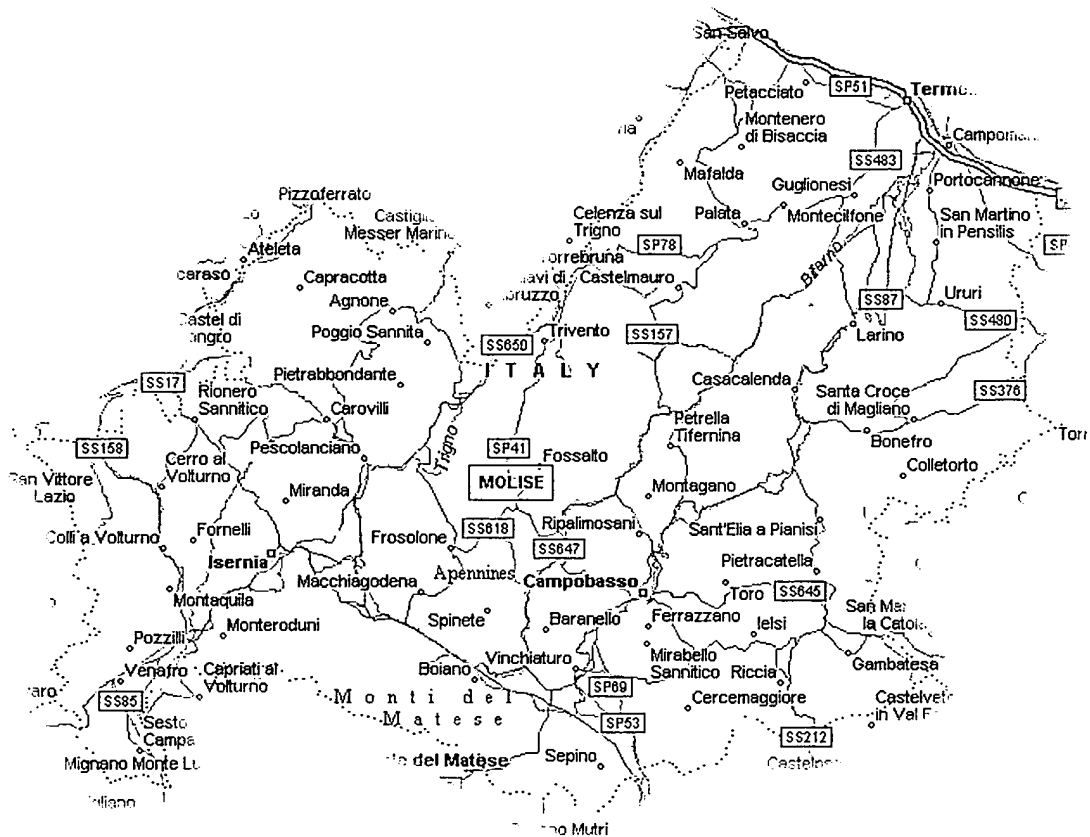




**LE REGOLE DI GOVERNANCE
DELL'AZIENDA SANITARIA
REGIONALE DEL MOLISE**

**DIRETTIVA PER LA REDAZIONE
DELL'ATTO AZIENDALE**

Regione Molise Gestione Commissariale per la sanità

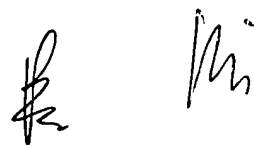


RF *mi*

INDICE	pagina
1. Premessa	4
2. Finalità e principali contenuti dell'atto aziendale	4
3. Costituzione e identificazione dell'azienda	5
4. Fonti normative	5
5. Missione dell'azienda sanitaria	6
6. Principi fondamentali di governo dell'azienda	6
❖ Universalità dell'accesso ai servizi e libera scelta	
❖ Finanziamento attraverso la fiscalità generale	
❖ Rispetto della dignità della persona	
❖ Equità nell'accesso ai servizi	
❖ Integrazione socio sanitaria	
❖ Integrazione di ricerca, didattica e assistenza	
❖ Qualità	
❖ Comunicazione	
❖ Partecipazione	
❖ Economicità	
❖ Etica e trasparenza dei comportamenti	
7. Mezzi e responsabilità di gestione	8
8. Organizzazione, amministrazione e gestione dell'azienda	8
❖ Pianificazione strategica e programmazione operativa	
❖ Sistemi informativi per il controllo direzionale	
❖ Governo clinico	
❖ Controllo interno	
❖ Gestione del rischio clinico	
❖ Organizzazione del lavoro, gestione delle risorse umane, dinamiche del personale, relazioni sindacali	
– responsabilità dirigenziale	
❖ Conferimento dell'incarico di direttore di struttura complessa	
❖ Verifica e valutazione degli incarichi dirigenziali	
❖ Processi decisionali	
❖ Il dipartimento	
9. Criteri e vincoli per le dotazioni organiche e fabbisogno del personale	17
10. Rapporti con gli operatori privati	20
11. Organi aziendali	21
❖ Direttore generale	
❖ Collegio di direzione	
❖ Collegio sindacale	
❖ Direttore sanitario	
❖ Direttore amministrativo	
12. Organismi ausiliari per il governo dell'azienda	24
❖ Conferenza, rappresentanza e comitati distrettuali dei sindaci	
❖ Consiglio dei sanitari	
❖ Organismo indipendente di valutazione	
13. Organismi di partecipazione dei cittadini e di tutela del diritto all'assistenza	25
Conferenza di servizio	
❖ Comitato consultivo	
❖ Commissione mista conciliativa	




❖ Comitato etico	
14. Rapporti con l'Università	26
15. Principali strutture aziendali	26
❖ I distretti	
– I presidi territoriali di salute	
❖ Le residenze sanitarie assistenziali	
❖ Gli ospedali di comunità	
❖ L'ospedale	
❖ Le funzioni centrali di amministrazione	
❖ Gli uffici in staff alla direzione generale	
16. Documenti correlati all'atto aziendale	29
17. Clausole finali	30



1°. PREMESSA

La presente Direttiva fornisce indirizzi e criteri per l'adozione dell'Atto aziendale dell'Azienda Sanitaria Regionale del Molise – ASReM.

Il documento si prefigge di mettere nelle condizioni il Direttore generale dell'ASReM di elaborare l'Atto aziendale in modo coerente e funzionale alle finalità previste dalla normativa nazionale e regionale in materia e in armonia con le priorità di politica sanitaria dettate dai vigenti documenti di programmazione sanitaria nazionale e regionale.

Gli adempimenti previsti dal Piano di rientro e gli obiettivi prefissati nei correlati Programmi Operativi pongono una significativa attenzione, più volte richiamata nei Tavoli di verifica ministeriali, verso le dinamiche organizzative aziendali in funzione delle quali la Regione, e l'ASReM in particolare, utilizzano le risorse destinate al settore sanità per il raggiungimento degli obiettivi istituzionali e di razionalizzazione della spesa.

Infatti, come raccomandato alle regioni e alle direzioni delle aziende sanitarie dal Piano sanitario nazionale 1998 – 2000, *“nell’allocazione delle risorse particolare attenzione dovrà essere rivolta ad assicurare le funzioni di organizzazione, amministrazione e gestione, le quali costituiscono **prerequisito** affinché il sistema sanitario possa erogare le prestazioni che ne rappresentano obiettivo primario, in condizioni di efficienza ed efficacia”*.

2°. FINALITÀ E PRINCIPALI CONTENUTI DELL'ATTO AZIENDALE

L'atto aziendale, in attuazione del suddetto principio, è il documento che delinea le regole di governo che l'ASReM applica per realizzare gli obiettivi fondamentali di efficienza, di efficacia, di trasparenza e di legalità della sua attività finalizzata a raggiungere i fini della sua missione istituzionale.

L'atto aziendale, pertanto, definisce principi, detta indirizzi, individua strumenti operativi, stabilisce criteri di organizzazione per l'attività orientata a realizzare la missione propria dell'ASReM ed è attuato mediante provvedimenti di natura gestionale e regolamentare della direzione generale dell'azienda sanitaria, in esecuzione della pianificazione regionale e nazionale, anche finanziaria, in materia sanitaria.

La direttiva, pertanto, è articolata sui seguenti principali capitoli:

- A) Costituzione e identificazione dell'azienda
- B) Fonti normative
- C) Missione dell'azienda sanitaria
- D) Principi fondamentali di governo dell'azienda
- E) Mezzi e responsabilità di gestione
- F) Organizzazione amministrazione e gestione dell'azienda
- G) Criteri e vincoli per le dotazioni organiche del personale e i fabbisogni annuali
- H) Rapporti con gli operatori privati
- I) Organi aziendali
- J) Organismi ausiliari per il governo dell'azienda
- K) Organismi di partecipazione dei cittadini al governo dell'azienda e organismi di tutela del diritto all'assistenza
- L) Rapporti con l'Università degli studi del Molise

- M) Principali strutture aziendali
- N) Documenti correlati all'atto aziendale
- O) Clausole finali.

3°. COSTITUZIONE E IDENTIFICAZIONE DELL'AZIENDA

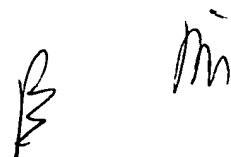
L'atto aziendale richiama il provvedimento regionale di istituzione dell'ASReM, indica la sede legale, descrive il logo e, sinteticamente, il territorio che costituisce il suo ambito di competenza.

4°. FONTI NORMATIVE

L'atto aziendale dell'Azienda Sanitaria Regionale del Molise – ASReM – è redatto nel rispetto delle norme sul Servizio Sanitario Nazionale – SSN – e principalmente:

- la legge 23 dicembre 1978, n. 833 e i decreti legislativi 30 dicembre 1992, n. 502, e 21 dicembre 1999, n. 517;
- il decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997 e le norme regionali in materia di accreditamento delle strutture sanitarie;
- le norme d'interesse sanitario contenute in altre leggi e, principalmente, in quelle finanziarie, nonché nel decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito in legge 7 agosto 2012, n. 135;
- il decreto legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito il legge 8 novembre 2012, n. 189;
- il decreto legislativo 23 giugno 2011, n.118, in materia di armonizzazione dei bilanci delle pubbliche amministrazioni;
- I decreti legislativi 30 marzo 2001, n. 165; 27 ottobre 2009, n. 150; 30 luglio 1999, n. 286; 30 giugno 2011, n.123;
- I contratti collettivi nazionali di lavoro del personale del SSN;
- I Piani Sanitari Nazionali – PSN – le Intese e gli Accordi stipulati dalla Conferenza Stato – Regioni e Province Autonome in materia sanitaria, tra i quali il Patto per la salute 2010-2012, recepito con la legge 23 dicembre 2009, n. 191;
- Le direttive degli Organi centrali dello Stato, e particolarmente, lo standard per l'individuazione delle strutture semplici e complesse delle aziende del SSN approvato dal Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli di assistenza il 26 marzo 2012;
- Le leggi regionali del Molise, 14 maggio 1997, n. 11, 1 aprile 2005, n. 9, 9 maggio 2008, n.12, 26 novembre 2008, n. 34, 22 febbraio 2010, n.8, 26 gennaio 2012, n. 2, il Piano di riqualificazione e di risanamento economico – Piano di rientro – con i successivi programmi operativi e i decreti attuativi del Commissario *ad acta*, i regolamenti, le direttive della regione Molise in materia sanitaria, tenuto conto delle osservazioni formulate dai ministeri affiancanti;
- Le leggi regionali del Molise 21 novembre 1997, n. 28, 28 ottobre 2002, n. 28, 6 novembre 2002, n. 30;
- Le deliberazioni della Giunta regionale 6 marzo 1995, n. 653, integrata dalla successiva deliberazione 25 maggio 1995, n. 2110, recanti disposizioni sul Consiglio dei sanitari dell'ASReM.

Tutti i suddetti provvedimenti s'intendono richiamati nel loro testo attualmente vigente per effetto di modificazioni ed integrazioni intervenute successivamente alla data della loro prima promulgazione o approvazione.



L'ASReM adeguerà l'atto aziendale ogniqualvolta ciò sia reso necessario dalla promulgazione di leggi e dall'emanazione di altri atti normativi o di programmazione sanitaria.

5°. MISSIONE DELL'AZIENDA SANITARIA

L'ASReM concorre con i singoli cittadini e con le altre istituzioni che agiscono nel campo dell'assistenza sanitaria e sociale, avvalendosi secondo le leggi vigenti anche di professionisti e soggetti giuridici privati accreditati per la fornitura di prestazioni sanitarie direttamente ai cittadini, a promuovere lo stato di salute della popolazione, a migliorarlo, a ristabilirlo o a mantenerlo nel tempo, secondo le possibilità offerte dalle conoscenze scientifiche, dalle competenze professionali e dalle tecnologie disponibili, per consentire alle persone una normale vita lavorativa e familiare e un'accettabile vita sociale.

6°. PRINCÌPI FONDAMENTALI DI GOVERNO DELL'AZIENDA

L'ASReM, per realizzare la sua missione, stabilisce la sua organizzazione e orienta la sua attività per erogare i servizi sanitari e le prestazioni che costituiscono i livelli essenziali ed uniformi di assistenza – LEA – attenendosi ai seguenti principi fondamentali del Servizio Sanitario Nazionale – SSN – che sostanziano i diritti di cittadinanza in materia sanitaria e la centralità della persona secondo il dettato costituzionale:

- a) **Universalità dell'accesso ai servizi e libera scelta** del luogo di cura, alle condizioni previste dall'ordinamento giuridico; la libera scelta implica il principio della portabilità del diritto, ossia della garanzia che essa possa realizzarsi tra tutte le strutture accreditate con sede nella regione Molise e in tutto il territorio nazionale, ove possibile nell'ambito di accordi della regione medesima con le altre regioni, principalmente quelle di confine.
- b) **Finanziamento attraverso la fiscalità generale**, che fa da corollario all'universalità di accesso, integrato dalle compartecipazioni alla spesa stabilite dalle leggi nazionali e regionali e dai fondi di assistenza sociale per i programmi di assistenza socio sanitaria-
- c) **Rispetto della dignità della persona** e della sua centralità nelle procedure di accesso ai servizi, di cura e di assistenza.
- d) **Equità nell'accesso ai servizi** per tutte le persone presenti nel territorio regionale, che si realizza:
 - nell'allocazione equilibrata delle risorse alle aree di prevenzione, di cura e di riabilitazione, garantita dall'applicazione di sistemi di programmazione e controllo dell'offerta di servizi sulla base di accurate analisi della domanda sanitaria, espressione dei bisogni emergenti nel territorio regionale, di cui il Servizio Sanitario Regionale – SSR si fa carico;
 - nella razionale distribuzione territoriale dei presidi colmando la disparità di offerta territoriale in modo da garantire pienamente la presa in carico e la continuità assistenziale delle persone.
- e) **Integrazione socio-sanitaria**, relativamente alle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, alle prestazioni sociali a elevata integrazione sanitaria, e alle prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, fermo restando la diversa competenza al finanziamento rispettivamente in capo al fondo sanitario regionale e al fondo di assistenza sociale di competenza dei Comuni.



f) **Integrazione tra ricerca, didattica e assistenza**, che si realizza alle condizioni stabilite dai protocolli d'intesa stipulati tra Regione Molise e Università degli studi del Molise.

g) **Qualità**, come la costante e dinamica ricerca, basata sul principio che la qualità non è elemento accessorio della prestazione ma l'elemento centrale per l'apprezzamento del servizio, di condizioni di gestione che permettano una perfetta aderenza tra le esigenze dell'utente (interno o esterno) e il servizio fornito, che deve rispondere ad obiettivi chiari e misurabili attraverso indicatori riferiti a:

- *sicurezza*: cure che non comportino rischio per il paziente – *primum non nocere*;
- *accettabilità*: consenso della persona al trattamento;
- *appropriatezza*: cura e modalità di cura indicate per quel particolare paziente;
- *efficacia*: capacità delle cure di migliorare lo stato di salute, in base ai risultati dimostrati dalla ricerca scientifica;
- *accessibilità*: in senso giuridico e di semplicità delle procedure burocratiche, fisico, organizzativo, culturale e di tempo intercorso tra domanda ed erogazione della prestazione.

Costituisce elemento centrale del sistema di qualità l'adeguamento delle strutture pubbliche alle norme sull'*accreditamento* perché una struttura ben organizzata favorisce un processo operativo appropriato; un processo appropriato è la condizione basilare per ottenere buoni risultati. Tale principio deve orientare le scelte prioritarie di investimento edilizio e tecnologico e di reclutamento delle risorse umane.

h) **Comunicazione**, come strumento fondamentale:

- di educazione alla salute, che permetta alle persone di scegliere e praticare stili di vita utili a prevenire la malattia;
- di informazione ai cittadini sull'offerta di prestazioni e sulle condizioni della loro fruibilità;
- di accesso responsabile all'uso delle risorse del SSR.

L'atto aziendale stabilisce i contenuti essenziali della *carta dei servizi*, da pubblicare integralmente nel sito informatico dell'azienda e soltanto in forma sintetica a stampa, le date del suo periodico aggiornamento, i mezzi per la sua diffusione.

i) **Partecipazione** delle comunità locali, attraverso le loro rappresentanze istituzionali, dei lavoratori e degli operatori economici, attraverso le rappresentanze di categoria, delle associazioni di tutela degli utenti, riconosciute dall'ordinamento, ai processi di programmazione e di valutazione dei risultati del SSR e dell'ASReM.

j) **Economicità**: corrispondente ad una allocazione ed utilizzazione ottimale delle risorse disponibili, nel rispetto del vincolo di bilancio.

k) **Etica e trasparenza dei comportamenti** degli amministratori, dei dirigenti e degli altri operatori, che trova realizzazione nella responsabilità di gestire risorse pubbliche destinate a realizzare fondamentali principi di solidarietà e sussidiarietà per mantenere la coesione sociale della comunità regionale.

La trasparenza è, quindi, la condizione dei comportamenti degli operatori che favorisce tutte le forme di partecipazione a tutti i livelli di governo dell'azienda e di gestione dei servizi.



7°. MEZZI E RESPONSABILITA' DI GESTIONE

Gli obiettivi di fondo che costituiscono la missione aziendale sono perseguiti attraverso una efficiente, sana e prudente gestione dell'azienda, solidamente strutturata per garantirle la capacità di assolvere la sua funzione e di adeguarsi nel tempo ai mutamenti dei bisogni e della domanda con il patrimonio ricevuto in dotazione dalla Regione Molise e a seguito di atti di liberalità e con le risorse pubbliche e private che remunerano le prestazioni ed i servizi erogati.

L'atto aziendale deve stabilire, per le donazioni frutto di liberalità, gli accertamenti da eseguirsi come condizione di accettazione in relazione ai requisiti di moralità e alla reputazione pubblica del donatore, alla insussistenza di qualsiasi possibile conflitto d'interessi, diretto o indiretto, tra l'attività industriale, commerciale o professionale del donatore e l'attività dell'ASReM, alla insussistenza di vincoli di destinazione e di utilizzazione delle donazioni non compatibili con i piani strategici ed operativi dell'azienda.

Le strategie, i programmi operativi, gli altri processi di governo dell'azienda, il lavoro degli amministratori, dei dirigenti e degli operatori sono costantemente focalizzati su queste finalità e principi. Amministratori, dirigenti ed operatori hanno, perciò, la responsabilità di rendere conto dell'attività svolta secondo le procedure di valutazione dei risultati stabilite dalle leggi, dagli atti di programmazione e indirizzo nazionali e regionali, dai contratti collettivi di lavoro.

L'azienda, dal canto suo, è impegnata nei confronti di tutti i collaboratori al fine di promuovere la crescita professionale, l'attitudine al dialogo sociale armonioso e sereno, l'adesione sincera alla missione aziendale nel rispetto dei diritti e dei doveri reciproci.

8°. ORGANIZZAZIONE, AMMINISTRAZIONE E GESTIONE DELL'AZIENDA

I meccanismi operativi devono garantire che le strutture aziendali, fermo restando il vincolo di bilancio, adottino processi di trasformazione tecnica ed economica, tali per cui, in base alle conoscenze e alle altre risorse disponibili, massimizzino l'utilità dei servizi ottenuti, misurata in base al rapporto costi/benefici (costo/efficacia) in termini di massimizzazione delle prestazioni LEA ai singoli cittadini e alla collettività regionale.

L'atto aziendale disciplina, pertanto, i fondamentali strumenti operativi dell'ASReM in materia di:

1) Pianificazione strategica e programmazione operativa

L'atto aziendale prevede gli strumenti e le procedure per pianificare, valorizzando il contributo dei Comuni e degli organismi tecnico-professionali previsti dall'ordinamento, i risultati attesi dalle attività nel medio termine e i connessi obiettivi di breve termine in modo da realizzare l'ottimale incontro della domanda che scaturisce dai bisogni sanitari della popolazione con l'offerta delle prestazioni da erogare secondo i LEA.

La direzione strategica e le direzioni operative assumono le decisioni con l'assistenza di completi *sistemi informativi contabili*, con struttura uniforme ai modelli predisposti per il consolidamento dei conti del SSR e del SSN, *ed extra-contabili*, per la rilevazione, il monitoraggio e la valutazione delle prestazioni in termini quantitativi e qualitativi con riferimento ai benchmark d'uso nel sistema informativo sanitario nazionale e regionale.



II) Sistemi informativi per il controllo direzionale

Il sistema di rilevazione e misurazione dei risultati complessivi dell'azienda e di ciascuno dei suoi centri di responsabilità, deve consentire, attraverso l'affidabilità dei dati e della loro elaborazione in informazioni, di sottoporre alla valutazione degli organismi interni, per le decisioni aziendali, ai soggetti esterni portatori di interessi, per il giudizio del consumatore finale, i risultati che realizzano la missione aziendale.

Il sistema deve altresì assicurare i flussi informativi richiesti dalla regione Molise, dal Ministero della salute e dal Ministero dell'Economia e delle Finanze per il governo del SSN.

L'ASReM, attraverso la definizione di corrette procedure per la formazione del bilancio e per la struttura dei conti, secondo le disposizioni e le regole dell'articolo 5 del decreto legislativo n. 502 del 1992 e, da ultimo, del decreto legislativo n. 118 del 2011, adegua il suo sistema informativo contabile alle esigenze di confrontabilità e di consolidamento dei bilanci pubblici.

III) Governo clinico

La politica di gestione dell'azienda è ispirata al governo clinico, ossia all'approccio di sistema che mira a realizzare l'integrazione di efficacia clinica, buona pratica medica, diritti dei pazienti, equilibrio economico della gestione.

L'atto aziendale definisce la concreta applicazione dei seguenti *criteri e strumenti operativi necessari al governo clinico* dell'ASReM:

- a) medicina basata sull'evidenza applicata attraverso linee guida e percorsi assistenziali;
- b) gestione del rischio clinico;
- c) *medical audit* col metodo della *peer review* interna o affidata ad agenzie esterne per la valutazione degli esiti medici delle attività;
- d) collaborazione con l'Università del Molise in materia di ricerca clinica e di didattica per accrescere le conoscenze e le competenze necessarie al SSR;
- e) programmazione e *budgeting*;
- f) sistema integrato dei controlli interni, finalizzati alla legittimità e regolarità amministrativa e contabile, alla rilevazione e valutazione dei risultati in termini di conseguimento degli obiettivi operativi, dei costi in relazione al vincolo di bilancio, dei rendimenti in relazione alle finalità strategiche dell'organizzazione;
- g) sviluppo dell'organizzazione, per adeguarla all'evoluzione dinamica della domanda e dell'offerta delle prestazioni e all'innovazione scientifica e tecnologica, e perseguire costantemente i più alti livelli di qualità;
- h) gestione e sviluppo delle risorse umane valorizzando congiuntamente l'autonomia professionale e la collaborazione multidisciplinare;



- i) comunicazione, coinvolgimento degli utenti e gestione dei reclami.

La funzione del governo clinico non è specifica di una struttura e si svolge in modo diffuso nelle strutture aziendali. Essa pertanto si avvale:

01) a livello di direzione strategica, del:

- direttore sanitario dell'azienda, cui compete la responsabilità di orientare la produzione delle prestazioni previste dal Piano attuativo locale – PAL – in rapporto alla programmazione regionale;
- collegio di direzione, che partecipa alla formulazione del PAL, imposta e verifica la programmazione operativa (budget);
- consiglio dei sanitari, cui compete l'organizzazione delle attività sotto il profilo tecnico sanitario e di proporre il programma degli investimenti attinenti alle attività.

02) a livello di ospedale, del:

- dirigente medico del presidio, con le funzioni di coordinamento generale della struttura;
- comitato di dipartimento, cui compete la proposta dei programmi operativi e la negoziazione del budget di presidio, dei programmi di formazione e sviluppo professionale del personale, l'iniziativa in materia di prodotti e procedure assistenziali.

03) a livello di distretto, :

- del direttore del distretto, con le funzioni di direzione della struttura, che si avvarrà
- del comitato dei sindaci del distretto e
- dell'ufficio di coordinamento con la partecipazione dei medici di famiglia e dei pediatri di libera scelta, cui compete la responsabilità di definire i programmi di integrazione socio sanitaria, di formulare il Programma delle attività territoriali – PAT, di monitorare la congruenza tra domanda e offerta di prestazioni.

IV) Controllo interno

L'azienda attua a livello di direzione strategica e di direzioni operative processi di controllo interno finalizzati a fornire una ragionevole sicurezza:

- che le direttive del management siano applicate;
- che la performance operativa delle strutture permetta il conseguimento degli obiettivi istituzionali in termini di efficienza e di efficacia, di rendimento e di protezione delle risorse;
- che le informazioni di bilancio (stato patrimoniale, conto economico, nota integrativa), ivi comprese quelle in forma sintetica da comunicare al pubblico, siano attendibili;
- che le informazioni di bilancio siano integrate da una relazione annuale con indicatori extra contabili quantitativi e qualitativi delle prestazioni e dei servizi erogati,
- che il complessivo assetto di *reporting* consenta alla regione di mantenere il costante controllo della rispondenza tra i provvedimenti regionali che determinano obiettivi strategici per il governo del SSR e i provvedimenti attuativi dell'ASReM;
- che le attività aziendali si svolgano in modo che sia garantita la legalità e la trasparenza dei comportamenti degli amministratori, dei dirigenti e degli altri operatori.

Il **controllo interno**, si attua in tutti i livelli e le funzioni dell'organizzazione e comprende, quindi, un insieme di procedure e provvedimenti diversi, come approvazioni, autorizzazioni,

verifiche, esami della performance operativa, protezione dei beni aziendali e separazione dei compiti.

Il controllo interno implica una attività strutturata ed integrata, secondo la logica dell'*Enterprise Risk Management – ERM*, di individuazione, analisi, valutazione, prevenzione e gestione dei rischi che possono pregiudicare il raggiungimento degli obiettivi, anche in relazione all'evolversi delle strategie per effetto dei cambiamenti della domanda sanitaria, delle conoscenze scientifiche e dell'introduzione di procedure e tecniche assistenziali innovative.

V) Gestione del rischio clinico

Nell'ambito delle più generali funzioni di controllo interno, come sopra specificate, l'azienda organizza la funzione di individuazione, analisi, valutazione, prevenzione e gestione del rischio clinico, riconoscendone la inscindibilità dalle politiche e dalle iniziative rivolte alla gestione della qualità e dell'accreditamento.

Scopo della funzione è quello di diffondere una cultura della revisione delle pratiche cliniche e dei processi organizzativi da cui dipendono la sicurezza e appropriatezza delle prestazioni diagnostico terapeutiche somministrate ai pazienti, il consolidamento della buona reputazione degli operatori, il rafforzamento della capacità competitiva e la minimizzazione dell'impatto economico assicurativo.

Presso la direzione sanitaria dell'ASReM opera a tal fine il *Comitato per la sicurezza del paziente*, costituito dai direttori dei dipartimenti ospedalieri, coordinato da un presidente di formazione clinica.

VI) Organizzazione del lavoro, gestione delle risorse umane, dinamiche del personale, relazioni sindacali

L'organizzazione del lavoro deve mirare all'obiettivo primario di *massimizzare la soddisfazione dell'utenza*. Le condizioni che permettono di perseguire tale obiettivo possono essere riassunte nelle seguenti:

- assicurare un assetto strutturale dell'azienda che sia funzionale ai programmi di attività;
- riconoscere e valorizzare l'autonomia professionale delle operatrici e degli operatori, purché le modalità operative rispettino le esigenze di integrazione multidisciplinare richieste dalle attività sanitarie;
- garantire il rispetto delle norme interne sulla qualità delle prestazioni;
- allineare i costi alle risorse economiche disponibili, tenuto conto dei vincoli contrattuali, legislativi e della pianificazione regionale.

L'azienda chiede alle operatrici e agli operatori di qualunque posizione funzionale un orientamento a *lavorare per obiettivi*, responsabilizzazione sui risultati, capacità di valutare la qualità dei servizi e l'efficienza del sistema aziendale, iniziativa per superare pragmaticamente le carenze, le disfunzioni e i disservizi che si presentassero, attenzione alla economicità, attitudine al lavoro di équipe e alla flessibilità operativa.

L'azienda riconosce i *meriti*, offre *pari opportunità* di carriera alle operatrici e agli operatori, ne cura la *formazione* e l'aggiornamento professionale, favorisce la *comunicazione interna* per ricercare la *condivisione* e un interesse comune sui *programmi aziendali* e per creare "il



gusto" delle cose da fare, lavorando con metodo collegiale, solidale, volitivo ed infaticabile nell'interesse dei pazienti e per realizzare se stessi.

L'azienda individua in *corrette e proficue relazioni sindacali* lo strumento principale per realizzare gli obiettivi di una razionale utilizzazione del personale e lo sviluppo delle risorse professionali dell'azienda. Gli interessi differenziati e potenzialmente conflittuali di cui le rappresentanze sindacali dei lavoratori sono portatori vanno ricomposti negoziabilmente secondo i principi di etica, efficacia ed efficienza che presiedono alla missione di tutela del diritto alla salute dei cittadini.

La *normativa* in materia di organizzazione del lavoro deve essere *applicata ed utilizzata rifuggendo da applicazioni meramente formali* che possano indurre disagi agli utenti o agli operatori o possano determinare oneri economici non giustificati da reali esigenze di servizio. L'impiego in servizio del personale deve avvenire con criteri di *flessibilità*, secondo il principio che l'assunzione avviene nella qualifica funzionale e non nel posto, le mansioni dei prestatori di lavoro comprendono sia i compiti tipici e specifici del lavoro affidato a ciascun operatore, sia le attività accessorie immediatamente e necessariamente connesse, o strumentali, al perseguimento degli obiettivi di lavoro, al fine di eliminare ogni forma di parcellizzazione burocratica e formalistica delle caratteristiche lavorative delle operatrici e degli operatori.

La responsabilità dirigenziale

Il direttore di struttura complessa, il dirigente responsabile di struttura semplice, esercitano i poteri gestionali necessari a rendere operative le direttive della direzione strategica, organizzando l'attività lavorativa ed effettuando i relativi controlli con la capacità ed i poteri del datore di lavoro.

Il dirigente titolare di incarico professionale esercita la sua attività secondo gli indirizzi ed i compiti attribuitigli dal direttore o dal dirigente responsabile della struttura cui è assegnato.

Le attribuzioni e gli obiettivi generali dei direttori e dei dirigenti sono stabilite nel contratto individuale di lavoro; gli obiettivi operativi sono annualmente fissati nei documenti di *budget*.

Gli incarichi dirigenziali previsti dalla dotazione organica sono graduati in ragione della maggiore o minore preponderanza, per ciascuno di essi, della valenza strategica degli obiettivi prefissati, della natura e delle caratteristiche di specializzazione dell'attività, della complessità organizzativa, anche in termini di dotazione di personale, della struttura e di ogni altro fattore rilevante.

La selezione dei dirigenti per la nomina deve considerare, quando si tratta della direzione di strutture complesse o la responsabilità di strutture semplici, le specifiche competenze manageriali possedute e le esperienze di direzione maturate in Italia e all'estero in organizzazioni pubbliche o private, le attitudini ad assumere decisioni in condizioni di criticità, le doti di leadership e, per tutti gli incarichi, le conoscenze, le competenze e le abilità maturate nella disciplina specialistica oggetto dell'incarico, nonché organizzative e relazionali.

L'attività dei dirigenti è sottoposta a valutazione secondo i criteri e le procedure stabilite dalla vigente normativa contrattuale e legislativa.



Per la graduazione degli incarichi, i criteri di selezione dei dirigenti da incaricare, la valutazione permanente ai fini della retribuzione variabile annuale di risultato e di conferma o revoca dell'incarico, l'atto aziendale rinvia ai protocolli da approvarsi previa contrattazione con le rappresentanze sindacali aziendali.

VII) Conferimento dell'incarico di direttore di struttura complessa

Gli incarichi di direttore di struttura complessa, previsti nella dotazione organica dell'azienda, sono conferiti previo avviso pubblico di selezione dei candidati in possesso dei requisiti di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n.484, sulla base della preventiva autorizzazione dei competenti organi, ordinari o straordinari, regionali, tenuto conto degli indirizzi della programmazione regionale.

In relazione a ciascuna procedura di selezione il direttore generale, sentito il collegio di direzione, prima della nomina della Commissione tecnica di cui alla lettera a del comma 7 bis del decreto legislativo n. 502 del 1992, delinea il profilo professionale del direttore da incaricare, tenuto conto dei programmi operativi che gli saranno affidati in attuazione del piano attuativo locale del piano sanitario regionale.

A questo scopo il profilo predetto, da comunicare alla Commissione ai fini della individuazione dei candidati idonei, tiene conto delle specificità della struttura complessa cui si riferisce l'incarico, sotto il profilo della prevalente casistica da trattare e del suo grado di complessità, della valenza tecnico-scientifica della struttura, dei vari profili rilevanti del governo clinico, delle competenze manageriali richieste.

Nelle strutture complesse ove la direzione sia stata prevista come medica, o in alternativa, come di altra professione sanitaria, la selezione per il conferimento dei relativi incarichi è aperta indifferentemente a medici o altri sanitari laureati in ottemperanza alle norme di concorso vigenti.

L'idoneità sarà determinata dall'esito del colloquio che ogni candidato sosterrà con la Commissione su elementi teorici e pratici della disciplina oggetto dell'incarico e su elementi tendenti ad accertare la formazione e le attitudini manageriali, rilevabili, oltre che dal colloquio, dalla motivata valutazione del curriculum professionale del candidato.

A quest'ultimo fine, l'avviso pubblico di selezione specifica che il curriculum, documentato, relativamente almeno all'ultimo quinquennio precedente la data di pubblicazione dell'avviso di selezione, deve indicare:

- le responsabilità funzionali e le attività, anche con riferimento a specifici ambiti di autonomia professionale, effettivamente esercitate nella disciplina oggetto della selezione e i risultati conseguiti in rapporto agli obiettivi assegnati, valutati dagli organismi deputati;
- la complessità organizzativa dell'azienda o altra istituzione, pubblica o privata, presso le quali l'attività è stata svolta;
- la tipologia quali-quantitativa delle prestazioni effettuate dal candidato;
- le attività di studio e di ricerca in referenziate strutture nazionali o internazionali;
- le attività di didattica presso scuole universitarie o altri centri formativi di riconosciuta reputazione.



Non possono essere valutati né idoneità conseguite in altre selezioni, né tirocini o partecipazioni a congressi, convegni e seminari.

Per il giudizio di idoneità saranno altresì valutati i seguenti ulteriori elementi, desumibili dal curriculum:

- 1°. i titoli di studio, di perfezionamento o specializzazione, master o corsi avanzati di *general management* e gli altri attestati di formazione e aggiornamento professionale – con esclusione degli attestati di mera partecipazione a convegni, congressi, seminari e tirocini – conseguiti in scuole universitarie o di altri soggetti di riconosciuta reputazione e qualificazione scientifica;
- 2°. le pubblicazioni, pertinenti con l'incarico di direttore da conferire, valutate secondo i criteri internazionalmente applicati;
- 3°. le esperienze professionali, diverse dagli incarichi di direzione, maturate negli ultimi dieci anni precedenti la scadenza del bando in consigli di amministrazione e organismi di indirizzo, nuclei di valutazione, organismi indipendenti di valutazione o *Internal auditing* di aziende sanitarie pubbliche o private, o comitati regionali di programmazione, commissioni parlamentari, ministeriali e regionali; incarichi negli organismi tecnici o di direzione di società scientifiche;
- 4°. la buona conoscenza di una lingua straniera e la padronanza dei principali pacchetti applicativi di Office Automation.

VIII) Verifica e valutazione degli incarichi dirigenziali

L'azienda adotta un protocollo per verificare e valutare annualmente e al termine contrattuale dell'incarico, l'attività dei dirigenti sulla scorta dei principi dettati dal decreto legislativo n. 150 del 2009 e dalla contrattazione collettiva.

La base della valutazione è costituita dagli obiettivi generali stabiliti dal contratto di conferimento dell'incarico e dai documenti annuali di programmazione aziendale.

Sono elementi imprescindibili della valutazione:

- a) L'aderenza delle procedure operative ai vincoli delle regole di legittimità dell'azione amministrativa;
- b) Il raggiungimento degli obiettivi, annualmente determinati dall'azienda, di prestazioni necessarie all'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, misurati secondo gli standard adottati in sede di Conferenza Stato Regioni, e di contenimento dei costi nella misura annualmente determinata dalla direzione aziendale in sede di negoziazione del budget, per raggiungere o mantenere la convergenza tra costi e valore della produzione in base ai vigenti tariffari;
- c) La comunicazione istituzionale in materia di trasparenza dell'azione amministrativa e informazione ai cittadini per la valutazione pubblica, almeno annuale, attraverso la Conferenza dei servizi e il Bilancio sociale, di risultati costi e rendimenti dell'attività della struttura;
- d) abilità di ascolto, comunicative e motivazionali degli operatori sugli obiettivi aziendali, che si estrinsecano in uno stile di direzione con spiccate doti di leadership, basata prevalentemente sulla negoziazione, piuttosto che sulla relazione gerarchica;
- e) determinatezza, concretezza, spirito innovativo e atteggiamento propositivo, orientati ad assumere scelte strategiche in condizioni di criticità di contesto;
- f) capacità di gestire il team di collaboratori diretti coinvolti nell'attuazione, controllo, misurazione e valutazione delle attività.



IX) Processi decisionali

Le funzioni di direzione strategica sono separate dalle funzioni di direzione operativa.

Le competenze, la sfera di autonomia e le responsabilità delle direzioni operative e dei dirigenti, in relazione all'incarico ricevuto, sono determinate dagli atti regolamentari di organizzazione aziendale e dai contratti individuali di lavoro; dalla specifiche deleghe del direttore generale e, rispettivamente, in base alla materia, del direttore amministrativo e del direttore sanitario; dai contratti individuali di lavoro dei dirigenti. Le deleghe conferiscono un mandato secondo le norme dell'articolo 1703 e seguenti del Codice civile.

I processi decisionali devono essere connotati da sistematicità, per consentire ai responsabili delle scelte di verificare le implicazioni di ciascuna decisione in relazione agli obiettivi perseguiti ed in relazione ai benefici cui si deve rinunciare (costi opportunità) per quelli che effettivamente si conseguono.

La gestione aziendale si svolge, pertanto, con i meccanismi operativi dei sistemi di programmazione e controllo (pianificazione strategica, programmazione operativa, monitoraggio delle attività a budget, analisi e valutazione dei risultati).

X) Il dipartimento

L'organizzazione aziendale è di tipo dipartimentale per sviluppare e trarre profitto dal lavoro di équipe, con la condivisione di conoscenze e competenze professionali, di risorse fisiche, di tecnologie e di personale.

Il dipartimento rappresenta la struttura organizzativa fondamentale dell'Azienda, cui è attribuita la funzione di garantire la globalità degli interventi preventivi ed assistenziali e la continuità dell'assistenza; assicurare il governo clinico del sistema di produzione dei servizi sanitari sia in termini di sistema decisionale finalizzato ad assicurare l'obbligo di qualità tecnica delle prestazioni e dei servizi, sia in termini di partecipazione dei professionisti alle decisioni di carattere strategico, organizzativo e gestionale, che influenzano la qualità dei servizi e il rendimento delle risorse disponibili.

Il dipartimento *"è una federazione di unità operative che mantengono la loro autonomia, indipendenza e responsabilità, così come quella di ciascuno dei membri che la costituiscono, ma che riconoscono la loro interdipendenza adottando un comune codice di comportamento clinico-assistenziale, didattico, di ricerca"* (Elio Guzzanti). L'interdipendenza è realizzata attraverso protocolli, linee guida, percorsi assistenziali e criteri di accesso dei pazienti, individuando ed implementando modelli operativi che garantiscano la centralità del paziente e una reale integrazione di didattica, ricerca e assistenza, secondo le previsioni del Protocollo d'intesa tra Regione Molise e Università del Molise.

Il dipartimento è finalizzato a realizzare le condizioni migliori di esercizio:

- delle attività di prevenzione, diagnosi e cura che mostrano elevata interdipendenza, affinità nelle tecniche e affinità negli orientamenti culturali per rispondere ai bisogni multifattoriali di salute;
- dei percorsi di assistenza che riconoscono l'unicità della persona e la globalità del suo bisogno, costruendo intorno ad essa le dimensioni organizzative interdisciplinari e multi professionali necessarie;

- dell'integrazione delle prestazioni sanitarie e sociali, particolarmente in ambito distrettuale;
- dell'integrazione di ricerca, didattica e assistenza per creare le conoscenze e le competenze che servono alla materiale erogazione delle prestazioni alle persone secondo il loro bisogno ed a tutela della sanità pubblica;
- della continuità assistenziale, intesa come passaggio tra il livello assistenziale di base, che si realizza in ambito distrettuale, e quello specialistico, che si realizza prevalentemente in ambito ospedaliero e, viceversa, con particolare riferimento alle condizioni di patologie di lunga assistenza o di soggetti esposti a particolari condizioni di fragilità.

La struttura dell'organizzazione dipartimentale

- 01) Il dipartimento ospedaliero comprende almeno tre strutture complesse, o due complesse e una semplice dipartimentale, con dotazione minima complessiva non inferiore a 100 posti letto;
- 02) Il dipartimento dei servizi ospedalieri di diagnosi e cura senza posti letto, comprende almeno quattro strutture complesse o complesse e semplici dipartimentali.
- 03) Strutture o altre articolazioni aziendali di *line* che non possono trovare collocazione nei dipartimenti afferiscono per le funzioni igienico organizzative direttamente alla responsabilità della direzione medica di presidio.

Sono dipartimenti obbligatori e unici per l'ASReM:

- 04) Il dipartimento di prevenzione,
- 05) Il dipartimento di salute mentale.

L'atto aziendale, in considerazione delle dimensioni dell'ASReM, non prevede l'istituzione del dipartimento amministrativo.

Sono organi del dipartimento:

- a1. Il direttore, scelto tra i direttori di struttura complessa del dipartimento;
- a2. Il comitato, rappresentativo delle professioni sanitarie presenti nel dipartimento.

Il comitato è composto dai direttori delle unità operative complesse e dai dirigenti responsabili di struttura semplice dipartimentale che costituiscono il dipartimento, da un dirigente con incarico di alta professionalità per ciascuna struttura complessa, dal dirigente/coordinatore delle professioni infermieristiche/tecnico-sanitarie di ogni struttura complessa o struttura semplice dipartimentale, da due infermieri/tecnici sanitari.

Il direttore è nominato dal direttore generale tra i direttori di struttura complessa del dipartimento. Qualora le strutture complesse del dipartimento siano in numero superiore a tre, il direttore generale procede alla nomina sulla base di una rosa di tre candidature proposta dal comitato di dipartimento.

Il comitato di dipartimento assicura la partecipazione degli operatori ai processi relativi alla programmazione delle attività e alla definizione del suo assetto organizzativo e gestionale. In particolare, il comitato di dipartimento:

- garantisce l'adozione di modelli organizzativi e di gestione integrata delle risorse, che sono pertanto interscambiabili in tutte le strutture facenti capo al dipartimento, siano



coerenti e funzionali agli indirizzi e al raggiungimento degli obiettivi aziendali, promuovendo altresì il processo di innovazione e di miglioramento della qualità;

- definisce le priorità degli interventi di mantenimento e/o sviluppo delle risorse professionali, strutturali e tecnologiche in dotazione al dipartimento, per il loro inserimento nel piano annuale di esercizio da negoziare con la direzione generale;
- definisce i fabbisogni prioritari di formazione e di ricerca e predisporre i relativi piani di periodo, per le diverse unità operative;
- approva il piano annuale delle attività di dipartimento risultante dal processo di *budget* e l'utilizzazione delle risorse disponibili;
- seleziona e pianifica le iniziative per il miglioramento dell'integrazione tra le unità operative, della diffusione delle informazioni e per la ricerca del consenso relativo alla definizione di norme di buona pratica professionale;
- propone l'attivazione e le caratteristiche assistenziali di nuove unità operative e di nuovi settori/moduli organizzativi;
- definisce i criteri per la produzione della relazione di esercizio e ne approva il contenuto;
- indica i profili delle conoscenze, delle competenze e delle abilità professionali specifiche relative alle necessità assistenziali, didattiche e di ricerca che devono essere valutate dalla direzione generale nella selezione dei nuovi direttori di struttura complessa.

È rimesso ad atto di natura regolamentare, previa concertazione sindacale, la modalità di nomina o di elezione dei componenti il comitato.

L'azienda provvede a garantire un supporto amministrativo alla direzione del dipartimento.

9°. CRITERI E VINCOLI PER LA DETERMINAZIONE TRIENNALE DELLE DOTAZIONI ORGANICHE E DEL FABBISOGNO ANNUALE DEL PERSONALE

A. La metodologia per la revisione della dotazione organica di personale

I criteri prendono in esame:

- tipologia e quantità di servizi e prestazioni ("prodotti") che l'azienda intende erogare in un determinato periodo (su cui calibrare la struttura dell'offerta);
- quantità di lavoro delle diverse professionalità necessario per un "prodotto", dato un contesto operativo in un periodo di riferimento (condizioni di produzione dei servizi e delle prestazioni).

La valutazione della tipologia e quantità di servizi e prestazioni tiene conto:

- del dato storico, rielaborato secondo i basilari parametri di appropriatezza condivisi a livello scientifico,
- della ragionevole stima delle maggiori prestazioni che l'azienda sarà in grado di erogare,
- degli effetti indotti dalla flessibilità organizzativa per dipartimenti e dalla introduzione di innovazioni tecnologiche e di procedure operative,
- dal sistema delle competenze (divisione del lavoro), fortemente evolutosi negli ultimi anni per effetto della ridefinizione dei profili professionali,
- degli apporti dei servizi di supporto attualmente esternalizzati,
- delle funzioni di direzione, controllo, amministrazione, coordinamento, vigilanza, e, più in generale di staff, non standardizzabili.



In definitiva, il percorso operativo complessivo sarà così articolato:

Fase analitica

1. Analisi organizzativa sistemica;
2. Definizione del problema organizzativo;
3. Messa a fuoco degli spazi di azione (vincoli - margini)

Fase di progetto

4. Definizione dei nuovi spazi di azione;
5. Definizione dell'organigramma;
6. Definizione dei meccanismi operativi;
7. Processi/tempi di implementazione.

B. Vincoli e margini dell'azione

I vincoli ed i margini dell'azione sono individuati principalmente nei seguenti:

- Finanziari, in base alle leggi nazionali e regionali;
- Strategici, connessi alla soltanto parziale disponibilità attuale di fondi destinabili all'ammodernamento strutturale;
- Organizzativi, essendo soltanto in *nuce* l'organizzazione dipartimentale delle unità operative, nonché per il cambiamento culturale che il lavoro dipartimentale rappresenta per gli operatori.

Per definire l'organigramma sono individuate preliminarmente le principali strutture dell'azienda e le unità operative di ciascuna struttura in aderenza ai piani regionali vigenti.

Vanno anche individuate le principali linee di attività e i correlati indicatori di riferimento:

- DRG, prestazioni ambulatoriali, accesso al pronto soccorso, numero esami di laboratorio e di radiologia, numero interventi chirurgici, numero parti e nascite, guardie, attività di terapia intensiva, consulenze interne, pazienti disabili, ecc., per le attività sanitarie;
- numero dipendenti, volume di beni e servizi da acquistare, contratti in outsourcing, decentramento/accentramento operativo, entità del bilancio, complessità organizzativa delle aree e strutture, numero di prenotazioni e tickets, per le attività di supporto amministrativo gestionale.

Sulla scorta di questi dati, tradotti in tempi di impegno, è definito il fabbisogno di personale e le dotazioni organiche delle strutture:

- in termini numerici (equivalenti a tempo pieno) per ciascuna professione o qualifica professionale,
- in rapporto ai volumi ed alle tipologie delle attività (case mix),
- con riferimento all'organizzazione dipartimentale delle strutture,
- tenendo conto del numero, tipologia, dimensione delle unità operative e servizi che compongono il dipartimento, valutando le condizioni logistiche e la dotazione delle tecnologie sia in termini quantitativi che qualitativi,
- tenendo conto delle procedure operative e della presenza, o meno, dei servizi appaltati,
- assicurando i necessari supporti amministrativi alle attività sanitarie sulla base delle dimensioni e delle funzioni delle strutture e dei dipartimenti,
- quantificando le ore lavorative effettive (al netto dei riposi settimanali, ferie, festività, malattie, congedi vari), in modo che siano evitati il ricorso al lavoro straordinario per le normali esigenze di servizio, l'accumulo di ferie non godute e, salvo eccezioni,



l'assunzione di personale a tempo determinato per assenze di lunga durata (malattie, gravidanza e puerperio, permessi per elezioni a carica pubblica e simili),

- assumendo che, inderogabilmente, tutti i ruoli e le posizioni funzionali saranno ricoperti da personale in possesso dei titoli previsti dalla normativa vigente e che le "mansioni" comprendono sia quelle tipiche del lavoro affidato a ciascun operatore, sia le attività accessorie ma immediatamente e necessariamente connesse, o strumentali, allo svolgimento di quelle mansioni al fine di eliminare ogni forma di parcellizzazione burocratica e formalistica delle caratteristiche lavorative degli operatori.

c. L'obiettivo generale

L'obiettivo di fondo è quello di rendere effettiva l'unitarietà dell'azienda, ossia la migliore possibile integrazione funzionale dei servizi, strutturati con criteri di complementarità, di facile accessibilità, di qualificazione specialistica e tecnologica.

I criteri vengono anche utilizzati nella presente fase di riorganizzazione aziendale e risanamento economico dell'azienda per programmare turni di lavoro ordinari, straordinari e di pronta disponibilità.

d. Gli obiettivi specifici

Sono stati inoltre considerati e perseguiti i seguenti obiettivi specifici:

Sistema di emergenza – urgenza

Pronto soccorso (medicina e chirurgia d'urgenza): la dotazione organica del personale medico ed infermieristico è rapportata alla tipologia della struttura e al volume delle prestazioni ivi compresa l'osservazione dei pazienti in astanteria nell'arco delle 24 ore. Il sistema di emergenza-urgenza è integrato con le guardie attive dipartimentali e, nei casi prescritti, di unità operativa, con il personale medico di discipline equipollenti. Le guardie mediche sono integrate da turni di pronta disponibilità, secondo le esigenze individuate dalla direzione medica di presidio e dalla direzione sanitaria aziendale.

Aree di degenza

La dotazione complessiva del personale è dimensionata per garantire assistenza medica ed infermieristica adeguata al numero e alla tipologia dei pazienti (dimensione delle unità operative e case-mix) presenti nelle unità operative e nel dipartimento.

Day Surgery

La day surgery è di tipo multidisciplinare, e si avvale di personale infermieristico proprio.

Attività ambulatoriale di diagnosi e cura

Il medico responsabile delle attività cliniche svolte nell'ambulatorio è affiancato da personale infermieristico di supporto in numero proporzionale al numero degli accessi ambulatoriali e alla tipologia dell'attività che si presume di poter svolgere.

Per l'attività diagnostica strumentale e di laboratorio è impegnato personale medico, sanitario laureato e tecnico in numero adeguato alla tipologia, al volume delle prestazioni erogate, alle tecnologie in dotazione. L'organizzazione del servizio nelle 12 ore giornaliere tiene conto, tra l'altro:



- dell'esigenza di assicurare la puntuale esecuzione dei protocolli per l'effettuazione degli esami propedeutici ai ricoveri ordinari programmati e di day surgery, con l'obiettivo di contenere la durata delle degenze ed evitando accessi ripetuti degli utenti;
- dell'esigenza di ridurre i tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni e i tempi di refertazione con l'obiettivo di contenere le liste d'attesa al di sotto degli standards fissati dalla Regione.

Servizi complementari

I controlli di fisica sanitaria saranno garantiti dal servizio interno di Sicurezza e protezione dei lavoratori in staff alla direzione sanitaria aziendale.

L'assistenza psicologica all'interno degli ospedali è garantita da un pool di psicologi in staff alla direzione medica di presidio.

Ugualmente è organizzato il servizio di dietetica e di consulenza di scienza dell'alimentazione per le esigenze di tutte le strutture.

E. Gli aspetti organizzativi di carattere generale

La dotazione organica delle singole unità operative è meramente indicativa dei carichi di lavoro individuati, che per loro natura sono variabili nel tempo ed in rapporto al contesto operativo. Pertanto la dotazione del personale è da intendersi globalmente assegnata ai dipartimenti e le destinazioni di servizio saranno stabilite secondo i piani di attività e le effettive necessità desumibili dal budget annuale.

L'impiego del personale si conforma al principio stabilito dall'art. 47, comma 4, punto 5, della L.833/78, secondo cui le assunzioni avvengono nella qualifica funzionale e non implicano la titolarità di un posto specifico. La mobilità del personale avverrà nel rispetto delle garanzie contrattuali e, per quanto concerne i dirigenti sanitari, della disciplina di appartenenza.

F. Processi/tempi di implementazione

I processi/tempi di implementazione della dotazione organica seguono la pianificazione annuale delle attività espressa dal budget e la gradualità imposta dalle leggi vigenti in materia di reclutamento del personale, col vincolo dell'equilibrio di bilancio.

10°. RAPPORTI CON GLI OPERATORI PRIVATI

L'atto aziendale individua i servizi di supporto alle attività sanitarie che, per il loro carattere imprenditoriale, sia più conveniente *esternalizzare* mediante contratti di appalto. Gli appalti non possono essere indetti e i contratti non possono essere stipulati se i relativi provvedimenti non danno conto della convenienza economica e non dispongano preventivamente le modificazioni della dotazione organica stabilita per la gestione diretta dei medesimi servizi.

L'atto aziendale, allo scopo di assicurare la libera scelta del cittadino, disciplina, sulla base e con i vincoli stabiliti da atti di indirizzo regionali, i rapporti contrattuali con *operatori privati accreditati per la erogazione di prestazioni sanitarie* ai cittadini, previa:

- stima adeguata della domanda e del fabbisogno di prestazioni per aree distrettuali, rilevate annualmente dal PAT, suddividendo in maniera equilibrata l'offerta tra strutture pubbliche e private; l'offerta delle strutture pubbliche deve saturare la capacità produttiva garantendo il pareggio di bilancio dei presidi ospedalieri e dei presidi territoriali;
- rilevazione di quali servizi devono essere capillarmente diffusi nel territorio e quali no, dato che le giuste dimensioni delle soglie operative sono, prima, un elemento di qualità e sicurezza per il paziente e, poi, una condizione di economia di scala che serve a garantire la capacità di investire in innovazione.

L'ASReM attiva un sistema di controllo di qualità, con particolare riferimento alla formazione all'aggiornamento e allo sviluppo delle risorse umane, e di congruità delle prestazioni erogate dagli operatori privati accreditati con le modalità definite negli stessi contratti, prevedendo comunque i loro obblighi informativi e un sistema sanzionatorio.

Le tariffe di riferimento per la remunerazione delle prestazioni erogate dagli operatori privati accreditati sono utilizzate per valorizzare, a parità di condizioni operative, le prestazioni erogate dall'ASReM, per misurare la produttività e l'equilibrio di bilancio delle strutture pubbliche e dei centri di responsabilità che ne costituiscono l'articolazione funzionale.

11°. ORGANI AZIENDALI

Sono organi dell'azienda il direttore generale, il collegio di direzione e il collegio sindacale.

Il direttore generale è coadiuvato dal direttore amministrativo e dal direttore sanitario, da lui nominati. Insieme essi costituiscono la *direzione strategica* dell'ASReM.

1. Il direttore generale

Il direttore generale ha la rappresentanza legale dell'azienda e garantisce l'adempimento dei suoi atti nei rapporti interni ed esterni.

A lui fanno capo le funzioni e la responsabilità degli indirizzi strategici e organizzativi; la verifica dell'esistenza dei controlli necessari per monitorare l'andamento dell'azienda, di cui egli risponde alla Giunta regionale; le attività di supporto alla stessa Giunta regionale assicurando in particolare analisi di fattibilità in materia di sviluppo aziendale e di pianificazione.

Il direttore generale assume obbligazioni in nome e per conto dell'azienda, cura che la competente struttura aziendale provveda alla regolare tenuta dei libri e delle scritture contabili, predispone ogni anno il progetto di bilancio che deve essere approvato dalla regione, vigila sul generale andamento delle attività e pone in essere tutti gli interventi necessari a prevenire, attenuare o correggere le conseguenze di fatti che possano arrecare danno o risultare comunque pregiudizievoli all'azienda.

Il direttore generale può delegare al direttore amministrativo e al direttore sanitario specifiche funzioni; può delegare ai dirigenti dell'azienda specifiche responsabilità, con esclusione delle competenze in ordine alla redazione del bilancio d'esercizio, alla



pianificazione strategica e alla programmazione operativa, nonché quelle inerenti ai provvedimenti che possono incidere sulla consistenza del patrimonio aziendale.

L'atto aziendale disciplina l'atto di delega stabilendo almeno che le deleghe:

- siano sempre conferite per iscritto nell'ambito e nei limiti di direttive vincolanti e non escludano il potere del direttore di deliberare sulle materie delegate;
- non comprendano atti che eccedano l'ordinaria amministrazione;
- indichino la scadenza del termine per l'esecuzione;
- indichino i mezzi necessari allo loro esecuzione;
- prevedano l'obbligo, a scadenze predeterminate, di rendere il conto e di comunicare l'esecuzione del mandato ed i risultati conseguiti;
- le cause per la revoca anticipata.

Il direttore generale costituisce, sulla base delle designazioni ricevute dalle Amministrazioni competenti, e insedia il Collegio sindacale, dal quale riceve verbali e relazioni sul bilancio economico preventivo e sul bilancio di esercizio e di vigilanza sull'osservanza della legge e ne cura l'adempimento, salvo motivato dissenso, che deve risultare da formali riscontri ai verbali e alle relazioni.

2. Il Collegio di direzione e il comitato per il budget

Il collegio realizza processi di sintesi tra la funzione di direzione strategica dell'azienda e le funzioni di gestione rivolte all'erogazione dei servizi e delle prestazioni, assicurando, altresì, il coordinamento e l'integrazione tra le direzioni operative e tra esse e i progetti obiettivo.

Il collegio concorre, pertanto, a definire le linee d'impostazione del piano strategico aziendale, i piani annuali e pluriennali degli investimenti, le linee di politica gestionale in materia di organizzazione e formazione del personale, le principali procedure operative interfunzionali, la regolamentazione per l'integrazione operativa delle strutture distrettuali ed ospedaliere, gli indirizzi per gli accordi sindacali aziendali, l'organizzazione e la disciplina delle attività libero professionali.


Il collegio svolge le specifiche attività previste dalla legge.

Le decisioni della direzione generale assunte in difformità dal parere del Collegio devono essere adeguatamente motivate.

Il collegio assume anche il ruolo e la responsabilità di Comitato per il budget, che formula in aderenza ai contenuti del piano aziendale e revisiona periodicamente sulla scorta dei risultati conseguiti dai centri di responsabilità, col supporto dell'Organismo indipendente di valutazione, dell'Ufficio programmazione e controllo e dell'Ufficio epidemiologia e statistica.

Il collegio di direzione è composto da:

- Il direttore generale, che lo presiede e ne determina l'attività;
- Il direttore sanitario;
- Il direttore amministrativo;
- I direttori medici dei presidi ospedalieri;
- I direttori dei dipartimenti sanitari;
- I direttori di distretto;
- Il direttore del dipartimento di prevenzione;



- Il direttore del dipartimento di salute mentale;
- Il direttore del servizio di assistenza farmaceutica;
- Il direttore delle professioni sanitarie.

Integrano la composizione del collegio, nella funzione di comitato *budget*:

- Il direttore del servizio di amministrazione e finanza;
- Il direttore del servizio di gestione e amministrazione delle risorse umane;
- Il direttore del servizio di gestione degli acquisti;
- Il direttore del controllo di gestione.

3. Il collegio sindacale

Il collegio sindacale controlla la gestione:

- esercitando la vigilanza sull'osservanza della legge e dei principi di regolarità amministrativa e contabile e sull'andamento economico-finanziario dell'azienda,
- fornendo al direttore generale pareri in ordine alla ricerca, all'applicazione e al concreto funzionamento di un sistema logico di strumenti e di condizioni operative esterne ed interne che meglio garantisca il controllo economico dell'azienda.

I componenti del collegio sindacale, fermo restando la responsabilità informativa verso le amministrazioni che li hanno designati, ispirano l'esercizio delle potestà e delle funzioni individuali e collegiali al principio di piena collaborazione e sinergia operativa con la direzione generale.

A tal fine, il collegio sindacale e la direzione generale ricercano reciprocamente e favoriscono forme di collaborazione. Resta ferma l'estraneità del collegio sindacale alle decisioni finali della direzione generale e alle conseguenti attività di gestione sulle quali si esercita l'attività di controllo del collegio medesimo.

4. Il direttore sanitario

Il direttore sanitario coadiuva il direttore generale nella gestione dell'azienda con particolare riguardo all'identificazione dei bisogni e della domanda sanitaria, alla realizzazione delle correlate e congruenti politiche di sviluppo organizzativo dell'offerta di servizi e prestazioni e al controllo dei risultati.

A tal fine, dirige i servizi sanitari ai fini organizzativi ed igienico sanitari svolgendo attività di indirizzo, coordinamento, supporto e verifica nei confronti delle direzioni operative avvalendosi - se necessario - del potere di delega ai direttori delle strutture aziendali; sovrintende alle attività di produzione con l'obiettivo di sviluppare metodologie di lavoro e scelte organizzative che, anche attraverso l'integrazione funzionale dei servizi e delle attività distrettuali ed ospedaliere, garantiscano il miglioramento dell'efficienza produttiva, della qualità dei servizi e delle prestazioni erogate, dell'economicità della gestione; propone il budget delle strutture sanitarie, il piano degli investimenti, i programmi di sviluppo delle risorse umane e la nomina dei dirigenti sanitari.

Presiede il Consiglio dei sanitari, esprime parere obbligatorio sugli atti del direttore generale che attengono al governo sanitario dell'azienda, adotta i provvedimenti straordinari con carattere di urgenza nelle materie di sua competenza, riferendo appena possibile al direttore generale.

5. Il direttore amministrativo

Il direttore amministrativo coadiuva il direttore generale nella gestione dell'azienda con particolare riguardo alla programmazione ed al controllo delle risorse economiche, tecniche ed umane necessarie allo sviluppo aziendale.

A tal fine dirige i servizi amministrativi svolgendo attività di indirizzo, coordinamento, supporto e verifica nei confronti delle direzioni operative avvalendosi - se necessario - del potere di delega ai direttori delle strutture complesse; adotta ogni misura necessaria a semplificare le attività amministrative in modo che nessun ostacolo burocratico limiti o renda difficoltoso il diritto di accesso dei cittadini ai servizi; assicura analisi di fattibilità e pianificazione delle attività amministrative con l'obiettivo di fornire alle strutture sanitarie il necessario supporto per l'ottimale svolgimento delle loro funzioni in condizioni di efficienza ed economicità; partecipa all'elaborazione del budget aziendale e propone i programmi di sviluppo delle risorse umane e la nomina dei dirigenti amministrativi.

Nelle materie di sua competenza, il direttore amministrativo esprime, se richiesto, parere sugli atti del direttore generale, e adotta i provvedimenti straordinari con carattere d'urgenza, riferendo appena possibile al direttore generale.

12°. ORGANISMI AUSILIARI PER IL GOVERNO DELL'AZIENDA

L'atto aziendale individua nei seguenti gli organismi di partecipazione al governo dell'ASReM:

I) la Conferenza, la rappresentanza e i comitati distrettuali dei sindaci

La Conferenza dei sindaci e la sua rappresentanza, costituite secondo le norme regionali, partecipano, con la formulazione di specifiche linee d'indirizzo che interpretano i bisogni diffusi dei cittadini, al processo di pianificazione regionale e aziendale ed esprimono parere alla Giunta regionale sui risultati conseguiti dall'azienda.

Il Comitato dei sindaci di ciascun distretto esprime parere sul Programma delle attività territoriali proposto dal direttore del distretto e concorre alla verifica dei risultati di salute definiti dal Programma.

La Conferenza con la sua rappresentanza e il Comitato, rispettivamente per l'ambito aziendale e per la circoscrizione distrettuale, definiscono d'intesa con la direzione generale il piano delle prestazioni sociali a rilevanza sanitaria di competenza dei Comuni, necessarie a garantire, anche nel lungo periodo, la gestione integrata dei processi assistenziali sociosanitari.

II) Il Consiglio dei sanitari

Il Consiglio è obbligatoriamente consultato in materia di attività tecnico-sanitarie che attengono all'offerta, nell'ambito della programmazione regionale, di servizi e prestazioni di assistenza sanitaria da erogarsi per garantire i livelli essenziali di assistenza a carico del Servizio sanitario regionale.

I pareri del Consiglio si estendono alle modalità organizzative dei servizi e sugli investimenti necessari all'acquisizione di attrezzature e di altri beni durevoli per il loro funzionamento.

La composizione, le modalità di elezione, il funzionamento e le materie di competenza del Consiglio, presieduto dal direttore sanitario dell'azienda, sono disciplinate dalla legge e dai provvedimenti regionali.

Le decisioni della direzione generale assunte in difformità dal parere del Consiglio devono essere adeguatamente motivate.

III) L'Organismo Indipendente di Valutazione - OIV

L'Organismo indipendente di valutazione della *performance* esercita le attività di controllo strategico, in relazione agli obiettivi di mandato della direzione generale, provvedendo a:

- a) analizzare la fattibilità dei piani operativi predisposti dalla direzione generale, i tempi di attuazione, i livelli di rischio, le coerenze dei programmi, le compatibilità con le risorse finanziarie disponibili ai fini della salvaguardia degli equilibri di bilancio, la congruenza dell'organizzazione aziendale e la metodologia gestionale;
- b) monitorare a scadenze infrannuali e annuali le attività di erogazione delle prestazioni e dei servizi, i risultati conseguiti in termini di soddisfazione finale dei livelli essenziali di assistenza, dei programmi di didattica e di ricerca, in collaborazione con l'Organo di indirizzo, di rispetto del vincolo di bilancio, sulla base delle informazioni desumibili dalle rilevazioni contabili ed extracontabili effettuate ed elaborate dalle direzioni operative del Controllo di gestione e di Amministrazione e finanza, nonché sulla base dei referti del Collegio sindacale;
- c) riferire al direttore generale.

L'Organismo svolge le altre funzioni attribuitegli dalla legge sulla base di un regolamento interno che ne garantisce l'autonomia dalla direzione strategica aziendale. L'atto aziendale ne determina la composizione monocratica o collegiale. La struttura di supporto all'OIV è individuata nella struttura preposta al controllo di gestione.

13°. ORGANISMI DI PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI AL GOVERNO DELL'AZIENDA E ORGANISMI DI TUTELA DEL DIRITTO ALL'ASSISTENZA

La partecipazione dei vari portatori di interesse al governo dell'azienda e alla verifica dei risultati si svolge principalmente attraverso:

A. **Conferenza di servizio**, preceduta da idonee forme di comunicazione, che favoriscano la conoscenza pubblica dei piani strategici, dei programmi operativi, delle attività svolte e dei risultati conseguiti, per rendere effettivo il controllo e la valutazione degli utenti e possibile la loro iniziativa per proporre miglioramenti del servizio.

B. **Comitato consultivo**, paritario tra azienda e associazioni di volontariato o di tutela dei diritti dei cittadini operanti nel settore sanitario, per suggerire interventi di miglioramento in presenza di aree critiche del servizio sanitario aziendale, eliminare prontamente le disfunzioni che limitassero o negassero di fatto il diritto delle persone all'assistenza sanitaria dovuta, verificare a cadenza infrannuale lo stato di attuazione della programmazione aziendale e collaborare alla redazione dei rapporti che il direttore generale presenta alla Conferenza di servizio.

C. Commissione mista conciliativa, per la gestione dei reclami in merito ai quali permanga dissenso sulle conclusioni tra l'azienda e la parte segnalante.

D. Comitato etico, che associa alla principale funzione di valutazione dei protocolli diagnostici e terapeutici a fini di sperimentazione clinica, quella di consulenza interna agli operatori dell'azienda per la valutazione dei protocolli diagnostici e terapeutici e delle pratiche assistenziali applicati ordinariamente nei servizi e nelle strutture dell'azienda, nonché la proposizione e la realizzazione di programmi di sensibilizzazione e di formazione degli operatori, limitatamente alle materie di competenza del comitato.

14°. RAPPORTI CON L'UNIVERSITÀ

L'atto aziendale stabilisce le modalità di applicazione del Protocollo d'intesa stipulato tra regione Molise e Università degli studi del Molise.

In particolare, l'atto deve indicare quali dipartimenti ospedalieri assumano la denominazione e la funzione di DAI – Dipartimenti ad attività integrata, e a quali strutture operative sia preposto un direttore designato dall'Università.

La dotazione organica dell'ASReM espone distintamente il personale a contratto di lavoro del SSN e il personale a contratto di lavoro universitario con diritto a percepire il trattamento economico aggiuntivo.

15°. PRINCIPALI STRUTTURE AZIENDALI

L'atto aziendale individua le strutture operative, di *line* e in *staff* alla direzione strategica, dotate di autonomia gestionale o tecnico-professionale, soggette a rendicontazione analitica, avendo come indefettibile principio di orientamento l'unitarietà dell'azienda e delle funzioni aziendali.

L'atto aziendale espone l'organigramma complessivo dell'azienda.

Le strutture, complesse e semplici, possono essere individuate soltanto in presenza della effettiva gestione autonoma di programmi, congruenti con la pianificazione strategica aziendale, e risorse (spazi, personale, tecnologie, procedure) prevalentemente dedicate alla struttura, che si traducono in un *budget* annuale con obbligo di rendicontazione analitica.

Le strutture complesse sono costituite da un insieme di attività caratterizzate dalla omogeneità delle prestazioni, delle competenze e dei servizi erogati. La loro costituzione presuppone la presenza di fattori di complessità in relazione ai quali si determina la gradazione del peso delle funzioni. I fattori di complessità oggettivamente dimostrabili sono:

- valore strategico ed essenziale rispetto alla missione aziendale;
- complessità e specializzazione delle materie o delle patologie trattate;
- complessità del sistema di relazione intra ed extra aziendale;
- sistema di relazioni interne ed esterne;
- livello di autonomia e di responsabilità, anche nella gestione delle risorse;
- rilevanza economica e funzionale
- valore economico delle prestazioni delle strutture di *line* sufficiente a remunerare il costo pieno della produzione.

Per strutture semplici si intendono le articolazioni di unità operative complesse e/o di dipartimento, individuate da un insieme di attività che richiedono una programmazione e gestione unitaria dettata da criteri di efficacia e di efficienza con attribuzione di risorse dedicate.

Il documento approvato dal Comitato permanente per la verifica dei LEA nella seduta del 26 marzo 2012, detta gli standard per l'individuazione di strutture semplici e complesse del SSR ex articolo 12 del Patto della salute 2010 – 2012.

Occorre preliminarmente dare atto che i parametri forniti si riferiscono a realtà regionali nelle quali insistono più aziende sanitarie. Ciò comporta, fermo restando il numero massimo derivante dallo standard nazionale, la duplicazione delle unità operative esercitanti la medesima funzione. Ne consegue che nella regione Molise, dove è stata istituita una sola azienda sanitaria locale, la mera applicazione dei valori standard comporterebbe un'organizzazione pletrica incoerente con il principio della unitarietà delle funzioni aziendali. L'atto aziendale, pertanto, individua le strutture complesse e semplici dando puntuale e coerente applicazione al principio dell'integrazione istituzionale, organizzativa, professionale e della economicità della gestione diffusamente trattata nella presente direttiva.

La presente direttiva detta i criteri di individuazione ed organizzazione funzionale per le seguenti principali strutture:

A. I distretti

Il distretto rappresenta l'articolazione territoriale fondamentale del governo aziendale, il luogo della formulazione dei piani di committenza, che esprimono il fabbisogno di assistenza primaria e specialistica, in forma ambulatoria, domiciliare e residenziale.

Esso costituisce, sul piano istituzionale, il punto privilegiato delle relazioni tra l'azienda, i medici e pediatri di famiglia e gli enti locali, particolarmente nel settore delle cure primarie e dell'integrazione fra servizi sociali e servizi sanitari.

Il distretto è orientato a governare la domanda sanitaria e a garantire l'assistenza primaria per il tramite dei medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, in attuazione dei contratti integrativi regionali ed in base ad un *budget* per i medici singoli o associati che determina obiettivi, programmi di attività e livelli di spesa programmati in coerenza con gli indirizzi nazionali, la pianificazione sanitaria regionale e i programmi del distretto.

Il distretto eroga le cure e le prestazioni diagnostiche che possono essere assicurate in ambiente non ospedaliero, il servizio territoriale di emergenza – urgenza, la continuità delle cure tra ospedale e territorio.

Il loro bacino di riferimento è determinato con una media di abitanti non inferiore a 80 mila.

Al distretto, nell'ambito del processo di budget, risorse definite in rapporto ai bisogni di salute della popolazione e degli obiettivi nel Programma delle attività – PAT e nella misura fissata dai criteri di riparto del fabbisogno finanziario del SSN.

Le preminenti funzioni del distretto, riconducibili al governo clinico della domanda e dei servizi alla persona (soprattutto in condizioni di fragilità), comportano che *il direttore del*

distretto sia necessariamente un medico, nominato, previa selezione con le procedure stabilite dalla legge per i direttori di struttura complessa, dal direttore generale sulla base della specifica esperienza maturata nei servizi territoriali e dell'adeguata formazione nella loro organizzazione.

Il direttore del distretto si avvale di una struttura amministrativa per la predisposizione di atti e provvedimenti amministrativi di competenza del distretto, per le attività di segreteria, e per il *front office*.

In ciascun distretto sono istituiti, a tal fine, uno o più **Presidi territoriali di assistenza – PTA** - che configurano *centri di salute*, coordinati da un dirigente medico e comprendenti:

- Servizi amministrativi,
- Sportelli di prenotazione per tutte le strutture sanitarie regionali, pubbliche e private,
- Guardia medica di continuità assistenziale,
- Punto di prelievo e consegna dei referti esami di laboratorio,
- Punto unico di accesso – PUA,
- Ambulatorio medico polispecialistico e infermieristico, attrezzato per l'esecuzione della chirurgia ambulatoriale, secondo i vigenti protocolli nazionali e regionali,

Nei PTA potranno trovare altresì collocazione:

- Unità di valutazione multidimensionale
- Servizi di riabilitazione, successiva alla fase post acuta
- Centro di salute mentale
- Consultorio familiare
- Presidi di sanità pubblica, medici e veterinari.

B. Le residenze sanitarie assistenziali – RSA, accettano pazienti non autosufficienti con patologie croniche stabilizzate e rappresentano un presidio alternativo all'assistenza domiciliare.

C. Gli ospedali di comunità, alternativi all'assistenza domiciliare quando le condizioni sociali e personali del paziente lo rendano necessario, con dotazione di 6-10 posti letto, con sede negli attuali stabilimenti di Agnone, Larino e Venafro, nei quali, a differenza che nella RSA, possano trovare risposta i bisogni dei pazienti con patologie mediche acute, post acute, in via di stabilizzazione, croniche in fase di riacutizzazione, di lunga assistenza con recupero funzionale e patologie in fase terminale, che non necessitano di particolari supporti tecnologici tipicamente ospedalieri né di controllo medico continuo, assicurato dai medici di famiglia. L'ospedale di comunità è collegato ad un PTA per poter fruire del supporto dei medici specialisti del poliambulatorio, eventualmente integrato da accessi saltuari di altri specialisti, con lista di attesa dedicata, del personale infermieristico e di riabilitazione presente nel PTA.

D. L'ospedale

L'ospedale è il presidio la cui missione è rappresentata dalla diagnosi e cura di patologie tali da richiedere prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative ad alta integrazione e concentrazione nel tempo e nello spazio di risorse umane e tecnologiche; che assicura l'assistenza in fase acuta, nell'immediata fase post acuta e le prestazioni diagnostiche e terapeutiche di secondo livello connotate da particolare complessità.



La funzione ospedaliera della regione Molise è articolata su tre presidi ospedalieri, secondo il modello a rete, con Hub in Campobasso e Spoke in Isernia e Termoli. Le direzioni mediche di presidio garantiscono l'effettiva integrazione funzionale dei tre presidi al fine di eliminare ogni possibile duplicazione di strutture ed attività assistenziali non rispondenti alla effettiva domanda di prestazioni, con l'obbligo del pareggio di bilancio a norma dell'art. 32, comma 7, della legge 27 dicembre 1997, n. 449.

E. Le funzioni centrali di amministrazione, le cui funzioni sono costituite e svolte nelle seguenti direzioni centrali:

- Affari legali e istituzionali
- Gestione e amministrazione delle risorse umane
- Amministrazione e finanza
- Gestione tecnica
- Gestione degli acquisti
- Assistenza Farmaceutica.

F. Gli uffici in staff alla direzione generale

- Servizio informatico
- Servizio delle professioni sanitarie infermieristica, ostetrica, tecnico-sanitarie, della riabilitazione e della prevenzione
- Controllo di gestione
- Servizio di prevenzione e protezione, rischio clinico e qualità.

16°. DOCUMENTI CORRELATI ALL'ATTO AZIENDALE

Allo scopo di evitare che l'atto aziendale divenga elemento di rigidità istituzionale, il suo contenuto potrà rinviare a provvedimenti collegati, adottati previo svolgimento delle prescritte relazioni sindacali, quando previste dalle leggi e nei modi stabiliti dai contratti collettivi nazionali di lavoro, tra i quali si individuano, oltre quelli richiamati nei precedenti capitoli della direttiva:

- a. Organizzazione dettagliata delle direzioni operative, dei servizi e delle altre articolazioni organizzative comunque denominate e dotazione organica, con relativi costi, del personale del presidio e degli stabilimenti ospedalieri, dei distretti, delle strutture amministrative e degli uffici in staff alla direzione generale. La struttura organizzativa deve essere di carattere sistemico con l'obiettivo di rendere effettiva l'unitarietà dell'azienda. L'unitarietà è favorita dalla integrazione funzionale dei servizi, strutturati con criteri di complementarità, di facile accessibilità, di qualificazione specialistica e tecnologica.
- b. Protocolli per lo svolgimento sistematico delle attività inerenti alla gestione del rischio clinico.
- c. Manuali della contabilità generale, delle procedure dei sottosistemi contabili che l'alimentano e manuale della contabilità analitica.
- d. Manuale del *budget* e sistema di valutazione della *performance* aziendale.
- e. Atti regolamentari e di indirizzo generale per l'esercizio del mandato conferito ai dirigenti dell'azienda.
- f. Protocolli per la graduazione, il conferimento, la valutazione, il rinnovo o la revoca degli incarichi dirigenziali.
- g. Protocolli per disciplinare l'applicazione delle norme specificamente destinate a regolamentare il rapporto di lavoro del personale universitario che svolge attività assistenziale.



17°. CLAUSOLE FINALI

La presente direttiva, adottata dal Commissario ad acta in esecuzione della deliberazione del Consiglio dei Ministri 7 giugno 2012, sostituisce le linee guida precedentemente emanate con decreto del Commissario *ad acta* 15 giugno 2010, n. 26, ed ogni altra disposizione regionale non compatibile col presente documento.

Il riferimento generico alla "regione" é agli organi che secondo l'ordinamento della regione Molise hanno competenza nelle specifiche materie. L'atto aziendale specifica che fino alla chiusura del Piano di rientro, il termine "regione", i termini che individuano e qualificano organi regionali e le competenze in materia sanitaria sono riferite al Commissario *ad acta*.

All'ASReM è assegnato il termine di 45 giorni per redigere l'atto aziendale, che prima della sua adozione deve essere sottoposto all'attenzione del al Commissario *ad acta*, che ne verificherà la conformità con la presente direttiva.

Il direttore generale deve segnalare eventuali difformità dalle indicazioni contenute nella presente direttiva, fornendo le idonee motivazioni.

In ogni caso, gli assetti organizzativi delineati nell'atto aziendale devono essere funzionali al ristabilimento del pareggio di bilancio dell'ASReM e compatibili con il mantenimento nel tempo dell'equilibrio economico-finanziario con le assegnazioni del fondo sanitario regionale.

L'attuazione dell'Atto aziendale da parte della ASReM sarà costantemente monitorata e valutata dalla Regione, con particolare riferimento agli aspetti che riguardano la realizzazione degli obiettivi strutturali dei Programmi operativi.

Ci si riferisce, in particolare, a

- l'applicazione di strumenti e metodi di ottimizzazione delle risorse umane;
 - l'implementazione di modelli organizzativi innovativi ospedalieri;
 - lo sviluppo e qualificazione dei Distretti e delle attività territoriali;
 - la completa attuazione dei PTA;
 - l'attuazione del modello delle reti Hub e Spoke,
- anche attraverso il confronto con specifici indicatori di attività.

