- **riorganizzazione delle attività diagnostiche ambulatoriali**, con riduzione dei tempi di attesa per gli interni e contestuale refertazione;
- **sicurezza in sala operatoria**, da perseguire attraverso strategie di formazione rivolte agli operatori coinvolti nelle attività chirurgiche e con l'obiettivo di accrescere sia le abilità tecniche che quelle cognitive-comportamentali.

La tempestiva implementazione del sistema di controllo di gestione (specifico obbligo normativo sancito dall'art. 4 del d. lgs. 286/99 : “riordino e potenziamento dei meccanismi e strumenti di monitoraggio e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati dell'attività svolta dalle amministrazioni pubbliche”) con l'adozione della delibera n. 532 del 27.03.2000 nell'ambito della “definizione dell'assetto organizzativo del sistema di programmazione e controllo di gestione” è stato reso possibile dalla progettazione e sviluppo di un efficiente e completo sistema informativo-informatico, le cui banche dati consentono la piena realizzazione del processo.

### **6.3 - CONTROLLO DI REGOLARITÀ AMMINISTRATIVA E CONTABILE**

Ai controlli di regolarità amministrativa e contabile provvedono gli organismi appositamente previsti dall'art. 3 — ter del d. lgs 229/99 (Collegio Sindacale) e, nell'ambito delle competenze stabilite dalla vigente legislazione, i servizi ispettivi di finanza della Ragioneria Generale dello stato e quelli con competenze di carattere generale.

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

### **7. – SISTEMA INFORMATIVO E ICT**

Il sistema informativo del Moscati costituisce 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.

Il Sistema Informativo Sanitario Regionale (SISR) svolge un ruolo strategico fondamentale perché produce 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 dati raccolti dalle aziende campane devono consentire una lettura integrata degli eventi da essi rappresentati. La finalità 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 Ospedaliera Moscati, che già molto ha fatto e investito in questo settore, ha programmato il potenziamento e la riorganizzazione dei propri sistemi informativi le cui linee

direttrici, coerenti con lo sviluppo del NSIS e del SISR e con gli indirizzi già contenuti nei piani sanitari regionali, saranno a breve definiti in un apposito, analitico documento.

Inoltre, è impegnata a promuovere e implementare nelle proprie strutture, 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 riveste un ruolo decisamente strategico 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 delle attività e costituisce una delle linee di azione maggiormente significative anche a fini della riduzione della spesa in termini sia di risparmi diretti (carta, spazi) sia di risparmi indiretti (tempo, efficienza ecc.).

La dematerializzazione, insieme allo sviluppo dei sistemi comunicativi, l'utilizzo costante e diffuso della rete aziendale intranet per le comunicazioni interne, ed i portali per la comunicazione con l'esterno, l'utilizzo e la diffusione della posta certificata (pec e ceppac), permette di facilitare il processo di *democratizzazione aziendale* con un migliore e puntuale dialogo sia tra le diverse strutture organizzative sia con i dipendenti e con i cittadini utenti.

Il processo di dematerializzazione interesserà, 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 sono al servizio del cittadino ed il sito web dell'azienda rappresenta uno strumento di comunicazione aperto e trasparente di notevole valore in campo sanitario 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.

L'effettiva utilità di tale strumento è garantita non solo dalla cura riposta nel suo allestimento ma nel costante arricchimento ed aggiornamento.

Presso l'azienda è istituita l'unità operativa semplice "**sistema informativo aziendale (SIA)**" che dispone di una idonea struttura organizzativa.

## **8. – COMUNICAZIONE NELL'AZIENDA**

Il potenziamento dei sistemi di comunicazione istituzionale, posti in essere dall'Azienda nel corso degli ultimi anni, rappresenta uno dei principali canali scelti per veicolare l'immagine di cambiamento e di aggiornamento dei processi assistenziali. Attraverso le attività di informazione e comunicazione l'azienda intende, da una parte rispondere ai doveri di trasparenza, imparzialità e parità di accesso che le leggi assicurano a tutti i cittadini, dall'altra diventare un'organizzazione realmente capace di agire il proprio mandato istituzionale con un maggiore livello di coerenza rispetto ai bisogni dei cittadini.

I mutamenti nella struttura sociale hanno portato a nuove configurazioni nei rapporti interni alla società che hanno attivato 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 le aziende possano 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 le aziende sanitarie sono tenute a predisporre 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, gli uffici relazioni con il pubblico, gli uffici stampa o gli uffici di informatica e web, coerentemente con il ruolo svolto nella fase di pianificazione, ed in secondo luogo, deve coniugarsi con il coinvolgimento e la partecipazione di altri soggetti appartenenti alla struttura;
- **valutazione**, fase di verifica dei risultati ottenuti, dell'impatto e degli effetti generati sul contesto interno ed esterno all'ente e delle eventuali discrepanze tra questi e gli obiettivi prefissati.

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

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

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

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

L'azienda ha istituito per tale funzione una struttura dedicata che fa capo ad una corrispondente responsabilità organizzativa.

## TERZA SEZIONE

### **9. STRUTTURA DELL'ATTO AZIENDALE**

Il presente atto aziendale è stato adottato con il preventivo parere del collegio di direzione, e dopo aver informati e sentiti il consiglio dei sanitari e le organizzazioni sindacali.

La normativa prevede che il commissario ad acta per il piano di rientro, per il tramite degli uffici regionali all'uopo preposti, verifichi la conformità dello stesso all'atto d'indirizzo e alle direttive contenute nel "Piano regionale di programmazione della rete ospedaliera 2016-2018" elaborato dalla Regione Campania ai sensi del dm 70/2015.

Qualora il Commissario ad acta rilevi la mancanza di conformità dell'atto aziendale alle linee di indirizzo e alla programmazione regionale, rinvia l'atto medesimo al direttore generale per i necessari adeguamenti.

Sulla scorta degli eventuali rilievi effettuati, l'azienda provvede, entro i successivi 15 giorni, alla regolarizzazione dei contenuti e al recepimento delle indicazioni regionali.

A seguito della approvazione dell'atto aziendale da parte del commissario ad acta lo stesso sarà pubblicato sul BURC. L'Azienda provvederà quindi alla pubblicazione sul proprio sito web.

L'atto aziendale può essere successivamente modificato dal direttore generale, con la stessa procedura. Il provvedimento di modifica dovrà contenere le relative motivazioni. L'Atto Aziendale così modificato dovrà nuovamente essere approvato dal Commissario ad acta e quindi pubblicato sul BURC e sul sito web dell'azienda.

#### **9.1 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".

Con l'Atto Aziendale, quindi, l'azienda adotta un documento rappresentativo della sua complessità con tutte le caratteristiche strutturali e con il quale vengono definiti gli aspetti descritti ai paragrafi che seguono:

##### **9.1.1 - SEDE LEGALE E LOGO AZIENDALE**

L' **Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale e di Alta Specialità "S. Giuseppe Moscati" di Avellino** (costituita con DPGRC. n. 12257 del 22.12.94) ha sede legale e amministrativa in contrada Amoretta snc, 83100 Avellino.

Il logo dell'Azienda è il seguente:



monogramma della denominazione aziendale. E' stata evidenziata la lettera m nella cui parte iniziale si accenna alla s maiuscola corsiva identificativa della denominazione "San Giuseppe Moscati". Il risalto alla lettera m è stato voluto per una maggiore immediatezza della lettura del logo in quanto presso la cittadinanza di Avellino l'azienda ospedaliera è maggiormente conosciuta con il solo nome "Moscati".

### **9.1.2 POSTI LETTO DELL'AZIENDA (RIDETERMINATI DAL DCA N. 33/2016) DISTINTI PER DIPARTIMENTO.**

<b>DIPARTIMENTO</b>	<b>POSTI LETTO</b>
EMERGENZA E ACCETTAZIONE	78
CARDIOVASCOLARE	54
MEDICINA GENERALE E SPECIALISTICA	171
CHIRURGIA GENERALE E SPECIALISTICA	107
ONCO-EMATOLOGICO	64
MATERNO-INFANTILE	70
SPDC	18
<b>TOTALE</b>	<b>562</b>

### **9.1.3 - INDIVIDUAZIONE DEI DIPARTIMENTI, DELLE UNITÀ OPERATIVE COMPLESSE, SEMPLICI DIPARTIMENTALI E SEMPLICI DIVISIONALI, NONCHÉ DEI COORDINAMENTI E DELLE POSIZIONI ORGANIZZATIVE.**

L'allegato 1 al presente Atto riporta le articolazioni aziendali e le varie tipologie di incarico previste.

Inoltre, nei paragrafi successivi sono analiticamente descritti:

- gli organi e gli organismi aziendali, la relativa disciplina per la composizione e le funzioni;
- 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;
- le funzioni attribuite ai dirigenti titolari di responsabilità gestionali;
- i sistemi di valutazione e controllo;
- 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.;
- le modalità di informazione sui servizi sanitari e di tutela dei diritti degli utenti, anche ai fini della corretta fruizione del sistema;
- i rapporti con gli enti locali;
- 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.

In ogni deliberazione o altro provvedimento aziendale successivo, che riguardi anche indirettamente l'assetto organizzativo dell'azienda (ad es. l'affidamento di incarichi), il direttore generale attesterà che la statuizione è conforme alle previsioni dell'atto aziendale.

## 9.2 REGOLAMENTI

Il direttore generale, entro 60 giorni dall'approvazione dell'Atto aziendale da parte degli organismi regionali competenti, ai fini di una sua corretta e completa applicazione, procederà all'adozione di regolamenti interni nelle seguenti materie:

- modalità di funzionamento degli organismi collegiali (**collegio di direzione, consiglio dei sanitari, comitato di dipartimento**);
- modalità di affidamento, mutamento e revoca della direzione delle strutture e degli incarichi; 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);
- attività libero professionale "intra-moenia";
- la formazione e l'aggiornamento professionale;
- modalità di gestione per obiettivi e di negoziazione del budget, nonché collegamento con il sistema premiante;
- modalità di funzionamento dei dipartimenti;
- procedure di controllo interno;
- modalità di funzionamento del Comitato per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni, ex art. 57 del d.lgs. 30 marzo 2001, n. 165 e s.m.i.;
- modalità di funzionamento della consulta socio-sanitaria;
- sistemi di protezione e sicurezza dei dati;
- sistema di misurazione e valutazione delle performance;
- contabilità.

Potranno, altresì, essere adottati altri regolamenti interni per definire il funzionamento di ulteriori organismi istituiti con l'atto aziendale e per l'organizzazione di altri settori di attività, nonché i regolamenti che eventualmente si rendano necessari in attuazione di normative nazionali e regionali. Tutti i regolamenti saranno pubblicati sul sito web aziendale.

## 9.3 CONCILIAZIONE NELLE CONTROVERSIE

L'Azienda si impegna a dare attuazione alle disposizioni di cui al d.lgs. 28/2010 che detta la nuova disciplina sulla mediazione finalizzata alla conciliazione nelle controversie civili e commerciali.

In particolare, per quanto riguarda le azioni risarcitorie da responsabilità medica, nelle quali essa riveste la posizione processuale di convenuta. In tali casi l'azienda può essere destinataria di atti di accesso a mediazione da parte di utenti che si ritengano danneggiati da trattamenti sanitari.

Occorre distinguere due diverse ipotesi di modalità comportamentali alle quali l'azienda si attiene:

- **sinistri che rientrano nella copertura assicurativa aziendale per la rct:** in tali casi l'invito a partecipare al procedimento di mediazione viene sollecitamente trasmesso alla compagnia assicuratrice che, in quanto titolare dell'obbligo di manleva (cioè di tenere l'azienda indenne da qualsiasi pagamento possa conseguire all'azione risarcitoria) valuta – anche sulla base delle relazioni degli organi dell'azienda – e fornisce indicazioni in ordine agli atteggiamenti e alle determinazioni da assumere per la mediazione.
- **sinistri per i quali, per una qualsiasi motivazione, l'azienda possa risultare priva di copertura assicurativa:** in tali circostanze, l'azienda, che risponde direttamente e immediatamente della domanda risarcitoria decide – previa valutazione di carattere medico-legale sulla fattispecie – sull'atteggiamento da assumere e se esistono spazi per una bonaria composizione in sede di mediazione. Tale attività conciliativa, peraltro, non può prescindere dalle valutazioni e intendimenti dei sanitari che eventualmente siano direttamente coinvolti nella procedura.

## QUARTA SEZIONE

### **10. ASSETTO ISTITUZIONALE DELL'AZIENDA: ORGANI E ORGANISMI**

Ai sensi dell'articolo 3 della legge regionale 23 dicembre 2015, n. 20 che ha sostituito l'art. 17 della l.r. 32/1994 sono organi dell'azienda:

- il direttore generale
- il collegio sindacale
- il collegio di direzione.

#### **10.1 – IL DIRETTORE GENERALE**

Il direttore generale è titolare della rappresentanza legale ed esercita tutti i poteri di gestione dell'azienda 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 a:

- la Regione, che ne indirizza l'attività ed esercita il controllo sul suo operato;
- il sindaco della città di Avellino, che partecipa alla programmazione aziendale anche in attuazione di quella regionale ed esercita compiti di vigilanza generale sull'Azienda e sull'operato del direttore generale;
- il 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;
- alla nomina dei Collegi tecnici, del Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni, ex art. 57 d. lgs. 165/2001 e s.m.i. e di qualunque altro organismo previsto dalla normativa vigente e dall'atto aziendale;
- all'adozione dell'atto aziendale e delle sue modificazioni ed integrazioni;
- all'adozione degli atti regolamentari e di tutti quelli che si rendono necessari in attuazione di normative nazionali e regionali;
- all'adozione degli atti di organizzazione interna del presidio ospedaliero, dei dipartimenti e dei servizi centrali nonché alla nomina e alla revoca dei responsabili delle strutture operative dell'azienda e al conferimento degli incarichi professionali;
- all'adozione del piano attuativo locale;



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

#### **10.1.1 – FUNZIONI DI ALTA AMMINISTRAZIONE E FUNZIONI GESTIONALI**

In relazione a tali funzioni, al fine di mantenere distinte quelle rientranti negli atti di alta amministrazione da quelle di carattere gestionale, le funzioni attribuite al direttore generale sono distinte in:

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

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

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

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

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

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

Con successivo, apposito atto che verrà pubblicato sull'albo dell'azienda e sul sito web aziendale, saranno specificati, dettagliatamente, gli ambiti oggettivi e soggettivi delle attribuzioni dirigenziali e delle deleghe conferite ai singoli dirigenti.

### **10.1.2 – LA DIREZIONE STRATEGICA**

Il governo 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:

- l'individuazione degli obiettivi e programmi annuali e pluriennali definiti sulla base degli obiettivi istituzionali dell'azienda ed in coerenza con le linee di programmazione ed indirizzo regionali;
- la pianificazione delle risorse e degli investimenti per l'organizzazione aziendale e la programmazione della produttività e della qualità delle prestazioni ;
- le relazioni interne ed esterne;
- il controllo di gestione

### **11 – IL COLLEGIO SINDACALE**

Il Collegio sindacale, composto da 3 membri, è nominato dal Direttore Generale, in base alla designazione delle Autorità competenti ai sensi dell'art. 3 ter del D.Lgs 502/92. s.m.i. e della legge regionale 7.8.1996 n. 17 e s.m.i.

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

Detto organo :

- verifica l'amministrazione dell'azienda sotto il profilo economico;
- vigila sull'osservanza delle leggi;
- accerta la regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili, ed effettua periodicamente verifiche di cassa;
- fornisce al direttore generale indicazioni utili alla corretta gestione aziendale e provvede ad ogni altro adempimento previsto dalla legislazione vigente e dall'atto aziendale;
- riferisce almeno trimestralmente alla Regione sui risultati del riscontro eseguito, denunciando immediatamente i fatti se vi è fondato sospetto di gravi irregolarità;
- trasmette periodicamente, e comunque con cadenza almeno semestrale, una propria relazione sull'andamento dell'attività dell'azienda ospedaliera al sindaco del comune di Avellino.

### **12 - IL COLLEGIO DI DIREZIONE: COMPOSIZIONE E FUNZIONI**

Il direttore generale costituisce, con proprio provvedimento, il Collegio di direzione, adottando uno specifico regolamento di funzionamento che tenga conto delle funzioni del Collegio previste dalla normative vigente e delle indicazioni contenute nell'atto di indirizzo regionale.

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

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

Ai sensi dell'art. 3, comma 6. della l. r. 20/2015 il collegio di direzione è composto da:

- direttori dei dipartimento;
- dirigente responsabile dell'unità gestione del rischio clinico

- il responsabile dell'unità prevenzione e protezione
- un delegato dei dirigenti delle professioni sanitarie.

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

### **13 - IL DIRETTORE SANITARIO E IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO**

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 amministrativo e del direttore sanitario 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:

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

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

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

#### **13.1 – IL DIRETTORE SANITARIO**

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

Al fine del buon andamento delle attività e delle prestazioni sanitarie, della realizzazione dei programmi e del raggiungimento degli obiettivi individuati dalla direzione strategica, il direttore sanitario assicura la continuità operativa con le strutture e con i professionisti, attraverso il loro coordinamento unitario e lo sviluppo di metodologie organizzative (organizzazioni a rete, reti

professionali di lavoro interdisciplinari, etc.) finalizzate a realizzare la presa in carico degli utenti-pazienti e la continuità assistenziale. Inoltre:

- partecipa con il direttore amministrativo, unitamente al direttore generale, che ne ha la responsabilità, alla direzione dell'azienda;
- dirige i servizi sanitari negli ambiti previsti dal d. lgs. n. 502/92 e s.m.i. 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;
- assume diretta responsabilità delle funzioni attribuite alla sua competenza;
- concorre, con la formulazione di proposte e di pareri, alla formazione delle decisioni del direttore generale;
- svolge ogni altra funzione, compresa l'adozione di atti a rilevanza esterna, su delega del direttore generale, fermo restando ogni altra competenza attribuitagli dalla legislazione vigente, dal presente atto e dai regolamenti aziendali;
- presiede il Consiglio dei sanitari.

Il direttore sanitario per l'esercizio delle proprie funzioni si avvale delle strutture o dei professionisti per la trattazione delle seguenti linee di attività:

- analisi e monitoraggio delle prestazioni sanitarie rese, con particolare riguardo a quelle ricomprese nella griglia LEA, con garanzia dell'appropriatezza dell'intero sistema prestazionale;
- sistemi informativi sanitari;
- formazione;
- valutazione delle tecnologie (*technology assessment*);
- coordinamento delle attività di ricovero;
- valorizzazione di tutte le professioni sanitarie.

Inoltre il direttore sanitario, al fine dello sviluppo del governo clinico e della promozione della conoscenza e dell'utilizzazione degli strumenti che gli sono propri, promuove e si avvale di comitati, commissioni, 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 per il miglioramento della qualità e del governo clinico.

### **13.2 - IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO**

Il direttore amministrativo:

- dirige i servizi amministrativi dell'azienda
- assicura la correttezza, completezza e trasparenza dei processi di formazione dei documenti rappresentativi delle dinamiche economiche, finanziarie e patrimoniali
- assicura 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
- 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
- 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 (tecnologie dell'informazione e della comunicazione), come insieme di metodi e tecnologie che realizzano i sistemi di trasmissione, ricezione ed elaborazione delle informazioni ;
- gestione del bilancio di previsione e consuntivo, delle entrate e delle spese, della contabilità e degli adempimenti tributari;
- gestione degli aa.gg. e 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 al punto 13, l' acquisizione, gestione e distribuzione dei beni di consumo, e l'acquisizione e gestione di servizi.

#### **14 - CONSIGLIO DEI SANITARI: COMPOSIZIONE E FUNZIONI**

Il Consiglio dei sanitari, costituito con provvedimento del direttore generale, è un organismo elettivo dell'azienda 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 s'intendono come favorevoli se non formulati entro dieci giorni dalla richiesta; in casi urgenti e motivati i pareri vanno formulati entro i più brevi termini indicati nella richiesta.

Il Consiglio dei sanitari è presieduto dal direttore sanitario.

La rappresentanza è composta dai seguenti componenti elettivi:

- n. 8 dirigenti medici
- n. 3 dirigenti sanitari non medici
- n. 2 unità del personale infermieristico
- n. 1 unità del personale tecnico sanitario
- n. 1 unità del personale delle professioni tecnico-riabilitative.

Tale composizione è integrata dalla *presenza dei direttori dei dipartimenti* che si aggiungono ai componenti elettivi del consiglio, senza diritto di voto.

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

#### **15 - COMITATI E COMMISSIONI AZIENDALI**

Presso l'azienda sono attivi i seguenti organismi:

- Comitato etico;
- Commissione per il prontuario terapeutico;
- Comitato per il buon uso del sangue;
- Comitato per la lotta alle infezioni ospedaliere;
- Comitato rischio clinico
- Comitato anticorruzione e trasparenza.

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

La costituzione di detti comitati non comporta nuovi e maggiori oneri a carico dei bilanci dell'azienda.

Si intende inoltre attivare la **Commissione HTA**, in considerazione del fatto che le metodologie di Health Technology Assessment si sono affermate negli ultimi anni quale strumento capace di affrontare il tema degli acquisti di attrezzature sanitarie, dispositivi medici e farmaci in modo integrato tra discipline e servizi diversi. La gestione aziendale degli investimenti vede come elemento cardine il collegamento della fase autorizzativa e di quella attuativa. A partire dai numerosi percorsi culturali che hanno definito l'approccio HTA si giunge ad una definizione sostanzialmente condivisa di tecnologia, vista come l'insieme di attrezzature sanitarie, di dispositivi medici, di farmaci, di sistemi diagnostici, di procedure mediche e chirurgiche, di percorsi assistenziali e di assetti strutturali, organizzativi e manageriali nei quali avviene l'erogazione dell'assistenza sanitaria. In questo senso il concetto di valutazione delle tecnologie sanitarie appare subito molto ampio. A maggior ragione appare immediatamente il forte legame con gli aspetti medici, economici, organizzativi, sociali ed etici relativi all'introduzione o all'implementazione di tecnologie od interventi sanitari, prendendo in considerazione tutti gli aspetti che possono essere influenzati dalla tecnologia in studio, ma anche tutti quelli che possono influenzarne l'impiego e i relativi risultati. All'interno dell'organizzazione dell'AO la commissione HTA agisce come strumento di conoscenza, informazione, attuazione di strategie, controllo, previsione e fornisce un parere obbligatorio alla Direzione Strategica circa l'adozione o l'acquisto di attrezzature sanitarie, dispositivi medici e farmaci in modo integrato tra discipline e servizi diversi. La Commissione per l'Health Technology Assessment Aziendale (HTA Aziendale) vuole essere un organismo capace di formulare programmi in grado di razionalizzare ed attivare strategie utili per affrontare le problematiche connesse ad un uso corretto, sicuro ed efficace dei dispositivi tecnologicamente più avanzati e complessi, valutandoli sia scientificamente che economicamente.

La sua composizione ne rende evidente il carattere multidisciplinare: Direttore Sanitario o suo delegato in qualità di coordinatore, Farmacia, Ingegneria Clinica, Tecnico Patrimoniale, Provveditorato-Economato, Economico finanziario sono i componenti permanenti, coadiuvati da una Segreteria scientifico-amministrativa, che partecipa come parte integrante della Commissione. Inoltre è previsto l'apporto di professionisti sanitari che, sebbene chiamati in modo occasionale per la discussione di specifici temi, costituiscono il naturale collegamento con le esigenze aziendali e con il punto in cui si manifesta la nascita dei fabbisogni. Poiché si tratta di un organismo che per funzionare al meglio necessita di competenze multidisciplinari, i componenti permanenti e consulenti, sono "completati" da altri componenti invitati sulla base dell'ordine del giorno.

La costituzione della Commissione HTA non comporterà nuovi e maggiori oneri a carico dei bilanci dell'azienda.

### **15.1 - COMITATO UNICO DI GARANZIA PER LE PARI OPPORTUNITÀ, LA VALORIZZAZIONE DEL BENESSERE DI CHI LAVORA E CONTRO LE DISCRIMINAZIONI.**

L'Azienda Moscati, ai sensi e con le modalità previste dall'art. 57 del d.l.vo 165/2001 e s.m.i., costituisce al proprio interno, senza nuovi o maggiori oneri per il bilancio, il "comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni" che sostituisce, unificando le competenze in un solo organismo, i comitati per le pari opportunità e i comitati paritetici sul fenomeno del mobbing.

Il CUG ha composizione paritetica ed è formato da un componente designato da ciascuna delle oo. ss. maggiormente rappresentative a livello di amministrazione e da un pari numero di rappresentanti dell'amministrazione. Il presidente del CUG è designato dall'azienda.

Il CUG ha compiti propositivi, consultivi e di verifica e opera in collaborazione con la consigliera o consigliere nazionale di parità. Contribuisce alla ottimizzazione della produttività del lavoro,

migliorando l'efficienza delle prestazioni collegata alla garanzia di un ambiente di lavoro caratterizzato dal rispetto dei principi di pari opportunità, benessere organizzativo, contrasto di ogni forma di discriminazione e 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 CUG di cui una relativa alle pari opportunità e l'altra relativa al mobbing e al benessere dei lavoratori.

La mancata costituzione del CUG comporta responsabilità del dirigente incaricato della gestione del personale ed è da valutare anche al fine del raggiungimento degli obiettivi.

Per garantire pari opportunità tra uomini e donne nell'accesso al lavoro, 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'art. 35, comma 3, lettera e) del d. l.vo 165/2001 e s.m.i.;
- adotta 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;
- 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;
- può finanziare programmi di azioni positive e l'attività del cug, nell'ambito delle proprie disponibilità di bilancio.

Adotta, inoltre, tutte le misure per attuare le normative vigenti in materia di pari opportunità, contrasto alle discriminazioni ed alla violenza morale o psichica.

## **16 – UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO**

L'Ufficio per le Relazioni con il Pubblico (URP) 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'URP acquisisce le osservazioni ed i reclami presentati dai cittadini, li segnala ai dirigenti competenti e provvede a darne tempestivo riscontro agli utenti.

Lo stesso è deputato alla raccolta, alla classificazione ed alla archiviazione delle segnalazioni e degli esposti in un'apposita banca dati, nonché alla predisposizione, con cadenza trimestrale, di una relazione al direttore generale sulle segnalazioni ed i reclami pervenuti e sull'esito degli stessi. Detta relazione deve essere accompagnata da proposte per il miglioramento degli aspetti organizzativi, logistici, relazionali e di accesso alle prestazioni, nonché per il superamento dei fattori di criticità emersi.

L'URP è 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'URP cura i rapporti con le associazioni di volontariato e le associazioni di tutela dei cittadini ed è tenuto periodicamente a trasmettere alla regione i dati relativi al monitoraggio del grado di partecipazione e di soddisfazione dell'utenza.

A tale fine è istituita l'unità operativa semplice "Relazioni Esterne" che dispone di una idonea struttura organizzativa.

## **17 – UNITÀ ORGANIZZATIVA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO**

Nell'ambito dell'organizzazione aziendale è operativo un sistema organico di azioni tese a conoscere, prevenire e ridurre i rischi nelle varie attività lavorative, compresa l'attività di radioprotezione in ottemperanza al d.lgs. n. 187/2000 che costituisce prassi ordinaria della gestione aziendale e del governo clinico.

L'istituzione – in staff alla direzione generale - dell'unità operativa semplice "*risk management*" che fa capo ad una idonea struttura organizzativa, corrisponde all'esigenza 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. La presenza della figura del "risk manager" è funzionale a 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.

In particolare, è impegnato ad assolvere all'obbligo previsto dal ministero della salute, con decreto dell'11 dicembre 2009, che ha istituito - nell'ambito del nuovo sistema informativo sanitario (nsis) - il sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità (simes).

L'obiettivo consiste nel 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, consentendo la valutazione dei rischi ed il monitoraggio completo degli eventi avversi.

Il rispetto degli obblighi previsti in questo specifico settore ha una particolare pregnanza, atteso che il controllo del rischio clinico, sia con riferimento agli eventi sentinella che alle infezioni ospedaliere che ad ogni altro fattore comunque connesso, costituisce, unitamente al contenzioso conseguente, elemento di valutazione delle performance del direttore generale e, ove incidente sulla funzione esercitata, viene considerato elemento di valutazione dei dirigenti aziendali.

## **18 - SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE**

Il Servizio Prevenzione e Protezione è utilizzato per i compiti attribuiti dall'art.33 del d. lgs n. 81/2008 e s.m.i. e svolge la funzione di "consulente" tecnico 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, l'Azienda ha istituito la corrispondente funzione, procedendo alla designazione del responsabile.



## QUINTA SEZIONE

### **19. ACQUISTI DI BENI E SERVIZI - PROGRAMMAZIONE E GESTIONE DELLE ATTREZZATURE**

#### **19.1 ACQUISTI DI BENI E SERVIZI**

L'Azienda, in osservanza delle disposizioni nazionali, con particolare riguardo a quelle 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 SORESA. Inoltre, disciplina con proprio regolamento gli acquisti di beni e servizi in economia e dispone di un regolamento nel rispetto delle previsioni della vigente disciplina in materia di appalti.

#### **19.2 ATTREZZATURE: PROGRAMMAZIONE, ACQUISTI, GESTIONE E MANUTENZIONE**

Entro i termini previsti saranno adottati 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 disciplinate da specifici atti regolamentari. Per tali attrezzature, ed in particolare per quelle ad alta tecnologia, inoltre l'azienda promuoverà opportune attività di valutazione ed analisi relative alla sicurezza, ai costi, ai benefici, all'efficacia nonché agli aspetti etici connessi al loro utilizzo.

##### **b) - programmazione degli acquisti di attrezzature**

L'acquisizione delle attrezzature viene pianificata in modo documentato. Il programma di acquisto delle attrezzature, in particolare delle attrezzature biomediche e dei dispositivi medici, tiene conto (soprattutto per le prime) degli aspetti di seguito elencati:

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

##### **c - inventario delle attrezzature**

L'Azienda dispone di 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 sono 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 sono 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 tiene conto delle seguenti indicazioni:

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

Il piano di manutenzione generale viene 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 è documentato per ciascuna apparecchiatura biomedica e reso noto ai diversi livelli operativi per consentire lo svolgimento dei compiti attribuiti al singolo operatore. La documentazione tecnica relativa alle singole apparecchiature, fornita al momento dell'acquisto, resta a corredo dello strumento e conservata in modo da essere facilmente rintracciabile dal responsabile della manutenzione.

#### **e) - manutenzione preventiva**

Il piano di manutenzione prevede, 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. Le attività relative alla manutenzione preventiva delle attrezzature biomediche riguardano i seguenti aspetti:

- identificazione di tutte le attrezzature che possono influire sulla qualità del servizio offerto, controllo e messa 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;
- definizione del 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;
- definizione del 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;
- identificazione delle apparecchiature biomediche mediante contrassegno appropriato o documenti approvati di identificazione per evidenziare lo stato di controllo;
- conservazione delle 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.

## **20. PROCEDURE CONTABILI**

Le procedure contabili sono strettamente connesse alle modalità di rilevazione dei fatti aziendali, e rimandano alle modalità di rilevazione economico-patrimoniale e contabilità analitica 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 nel decreto legislativo 118/2011 in materia di principi contabili generali applicati al settore sanitario e nei decreti del commissario ad acta n. 14/2009 e 60/2011 cui si rimanda.

Attraverso la contabilità generale, con la registrazione dei fatti gestionali nel libro giornale e la loro imputazione ai conti relativi a singole categorie di valori omogenei, l'Azienda provvede alla rilevazione dei costi e ricavi e delle variazioni negli elementi attivi e passivi del patrimonio in modo da darne rappresentazione nel bilancio di esercizio e nei relativi allegati.

Attraverso la contabilità analitica, invece, con le rilevazioni dei fatti gestionali che si estendono anche a fatti interni di gestione, l'azienda determina costi e ricavi relativi a dipartimenti e centri di responsabilità.

I dati provenienti da tali contabilità alimentano il Controllo di gestione e sono resi disponibili ai Centri di Responsabilità. La struttura CO.GE. procede, utilizzando anche altri dati e parametri di natura extracontabili, alla verifica del livello di attuazione del budget e alla elaborazione delle informazioni necessarie per il controllo direzionale secondo le direttive del vertice strategico.

Al fine di porre in essere tali attività di indirizzo generale, l'Azienda ha adottato idonee modalità procedurali ed operative nel rispetto puntuale ed inderogabile delle norme e linee guida previste dalla normativa; ha altresì recepito i decreti e le delibere emanati dalla regione in ambito di programmazione per il piano di rientro.

Nel rispetto del piano di rientro sono state inoltre rese operative particolari procedure gestionali e contabili volte ad assicurare l'efficacia delle misure di razionalizzazione e contenimento della spesa sanitaria, oltre al puntuale monitoraggio dell'andamento della spesa a conforto della piena operatività delle azioni per il perseguimento degli obiettivi attesi.

In particolare a decorrere dal 01/01/2010 l'Azienda ha adottato con delibera n. 289/2010, ai fini di una corretta gestione delle procedure contabili amministrative e gestionali, i seguenti documenti previsti dal DCA n.14/2009:

- manuale dei principi contabili;
- linee guida per la predisposizione del regolamento di amministrazione e contabilità;
- piano dei conti di contabilità generale unico regionale;
- 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

Il **regolamento di contabilità** disciplina le attività di rilevazione e di rappresentazione dei fatti gestionali nel rispetto e secondo i principi del decreto 14/2009; esso contiene, tra l'altro, gli schemi del conto economico, dello stato patrimoniale, della nota integrativa e del piano dei conti.

Inoltre è stato dato attuazione con delibera 771 del 28/11/2011 a quanto indicato dal decreto 60/2011 in merito al processo da porre in essere relativamente ai vari cicli gestionali quali:

- ciclo attivo
- ciclo passivo
- ciclo di magazzino
- ciclo personale
- ciclo cespiti
- ciclo di budgeting e reporting.

A tal proposito, la struttura responsabile della progettazione della contabilità pone in essere tutte quelle attività occorrenti ad armonizzare la contabilità generale con i sistemi di rilevazione degli

altri cicli gestionali. A tal fine provvede a disciplinare e coordinare le principali informazioni del sistema contabile il cui nucleo essenziale è costituito dalle rilevazioni elementari di:

- a) contabilità del personale;
- b) contabilità degli ordini e degli approvvigionamenti;
- c) contabilità di magazzino;
- d) registrazioni concernenti i beni strumentali;
- e) contabilità delle prestazioni, incluse quelle in mobilità sanitaria attiva e passiva.

Il sistema contabile è armonizzato ed integrato, infatti, con le altre parti del sistema informativo e con l'intero sistema organizzativo dell'Azienda.

## SESTA SEZIONE

### **21. - ATTRIBUZIONE E REVOCA DEGLI INCARICHI - MODALITA' DI VALUTAZIONE**

Nell'ambito del processo di riforma del pubblico impiego, di cui al d.lgs 165/2001 e s.m.i., il sistema degli incarichi dirigenziali, unitamente con le norme che ne regolano la verifica e la valutazione, riveste una notevole valenza strategica e innovativa. Tale sistema, che si basa, nel conferimento degli incarichi, sui principi di trasparenza, pubblicità, autonomia, responsabilità, misurazione, valutazione e di valorizzazione del merito è volto a garantire il corretto svolgimento della funzione dirigenziale nel quadro delle disposizioni legislative e contrattuali vigenti.

L'accesso al ruolo dirigenziale avviene nel rispetto delle procedure previste dal d.lgs 502/92 art. 15 così come modificato dal d.lgs 229/99, dd.pp.rr 483/97 e 484/97, d.lgs 165/2001 art. 26, dalla l.r. 32/1994, dalla l.r. 3/2006 come modificata dalla l.r. 4/2011.

L'Azienda garantisce l'assegnazione a ciascun dirigente di un incarico, presupposto per avviare il processo valutativo. A tal fine, si è provveduto a:

- a) ridefinire le strutture organizzative e le funzioni dirigenziali (d.lgs. n.229/1999 e s.m.i.);
- b) applicare le disposizioni previste dal d.lgs. n.286/1999 e s.m.i.;
- c) attuare i principi di razionalizzazione e ottimizzazione (d.lgs.n. 165/2001, n.150/2009 e s.m.i.).

Come previsto nei numerosi specifici decreti del Commissario ad acta, è stata effettuata un'attenta verifica degli incarichi dirigenziali, delle posizioni organizzative e di coordinamento in modo da rendere il loro numero compatibile con le risorse disponibili nei fondi contrattuali rideterminati ai sensi delle disposizioni regionali.

Tutti gli incarichi dirigenziali, incarichi di posizioni organizzative e di coordinamento previsti nel presente atto aziendale sono finanziati con risorse a carico dei rispettivi fondi contrattuali.

Nell'individuazione dei criteri per l'affidamento degli incarichi dirigenziali, l'Azienda ha inteso valorizzare gli aspetti che consentono di connotare ciascun incarico con caratteristiche di specificità. In particolare, per gli incarichi di struttura un peso prioritario è stato dato ai fattori che caratterizzano le capacità gestionali. Invece, per l'affidamento degli incarichi professionali, sono state valutate le componenti che caratterizzano la competenza specialistica.

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

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

Ai sensi di quanto disposto dall'articolo 9, comma 32, del decreto legge 31.05 2010, n. 78, convertito con modificazioni dalla legge 30 luglio 2010, n.122, qualora l'azienda non intenda, alla scadenza di un incarico di livello dirigenziale, anche in dipendenza dei processi di riorganizzazione e in assenza di una valutazione negativa, confermare l'incarico conferito al dirigente, conferisce al medesimo dirigente un altro incarico, anche di valore economico inferiore.

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

### **21.1 – ROTAZIONE DEGLI INCARICHI**

Con delibera n. 74 del 29/01/2016 l'Azienda ha aggiornato il piano triennale dell'anticorruzione e trasparenza, prevedendo all'art. 11 "la rotazione del personale", intesa come alternanza tra più professionisti nelle decisioni e nella gestione delle procedure addette alle aree a più elevato rischio di corruzione e quale misura importante di prevenzione atta a ridurre il rischio che possano crearsi relazioni particolari tra i dipendenti e soggetti esterni.

L'Azienda d'intesa con il direttore della struttura interessata, sulla base dei criteri che verranno indicati nei regolamenti attuativi dell'atto aziendale, valuterà la possibilità di provvedere alla rotazione dei dirigenti richiamati a ricoprire incarichi particolarmente esposti al rischio corruzione, fermo restando il dovere di garantire continuità e coerenza nell'attività delle strutture.

### **21.2 – VALUTAZIONE DELLA DIRIGENZA – ORGANISMI DI VERIFICA**

La direzione aziendale attribuisce alla valutazione delle risorse umane e dei risultati raggiunti una fondamentale valenza strategica. Il sistema valutativo rappresenta un valido strumento per misurare non solo le prestazioni, gli incarichi ed il potenziale del personale dirigenziale e di quello assegnatario di posizioni organizzative, ma anche l'efficienza organizzativa dell'Azienda.

Gli organismi preposti alla verifica del personale sono:

- il Collegio Tecnico
- l'Organismo Indipendente di Valutazione

#### **21.2.1 - COLLEGIO TECNICO**

Al Collegio Tecnico competono le seguenti tipologie di verifica:

- ordinaria verifica triennale di tutti i dirigenti, indipendentemente dall'incarico conferito (sia sulle attività professionali che sui risultati raggiunti) ai fini della conferma, revoca o attribuzione di nuovo incarico di maggior rilievo;
- verifica di fine incarico sui responsabili di strutture semplici o complesse, ai fini dell'eventuale conferma, revoca o conferimento di nuovo incarico;
- verifica sui dirigenti al termine del quinto o quindicesimo anno di servizio, per la possibile assegnazione ad incarichi di maggiore rilievo (gestionali o professionali).

Il Collegio Tecnico non è unico; è un organismo a composizione variabile strutturato di volta in volta in relazione alla struttura di appartenenza del soggetto da valutare. E' nominato dal direttore generale e presieduto dal direttore del dipartimento cui afferisce il dirigente valutato. E' composto dal direttore sanitario o dal direttore amministrativo (o propri delegati) in base all'area del dirigente da valutare, e da un membro esperto nella stessa disciplina oggetto dell'incarico da valutare, eletto da tutti i dirigenti afferenti al dipartimento di appartenenza del dirigente interessato.

#### **21.2.2. – ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE (OIV)**

L'organismo Indipendente di Valutazione (OIV), introdotto col decreto legislativo 150/2009, svolge alcune importanti funzioni nel processo di misurazione e valutazione della performance:

- supporta la direzione aziendale sul piano metodologico e verifica la correttezza dei processi di misurazione, monitoraggio, valutazione e rendicontazione della performance organizzativa e individuale
- propone al vertice strategico la valutazione dei dirigenti apicali
- verifica che l'azienda realizzi nell'ambito del ciclo della performance un'integrazione sostanziale tra programmazione economico-finanziaria e pianificazione strategico-gestionale

- ai fini della valutazione della performance organizzativa, promuove l'utilizzo da parte dell'azienda dei risultati derivanti dalle attività di valutazione esterna e dei relativi impatti
- promuove e attesta l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e alla prevenzione della corruzione, indicati dall'art. 1 della legge 190/2012 così come modificato dal decreto legislativo 25 maggio 2016, n. 97 nonché dagli indirizzi espressi in materia dall'ANAC (Autorità Nazionale Anti-Corruzione)
- verifica i risultati e le buone pratiche di promozione delle pari opportunità.

Esso è composto da tre membri, selezionati in base a specifiche competenze ed esperienza.

Con decreto del Ministero per la semplificazione e la pubblica amministrazione (come previsto dall'art. 6, comma 4, del DPR 105/2016) verranno individuati i requisiti di competenza, esperienza ed integrità che dovranno possedere gli iscritti all'elenco nazionale.

## 22 – CRITERI DI VALUTAZIONE DEL PERSONALE

L'azienda, sulla base anche dei risultati del controllo di gestione, valuta, in coerenza a quanto stabilito al riguardo dai CCCCNLL, le prestazioni del personale dirigenziale e di quello assegnatario di posizioni organizzative e di incarico di coordinamento nonché i comportamenti relativi allo sviluppo delle risorse professionali, umane e organizzative a essi assegnate.

Le procedure di valutazione delle prestazioni e delle competenze organizzative tengono conto dei risultati dell'attività amministrativa e di gestione. Al fine di garantire trasparenza e affidabilità al giudizio, esse sono improntate ai seguenti principi:

- A. trasparenza dei criteri e dei risultati: gli elementi in base ai quali si procede alla valutazione delle attività professionali sono concordati con le Organizzazioni Sindacali rappresentative del personale interessato; i risultati della valutazione effettuata dal Collegio tecnico vengono comunicati e messi a disposizione dell'interessato, che può eventualmente controdedurre;
- B. informazione adeguata e partecipazione del valutato: il dirigente interessato può presentare una nota relativa all'attività svolta e sui fattori qualificanti dell'impegno professionale; può inoltre richiedere di essere ascoltato dal collegio tecnico per esporre le proprie deduzioni;
- C. il Collegio Tecnico, quale **valutatore di seconda istanza**, è chiamato a pronunciarsi sulla proposta di valutazione predisposta dal **valutatore di prima istanza**, corrispondente a:
  - direttore sanitario: per la valutazione dei risultati conseguiti dalle unità operative complesse il cui direttore svolga anche le funzioni di direttore di dipartimento; e per la valutazione dei risultati degli ambiti operativi di staff e delle strutture complesse della direzione sanitaria;
  - direttore amministrativo: per la valutazione dei risultati degli ambiti operativi di staff e delle strutture complesse della direzione amministrativa;
  - direttore di dipartimento: per la valutazione dei risultati delle strutture complesse o delle strutture semplici dipartimentali afferenti al rispettivo dipartimento;
  - direttore della struttura complessa: per la valutazione dei risultati dei titolari di struttura semplice divisionale, incarichi professionali, posizioni organizzative, coordinamenti, progetti delle équipes di reparto. E' indispensabile che tale proposta sia supportata dalla conoscenza diretta e non temporanea del dirigente e dei titolari di posizione organizzativa o coordinamento da valutare.
- D. l'oggetto della valutazione, oltre agli obiettivi specifici riferiti alla singola professionalità, è costituito in linea di principio da elementi concordati a livello aziendale con gli organismi di rappresentanza del personale, specifici per ciascuna tipologia di incarico e dettagliatamente riportato nei paragrafi seguenti.

## 22.1 – VALUTAZIONE DEL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO

Il direttore di dipartimento, cui competono responsabilità professionali di natura organizzativa e di tipo gestionale in ordine alla razionale e corretta programmazione e gestione delle risorse assegnate per la realizzazione degli obiettivi attribuiti, è nominato dal direttore generale su indicazione del Comitato di dipartimento.

La verifica del direttore di dipartimento compete – in considerazione della natura prettamente gestionale ed organizzativa delle attività svolte – direttamente al direttore generale su proposta motivata del direttore sanitario o del direttore amministrativo, per i settori di rispettiva competenza, sulla base dei seguenti criteri:

- a) risultati conseguiti in materia clinico–organizzativa dal dipartimento;
- b) risultati gestionali in ordine alla razionale e corretta gestione delle risorse assegnate;
- c) raggiungimento degli obiettivi di budget assegnati al dipartimento, con particolare riferimento al grado di coinvolgimento e di partecipazione del personale al budget;
- d) grado di partecipazione quali–quantitativa al collegio di direzione (numero di presenze registrate, livello di coinvolgimento attivo anche attraverso la formulazione e/o discussione di proposte, programmi e soluzioni organizzative rilevanti ai fini delle scelte aziendali).

## 22.2 – VALUTAZIONE DEI DIRETTORI DI STRUTTURA COMPLESSA

Le procedure valutative del dirigente con incarico di struttura complessa sono finalizzate a monitorare costantemente le professionalità di maggior rilievo sotto l’aspetto organizzativo e tengono conto dei seguenti fattori:

- **capacità dirigenziali:** si esplicano principalmente nelle funzioni di programmazione delle attività e indirizzo (definizione dei processi operativi e delle azioni preordinate al conseguimento degli obiettivi); coordinamento (armonizzazione delle diverse figure professionali e tra le varie attività), controllo e vigilanza (sui risultati attesi e sui comportamenti adottati);
- **capacità professionali:** rispetto al precedente fattore che attiene alle caratteristiche manageriali, questo criterio di valutazione si riferisce alle peculiari capacità clinico-professionali possedute dal responsabile, purchè sia comprovato il loro utilizzo e la rilevanza all’interno della struttura diretta. Il grado di competenza professionale è inversamente proporzionale al livello di interscambiabilità con gli altri sanitari e quindi è alto in assenza di sostituibilità da parte degli altri dirigenti dell’equipe dell’unità operativa;
- **capacità innovativa:** questo criterio di valutazione fa riferimento alla capacità propositiva dimostrata dal responsabile della struttura complessa nel promuovere l’introduzione e l’utilizzo di strumenti e metodologie con significative caratteristiche di novità rispetto all’organizzazione ordinaria dell’unità operativa. L’implementazione di specifiche competenze nell’utilizzo di processi innovativi rappresenta infatti un fattore di qualificazione strategicamente rilevante per l’azienda ed è connessa alle iniziative di ricerca e formazione purché attivate in collaborazione con accreditati centri e/o istituti scientifici (nei settori delle tecniche diagnostiche ed interventistiche, dei programmi informatici, dei sistemi per la gestione efficienti delle risorse, ecc.);
- **comportamenti:** ci si riferisce alle caratteristiche relazionali dimostrate nell’instaurare un clima di fattiva collaborazione e nel motivare adeguatamente tutto il personale, anche attraverso l’attribuzione di specifici obiettivi prestazionali. In via generale si vuole evidenziare l’introduzione di un clima positivo al conseguimento di maggiori livelli prestazionali quali – quantitativi;
- **risultati:** la verifica dei risultati conseguiti viene effettuata sotto un duplice aspetto: livello qualitativo dell’assistenza (umanizzazione e accoglienza, percezione da parte dell’utenza, livelli di pulizia, presenza di reclami, ecc.) e livello quantitativo o uso efficiente delle risorse assegnate. Per quanto riguarda i risultati economici, la valutazione delle capacità dimostrate nella gestione dei beni, nel controllo della spesa e nei livelli di produttività non può prescindere dall’esame delle



condizioni in cui si opera e quindi della specificità dell'attività e dei fattori che oggettivamente incidono sui risultati prestazionali;

- **capacità relazionali:** il potenziamento dei comportamenti favorevoli all'organizzazione dipartimentale favorisce un elevato e fattivo grado di interdipendenza con le altre unità operative, nell'ottica di incentivare iniziative comuni per fornire un'assistenza integrata ed efficiente;
- **formazione e aggiornamento:** l'aggiornamento è finalizzato ad adeguare, per tutto l'arco del rapporto di lavoro, le conoscenze professionali per migliorare le competenze e le abilità cliniche, tecniche e manageriali.

### **22.3 – VALUTAZIONE DEI DIRIGENTI DI UNITA' OPERATIVA SEMPLICE DIPARTIMENTALE O SEMPLICE O DI STAFF**

I dirigenti con incarico di struttura semplice dipartimentale o semplice o di staff sono valutati sui seguenti criteri:

- **livello di collaborazione interna:** corrisponde alla capacità dimostrata nel correlarsi con le altre strutture (all'interno dell'unità operativa per le strutture semplici e dell'organizzazione dipartimentale per le strutture semplici dipartimentali), ed il livello di collaborazione risulta fattore indispensabile per il raggiungimento degli obiettivi complessivi dell'u.o. o del dipartimento.
- **capacità di governo del personale:** dimostrata nel motivare e valorizzare il personale assegnato è sintomo di un clima organizzativo favorevole alla produttività. Si espleta attraverso la funzione di guida e stimolo dei collaboratori, l'equilibrata individuazione dei carichi di lavoro e la gestione degli istituti contrattuali, l'indizione di incontri interni di aggiornamento professionale, riunioni per la condivisione degli impegni derivanti dal processo di programmazione/budget.
- **risultati delle procedure di controllo:** impegno nell'organizzare incontri interni per discutere casi clinici o l'appropriatezza delle prestazioni (audit clinico), introduzione di azioni per promuovere la qualità del servizio, orientamento all'utenza (azioni correttive ai comportamenti segnalati dai reclami pervenuti all'URP, gradimento dell'utenza, iniziative di informazione, ecc.).
- **promozione di innovazioni tecnologiche e procedure:** attraverso l'implementazione di nuove metodiche, la predisposizione di linee guida, iniziative volte alla riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni, l'adozione di protocolli operativi d'intesa con i servizi diagnostici.
- **gestione del budget:** questo criterio si applica ove ne ricorrano le condizioni e riguarda il risultato del budget affidato e delle risorse umane e strumentali assegnate nonché altre funzioni eventualmente delegate. Si riferisce alla capacità dimostrata nell'organizzare in modo efficace ed efficiente le risorse (risultato della singola struttura rispetto alla media divisionale o dipartimentale). E' un fattore che dimostra il rispetto degli obiettivi prestazionali assegnati.
- **formazione e aggiornamento:** si riconosce particolare rilievo alle attività di aggiornamento professionale dirette ad adeguare, per tutto l'arco del rapporto di lavoro, le conoscenze professionali e di formazione continua dirette a migliorare le competenze e le abilità cliniche, tecniche e manageriali, anche in ottemperanza all'obbligo di acquisizione dei crediti formativi.

### **22.4 – VALUTAZIONE DELLE POSIZIONI ORGANIZZATIVE**

L'individuazione delle posizioni organizzative risponde a necessità strategiche o organizzativo-gestionali. Non sono posti di dotazione organica e sono annullabili a seguito di mutamento dell'organizzazione interna, di modifiche dei processi gestionali o riprogrammazione delle attività.

La posizione organizzativa comporta ambiti di autonomia e responsabilità integrativi a quelli specifici del profilo di appartenenza, e quindi occorre definire con chiarezza le attività di pertinenza, gli ambiti di competenza professionale distintivi che consentono l'esercizio di ruoli funzionali alla promozione della qualità dell'assistenza o dei processi produttivi. Si individuano due tipologie di posizioni organizzative:

- **posizioni di natura gestionale**, che comportano la direzione di ambiti organizzativi e “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”. Sono caratterizzate dalla diretta responsabilizzazione nei processi di allocazione e utilizzo delle risorse umane, economiche e tecnologiche; i titolari partecipano, tra l’altro, al processo di contrattazione del budget e alla programmazione delle attività.
- **posizioni di natura professionale**, inerenti a funzioni di studio o ricerca, ispettive, di vigilanza e controllo, di coordinamento di attività didattica e che comportano “lo svolgimento di attività con contenuti di alta professionalità e specializzazione, quali ad esempio i processi assistenziali, oppure lo svolgimento di attività di staff”. Per questi incarichi è determinante il possesso e l’esercizio di particolari caratteristiche di specializzazione o conoscenze funzionali al compito affidato.

La valutazione dei risultati conseguiti viene effettuata tenendo conto dei seguenti elementi:

- livello di collaborazione interna e di partecipazione alle attività multiprofessionali;
- livello dell’impegno nell’espletamento delle funzioni;
- qualità dell’apporto fornito nella gestione delle attività e nel miglioramento del ricorso alle prestazioni diagnostiche;
- risultati delle verifiche effettuate dal dirigente riguardo all’appropriatezza e qualità clinica delle prestazioni;
- capacità dimostrate nell’interagire con l’utenza;
- capacità dimostrata nel promuovere e gestire le innovazioni;
- adeguato livello di aggiornamento e formazione;
- osservanza degli obiettivi prestazionali assegnati;
- rispetto del codice di comportamento.

## 22.5 – VALUTAZIONE DEGLI INCARICHI DI COORDINAMENTO

Tali funzioni sono caratterizzate da una professionalità in senso allargato, che comprende non solo il possesso delle capacità tecniche inerenti allo specifico ruolo, ma anche aspetti relativi alla capacità di interagire con l’utenza e collaborare nell’ambito di un sistema organizzato.

Si tratta, pertanto, di una funzione direttiva e organizzativa caratterizzata principalmente dall’impegno costante a realizzare nel concreto l’integrazione dei vari interventi necessari per il funzionamento del proprio reparto.

La funzione di coordinamento, in altri termini, consiste nel mettere insieme tutte le azioni funzionali all’efficiente andamento delle attività sanitarie, e comporta la **pianificazione degli interventi** necessari alla concreta realizzazione delle finalità individuate ed il **coordinamento del personale** di riferimento, che dovrà realizzare tali interventi.

Le funzioni di coordinamento implicano che il titolare abbia sviluppato una visione sistematica delle attività sanitarie che vengono erogate nell’ambito specifico di assegnazione e che la sua direzione sia in grado di garantire flessibilità operativa e interscambiabilità.

La valutazione dei risultati conseguiti viene effettuata tenendo conto dei seguenti elementi:

- livello di analisi del fabbisogno di risorse umane necessarie
- efficienza dei piani di lavoro elaborati
- livello della performance professionale
- stimolo alla produttività collettiva
- sviluppo del potenziale professionale dei collaboratori
- adeguata analisi dei fabbisogni formativi
- corretta analisi del benessere organizzativo
- monitoraggio delle risorse economiche (budget).

### **23 - VALUTAZIONE E IL CONTROLLO STRATEGICO**

Il controllo strategico mira a verificare, in funzione dell'esercizio dei poteri di indirizzo e programmazione da parte della direzione aziendale, l'effettiva attuazione delle scelte contenute nelle direttive e negli altri atti di indirizzo politico.

L'attività stessa consiste nell'analisi preventiva e successiva della congruenza e/o degli eventuali scostamenti tra le finalità individuate dalle norme, gli obiettivi operativi assegnati, le priorità individuate e le risorse (umane, finanziarie e materiali) effettivamente messe a disposizione. La valutazione a consuntivo dello scostamento rispetto agli obiettivi individuati tiene conto degli eventuali fattori ostativi, delle eventuali responsabilità soggettive nella mancata o parziale attuazione degli obiettivi e dei possibili rimedi.

I risultati delle attività di valutazione preordinate al controllo strategico vengono riferiti in via riservata al direttore generale, con apposite relazioni.

Le risultanze dell'analisi supportano il direttore generale anche ai fini della valutazione dei dirigenti che rispondono per il conseguimento degli obiettivi assegnati.

Le attività di valutazione e controllo – elaborate sulla base delle indagini sulla situazione interna ed esterna all'azienda, effettuate dal controllo di gestione - fanno capo all'ufficio di direzione, il quale formula le linee strategiche e definisce i piani di investimento, formalizzando i seguenti fattori:

- il livello di prodotto che l'azienda intende conseguire;
- la qualità e quantità di prestazioni su cui l'organizzazione prevede di attestarsi;
- le risorse necessarie;
- le azioni necessarie per il conseguimento delle finalità di piano (a medio e lungo periodo), nonché gli investimenti conseguenti.

### **24 - RESPONSABILITÀ DEI DIRIGENTI**

La responsabilità manageriale si configura come una funzione aggiuntiva per i direttori di dipartimento, di struttura complessa e di struttura semplice a valenza dipartimentale, i quali sono chiamati a gestire in piena autonomia i rispettivi budget e le risorse assegnate.

Tale forma di responsabilità (gestionale e direzionale) è integrativa di quella professionale connessa alle competenze tecnico-scientifiche che caratterizzano gli operatori, ed è quindi indipendente dal tipo di incarico conferito.

La responsabilità gestionale è correlata alle logiche che governano il sistema di verifica e valutazione dei dirigenti, e si associa a differenti conseguenze:

- 1) i riscontri positivi incidono sulla retribuzione di risultato e sugli effetti economici derivanti dalla graduazione delle funzioni;
- 2) la valutazione negativa può comportare la revoca dell'incarico dirigenziale con contestuale destinazione ad altro incarico.

La responsabilità gestionale, derivante da un non funzionale e/o inefficiente rendimento del dirigente che svolge in ambito aziendale compiti di particolare rilievo, si concretizza in:

- a) reiterato mancato conseguimento degli obiettivi di budget assegnati, senza reale giustificazione connessa ad impedimenti non oggettivamente imputabili al dirigente;
- b) inidonea qualità delle prestazioni erogate;
- c) inadeguato utilizzo delle risorse umane gestite, a causa della incapacità di creare un clima idoneo a favorire positivi livelli di produttività;
- d) comportamenti personali in contrasto con l'immagine e la mission aziendale.

Tale responsabilità rappresenta una rilevante innovazione rispetto alla visione tradizionale che valuta la figura del dirigente solo in ottica professionale e prestazionale. Tuttavia, se accertata, non potrà non incidere sul rapporto tra l'azienda e un dirigente con compiti di maggior rilievo, avendo tale rapporto un carattere precipuamente fiduciario.

## SETTIMA SEZIONE

### **25. ARTICOLAZIONI DELL'AZIENDA**

#### **25.1 - DIPARTIMENTI**

I dipartimenti sono strutture di coordinamento e direzione per lo svolgimento di funzioni complesse e compiti di orientamento, consulenza e supervisione per le funzione cui sono preposti. I dipartimenti sono stati istituiti presso il Moscati con delibera n. 971 del 5.11.1999 e sono costituiti da strutture organizzative complesse, semplici divisionali e semplici dipartimentali che, per omogeneità, affinità e complementarità 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.

Per il corretto funzionamento, successivamente al conferimento degli incarichi di direttore di dipartimento e alla costituzione dei **comitati di dipartimento** (composti da membri di diritto e membri elettivi) sono stati approvati i "**regolamenti operativi**", quali codici di comportamento uniformi per quanto riguarda in particolare gli aspetti clinico assistenziali, didattici, di ricerca, etici, medico-legali, giuridici ed economico-finanziari.

L'organizzazione dipartimentale prevista dalla citata delibera 971/1999 è stata rivisitata col presente atto, per renderla maggiormente funzionale alle modifiche che hanno interessato l'azienda, soprattutto in termini di complessità della stessa e degli obiettivi che le strutture afferenti debbono conseguire.

L'ottica a breve termine è quella di trasformare ciascun dipartimento in un'aggregazione organizzativa e funzionale di strutture che assume la valenza di soggetto negoziale nei rapporti con l'azienda e con gli altri dipartimenti e/o macrostrutture organizzative, dotato di autonomia gestionale e soggetto a rendicontazione analitica (secondo il modello del **dipartimento strutturale**). Del resto, in questa ottica si è proceduto alla programmazione e dislocazione degli spazi della nuova "cittadella ospedaliera" completamente attivata da dicembre 2010.

Ovviamente, l'allegato "assetto organizzativo dell'azienda" aggrega in dipartimenti sia le strutture complesse che le strutture semplici dipartimentali ossia quelle strutture che svolgono funzioni non convenientemente esercitabili da strutture complesse già esistenti, o per attività svolte a favore di una pluralità di strutture complesse.

Le strutture "semplici", quali articolazioni di quelle complesse, sono già comprese nella struttura principale aggregata.

#### **25.2 – FUNZIONI E COMPITI DEI DIPARTIMENTI**

L'individuazione dei dipartimenti tiene conto della complessità delle funzioni, del numero di strutture complesse che ne fanno parte e degli obiettivi che quest'ultime devono conseguire.

I principali compiti dei dipartimenti sono:

- 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;
- misurare le performance di processo e l'analisi delle attività
- valutare l'efficacia dell'azione;
- assicurare l'integrazione funzionale tra le unità operative;
- collaborare alla definizione del budget dipartimentale;
- partecipare alla programmazione strategica aziendale, attraverso la condivisione dei seguenti aspetti:

- a) indirizzi strategici
- b) analisi della domanda
- c) 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.

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.

In quanto di tipo strutturale, i dipartimenti del Moscati 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. Pertanto assumono anche valenza di soggetto negoziale per l'attribuzione del budget.

In linea di principio, l'assetto organizzativo del dipartimento presuppone l'aggregazione di un numero congruo di unità operative complesse (non inferiore a tre).

Le unità operative complesse costituenti i dipartimenti presentano, di norma, queste caratteristiche:

- sono afferenti a più discipline di cui all'art. 4 del DPR 10 dicembre 1997, n. 484 e successive modificazioni;
- hanno una rilevante consistenza, in termini di complessità gestionale e di quantità di risorse umane, tecniche e finanziarie utilizzate e di unità operative afferenti;
- presentano contesti organizzativi tipici (sale operatorie, servizi e apparati diagnostici, ambulatori, ecc.);
- sono dotati di posti letto, servizi e/o attività congrua e funzionale al dimensionamento efficiente delle strutture.

### **25.3 - AREE INTERDIPARTIMENTALI ORGANIZZATIVO - FUNZIONALI**

Il Moscati ha programmato, in linea con quanto previsto nell'atto di indirizzo regionale, le **aree funzionali interdipartimentali** come possibile modello di gestione per funzioni sanitarie emergenti o per percorsi diagnostico-terapeutici integrati.

Esse si configurano come punti di coordinamento di attività omogenee per finalità di tipologia di intervento e garantiscono, in tal modo, una più completa presa in carico del paziente per l'intero percorso assistenziale.

Al loro interno vengono definiti percorsi, linee guida e protocolli, a carattere diagnostico terapeutico e/o organizzativo, finalizzati al pieno dispiegamento del governo clinico.

L'attivazione di aree funzionali interdipartimentali è limitata ai casi in cui la tipologia di intervento preveda il coinvolgimento di almeno tre dipartimenti.

Il responsabile del coordinamento va individuato nel direttore di una delle strutture complesse coinvolte.

#### **25.4 – DIRETTORE DI DIPARTIMENTO**

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;
- 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;
- garantisce l'appropriatezza degli interventi con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative secondo le modalità di governo clinico;
- 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 garantisce al direttore del dipartimento un supporto tecnico-amministrativo che consenta la realizzazione dei compiti affidati.

#### **25.5 – COMITATO DI DIPARTIMENTO**

Il Comitato di dipartimento è composto da componenti di diritto e da componenti di nomina elettiva.

I **componenti di diritto** sono:

- il direttore del dipartimento, che lo presiede;
- i direttori e/o responsabili di unità operativa con autonomia gestionale.

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 sono stabilite 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 i 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.

## **25.6 – DIPARTIMENTO INTEGRATO DELLE EMERGENZE**

La Regione Campania ha programmato il sistema dei Dipartimenti strutturali Integrati delle Emergenze (DIE) in modo tale da governare tutte le componenti territoriali ed ospedaliere del SIRES (Sistema Integrato Regionale Emergenza Sanitaria), che ricomprende le seguenti funzioni:

- allarme sanitario
- trasporto infermi
- servizio di assistenza urgenza territoriale e le attività di emergenza ospedaliera per il territorio della Centrale Operativa (CO).

L'ambito di riferimento dei DIE è, a regime, quello provinciale. Tuttavia, tenuto conto dell'attuale assetto degli ambiti territoriali delle centrali operative e considerata la complessità dell'intero percorso riorganizzativo, la Regione procederà alla graduale attuazione di tale obiettivo nell'arco di un triennio. Con decreto commissariale n. 57 del 14.06.2012 si sono completate le disposizioni in tema di dipartimento integrato dell'emergenza.

In fase di prima attuazione sono costituiti i seguenti DIE:

- *provinciali*: DIE Avellino – DIE Benevento – DIE Caserta
- *subprovinciali*: DIE Napoli 1 centro – DIE Napoli 2 nord – DIE Napoli 3 sud – DIE Salerno 1 - DIE Salerno 2

I DIE Avellino, Benevento, Caserta, Napoli 1 centro, e il DIE Salerno 1 sono interaziendali, comprendendo componenti facenti capo ad Aziende Sanitarie Locali e Aziende Ospedaliere.

I DIE Napoli 2 nord, Napoli 3 sud e Salerno 2 sono intraziendali e pertanto fanno capo alle sole Aziende sanitarie territoriali.

Il direttore del DIE, scelto tra i responsabili delle unità operative che lo costituiscono, è nominato dal direttore generale dell'azienda competente su proposta del consiglio di dipartimento. Nel caso di die interaziendale la nomina avverrà d'intesa tra i direttori generali della aziende sanitarie competenti. Tutte le funzioni previste dalla normativa regionale vigente, se non diversamente esplicitate, sono demandate al DIE.

Il DIE, avvalendosi delle proprie componenti integrate e ripartendo tra di esse i compiti, deve:

- garantire la necessaria mobilità del personale (per adeguamento alle necessità d'intervento) e l'opportuna sua rotazione sulle varie articolazioni del servizio (al fine di ridurre il rischio di *burn out* e riproporzionare i carichi di lavoro);
- garantire la realizzazione di percorsi territorio/ospedale per le patologie a più alta incidenza di morbilità e mortalità (cardiovascolari, neurologiche, traumatiche, ecc.);
- garantire gli standard strutturali, operativi e clinici definiti dall'assessorato alla sanità;
- garantire la corretta gestione dei flussi informativi istituzionali;
- applicare le linee guida diagnostico/terapeutiche sui percorsi del paziente;

- effettuare le valutazioni qualitative dell'attività svolta;
- attuare i programmi di formazione e miglioramento della qualità definiti dall'Assessorato alla Sanità;
- verificare il possesso ed il mantenimento dei requisiti e degli standard organizzativo/clinici degli enti ed associazioni che collaborano nell'attività di emergenza;
- approntare piani di gestione delle emergenze intra ed extrospedaliere;
- eseguire esercitazioni di gestione delle emergenze intra ed extrospedaliere.

### **25.7 ASSISTENZA AI DETENUTI**

Nell'ambito delle attività finalizzate a garantire la "tutela della salute dei detenuti, degli internati e dei minori del circuito penale" (di cui agli allegati al DPCM 1 aprile 2008, che richiamano il d. lgs. n. 230/1999), l'azienda ospedaliera prevede l'attivazione di un settore specifico "detenuti" dotato di posti letto e adeguato personale dedicato.

Tale settore dovrà garantire l'assolvimento e/o il coordinamento di tutte le funzioni sanitarie (ricovero, prestazioni chirurgiche, richieste di prestazioni diagnostico-strumentali e di consulenze specialistiche, ecc.) rivolte alle persone in regime di esecuzione penale e ai minori destinatari di provvedimenti penali.

### **25.8 – SERVIZIO INFERMIERISTICO E TECNICO (SleT)**

Il Servizio Infermieristico e Tecnico (SleT) concorre al perseguimento della mission aziendale assicurando la qualità, l'efficacia e l'efficienza tecnico-operativa delle attività assistenziali erogate nell'ambito della promozione della salute, prevenzione, cura delle malattie e della riabilitazione, sulla base delle funzioni individuate dalle norme istitutive dei profili professionali, nonché degli specifici codici deontologici, in integrazione con i diversi sistemi organizzativi e professionali aziendali.

Il SleT si articola in:

1. un Dirigente responsabile del Servizio infermieristico e un Dirigente responsabile del Servizio Tecnico, collocati in linea al Direttore Sanitario Aziendale, assicurando lo sviluppo dei processi e dei programmi di competenza attraverso il governo delle funzioni previste dalle normative vigenti (l'incarico di Dirigente delle professioni sanitarie sarà conferito attraverso la procedura concorsuale di cui al DPCM del 25.01.2008 pubblicato nella G.U. – serie generale n.48 del 26.02.2008).

2. Cinque posizioni organizzative, una per ogni profilo professionale garanti delle funzioni previste dal Piano di Organizzazione Aziendale per quanto riguarda l'assistenza infermieristica, tecnica e riabilitativa assicurando il coordinamento dei processi di assistenza infermieristica, ostetrica, tecnico-sanitaria e riabilitativa.

Ai 2 Dirigenti afferisce, ognuno per la propria specificità tecnica ed con la collaborazioni delle posizioni organizzative assegnate, l'organizzazione dei corsi di laurea delle professioni sanitarie.

Tali funzioni sono collocate in staff alla Direzione Sanitaria ed in stretto rapporto con le altre strutture organizzative aziendali.

### **25.9 – COORDINAMENTO E GOVERNO DELLE ATTIVITA' OSPEDALIERE**

Con decreto commissariale n. 33 del 17 maggio 2016 la Regione ha definito il riassetto della rete ospedaliera individuando le funzioni specialistiche da attribuire a ciascuna AO regionale.

Ai sensi dell'art. 15, comma 13, del d.l. 95/2012 convertito con modificazioni dalla legge 135/2012, poichè il Moscati è costituito da un unico presidio, le funzioni e i compiti del direttore sanitario aziendale e del direttore medico di presidio sono svolti da un unico soggetto avente i requisiti di legge (Direttore Sanitario Aziendale).



Nel contempo, al fine di garantire la migliore efficienza gestionale e operativa, sono stati ridefiniti gli uffici in staff e le strutture complesse afferenti alla direzione sanitaria, per assicurare i seguenti obiettivi:

- analisi e monitoraggio dei livelli qualitativi e di appropriatezza delle prestazioni e verifica dei lea
- funzioni igienico-organizzative
- integrazione e coordinamento delle strutture ospedaliere.
- Gestione unificata delle prestazioni, ALPI e liste d'attesa.
- Monitoraggio e controllo delle Infezioni nosocomiali.
- gestione posti letto: bed manager e bed management

la gestione della risorsa posti letto, da rendere disponibili per l'area dell'emergenza-urgenza se opportunamente strutturata in rapporto alla domanda, consente di ridurre la permanenza di malati stabilizzati trasferibili presso altre UUOO. La gestione della Risorsa Posto Letto rappresenta pertanto elemento organizzativo-gestionale strategico a livello aziendale che richiede il coinvolgimento e la responsabilizzazione di tutte le UUOO coinvolte. Strumenti per la sua realizzazione, in un contesto di politica aziendale fortemente orientata alla governance di tale risorsa sono: l'istituzione della/e figura/e del bed manager e la definizione di chiari programmi organizzativi di bed management. Lo scopo dell'istituzione di tale figura è quello di garantire una gestione corretta e tempestiva della risorsa posti letto facilitando l'incontro tra la domanda e l'offerta, attivando misure correttive o integrative e sottraendo questa incombenza ai medici o agli infermieri di Pronto Soccorso. Il Bed manager, agisce in stretto coordinamento e continuità organizzativa con la UO PE e Medicina d'Urgenza e per valutarne la domanda, con le UUOO aziendali e con la Direzione Sanitaria per un aggiornamento costante e per la pronta decisione/condivisione di in ordine a eventuali misure/scelte organizzative. Il Bed Manager, la cui collocazione è prevista in staff alla Direzione Sanitaria Aziendale, è una figura professionale, competente nei programmi informatici per la movimentazione malati, e nei programmi informatici di base, che abbia dimestichezza con gli aspetti relativi alla funzionalità del sistema ospedaliero, con conoscenze organizzativo gestionali. Occorre inoltre, che abbia per gli aspetti di comunicazione qualità relazionali e di mediazione.

## OTTAVA SEZIONE

### **26. ARTICOLAZIONI DELLE STRUTTURE OPERATIVE**

La definizione dell'assetto organizzativo dell'Azienda Ospedaliera Moscati di Avellino (vedi **allegato 1**) è stata 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 cioè:

- una struttura complessa ogni 16 posti letto
- 1,31 strutture semplici dipartimentali o strutture semplici divisionali per ogni struttura complessa.

Per l'azienda ospedaliera, il numero di strutture complesse, semplici e semplici dipartimentali non è comprensivo dei servizi centrali tecnici, professionali e amministrativi.

### **26.1 - CRITERI PER LA INDIVIDUAZIONE DELLE UNITÀ OPERATIVE (UOC, UOSD, UOS) E DELLE FUNZIONI CENTRALI**

#### CRITERI IN BASE AI QUALI SONO STATE INDIVIDUATE LE STRUTTURE COMPLESSE:

Gli ambiti operativi ed organizzativi aziendali individuati quali strutture complesse sono di norma caratterizzati 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 assegnate, adeguate quali/quantitativamente a natura ed 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 a natura ed entità degli obiettivi.
- e) rilevanza strategica delle attività considerate come completamento dell'iter diagnostico e terapeutico di specialità riconosciute di eccellenza per il Moscati quali l'istituzione della Chirurgia Oncologica.

#### CRITERI IN BASE AI QUALI SONO STATE INDIVIDUATE LE STRUTTURE SEMPLICI DIPARTIMENTALI:

Gli ambiti operativi ed organizzativi aziendali individuati quali strutture semplici dipartimentali sono di norma caratterizzati 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) presenza della competenza specialistico-funzionale necessaria per gestire la struttura;
- d) rilevanza delle metodologie e delle strumentazioni utilizzate nella struttura.

#### CRITERI IN BASE AI QUALI SONO STATE INDIVIDUATE LE STRUTTURE SEMPLICI:

Gli ambiti operativi ed organizzativi aziendali individuati quali strutture semplici sono di norma caratterizzati 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.

Le unità operative assistenziali erogano prestazioni sia in regime di ricovero che ambulatoriali in misura tale da:

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

## **27. MODELLI OPERATIVI**

### **27.1 RETI PROFESSIONALI**

L'evoluzione dei processi assistenziali sta costantemente ampliando il ricorso alle reti professionali, intese come un insieme di singoli professionisti, unità operative e/o loro articolazioni, organizzati su base non gerarchica attorno a questioni o interessi comuni per il raggiungimento di obiettivi che sono perseguiti attivamente e in maniera sistematica basandosi sull'impegno, la stima e la fiducia reciproca.

La creazione di reti ha lo scopo di collegare diverse dimensioni professionali, linee di attività, strutture operative e/o loro articolazioni interne che partecipano a un'organizzazione reale che può non coincidere con l'organizzazione formale dell'azienda.

Le reti professionali sono finalizzate a coordinare i contributi professionali specialistici al fine di costituire un'offerta di prestazioni polispecialistiche integrate, riconducibili a profili di cura e/o a percorsi assistenziali o ancora a un centro specialistico.

In questo ambito rientrano i gruppi operativi interdisciplinari e i dipartimenti interaziendali.

### **27.2 AREE INTERDIPARTIMENTALI ORGANIZZATIVO-FUNZIONALI/AREE FUNZIONALI INTERDISCIPLINARI- GOIP**

Delle aree interdipartimentali organizzativo funzionali si è discusso al punto 25.3

Presso l'Azienda sono presenti dei gruppi operativi interdisciplinari 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 gruppi operativi interdisciplinari vengono costituiti a livello di dipartimento.

### **27.3 FUNZIONI INTERAZIENDALI**

L'Azienda intende dare un particolare impulso alla costituzione di funzioni interaziendali con l'ASL di Avellino, nell'ambito di attività di particolare rilievo strategico e che coinvolgono professionalità e strutture afferenti alle due aziende sanitarie.

I principali ambiti di intervento comune riguarderanno le priorità definite, tra l'altro, nell'"Atto di indirizzo per l'adozione dell'atto aziendale delle aziende sanitarie della Regione Campania" (DCA 18/2013) e nel "Piano regionale di programmazione della rete ospedaliera 2016-2018" (DCA 33/2016).

L'obiettivo consiste nel definire l'integrazione funzionale tra le unità clinico-assistenziali delle due aziende, così da garantire uniformità e appropriatezza ai percorsi diagnostico-terapeutici del paziente con specifiche problematiche. Infatti, le unità operative afferenti alle funzioni

interaziendali, in quanto provengono da aziende diverse, sono portatrici di competenze ed esperienze complementari.

Il processo di implementazione delle sinergie tra le strutture comporta l'analisi, la definizione e l'integrazione dell'apporto che ciascun servizio può offrire alla cura del paziente, nelle sue diverse tipologie e fasi. I percorsi atti a soddisfare le diverse esigenze e a garantire nel contempo la necessaria uniformità d'approccio clinico, verranno condivisi e definiti in linea con le indicazioni e gli indirizzi gestionali derivati dalle migliori evidenze scientifiche disponibili.

Di seguito si riporta un'indicazione delle principali funzioni interaziendali previste:

1. **Funzione Assistenza Ospedaliera**, composta da tutti i presidi ospedalieri provinciali
2. **DIE – Dipartimento Integrato delle Emergenze** (vedi punto 25.6)
3. **Funzione Integrata Medicina del Lavoro e Legale**
4. **Funzione Interaziendale di Salute Mentale**
5. **Funzione Interaziendale patologie stress correlate legate ai luoghi di lavoro delle 2 aziende**
6. **Funzione Interaziendale Medicina di Laboratorio**
7. **Funzione Interaziendale Farmaceutica**
8. **Funzione Interaziendale Sistemi Informativi e ICT**
9. **Funzione Integrata Assistenza pre e postacuzie, Malattie Oncologiche e cronico-degenerative e ricoveri protetti in strutture territoriali interaziendali.**

Per le loro attività:

- Le funzioni interaziendali sono costituite ed esercitano le loro attività ad invarianza di costi per le due Aziende. Non è previsto emolumento alcuno se il coordinatore delle funzioni interaziendali individuato è già capo di dipartimento. Nel caso in cui non lo sia l'onere cade in capo all'Azienda di cui il coordinatore individuato è dipendente;
- Il regolamento operativo delle funzioni interaziendali dovrà essere condiviso e deliberato da ciascuna delle due Aziende;
- la sede coincide con quella di origine del coordinatore designato;
- la nomina del coordinatore dovrà essere effettuata secondo le modalità definite dal regolamento e dalla normativa vigente, che regola la costituzione tipo di un dipartimento, con l'unica variante che alla nomina stessa concorrono d'intesa i Direttori Generali delle due Aziende.

## **28 – ASSETTO DEGLI INCARICHI PROFESSIONALI**

Al fine di assicurare adeguata rilevanza alle funzioni ad alto contenuto tecnico-professionale che nel corso del tempo si sono sviluppate e hanno significativamente qualificato l'attività delle strutture aziendali, la direzione del moscati ha provveduto a selezionare e conferire i corrispondenti incarichi professionali.

Nell'allegato prospetto organizzativo sono riportate le attività specialistiche aggiornate sulla base della ricognizione dell'attuale situazione delle funzioni più rilevanti sotto l'aspetto tecnico-professionale, per le quali l'azienda prevede di 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 riguardano 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 di incarico prevale la specifica competenza professionale, diversamente da quelli conferiti per la direzione delle unità operative complesse e la responsabilità delle strutture semplici ove prevalgono le competenze gestionali di risorse umane, tecniche e finanziarie.

L'individuazione degli incarichi professionali non prefigura rapporti di sovra o sotto ordinazione rispetto agli incarichi di struttura semplice, bensì la diretta dipendenza dal direttore dell'UOC o dal direttore del dipartimento qualora l'incarico professionale abbia una funzione dipartimentale.

Sotto quest'ultimo aspetto, il completamento della dipartimentalizzazione e la presenza di dirigenti che forniscono importanti contributi professionali alle attività assistenziali e diagnostiche di più unità operative, rendono prioritario il formale riconoscimento del ruolo strategico degli operatori che contribuiscono costantemente alla definizione dei più opportuni ed efficaci processi e percorsi in ambito dipartimentale.

La valorizzazione di tali **incarichi di alta specializzazione a funzione dipartimentale** avverrà attraverso l'attribuzione di un peso adeguato in sede di graduazione degli incarichi.

## **29 – NORMA TRANSITORIA**

Ad intervenuta approvazione dell'Atto Aziendale da parte degli organismi regionali, rimodulato ai sensi del DCA n.33/2016, saranno sospese tutte le tipologie di incarico ad eccezione di quelle conferite ai sensi del DPR 483/97 e verranno contestualmente attivate le procedure per il conferimento dei nuovi incarichi previsti.

Nelle more del conferimento dei nuovi incarichi saranno comunque garantite le funzioni ed il trattamento economico in godimento da parte dei precedenti titolari.

Inoltre, entro 60 giorni dall'approvazione dell'Atto Aziendale rimodulato, si provvederà a:

- adottare i previsti regolamenti operativi
- procedere alla caratura delle strutture operative e degli incarichi dirigenziali
- definire il fabbisogno di personale (dotazione organica) sulla base della metodologia indicata dal DCA n. 67 del 14.07.2016