

Allegato

429

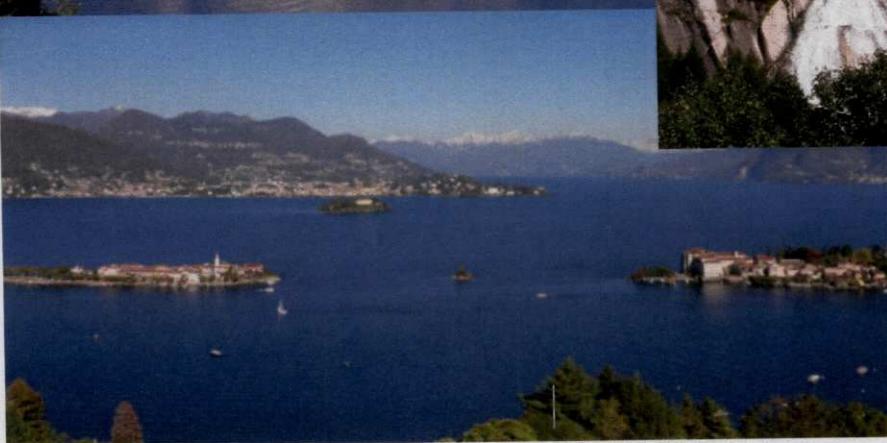
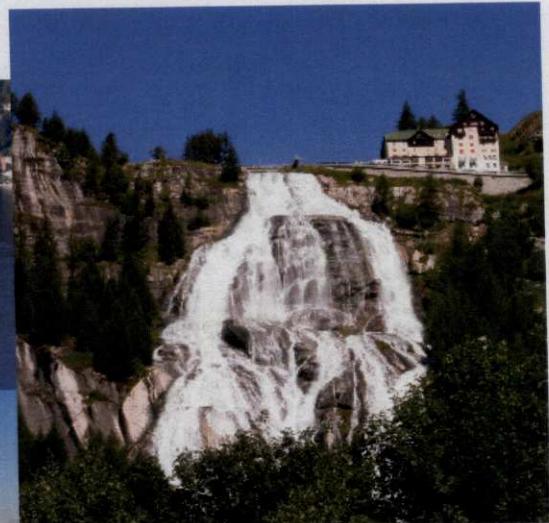
12 NOVEMBRE 2015



A.S.L. V.C.O.

*Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola*

ATTO AZIENDALE A.S.L. V.C.O.



12 Novembre 2015

 **REGIONE
PIEMONTE**

q M. Attini

INDICE

| DESCRIZIONE | PAG. |
|---|------|
| PREMESSA | 4 |
| TITOLO I: ELEMENTI IDENTIFICATIVI E CARATTERIZZANTI L'AZIENDA | 5 |
| 1. Sede legale | 6 |
| 2. Logo | 6 |
| 3. Patrimonio | 6 |
| 4. Missione | 6 |
| 5. Visione | 7 |
| 6. Valori fondanti | 7 |
| TITOLO II: ASSETTO ISTITUZIONALE: ORGANI AZIENDALI, ORGANISMI COLLEGIALI/MONOCRATICI E RELATIVE ATTRIBUZIONI | 9 |
| 7. Il Direttore Generale | 10 |
| 8. I Direttori: Amministrativo e Sanitario | 11 |
| 9. Il Direttore Amministrativo: attribuzioni | 12 |
| 10. Il Direttore Sanitario: attribuzioni | 12 |
| 11. Il Collegio Sindacale | 13 |
| 12. Il Collegio di Direzione | 13 |
| 13. La Conferenza e la Rappresentanza dei Sindaci | 14 |
| 14. Il Comitato dei Sindaci di Distretto | 14 |
| 15. Il Consiglio dei Sanitari | 15 |
| 16. L'Organismo Indipendente di Valutazione | 16 |
| 17. La Conferenza di Partecipazione | 17 |
| TITOLO III: ASPETTI ORGANIZZATIVI DELL'AZIENDA | 18 |
| 18. Articolazione territoriale a livello centrale | 19 |
| 19. Area della prevenzione | 19 |
| 20. Area territoriale | 20 |
| 21. Area ospedaliera | 25 |
| 22. Modalità di identificazione dei dipartimenti e relative aggregazioni | 29 |
| 23. Disciplina degli eventuali dipartimenti integrati con l'università | 31 |
| 24. Forme integrative a livello sovrazonale | 31 |
| 25. Modalità di identificazione delle strutture semplici e complesse e criteri per la loro istituzione | 32 |
| 26. I gruppi di progetto | 34 |
| 27. Esplicitazione del livello di autonomia gestionale e tecnico professionale | 35 |

| | |
|--|----|
| delle unità organizzative | |
| 28. Criteri e modalità di conferimento degli incarichi dirigenziali | 35 |
| 29. Organigramma aziendale | 37 |
| 30. Piano di organizzazione | 37 |
| 31. Dotazione organica | 37 |
| 32 Prospetto riassuntivo delle strutture ospedaliere e non ospedaliere | 38 |
| TITOLO IV - MODALITA' DI GESTIONE, CONTROLLO E VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE | 39 |
| 33. Procedure di consultazione al fine della predisposizione degli atti di programmazione | 40 |
| 34. Disciplina dei controlli interni | 40 |
| 35. Disciplina della funzione qualità | 40 |
| 36. L'accreditamento istituzionale e professionale | 42 |
| 37. I percorsi di cura | 43 |
| 38. La gestione del rischio clinico | 43 |
| 39. Previsione della regolamentazione interna | 44 |
| 40. Azioni di informazione, accoglienza, tutela e partecipazione degli utenti | 45 |
| 41. L'ufficio relazioni con il pubblico | 45 |
| 42. L'ufficio stampa | 45 |
| 43. Indagine di soddisfazione dell'utenza | 46 |
| 44. Guida ai servizi | 47 |

Premessa

Con atto deliberativo n. 340 del 18.9.2015 questa azienda ha adottato l'atto aziendale trasmettendolo alla Direzione Regionale Sanità, Settore Pianificazione e Assetto Istituzionale - Ufficio Controllo Atti, per l'avvio del procedimento di verifica.

La Regione, a conclusione dell'attività istruttoria, con D.G.R. n. 44 - 2298 del 19.10.2015, ha recepito il documento limitatamente all'organizzazione dell'area amministrativa e tecnico professionale di supporto, nonché dell'area territoriale e della prevenzione, condizionando tale recepimento all'ottemperanza, da parte dell'azienda, alle prescrizioni ed ai rilievi regionali contenuti nell'allegato 1, parte integrante e sostanziale alla medesima deliberazione.

L'azienda, in considerazione di quanto disposto dalla citata D.G.R. n. 44 - 2298/2015 e nel rispetto delle prescrizioni/rilievi regionali effettuati, ha provveduto alla riformulazione (e conseguente riadozione) dell'atto aziendale e dei relativi allegati. Il documento, adottato con deliberazione n. 383 del 29.10.2015, è stato trasmesso in Regione per l'avvio del procedimento in merito alla verifica della congruità dell'adeguamento organizzativo richiesto a questa azienda.

La Regione, con nota prot. n. 21223/A1406A del 9.11.2015, a conclusione della verifica in ordine all'ottemperanza alle prescrizioni di cui alla citata D.G.R. N. 44 - 2298 del 19.10.2015, ha evidenziato che il numero delle strutture non ospedaliere (13 Soc aziendali e 2 Soc interaziendali con l'ASL di Novara) eccede di una unità lo standard previsto dalla D.G.R. n. 42-1921 del 27.7.2015 (n. 13 Soc). Ha inoltre osservato che la Soc Medico Competente non risponde ai requisiti di complessità di cui alla D.G.R. N. 42-1921 del 27.7.2015. La Regione ha, quindi, assegnato all'Azienda il termine di 7 giorni dal ricevimento della nota prot. n. 21223 per predisporre l'adeguamento organizzativo di competenza.

L'azienda, nel conformarsi al disposto della citata nota individuando il Medico Competente come funzione in staff al Direttore Generale anziché come Soc interaziendale con l'Asl di Novara, ha riadottato l'atto aziendale, trasmettendolo in Regione per l'avvio del procedimento in merito alla verifica della congruità dell'adeguamento richiesto a questa azienda.

TITOLO I

ELEMENTI IDENTIFICATIVI E CARATTERIZZANTI L'AZIENDA

1. Sede legale

La sede legale dell'Azienda è ad Omegna, Via Mazzini n. 117.

L'Azienda, nata come ASL 14 dall'accorpamento, avvenuto il 1° gennaio 1995, delle 3 precedenti Unità Sanitarie Locali (l'U.S.S.L. 55 di Verbania, l'U.S.S.L. 56 di Domodossola, l'U.S.S.L. 57 di Omegna), è divenuta ASL VCO a decorrere dal 1° gennaio 2008 (D.C.R. n°136-39452 del 22 ottobre 2007 e dal D.P.G.R. n.° 90 del 17 dicembre 2007).

2. Logo



Il logo dell'Azienda rappresenta il territorio del Verbano, del Cusio e dell'Ossola (V.C.O.), che, nelle loro specificità, si integrano costituendo un territorio unitario.

3. Patrimonio

Il patrimonio dell'Azienda sanitaria è costituito da tutti i beni, mobili ed immobili, ad essa appartenenti, ivi compresi quelli trasferiti dallo Stato o dai altri enti pubblici, nonché da tutti i beni comunque acquisiti nell'esercizio delle proprie attività o a seguito di atti di liberalità (art. 5, co 1 e 2, del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i.) L'Asl ha disponibilità secondo il regime della proprietà privata ferme restando le disposizioni di cui all'art. 830, 2° comma, del codice civile. Gli atti di trasferimento a terzi di diritti reali su immobili sono assoggettati a previa autorizzazione regionale. I beni mobili ed immobili che le aziende sanitarie utilizzano per il perseguimento dei propri fini istituzionali costituiscono patrimonio indisponibile degli stessi, soggetti alla disciplina dell'art. 828, co. 2, del codice civile.

I beni appartenenti alle aziende sanitarie sono classificati in beni patrimoniali indisponibili e disponibili. I beni, mobili ed immobili, utilizzati per il perseguimento dei fini istituzionali non possono essere sottratti alla loro destinazione senza l'autorizzazione della Giunta Regionale (L.R. n. 8 del 18.1.1995).

4 - Missione

La missione dell'Azienda, in linea con il P.S.S.R. 2012-15, è quella di garantire il diritto alla salute, offrendo i servizi, le attività, le prestazioni necessarie per la promozione, tutela, prevenzione, la diagnosi e la cura delle malattie e la riabilitazione ma, nel contempo, assicurare che tali attività servizi e prestazioni siano di qualità elevata e siano fornite nei modi, luoghi e tempi congrui per le effettive necessità della popolazione.

L'Asl VCO svolge la funzione preminente di tutela della salute e quella di erogazione dei servizi di assistenza primaria tramite i distretti e dei servizi di assistenza specialistica

tramite gli ospedali in rete. Le attività di promozione della salute e prevenzione primaria collettiva sono svolte dal Dipartimento di Prevenzione e/o mediante l'attivazione di programmi speciali finalizzati.

L'Azienda:

- opera secondo il modello della presa in carico del cittadino-utente riconoscendo la centralità del cittadino nell'ambito della costruzione dei propri processi, da realizzare mediante specifiche politiche di comunicazione orientate all'informazione ed alla partecipazione nella definizione delle scelte e nella valutazione dei risultati;
- persegue la valorizzazione del proprio capitale di tecnologie e di professionisti come competenze distintive, dedicate alla gestione e produzione di servizi sanitari.

5 Visione

La visione dell'Azienda si caratterizza per la capacità di sviluppare integrazioni, alleanze e sinergie all'interno del sistema sanitario regionale e con il contesto locale e sovrazonale, al fine di realizzare una rete integrata di servizi per la tutela della salute, in un'ottica di miglioramento continuo, di innovazione organizzativa, di sviluppo e valorizzazione delle professionalità.

6 Valori fondanti

I valori fondanti che orientano e sostengono le azioni ed i comportamenti dei singoli operatori e dell'intera organizzazione afferiscono alla:

- centralità del cittadino, quale titolare del diritto alla salute;
- continuità assistenziale dei percorsi di cura al fine di consentire la presa in carico globale dell'assistito e la massima integrazione dei singoli momenti del percorso di cura, organizzando l'accesso ai servizi sanitari da parte dei cittadini, come prevede il P.S.S.R. 2012-15, in un'ottica di equità di trattamento e di accesso ai servizi, da realizzare attraverso la massima semplificazione burocratico-amministrativa;
- sistematica informazione al cittadino ed ai fruitori dei servizi sui loro diritti e opportunità;
- adozione di strumenti finalizzati allo sviluppo del processo di empowerment, come previsto dal P.S.S.R. 2012-15;
- collaborazione con le Istituzioni locali, le Organizzazioni Sindacali, le Associazioni rappresentative dei cittadini e del terzo settore;
- approccio integrato socio-sanitario alle problematiche di salute;
- tutela e cura delle persone più deboli o con disabilità, favorendo anche la loro integrazione nella vita quotidiana;
- contenimento dell'attività di ricovero (deospedalizzazione) evitandone l'uso improprio, da realizzare attraverso la continuità assistenziale, utile a garantire un percorso di presa in carico e di assistenza socio/sanitaria senza soluzioni di continuità;

- qualità dei servizi da realizzare lavorando sull'efficacia ed appropriatezza clinica, costruendo percorsi diagnostici terapeutici assistenziali improntati alla medicina basata sulle evidenze scientifiche, sulla sicurezza e sulla gestione del rischio, sull'appropriatezza organizzativa, sulla promozione della prevenzione;
- responsabilità ed autonomia dei professionisti mediate lo sviluppo del governo clinico;
- aggiornamento e sviluppo delle competenze professionali;
- sicurezza delle attività e degli ambienti di lavoro al fine di garantire la massima tutela per le persone che fruiscono dei servizi e per gli operatori;
- integrazione tra la dimensione clinica e quella economica, tenendo presente che la finalità istituzionale aziendale, in conformità a quanto emerge dal P.S.S.R. 2012-15, consiste nel garantire i LEA, in termini quali/quantitativi, razionalizzando il sistema attraverso la riduzione degli sprechi, delle diseconomie, delle duplicazioni di attività, ricercando, costantemente, la sostenibilità economica;
- messa in atto di azioni volte alla prevenzione ed alla repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione, ai sensi della L. n. 190 del 6.11.2012;
- trasparenza dell'attività amministrativa che, ai sensi della L. n. 190/2012, costituisce livello essenziale delle prestazioni concernenti i diritti sociali e civili, ai sensi dell'art. 117, 2° co, lettera m, della Costituzione, ed è assicurata mediante la pubblicazione, nel sito web istituzionale della pubblica amministrazione, delle informazioni relative ai procedimenti amministrativi, secondo criteri di facile accessibilità, completezza e semplicità di consultazione.

L'azienda, inoltre, persegue la tutela della *privacy* e adotta specifiche norme interne che recepiscono i principi della legislazione vigente e disciplinano i meccanismi attuativi.

TITOLO II

ASSETTO ISTITUZIONALE: ORGANI AZIENDALI, ORGANISMI COLLEGIALI/MONOCRATICI E RELATIVE ATTRIBUZIONI

7 Il Direttore Generale

Il Direttore Generale è responsabile della gestione complessiva dell'azienda (Art. 3, comma 1-quater del D.Lgs n. 502/1992 e s.m.i.); la gestione si esercita con atti e decisioni di rilevanza interna ed esterna di indirizzo, programmazione e controllo, con particolare riguardo alle strategie per la realizzazione della mission aziendale, alla definizione degli obiettivi gestionali, all'allocazione delle risorse ed alla valutazione dei risultati (art. 3, co. 1-quater, del D.Lgs. 502/92 e s.m.i.).

E' coadiuvato, nell'esercizio delle proprie funzioni, dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario.

A tale organo sono riservati tutti i poteri di gestione nonché la rappresentanza dell'azienda e allo stesso compete verificare, mediante valutazioni comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati, la corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate, nonché l'imparzialità ed il buon andamento dell'azione amministrativa.

Rientrano nelle attribuzioni del Direttore Generale i poteri di nomina del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo d'Azienda, dei dirigenti, e di conferimento di incarichi dirigenziali e di responsabilità di strutture organizzative.

L'esercizio delle funzioni di rappresentanza comprende la funzione di tutela dell'Azienda che il Direttore Generale esercita, nei casi in cui lo ritenga necessario, per ragioni di opportunità o di garanzia della conformità degli atti amministrativi adottati dai dirigenti con gli indirizzi strategici, così come nei casi di manifesta inerzia, su questioni prioritarie, urgenti o considerate di rilevanza strategica per l'Azienda, subentrando nella responsabilità diretta del procedimento amministrativo specifico, nel rispetto delle disposizioni vigenti in materia di separazione dei poteri, di cui al D.Lgs. n. 165/2001 e s.m.i.

Gli atti del Direttore Generale possono essere ricondotti o alla disciplina del diritto pubblico amministrativo, con la forma della deliberazione, e sottoposti ai controlli ai sensi della normativa vigente, o a quella del diritto privato, nelle forme previste dal legislatore.

Il Direttore generale è il datore di lavoro in materia di salute e sicurezza sul lavoro, ai sensi del D.Lgs. n°81/2008, e può delegare tutti gli adempimenti attribuitigli dal decreto fatta eccezione, ex dettato dell'art. 17 dello stesso, cioè la valutazione di tutti i rischi con la conseguente elaborazione del documento previsto dal successivo art. 28 e la designazione del responsabile del servizio di prevenzione e protezione dai rischi. Può delegare gli altri adempimenti ai responsabili delle strutture individuate nel Piano di Organizzazione in tutti i casi in cui gli stessi sono in possesso, ex art. 16, di tutti i requisiti di professionalità ed esperienza richiesti dalla specifica natura delle funzioni delegate.

Il Direttore Generale esercita, altresì, tutte le altre funzioni attribuitegli dalle leggi e dai regolamenti nazionali e regionali.

Sono riservati al Direttore Generale i seguenti atti:

a) la nomina, la sospensione o la decadenza del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario;

- b)** la nomina dei membri del Collegio Sindacale, su designazione delle Amministrazioni competenti e la prima convocazione del Collegio;
- c)** la nomina dei Responsabili delle strutture aziendali ed il conferimento, la sospensione e la revoca degli incarichi dirigenziali, in conformità a quanto stabilito dai decreti legislativi n. 502 del 30 dicembre 1992 e s.m.i., n. 165 del 30 marzo 2001 e s.m.i. e dai contratti collettivi di lavoro nel tempo vigenti;
- d)** l'adozione dell'atto aziendale;
- e)** l'adozione degli atti di bilancio, compresa l'adozione del "budget";
- f)** l'adozione degli atti di programmazione sanitaria locale;
- g)** le funzioni non delegabili in materia di sicurezza, salute e igiene del lavoro.

Nei casi di assenza o impedimento il Direttore Generale delega, al Direttore Amministrativo o al Direttore Sanitario più anziano, l'adozione degli atti sopraelencati, ad esclusione dei provvedimenti di nomina e sospensione di cui alla lettera a) e delle funzioni di cui alla lettera g).

Il Direttore Generale può delegare il compimento di determinati atti, fatti salvi quelli per legge indeleggibili, al Direttore Amministrativo, al Direttore Sanitario, ai Dirigenti o a Dipendenti dell'azienda, di volta in volta individuati, i quali sono tenuti ad agire nel rispetto delle disposizioni ricevute.

8 I Direttori: Amministrativo e Sanitario

Il Direttore Generale è coadiuvato, nell'esercizio delle proprie funzioni, dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario, nominati dal Direttore Generale stesso (art. 3, co. 1-quater e quinques del D.Lgs. 502/92 e s.m.i.). Essi partecipano, unitamente al Direttore Generale che ne ha la responsabilità, alla direzione dell'azienda, assumono diretta responsabilità delle funzioni attribuite alla loro competenza e concorrono, esprimendo proposte e pareri, alla formazione delle decisioni della direzione generale.

In relazione a tale caratterizzazione del ruolo, che ne comporta il pieno coinvolgimento nell'attività della Direzione aziendale, le funzioni ad essi riconosciute sono riconducibili in generale a quelle di indirizzo/controllo, anche per quanto concerne il loro rapporto con la dirigenza amministrativa e sanitaria dell'azienda.

Il Direttore Generale può delegare il compimento di determinati atti, fatti salvi quelli per legge non delegabili, al Direttore Sanitario ed al Direttore Amministrativo, di volta in volta individuati, sempre che essi siano in possesso di tutti i requisiti di professionalità ed esperienza richiesti dalla specifica natura delle funzioni delegate e che queste non comportino ruoli e responsabilità gestionali.

I Direttori, Sanitario ed Amministrativo, sono tenuti ad agire nel rispetto delle disposizioni ricevute ed esercitano, altresì, tutte le competenze ad essi assegnate specificatamente dalla normativa.

Entrambi sono dotati del potere sostitutivo nell'adozione di provvedimenti o in caso di inerzia ovvero inadempimento protratto dei Dirigenti. In tali casi il Direttore Sanitario ed il Direttore Amministrativo, secondo la rispettiva afferenza organizzativa, propongono al Direttore Generale l'assunzione degli atti surrogatori. Dispongono, inoltre, la mobilità del

personale tra i servizi di rispettivo riferimento e curano l'operato delle diverse unità organizzative volto a perseguire gli obiettivi assegnati, vigilando circa gli adempimenti correlati ai medesimi.

Il Direttore Generale è tenuto a motivare i provvedimenti assunti in difformità dal parere reso dal Direttore Sanitario ed Amministrativo. In caso di vacanza dell'ufficio o nei casi di assenza o di 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 per età.

9 Il Direttore Amministrativo: attribuzioni

Il Direttore Amministrativo è un laureato in discipline giuridiche o economiche che non abbia compiuto il sessantacinquesimo anno di età e che abbia svolto, per almeno cinque anni, una qualificata attività di direzione tecnica o amministrativa in enti o strutture sanitarie, pubbliche o private, di media o grande dimensione (art. 3, co. 7, del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i.).

Il Direttore Amministrativo dirige i servizi amministrativi, con particolare riferimento agli aspetti giuridico amministrativi ed economico finanziari, al buon andamento ed all'imparzialità dell'azione amministrativa, al sistema delle garanzie dell'utenza, allo sviluppo di strumenti di marketing, informazione e comunicazione interna ed esterna, alla definizione delle strategie di gestione del patrimonio, all'integrazione organizzativa. E' componente di diritto del Collegio di Direzione.

10 Il Direttore Sanitario: attribuzioni

Il Direttore Sanitario è un laureato in medicina o chirurgia che non abbia compiuto il sessantacinquesimo anno di età e che abbia svolto, per almeno cinque anni, qualificata attività di direzione tecnico-sanitaria in enti o strutture sanitarie, pubbliche o private, di media o grande dimensione. Dirige i servizi sanitari ai fini organizzativi ed igienico-sanitari e fornisce parere obbligatorio al direttore generale sugli atti relativi alle materie di competenza (art. 3, co. 7, del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i.).

Il Direttore Sanitario è responsabile del governo clinico dell'azienda, inteso come qualità, efficacia, appropriatezza, efficienza tecnica e operativa della produzione di prestazioni, equità dell'accesso ai servizi orientati alla persona o alla collettività.

Il Direttore sanitario dirige i servizi sanitari ai fini organizzativi e igienico-sanitari, con particolare riferimento alle tematiche della qualità e dell'appropriatezza, della performance assistenziale e dei percorsi assistenziali, della continuità dell'assistenza, della valutazione dei risultati, della sperimentazione, della ricerca e della formazione all'aggiornamento delle tecnologie.

Presiede il Consiglio dei Sanitari ed è componente di diritto del Collegio di Direzione.

11 Il Collegio Sindacale

Il Collegio, che dura in carica tre anni, è composto da tre membri, di cui uno designato dal Presidente della Giunta Regionale, uno dal Ministero dell'Economia e delle Finanze ed uno dal Ministro della Salute (art. 3-ter, del D.Lgs 502/92. s.m.i.).

Al Collegio Sindacale compete:

- a) la verifica dell'amministrazione dell'Azienda sotto il profilo economico;
- b) la vigilanza sull'osservanza della legge;
- c) l'accertamento della regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili, anche mediante l'effettuazione di periodiche verifiche di cassa;
- d) di riferire alla Regione, almeno trimestralmente, anche su richiesta di quest'ultima, 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 alla Conferenza dei Sindaci.

I componenti del collegio sindacale possono procedere ad atti di ispezione e controllo anche individualmente.

Il Collegio Sindacale è nominato dal Direttore Generale con apposito provvedimento in base alla designazione delle Autorità competenti, ai sensi dell'art. 3, co. 13, del D.Lgs 502/92. s.m.i., che lo convoca per la prima seduta.

Ove, a seguito di decadenza, dimissioni o decessi il collegio risultasse mancante di uno o più componenti, il Direttore Generale provvede ad acquisire le nuove designazioni dalle amministrazioni competenti. In caso di mancanza di più di due componenti si dovrà procedere alla ricostituzione dell'intero collegio. Qualora il Direttore Generale non proceda alla ricostituzione del Collegio entro trenta giorni la Regione provvederà a costituirlo, in via straordinaria, con un funzionario della Regione e due designati dal Ministro del Tesoro. Il collegio straordinario cessa le proprie funzioni all'atto dell'insediamento del collegio ordinario.

12 Il Collegio di Direzione

Il Collegio di Direzione è chiamato a svolgere le competenze attribuitegli dalla Regione, nel rispetto della composizione da essa definita per garantire la partecipazione di tutte le figure professionali presenti nell'azienda e nel rispetto dei criteri di funzionamento da essa stabiliti anche con riguardo alle modalità con cui relazionarsi con gli altri organi aziendali.

Il Collegio di direzione, in particolare, concorre al governo delle attività cliniche, partecipa alla pianificazione delle attività, incluse la ricerca, la didattica, i programmi di formazione e le soluzioni organizzative per l'attuazione dell'attività libero-professionale intramuraria.

Il Collegio di Direzione è presieduto dal Direttore Generale o suo delegato ed è composto dai Direttori Amministrativo e Sanitario aziendali, dai Direttori di Dipartimento, dal Direttore dei Presidi Ospedalieri, dai Direttori dei Distretti e dal Direttore Di.P.Sa (circolare regionale prot. n. 20347 dell'1/6/2009).

Il Direttore Generale ha la facoltà di individuare quali componenti del Collegio di Direzione 1 rappresentante per ciascuna area dei medici convenzionati della medicina generale, dei pediatri di libera scelta, della continuità assistenziale e della specialistica ambulatoriale.

In relazione alle materie in trattazione il Direttore Generale può estendere la partecipazione alle sedute del Collegio ai Direttori ed ai Dirigenti responsabili delle strutture organizzative aziendali che, di volta in volta, potranno essere sentiti senza diritto di voto.

13 La Conferenza e la Rappresentanza dei Sindaci

La Conferenza dei Sindaci è costituita dai Sindaci (o loro delegati) di tutti i Comuni che costituiscono l'ambito territoriale dell'azienda (art. 3, co. 14, del D.Lgs. 502/92 s.m.i.). La Conferenza nomina al proprio interno il Presidente.

La Conferenza (art. 7 della L.R. n. 18 del 6.08.2007): 1) definisce, nell'ambito della programmazione socio-sanitaria regionale, le linee di indirizzo per l'elaborazione del piano attuativo locale; 2) esamina ed esprime parere sul bilancio di esercizio dell'A.S.L. e rimette alla Giunta Regionale le proprie osservazioni; 3) esprime i pareri previsti dall'art. 3bis, commi 6 e 7, del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i. sull'operato del Direttore Generale dell'A.S.L.; 4) può richiedere alla Regione la revoca del Direttore Generale nel caso previsto dall'art. 3 bis, co. 7, del D.lgs 502/92; 5) esercita ogni altra competenza ad essa riservata dalle norme nazionali e regionali.

Le funzioni definite sono esercitate dalla Conferenza dei Sindaci (art. 3, co. 14, del D.Lgs. 502/92 s.m.i.), tramite una Rappresentanza costituita nel suo seno, formata da non più di cinque componenti nominati dalla stessa Conferenza. Presidente della Rappresentanza è, di diritto, il Presidente della Conferenza dei Sindaci.

L'A.S.L. predispone un proprio regolamento che disciplina le funzioni e le attività della Conferenza e della Rappresentanza dei Sindaci.

14 Il Comitato dei Sindaci di Distretto

Il Comitato dei Sindaci di Distretto rappresenta l'organo di partecipazione alla programmazione socio sanitaria a livello distrettuale.

Le competenze del Comitato dei Sindaci di Distretto, quale organismo rappresentativo di tutte le amministrazioni comunali presenti nell'ambito territoriale del Distretto (art. 3 quater, co. 4, del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i.) sono:

- l'espressione del parere obbligatorio sulla proposta, formulata dal Direttore di Distretto, relativa al programma delle attività territoriali-distrettuali;

- l'espressione del parere obbligatorio, limitatamente alle attività socio sanitarie, sull'atto del Direttore Generale con il quale viene approvato il suddetto programma, in coerenza con le priorità stabilite a livello regionale;
- la diffusione dell'informazione sui settori socio-sanitari e socio-assistenziali e la promozione, a livello di indirizzo politico, delle relative attività in forma integrata e coordinata.

Compete al Comitato dei Sindaci la predisposizione ed approvazione dei Profili e Piani di Salute (PEPS) relativi alla rete dei servizi socio sanitari (art. 14 della L.R. n. 18/2007).

Al Comitato, composto dai Sindaci dei Comuni compresi nell'ambito territoriale del distretto, partecipano, inoltre, con diritto di voto, il Presidente della Provincia ed il Presidente dell'ente gestore dei servizi sociali. Possono altresì partecipare, senza diritto di voto, il Presidente della Conferenza dei Sindaci, il Direttore del Distretto ed il Direttore dell'Ente gestore dei servizi sociali.

Al fine di garantire una maggiore partecipazione e valutazione dei processi di analisi territoriali il Comitato dei Sindaci di distretto si articola in:

- Comitato dei Sindaci – Area Verbano;
- Comitato dei Sindaci – Area Cusio;
- Comitato dei Sindaci – Area Ossola.

15 Il Consiglio dei Sanitari

Il Consiglio dei sanitari è organismo elettivo dell'azienda dotato di funzioni di consulenza tecnico-sanitaria ed è presieduto dal Direttore Sanitario (art. 3, co. 12, del D.Lgs. 502/92 s.m.i.).

Il Consiglio dei Sanitari fornisce parere obbligatorio per le attività tecnico sanitarie, anche sotto il profilo organizzativo, e per gli investimenti ad essi attribuiti. Si esprime, altresì, sulle attività di assistenza sanitaria. La Regione ha definito il numero dei componenti ed ha disciplinato le modalità di elezione e la composizione e funzionamento del consiglio (art. 3, co. 12, del D.Lgs. 502/92, e s.m.i.).

E' composto: dal Direttore sanitario Aziendale; dai Rappresentanti delle diverse categorie di personale, dipendente e convenzionato, proclamati eletti dal Direttore Generale ai sensi di legge; dal Segretario, dipendente del ruolo amministrativo, scelto dal Direttore Sanitario Aziendale senza diritto di voto. Possono partecipare, senza diritto di voto, alle sedute del Consiglio dei Sanitari: i Direttori di Dipartimento, i Direttori di Distretto, il Direttore dei Presidi ospedalieri (D.G.R. n. 81-1701 del 11/12/2000).

L'organizzazione ed il funzionamento del Consiglio dei Sanitari è disposto da proprio regolamento interno.

16 L'Organismo Indipendente di Valutazione

Nel processo di misurazione e valutazione della performance organizzativa ed individuale delle Amministrazioni Pubbliche interviene l'Organismo Indipendente di Valutazione, O.I.V, (art. 14 del D.Lgs. n. 150 del 27.10.2009 e s.m.i).

L'Organismo Indipendente di Valutazione esercita, in piena autonomia, le seguenti attività (art. 14 del D.Lgs n. 150/2009, co 4):

- a) monitora il funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza ed integrità dei controlli interni ed elabora una relazione annuale sullo stato dello stesso;
- b) comunica tempestivamente le eventuali criticità riscontrate ai competenti organi interni di governo ed amministrazione, nonché alla Corte dei Conti, all'Ispettorato per la Funzione Pubblica ed alla Commissione per la valutazione, la trasparenza e l'integrità delle amministrazioni pubbliche;
- c) valida la Relazione sulla performance e ne assicura la visibilità attraverso la pubblicazione sul sito istituzionale dell'amministrazione;
- d) garantisce la correttezza dei processi di misurazione e valutazione, nonché dell'utilizzo dei premi di cui al titolo III, secondo quanto previsto dal Dl.vo n. 150/2009, dai contratti collettivi nazionali, dai contratti integrativi, dai regolamenti interni all'amministrazione, nel rispetto del principio di valorizzazione del merito e della professionalità;
- e) la DGR 25-6944 prevede che la competenza di cui al D. Lvo n. 150, punto e, relativa alla proposta della valutazione annuale dei dirigenti di vertice, non viene svolta, stante le caratteristiche istituzionali ed organizzative delle ASR;
- f) è responsabile della corretta applicazione delle linee guida, delle metodologie e degli strumenti predisposti dalla Commissione per la valutazione, la trasparenza e l'integrità delle amministrazioni pubbliche;
- g) promuove ed attesta l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza ed all'integrità di cui al presente titolo;
- h) verifica i risultati e le buone pratiche di promozione delle pari opportunità.

L'O.I.V. misura e valuta la performance organizzativa di ciascuna struttura aziendale sulla base degli obiettivi assegnati dalla Direzione Generale, proponendo la valutazione alla Direzione stessa.

L'O.I.V., sulla base di appositi modelli forniti dalla Commissione per la valutazione, la trasparenza e l'integrità delle amministrazioni pubbliche (di cui all'art. 13 del Dl.vo n. 150/2009) cura, annualmente, la realizzazione di indagini sul personale dipendente volte a rilevare il livello di benessere organizzativo ed il grado di condivisione del sistema di valutazione, nonché la rilevazione della valutazione del proprio superiore gerarchico da

parte del personale e ne riferisce alla predetta Commissione (art. 14 del Dl.vo n. 150/2009, co. 5).

L'organismo, per lo svolgimento delle funzioni sopra indicate, in conformità a quanto previsto dall'art. 14, co. 9,10 del D.Lgs n. 150/2009, si avvale del supporto della Struttura Tecnica Permanente per la misurazione della performance a cui afferiscono figure professionali operanti nelle strutture aziendali che mettono a disposizione le proprie competenze.

17 La Conferenza di Partecipazione

La Regione ha istituito (art. 10, 2° co, della L.R. n. 18 del 6.8.2007) e disciplinato un'apposita conferenza degli organismi di rappresentanza degli utenti, del terzo settore e dell'imprenditorialità sociale quale strumento partecipativo, ovvero al fine di riconoscere a questi soggetti un ruolo partecipativo nella programmazione e valutazione dei servizi sanitari, in armonia con quanto stabilito dall'art. 14, 2° co., del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i.

La Conferenza di partecipazione svolge funzioni consultive e di proposta alla Direzione Generale dell'Azienda in merito alle forme di partecipazione alle attività di programmazione, controllo e valutazione dei servizi sanitari, delle organizzazione dei cittadini e del Volontariato impegnato nella tutela del diritto alla salute (art. 14, 2° co, del D. Lgs. 502/1992 e s.m.i.).

La conferenza è composta da rappresentanti degli utenti e degli organismi del terzo settore che collaborano con il sistema dei servizi sanitari erogati dall'azienda e da rappresentanti dell'azienda stessa. Sono altresì presenti i rappresentanti delle componenti aziendali impegnate nella programmazione e nella garanzia della qualità dei servizi. Tra questi rientrano: il Direttore Sanitario d'azienda, il Responsabile dell'URP, e/o il Responsabile della qualità, i Responsabili di struttura, di volta in volta interessati, secondo l'ordine del giorno, ed un rappresentante del DI.P.SA.

Il numero dei componenti, fino ad un massimo di 30, è stabilito dal Regolamento aziendale al fine di garantire, in modo democratico, la presenza dei soggetti impegnati nella tutela degli utenti e della qualità dei servizi. La conferenza è insediata dal Direttore Generale dell'A.S.L. e dura in carica 3 anni. Nella seduta di insediamento la conferenza provvede all'elezione, tra i propri componenti, dell'Ufficio di Presidenza, formato da n. 2 componenti aziendali (uno dei quali svolge le funzioni di presidente), e da n. 3 componenti degli organismi di rappresentanza degli utenti e del terzo settore, tra i quali viene scelto il vicepresidente.

TITOLO III

ASPETTI ORGANIZZATIVI DELL'AZIENDA

18 Articolazione territoriale a livello centrale

L'organizzazione delle attività e dei compiti istituzionali dell'azienda, basata sulla distinzione tra direzione strategica e direzioni operative, si deve coniugare con il criterio strutturale attraverso l'articolazione in strutture operative aggregate per le seguenti macroaree (D.G.R. n. 42-1921/2015):

area della prevenzione

area territoriale

area ospedaliera.

19 Area della Prevenzione

Il Dipartimento di Prevenzione è la struttura operativa dell'A.S.L. che garantisce la tutela della salute collettiva, perseguitando obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e della disabilità, miglioramento della qualità di vita. A tal fine il Dipartimento promuove azioni volte ad individuare e rimuovere le cause di nocività e malattia di origine ambientale, umana ed animale, mediante iniziative coordinate con i distretti, con i dipartimenti dell'A.S.L., prevedendo il coinvolgimento di operatori di diverse discipline (art. 7bis del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i.).

Come si evince anche dal Patto per la Salute 2014-16 i Dipartimenti di Prevenzione devono: - assicurare i livelli essenziali di assistenza, in tema di sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare, conseguenti all'applicazione degli obblighi comunitari e internazionali che l'Italia è tenuta a rispettare; - adempiere agli obblighi comunitari in materia di controlli ufficiali previsti dal regolamento (CE) 882/2004 e s.m.i.

Il Dipartimento di Prevenzione è compreso nei dipartimenti territoriali (D.G.R. n. 26-1653 del 29.6.2015).

Le politiche di prevenzione e di promozione della salute e tutti gli interventi sanitari previsti per questa funzione sono specificati nel Piano Regionale di Prevenzione (PRP) triennale (D.G.R. n. 25-1513 del 3.6.2015). Il Piano regionale impegna le aziende sanitarie a predisporre e realizzare il Piano locale della Prevenzione (PLP) finalizzato all'attuazione degli obiettivi stabiliti dalle linee progettuali approvate.

Le principali direttive del PRP prevedono che:

- tutte le funzioni di prevenzione esercitate dal SSN vanno ricomprese nell'ambito della pianificazione regionale e locale della prevenzione;
- tutte le articolazioni organizzative territoriali che esercitano funzioni e che erogano prestazioni di prevenzione sono da ricondurre nell'ambito del Dipartimento di Prevenzione al quale sono attribuite le funzioni ed i servizi di Medicina Legale;
- lo sviluppo delle funzioni distrettuali consentirà la sperimentazione di forme più avanzate di integrazione tra le strutture organizzative distrettuali e quelle della prevenzione, in particolare negli ambiti di erogazione delle prestazioni di prevenzione rivolte alle persone.

Il Dipartimento di Prevenzione garantisce le seguenti funzioni di prevenzione collettiva e sanità pubblica, anche a supporto dell'autorità sanitaria locale (art. 7-ter del D.Lgs. 502/92 e s.m.i.):

- a)** profilassi delle malattie infettive e parassitarie;
- b)** tutela della collettività dai rischi sanitari degli ambienti di vita, anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali;
- c)** tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi agli ambienti di lavoro;
- d)** sanità pubblica veterinaria che comprende: sorveglianza epidemiologica delle popolazioni animali e profilassi delle malattie infettive e parassitarie, farmacovigilanza veterinaria, igiene delle produzioni zootecniche, tutela igienico-sanitaria degli alimenti di origine animale;
- e)** tutela igienico sanitaria degli alimenti;
- f)** sorveglianza e prevenzione nutrizionale;
- g)** tutela della salute nelle attività sportive.

Il Dipartimento di Prevenzione contribuisce alle attività di promozione della salute e di prevenzione delle malattie cronico-degenerative in collaborazione con gli altri servizi e dipartimenti aziendali.

Il Dipartimento di Prevenzione (artt. 7 quater del D.Lgs n. 502/1992 e s.m.i.) opera nell'ambito del Piano attuativo locale, dispone di autonomia, organizzativa e contabile, ed è organizzato in centri di costo e responsabilità ed articolato nelle aree dipartimentali di sanità pubblica, della tutela della salute negli ambienti di lavoro e della sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare, comprendenti le strutture dedicate a:

- a)** igiene e sanità pubblica;
- b)** igiene degli alimenti e della nutrizione;
- c)** prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro;
- d)** sanità animale;
- e)** igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati;
- f)** igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche;
- g)** medicina legale.

Fanno riferimento al Dipartimento di Prevenzione tutte le articolazioni territoriali che esercitano funzioni che erogano prestazioni di prevenzione (D.G.R. n. 42-1921 del 27.7.2015).

20 Area Territoriale

Il Distretto, quale articolazione territoriale ed organizzativa dell'ASL, svolge un ruolo essenziale nella governance del sistema territoriale realizzando una funzione di erogazione produttiva e di coordinamento della rete dei servizi e, contemporaneamente, una funzione di garanzia e di accompagnamento nell'accesso dei servizi.

La ridefinizione del modello organizzativo territoriale intende rilanciare il ruolo e le funzioni del distretto e del sistema dell'assistenza primaria quale primo livello clinico di contatto dei cittadini con il sistema sanitario regionale (D.G.R. n. 26-1653 del 29.6.2015). Il percorso di riorganizzazione realizzato dalla Regione persegue i seguenti obiettivi (D.G.R. n. 26-1653 del 29.6.2015):

- migliorare l'organizzazione del sistema di assistenza fondandola su principi quali: la centralità del paziente e della persona; la prossimità dei percorsi per la cronicità; la tempestività di intervento; il coordinamento degli interventi, specie per quanto attiene i processi di integrazione socio-sanitaria; l'elaborazione di percorsi basati sulle evidenze scientifiche; la semplificazione e la trasparenza organizzativa;
- garantire l'informazione e la partecipazione del paziente e delle famiglie al processo di cura;
- migliorare le modalità di integrazione con i servizi sociali comunali e del terzo settore;
- strutturare le reti territoriali connettendole con quelle ospedaliere in modo da garantire sia la corretta presa in carico del cittadino, in tutte le fasi e passaggi del suo percorso di salute, sia la continuità delle cure, in un sistema integrato dove i livelli di intensità degli interventi possano essere modulati dall'ospedale al territorio e viceversa.

Il Distretto, in coerenza con la programmazione strategica aziendale e regionale, svolge la propria attività istituzionale di tutela della salute della popolazione residente attraverso (D.G.R. n. 26-1653/2015):

- l'analisi dei bisogni di salute rilevanti sul territorio;
- la programmazione realizzata attraverso la redazione del programma delle attività territoriali-distrettuali (PAT);
- i rapporti istituzionali rispetto ai quali il Direttore di Distretto coadiuva e supporta la Direzione Aziendale nell'interfaccia con il Comitato dei Sindaci, con gli Enti Gestori dei servizi socio assistenziali, con il Volontariato e privato sociale ecc.;
- l'organizzazione, ovvero il coordinamento della propria attività con gli altri distretti, con i presidi ospedalieri e con le altre articolazioni organizzative aziendali;
- la negoziazione volta a garantire i livelli di attività (prestazioni o percorsi diagnostico terapeutico-assistenziali e relativo budget) ritenuti necessari ed appropriati per rispondere ai reali bisogni di salute della popolazione;
- il monitoraggio costante della produzione.

Nell'ambito distrettuale vengono assicurate le seguenti attività (articoli 3 quater e 3 quinque del D.Lgs n. 502/92 e s.m.i.):

- l'assistenza sanitaria di base, che comprende la medicina generale, la pediatria di libera scelta, il servizio di continuità assistenziale, i servizi di primo accesso rivolti a stranieri STP (centro ISI) e a persone senza fissa dimora;

- le attività finalizzate a garantire al cittadino il diritto all’accesso ai servizi sanitari, quali la scelta e revoca del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta, l’accettazione di domande per l’accesso alle commissioni di valutazione distrettuali e per l’accesso a prestazioni integrative;
- le cure domiciliari che comprendono le diverse forme di intervento medico, infermieristico, riabilitativo e assistenziale a domicilio (quali ADP, ADI, SID, SAD, Cure Palliative);
- le attività sanitarie e socio-sanitarie di tipo domiciliare, semiresidenziale o residenziale, realizzando un’integrazione con i Dipartimenti competenti per le specifiche problematiche rivolte a persone anziane o soggetti con disabilità;
- la valutazione multidimensionale per la predisposizione dei piani individualizzati di intervento domiciliare o residenziale (PAI);
- l’integrazione operativa tra i servizi sanitari e socio-assistenziali per quanto attiene gli interventi nel settore minori, dell’assistenza agli anziani, ai disabili, ai soggetti non autosufficienti;
- l’assistenza sanitaria all’estero e l’assistenza ai cittadini non residenti aventi domicilio sanitario nel Distretto.

Le attività territoriali delle Aziende Sanitarie si articolano, inoltre, con le attività svolte dai Dipartimenti di Salute Mentale, Serd, Materno Infantile e Prevenzione.

Il complesso di attività svolte nel territorio sono coordinate dal Distretto.

Al fine di garantire processi omogenei di distribuzione delle risorse e di equità nell’accesso e nell’utilizzazione dei servizi si è previsto un **unico distretto**, pur garantendo la specificità dei singoli territori articolando i Comitati dei Sindaci di Distretto nelle Aree del Verbano, Cusio ed Ossola.

Il distretto, nell’ambito delle risorse assegnate, è dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata all’interno del bilancio dell’ASL (art. 3 quater del D.Lvo n. 502/92 e s.m.i.).

Al distretto è preposto un Direttore nominato dal Direttore Generale previo espletamento delle procedure di selezione, in conformità alla normativa vigente.

Il Direttore di distretto, come prevede la D.G.R. n. 26-1653/2015 richiamando l’art. 3-sexies del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i., è responsabile della realizzazione, nell’ambito territoriale di competenza, degli indirizzi strategici della Direzione Aziendale e svolge, prioritariamente, le seguenti funzioni:

- coordina le attività produttive gestite direttamente o indirettamente dal distretto;
- promuove e presidia l’integrazione organizzativa tra le strutture territoriali per la garanzia di un coordinato svolgimento dei percorsi di presa in carico e di continuità assistenziale. Limitatamente alle suddette funzioni di integrazione si determina un rapporto di sovra ordinazione funzionale del direttore di distretto nei confronti dei responsabili delle strutture territoriali (in analogia alla figura del Direttore medico di presidio ospedaliero).

Il Direttore di Distretto, inoltre, propone il Programma delle attività territoriali -distrettuali (PAT) sulla base delle risorse assegnate, previa negoziazione e coordinamento con i responsabili delle strutture territoriali ed ospedaliere competenti nelle diverse aree di attività e sentito l'ufficio di coordinamento delle attività distrettuali (UCAD). La proposta di programma, corredata del parere del Comitato dei Sindaci di Distretto, è trasmessa al Direttore Generale per i successivi adempimenti. Il direttore si avvale di un ufficio di coordinamento delle attività distrettuali (UCAD), composto da rappresentanti delle figure professionali operanti nei servizi distrettuali (art. 3-sexies, co 2, del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i.).

Sono membri di diritto di tale ufficio: un rappresentante dei medici di medicina generale, uno dei pediatri di libera scelta ed uno degli specialisti ambulatoriali convenzionati operanti nel distretto, il Direttore dei Consorzi Intercomunali dei Servizi sociali, il Responsabile della Soc Gestione attività territoriali, il rappresentante delle farmacie convenzionate.

L'ufficio svolge funzioni propositive e tecnico-consultive e di supporto per gli aspetti di integrazione funzionale e tecnico-operativa della rete dei servizi e delle attività distrettuali e, più in generale, di sviluppo organizzativo della rete dei servizi.

Il Distretto, avvalendosi dell'Ufficio di Coordinamento delle attività distrettuali, per l'esercizio delle proprie attività utilizza:

- il Programma delle Attività Distrettuali;
- la programmazione, il coordinamento e l'organizzazione generale dei servizi, delle prestazioni e delle attività, nel principio della continuità e della integrazione con quelle ospedaliere;
- un metodo di lavoro interdisciplinare attraverso la messa a disposizione delle competenze dei vari servizi dell'Azienda, garantendo l'integrazione tra intervento sanitario, socio-sanitario ed assistenziale;
- l'informazione e l'orientamento del cittadino rispetto ai servizi sanitari e socio-sanitari locali e regionali, nonché l'organizzazione dell'accesso ed il coordinamento del percorso terapeutico rispetto a tutte le prestazioni di assistenza primaria garantite dal distretto, da altre strutture o presidi della ASL, o da altri erogatori pubblici e privati accreditati;
- il coordinamento interdistrettuale per la gestione unitaria della convenzione con i medici di medicina generale, con i pediatri di libera scelta e per tutte le attività per le quali è necessario assicurare l'omogenea erogazione in tutta l'ASL.

A livello territoriale l'ASL VCO svolge la propria attività attraverso il Distretto VCO (struttura complessa) che agisce in stretta sinergia:

- con 2 strutture complesse: la Soc Gestione attività territoriali e la Soc Neuropsichiatria Infantile (quest'ultima afferisce al Dipartimento Materno Infantile), ciascuna delle quali svolge la propria attività di produzione;

- con i Dipartimenti territoriali, di Prevenzione, di Salute Mentale e delle Dipendenze e Materno Infantile;
- con i Dipartimenti di area ospedaliera che articolano la loro attività nel territorio;
- con gli Enti gestori dei Servizi socio assistenziali.

L’Azienda, in collaborazione con le rappresentanze dei medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici di continuità assistenziale e specialistica, intende articolare l’assistenza primaria attraverso le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) come definite dalle norme.

Il coinvolgimento degli specialisti nel contesto dell’assistenza primaria è rivolto a garantire la continuità tra il livello primario e secondario dell’assistenza, nell’ottica di un approccio sistematico fondato sull’integrazione multiprofessionale e multidisciplinare, nell’ambito di protocolli diagnostico-terapeutici predefiniti (PDTA).

L’elemento centrale del processo di continuità assistenziale è la “presa in carico” del paziente, dall’inizio fino al completamento del suo percorso di salute, senza alcuna soluzione di continuità nel ricevere le cure/assistenza dai vari soggetti erogatori.

Per la gestione della continuità ospedale-territorio si prevede la partecipazione di strutture e funzioni sia aziendali (ospedaliere e territoriali) che extra aziendali, pubbliche e private, secondo un modello di rete che definisce il ruolo di ciascuna struttura/funzione all’interno di percorsi aziendali clinico-assistenziali riabilitativi predefiniti.

Per garantire un’efficace continuità ospedale-territorio si identifica il nucleo distrettuale di continuità delle cure ed il nucleo ospedaliero di continuità delle cure quali riferimenti dei percorsi di continuità dall’ospedale al territorio.

Le modalità organizzative per l’integrazione socio-sanitaria sono basate sullo strumento della convenzione fra l’Azienda Sanitaria e gli Enti Gestori delle funzioni socio assistenziali che, nel territorio dell’A.S.L. V.C.O., sono rappresentate:

- dal Consorzio Intercomunale Servizi Sociali Cusio
- dal Consorzio Intercomunale Servizi Sociali Ossola
- dal Consorzio dei Servizi Sociali del Verbano.

Le prestazioni sociosanitarie sono rappresentate da tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, i bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione (art. 3-septies del D.lvo n 502/92 e s.m.i.).

Tali prestazioni comprendono:

a) prestazioni sanitarie a rilevanza sociale (cioè attività finalizzate alla promozione della salute, prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite ed acquisite);

b) prestazioni sociali a rilevanza sanitaria (ovvero tutte le attività del sistema sociale che hanno l’obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute).

21 Area Ospedaliera

L’ospedale, in una visione integrata dell’assistenza sanitaria, deve assolvere ad una funzione specifica di gestione delle problematiche assistenziali dei soggetti affetti da patologia (medica o chirurgica) di insorgenza acuta e con rilevante compromissione funzionale, ovvero di gestione di attività programmabili che richiedono un contesto articolato e complesso, da un punto di vista tecnologico ed organizzativo, in grado di affrontare, in maniera adeguata, peculiari esigenze sanitarie, sia acute che post-acute e riabilitative. In ogni caso l’ospedale assicura la gestione del percorso diagnostico terapeutico del problema clinico di cui si fa carico, sia all’interno del presidio che all’interno della rete ospedaliera, al fine di assicurare, anche in fase successiva alla prima accettazione, l’allocazione del paziente presso i presidi che dispongono di un livello organizzativo coerente con la complessità assistenziale del caso da trattare.

L’ospedale integra la propria funzione con gli altri servizi territoriali attraverso l’adozione ordinaria di linee guida per la gestione integrata dei percorsi diagnostico terapeutici per le patologie complesse ed a lungo termine (in particolare quelle oncologiche e cardiovascolari), e di protocolli di dimissione protetta per i pazienti che richiedono continuità di cura in fase post acuta (in particolare per i pazienti con lesioni traumatiche e neurologiche).

Il PSSR 2012-2015 prevede che l’organizzazione delle attività ospedaliere avvenga in aree differenziate secondo le modalità assistenziali, l’intensità delle cure, la durata della degenza ed il regime di ricovero, superando gradualmente l’articolazione per reparti differenziati secondo la disciplina specialistica in presenza di:

- a.** patologie con livelli di gravità o instabilità clinica diversi, associati ad alterazione di determinati parametri fisiologici in presenza di patologie simili;
- b.** gradi di complessità assistenziale, sia medica sia infermieristica, diversi, correlati al livello di monitoraggio ed intervento richiesto.

La risposta a tali situazioni diversificate deve essere graduata per intensità di cura ed attuata in aree omogenee per tecnologie, quantità e composizione del personale assegnato. Il principio ispiratore dell’organizzazione della degenza diventa quindi l’omogeneità tra i bisogni e l’intensità di cure richieste superando, così, il principio della sola contiguità tra patologie afferenti ad una disciplina specialistica.

Le strutture ospedaliere piemontesi sono state classificate in tre livelli a complessità crescente:

- presidi ospedalieri di base (con bacino di utenza compreso tra 80.000 e 150.000 abitanti), dotati di sede di pronto soccorso, prevedendo il mantenimento di presidi con funzioni ridotte di pronto soccorso per zone particolarmente disagiate, ovvero

- distanti più di 90 minuti dai centri hub o spoke di riferimento o 60 minuti dai presidi di pronto soccorso;
- presidi ospedalieri di I° livello – spoke - (con bacino di utenza compreso tra 150.000 e 300.000 abitanti) dotati di Dipartimento di Emergenza Accettazione (Dea di I° livello);
 - presidi ospedalieri di II° livello – Hub - (con bacino di utenza compreso tra 600.000 e 1.200.000 abitanti) dotati di dea di II° livello.

Ai Presidi ospedalieri è attribuita autonomia economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio dell'azienda, nonché autonomia gestionale nell'ambito degli indirizzi impartiti dalla Direzione Aziendale (art. 4, co. 9, del D.lgs n. 502/92 e s.m.i). Nell'ambito dell'ASL VCO sono presenti n. 2 Presidi ospedalieri a gestione diretta, "Castelli" di Verbania e "S. Biagio" di Domodossola diretti da un Direttore di Presidio.

Il Direttore di presidio ospedaliero (D.G.R. n. 42-1921 del 27.7.2015):

- è responsabile del funzionamento operativo delle sedi ospedaliere assegnate e risponde del proprio operato alla direzione sanitaria aziendale;
- è responsabile delle attività igienico-sanitarie della struttura ospedaliera, della gestione del rischio per la parte di competenza, dell'integrazione multidisciplinare dei processi organizzativi, dell'utilizzo delle risorse dedicate per ciò che riguarda la programmazione ed il controllo delle attività nonché per la verifica dei risultati attesi e concordati della struttura ospedaliera. Esercita anche una funzione di supporto tecnico amministrativo;
- coordina, in collaborazione con i responsabili dipartimentali, la gestione operativa, il funzionamento della struttura ospedaliera (blocco operatorio, poliambulatori, posti letto con il Team di Bed Management, ecc.), al fine di ottimizzare l'utilizzo della sede ospedaliera per l'erogazione dei servizi sanitari, garantire l'unitarietà funzionale della stessa e realizzare le migliori condizioni per lo svolgimento dei processi clinico-assistenziali;
- gestisce i progetti speciali relativi alla struttura ospedaliera di propria competenza;
- provvede, ai fini del miglioramento continuo della qualità, per quanto attiene la valutazione degli outcome, ad una analitica valutazione degli esiti ed all'allocazione delle risorse.

Il Direttore dei Presidi di Domodossola e di Verbania è componente del Consiglio dei Sanitari e del Collegio di Direzione e partecipa, con diritto di voto, alle riunioni di tutti i comitati di dipartimento ospedalieri.

La direzione dei presidi ospedalieri autonomi si configura come struttura complessa (D.G.R. n. 1-600 del 19.11.2014 e s.m.i.).

Nell'ambito dell'Area Piemonte Nord est è ricompresa l'ASL VCO con 2 presidi individuati:

- l'uno come Spoke (sede di Dea di I livello);
- l'altro, a tutela della specificità del territorio che, nella L. n. 56 del 7.4.2014 è individuato come Provincia Montana, come ospedale di base (con pronto soccorso).

La decisione in merito all'assegnazione della sede di Dea ad uno dei due presidi di Domodossola e di Verbania sarà definita previo confronto con il territorio entro il 31.12.2015.

Con la D.G.R. n. 1-600 del 19.11.2014 e s.m.i., la Regione Piemonte, come risulta dallo schema che segue, ha assegnato a questa azienda n. 25 strutture complesse ospedaliere, distinte per disciplina, numero comprensivo di una struttura afferente al Centro Ortopedico di Quadrante (Ortopedia).

SOC OSPEDALIERE

DGR 1-600 del 19.11.2004

integrata da DGR 1-924 del 23.1.2014

| Area | Specialità | Spoke H I° liv sede Dea I° liv | Ospedale di base sede di PS | Discipline da assegnare ai presidi ASL |
|--|---|---|--|---|
| Area medica | Cardiologia | 1 | | |
| | Geriatria | | | 1 |
| | Medicina Generale | 1 | 1 | |
| | Nefrologia dialisi | | | 1 |
| | Neurologia | 1 | | |
| | Oncologia | | | 1 |
| Area chirurgica | Chirurgia generale | 1 | 1 | |
| | Oculistica | | | 1 |
| | O.R.L. | | | 1 |
| | Ortopedia (*) | 1 | 1 | 1 |
| | Urologia | | | 1 |
| Area Materno infantile | Ostetricia | 1 | | |
| | Pediatria | 1 | | |
| Area emergenza | MCAU | 1 | | |
| | Terapia intensiva/rianimazi one/anestesia | 1 | | |
| Area post acuzie | RRF | | | 1 |
| Area diagnostica e supporto | Anatomia e istologia patologica | | | 1 |
| | Direzione Sanitaria | | | 1 |
| | Farmacia ospedaliera | | | 1 |
| | Laboratorio Analisi | | | 1 |
| | Radiologia | 1 | | |
| | (*) 1 c.o.q | | | |
| Totale | | 10 | 3 | 12 |
| Totale strutture Complesse area ospedaliera | | 25 | | |

Con D.G.R. n. 44 - 2298 del 19.10.2015 la Regione ha provveduto al recepimento dell'atto aziendale con riferimento alle strutture dell'area ospedaliera e dell'emergenza-urgenza subordinato alla identificazione della localizzazione del nuovo Ospedale unico, che dovrà avvenire entro il 30.11.2015. Conseguentemente l'Azienda dovrà provvedere, entro il 31.12.2015, alla collocazione delle strutture ospedaliere previste dalla D.G.R. n. 1 - 924/2015.

Con la medesima deliberazione la Regione ha previsto la possibilità, per le Soc di Oncologia e di Nefrologia/Dialisi, di impiegare, rispettivamente, il codice disciplina 64 e 29 utilizzando posti letto di area medica e/o chirurgica ed il relativo personale infermieristico.

Nell'ambito del territorio del Verbano, Cusio ed Ossola, oltre ai due presidi a gestione diretta di Verbania e Domodossola, sono ubicati: **a)** due Presidi privati convenzionati di tipo riabilitativo (la Casa di Cura "l'Eremo di Mazzina" e l'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico "S. Giuseppe" di Piancavallo); **b)** un Presidio pubblico/privato denominato "Centro Ortopedico di Quadrante Ospedale Madonna del Popolo di Omegna" (C.O.Q. S.p.A.), costituito in Società per azioni a capitale misto, pubblico/privato, di cui l'A.S.L. V.C.O. detiene la quota di maggioranza pari al 51%.

22 Modalità di identificazione dei dipartimenti e relative aggregazioni

L'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle Aziende Sanitarie (art. 17 bis del D.Lgs n. 502/92 e s.m.i.). Si tratta di una aggregazione di strutture organizzative omologhe, omogenee, affini o complementari, che persegono comuni finalità e, pur conservando ciascuno la propria autonomia, sono tra loro interdipendenti.

Nei dipartimenti sono applicate le logiche di governo collegiale i cui processi di coordinamento e controllo sono previsti e descritti negli appositi regolamenti.

Il modello dipartimentale assicura il coordinamento e l'integrazione tra le funzioni che concorrono ad una specifica area di risultato, mediante un uso efficace ed efficiente delle risorse.

Gli obiettivi che si intendono perseguire a livello dipartimentale sono i seguenti (D.G.R. n. 42-1921 del 27.7.2015):

- il coordinamento dell'attività di tutte le strutture che ne fanno parte e l'organizzazione dei servizi in rete;
- il coordinamento e la razionalizzazione dell'utilizzo delle risorse umane e tecnologiche, dei posti letto, dei materiali di consumo e dei servizi intermedi;
- il miglioramento dell'efficienza gestionale, della qualità delle prestazioni erogate, del livello di umanizzazione delle strutture;
- la gestione del budget legato agli obiettivi dipartimentali attribuiti;
- il monitoraggio sull'andamento dei risultati di budget;
- il miglioramento e l'integrazione dell'attività di formazione ed aggiornamento;

- il coordinamento, la razionalizzazione e lo sviluppo dei percorsi diagnostici e terapeutici e di quelli volti a garantire la continuità assistenziale anche all'esterno dei dipartimenti.

Il **Comitato di Dipartimento** è un organismo collegiale che supporta e collabora con il Direttore di Dipartimento per lo svolgimento delle attività a quest'ultimo assegnate.

E' composto dai:

- Direttori delle strutture complesse afferenti al Dipartimento;
- Responsabili delle strutture semplici dipartimentali;
- Responsabili di altre strutture organizzative aziendali;
- Referenti di area delle professioni sanitarie.

E' presieduto dal Direttore di Dipartimento.

Il Comitato di Dipartimento partecipa alla programmazione, realizzazione, monitoraggio e verifica delle attività dipartimentali, con particolare riferimento alla programmazione e verifica della qualità, attraverso il pieno coinvolgimento delle professioni sanitarie. Ciascun dipartimento si dota di un regolamento che disciplina il proprio funzionamento.

Il **Direttore di Dipartimento** è nominato dal Direttore Generale fra i dirigenti con incarico di direzione delle strutture complesse aggregate nel dipartimento, restando titolare della struttura complessa cui è preposto (art 17-bis del D.Lgs. 502/92 e s.m.i.).

Il Direttore di Dipartimento (D.G.R. n. 42-1921 del 27.7.2015): **a)** è responsabile dei risultati complessivi del dipartimento; **b)** assicura il coordinamento fra le strutture organizzative che lo compongono; **c)** è responsabile del governo clinico e dell'innovazione; **d)** favorisce lo sviluppo di progetti trasversali alle diverse unità operative; **e)** valuta le performance delle strutture afferenti al dipartimento in relazione agli obiettivi di budget.

Il Direttore di Dipartimento interaziendale è nominato dal Direttore Generale dell'Azienda della quale è giuridicamente dipendente il dirigente al quale è affidato l'incarico (D.G.R. n. 42-1921 del 27.7.2015).

Nell'individuazione dei dipartimenti l'Azienda ha tenuto conto dei seguenti fattori (D.G.R. n. 42-1921 del 27.7.2015):

- i dipartimenti dell'area territoriale sono esclusivamente quelli previsti dalla D.G.R. n. 26-1653 del 29.6.2015 ovvero: il dipartimento di Prevenzione (DP), il dipartimento Materno Infantile (DMI), il dipartimento di Salute Mentale, il dipartimento Patologia delle Dipendenze (DPD);
- i restanti dipartimenti non devono superare quantitativamente il 10% della somma delle strutture complesse ospedaliere e amministrative/tecniche professionali e di supporto, parametro che, per questa azienda, porta a determinare n. 2,9 distretti. Gli stessi sono stati individuati con riguardo all'ambito ospedaliero, suddividendoli nelle tre aree medico, chirurgica e dei servizi.

Come risulta dall' organigramma aziendale, All. 1, a cui si fa rinvio, i Dipartimenti possono essere così riepilogati:

| | |
|---|--|
| Dipartimenti aziendali territoriali: | <ul style="list-style-type: none">- Dipartimento di Prevenzione- Dipartimento Materno Infantile |
| Il Dipartimento di Salute Mentale , in accordo con l'ASL di Biella e l'ASL di Vercelli, è costituito, strutturalmente, per il governo e la gestione delle attività nell'intero territorio delle tre aziende sanitarie. | |
| Il Dipartimento delle Dipendenze , in accordo con l'Asl di Biella, Novara e Vercelli, è costituito, strutturalmente, per il governo e la gestione delle attività nell'intero territorio delle aziende coinvolte. | |

La definizione dell'organizzazione dipartimentale dell'attività di prevenzione secondaria dei tumori e dell'attività oncologica farà seguito alle specifiche indicazioni regionali. Si conferma l'organizzazione attuale.

Sono stati, inoltre, individuati i seguenti **dipartimenti interaziendali funzionali** con il coinvolgimento: dell'AOU "Maggiore della Carità" di Novara, dell'Asl di Biella, di Novara, di Vercelli e dell'ASL VCO.

| |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">- Medicina dei Laboratori- Medicina fisica e riabilitativa |
|---|

23 Disciplina degli eventuali dipartimenti integrati con l'Università

Non sono attualmente previsti dipartimenti integrati con l'Università.

24 Forme integrative a livello sovrazonale

La Direzione Generale dell'azienda, in accordo con le ASR del quadrante, intende sviluppare aspetti di integrazione organizzativa e gestionale delle attività sia sanitarie sia amministrative.

Le integrazioni potranno interessare tutte le ASR del quadrante o solo alcune di esse, avere carattere temporaneo o definitivo, interessare specifiche funzioni o intere articolazioni organizzative.

Le forme dell'integrazione potranno essere di grado e intensità diverse:

- a) consulenza: un singolo professionista o un'equipè di una ASR mette a disposizione le competenze acquisite ad altre ASR del quadrante;
- b) scavalco: un singolo professionista di una ASR con un ruolo di direzione di struttura svolge la funzione direzionale anche presso una medesima struttura di una ASR del quadrante;
- c) coordinamento: funzioni uguali o collegate presenti nelle ASR necessitano, al fine di migliorare o sviluppare gli aspetti di interdipendenza, di svolgere attività di confronto organizzato e coordinato da una figura professionale, individuata congiuntamente dalle ASR interessate;
- d) strutturata: funzioni o intere articolazioni organizzate nelle singole ASR vengono accorpate in un'unica struttura che gestisce le funzioni per conto delle ASR aderenti.

L'individuazione delle forme di integrazione di cui ai punti a), b) e c) troveranno attuazione mediante accordi congiunti tra le Aziende sanitarie. Per l'individuazione delle forme di cui al punto d) si rimanda agli articoli relativi alle strutture sovraziendali.

25 Modalità di identificazione delle strutture semplici e complesse e criteri per la loro istituzione

L'organizzazione delle attività e dei compiti istituzionali dell'azienda si deve coniugare con il criterio strutturale attraverso l'articolazione di strutture operative (D.G.R. n. 42-1921 del 27.7.2015).

L'articolazione organizzativa delle strutture operative è la seguente:

| |
|---|
| ➤ strutture complesse |
| ➤ strutture semplici a valenza dipartimentale |
| ➤ strutture semplici. |

Le strutture organizzative sono costituite in presenza di elementi oggettivi che le giustificano: bacino di utenza e posti letto, volumi di produzione, complessità della casistica trattata, risorse economiche gestite, rilevanza e complessità delle tecnologie utilizzate, contingente di personale assegnato (D.G.R. n. 42-1921 del 27.7.2015).

Le **strutture complesse** costituiscono articolazioni organizzative alle quali è attribuita la responsabilità di organizzazione, direzione e gestione delle risorse umane, strutturali, tecniche e finanziarie a ciascuna assegnate.

Il contingente numerico delle strutture complesse è conforme agli standard minimi per l'individuazione di strutture complesse del SSN (ex art. 12, co. 1, lett. b, Patto per la Salute 2010-12), ed è il seguente:

| | |
|---|---|
| strutture complesse ospedaliere | Parametro: 17,5 posti letto per struttura complessa ospedaliera. La Regione, con DGR n. 1-600 del 19.11.2014, integrata con DGR n. 1-924 del 23.1.2015, ha individuato, per l'ASL VCO, n. 25 SOC ospedaliere (si rinvia al paragrafo 9d del presente elaborato). |
| strutture complesse non ospedaliere (strutture dell'area professionale, tecnica, amministrativa e strutture sanitarie territoriali) | parametro: 13.515 residenti per struttura complessa non ospedaliera, pari a complessive 13 strutture complesse. |

La D.G.R. n. 42-1921 del 27.7.2015 (a cui l'azienda ha dato applicazione), ha previsto, inoltre:

- di individuare una struttura complessa unica per tutta l'azienda per la gestione delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della prevenzione, della riabilitazione e ostetrica, tenuto conto di elementi oggettivi che ne giustifichino la complessità (numero dei dipendenti, bacino di utenza, posti letto). Tenuto conto dei parametri elencati è stata individuata una struttura con valenza di struttura complessa;
- di conformare l'organizzazione delle strutture amministrative/tecniche e di supporto al principio della distinzione tra indirizzo e controllo, da un lato, e attuazione e gestione dall'altro (art. 4, co. 4, del D.lgs n. 165/2001 e s.m.i.). La previsione di strutture complesse di tale tipologia, fermo restando il possesso dei requisiti di complessità, è strettamente connessa: al compimento di atti di gestione aventi rilevanza esterna; alla gestione di procedimenti amministrativi complessi che richiedono, eventualmente, l'integrazione dell'attività di diverse strutture; alla necessità di accentrare, in un'unica struttura organizzativa, attività specialistiche o particolarmente complesse richiedenti elevata professionalità; all'esercizio di funzioni la cui gestione, come capofila, sia stata affidata all'azienda sanitaria con specifici provvedimenti regionali attuativi (art. 23 della L.R. 18/2007 come modificato dalla L.R. 20/2013). Il numero di strutture complesse amministrative, tecniche, professionali e di supporto delle ASL non può eccedere il 10% del totale delle strutture complesse aziendali (ospedaliere e non ospedaliere). In applicazione del parametro indicato sono state individuate n. 4 Soc amministrative, tecniche, professionali e di supporto.

*

In conformità a quanto disposto dalla Regione con nota prot. n. 21223/A1406A del 9.11.2015 è stata identificata una Soc Interaziendale con l'A.S.L. di Novara, la Soc Medicina Legale.

Le **strutture semplici a valenza dipartimentale** sono articolazioni organizzative con specifiche responsabilità di gestione di risorse umane, tecniche e finanziarie (il budget è negoziato con il Direttore del Dipartimento) costituite limitatamente (D.G.R. n. 42-1921 del 27.7.2015):

- all'esercizio di funzioni sanitarie strettamente riconducibili alle discipline ministeriali di cui al DM 30.1.1998 e s.m.i., la cui complessità organizzativa non giustifica l'attivazione di strutture complesse;
- al fine di organizzare e gestire, in modo ottimale, spazi ed attrezzature utilizzate da più unità operative e personale eterogeneo, appartenente a strutture complesse diverse.

Come disposto dalla D.G.R. n. 44 - 2298 del 19.10.2015 le SSD ospedaliere non devono avere posti letto autonomi e relativo personale dedicato, che devono afferire direttamente al dipartimento di riferimento.

Le **strutture semplici** costituiscono articolazioni organizzative interne delle strutture complesse alle quali è attribuita la responsabilità della gestione di risorse umane, tecniche e finanziarie (D.G.R. n. 42-1921 del 27.7.2015).

Le strutture semplici svolgono un'attività specifica e pertinente a quelle della struttura complessa di cui costituiscono articolazione ma non complessivamente coincidente con le attività di detta struttura complessa.

Il contingente numerico di strutture semplici, tenuto conto degli standard ex art. 12, co. 1, lett. b, Patto per la Salute 2010-12, è il seguente:

| | |
|--------------------|---|
| strutture semplici | 1,31 delle strutture complesse, equivalente, per questa azienda, a n. 50 strutture (numero comprensivo delle Sos a valenza dipartimentale). |
|--------------------|---|

26 I gruppi di progetto

Come indicato nella D.G.R. n. 42-1921 del 27.7.2015 nei casi in cui manchino i requisiti per l'organizzazione dipartimentale ma sia opportuno il coordinamento di attività, anche di più strutture complesse, si dovrà ricorrere, quale modalità organizzativa tipica, ai gruppi di progetto, anche per l'attuazione di programmi nazionali o regionali, oltre che aziendali, specificandone la composizione, le caratteristiche e gli obiettivi.

I gruppi di progetto vengono altresì costituiti per lo sviluppo di nuovi modelli organizzativi ed operano limitatamente nel tempo, concludendo il loro mandato all'avvio operativo di tale modello organizzativo.

I responsabili dei gruppi di progetto partecipano, senza diritto di voto, alle riunioni del Collegio di Direzione.

Questa forma di coordinamento non dà luogo alla costituzione di una struttura organizzativa e non comporta maggior onere a carico del bilancio dell'Azienda.

27 Esplicitazione del livello di autonomia gestionale e tecnico professionale delle unità organizzative

Nella definizione delle strutture è già stato esplicitato il livello di autonomia gestionale e tecnico professionale delle stessa.

28 Criteri e modalità di conferimento degli incarichi dirigenziali

L'art. 15 del D.Lgs n. 502/92 e s.m.i. e l'art 27 del CCNL dell'8 giugno 2000 prevedono 4 tipologie di incarichi dirigenziali:

- a) incarico di direzione di struttura complessa;
- b) incarico di direzione di struttura semplice;
- c) incarichi di natura professionale, anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio e ricerca, ispettivi, di verifica e di controllo conferibili ai dirigenti con cinque anni di attività.
- d) incarichi di natura professionale conferibili ai dirigenti con meno di cinque anni di attività.

L'Azienda, in conformità a quanto disposto dalla D.G.R. n. 42-1921 del 27.7.2015, sostiene il passaggio da un modello (quello attuale) che considera le strutture organizzative come strumento principale di carriera del personale, ad un modello (previsto dalle norme contrattuali e descritto in letteratura), che valorizza anche, ed in modo sostanzialmente equivalente, le capacità professionali, oltre che quelle organizzative. In sostanza, **si intende valorizzare gli incarichi** (sviluppando una politica di graduazione delle posizioni dirigenziali), in modo da prevedere posizioni più remunerative per alcuni "professional" rispetto ad alcune tipologie di incarico gestionale, premiando, perciò, l'eccellenza tecnico-specialistica a prescindere dall'affidamento di incarichi di responsabilità di strutture. La valorizzazione delle professionalità avverrà attraverso una specifica graduazione delle funzioni.

Gli incarichi dirigenziali sono conferiti con atto scritto e motivato del Direttore Generale. Il Direttore Generale può procedere al conferimento delle seguenti tipologie d'incarichi:

a) direzione di dipartimento

Gli incarichi sono conferiti dal Direttore Generale fra i dirigenti con incarico di direzione delle strutture complesse aggregate nel dipartimento (art. 17 bis del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i.). Il direttore di dipartimento è nominato dal direttore generale tra i direttori delle strutture complesse afferenti il dipartimento nell'ambito di una rosa di candidati proposta dal Comitato di Dipartimento.

b) direzione di struttura complessa

Il conferimento dell'incarico di direzione di struttura complessa relativo alla dirigenza del ruolo sanitario, fermo restando quanto disciplinato dal DPR n. 484 del 10.12.1997, avviene nel rispetto delle disposizioni recate dal Dl. n. 158/2012, convertito con modificazioni ed integrazioni nella L. n. 189 dell'8.11.2012, e della regolamentazione regionale che disciplina i criteri e le procedure per il conferimento degli incarichi di direzione di SOC, previo avviso cui l'azienda è tenuta a dare adeguata pubblicità.

L'incarico del Direttore di Distretto, risultando struttura complessa, segue le procedure di cui al comma precedente.

La Regione è intervenuta per definire i criteri e le procedure per l'affidamento degli incarichi per la direzione di struttura complessa ai dirigenti sanitari di area medica e veterinaria e del ruolo sanitario appartenenti al SSN, estendendo, per quanto compatibile, la procedura selettiva anche alla dirigenza del ruolo PTA (DGR n. 14-6180 del 29.7.2013).

c) Responsabilità di struttura semplice

L'incarico di responsabile di struttura semplice è attribuito dal Direttore generale, su proposta del Direttore della SOC di afferenza, ad un dirigente con un'anzianità di servizio di almeno 5 anni nella disciplina oggetto dell'incarico (art. 15, co 7 quater, così come sostituito dalla L. n. 189/2012)

Il direttore della SOC di afferenza, responsabile di struttura semplice dipartimentale, per individuare la proposta del Dirigente, effettua una valutazione comparata dei curricula.

L'incarico di responsabile di struttura semplice dipartimentale è attribuito dal Direttore Generale, sentiti i Direttori delle SOC di afferenza al dipartimento, su proposta del Direttore di dipartimento, ad un dirigente con un'anzianità di servizio di almeno 5 anni nella disciplina oggetto dell'incarico. Il Direttore di Dipartimento per individuare la proposta del Dirigente effettua una valutazione comparata dei curricula.

d) incarichi di natura professionale anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio e ricerca, ispettivi, di verifica e controllo attribuibili ai dirigenti con almeno 5 anni di attività.

Gli incarichi professionali di alta specializzazione si riferiscono alle articolazioni funzionali della struttura in quanto rappresentativi di elevate competenze tecnico-professionali produttive di prestazioni quali/quantitative complesse, nell'ambito della disciplina e dell'organizzazione interna della struttura cui afferiscono (art. 27 del CCNL 8.06/2009).

e) incarichi di natura professionale attribuibili ai dirigenti con meno di 5 anni di attività

Tali incarichi sono conferibili a dirigenti con meno di 5 anni di servizio rilevanti all'interno della struttura di assegnazione e caratterizzati dallo sviluppo di attività omogenee che richiedono una competenza specialistica e funzionale di base nella disciplina di appartenenza (art. 27 del CCNL 8.06/2000).

Tutte le tipologie di incarichi rispondono ad obiettivi di attività definibili e misurabili.

29 Organigramma aziendale

La rappresentazione sintetica dell'organigramma è illustrata nell'allegato 1 del presente elaborato, di cui costituisce parte integrante e sostanziale, ed a cui si fa rinvio.

Si precisa che tale documento è conforme al contenuto: - della D.G.R. n. 44 - 2298 del 19.10.2015 con la quale la Regione, dopo aver esperito l'iter di verifica, ha recepito, con prescrizioni, l'atto aziendale, adottato con atto deliberativo n. 340 del 18.9.2015; - della nota prot. n. 21223/A1406A del 9.11.2015 con la quale la Regione, dopo aver esperito l'iter di verifica in ordine all'ottemperanza alle prescrizioni di cui alla citata D.G.R. N. 44 - 2298/2015, ha recepito, con prescrizioni, l'atto aziendale, riadottato con deliberazione n. 383 del 29.10.2015.

30 Piano di organizzazione

Il Piano di Organizzazione è il documento che individua le strutture organizzative, descrive le competenze delle strutture aziendali e approfondisce gli aspetti connessi alla dimensione organizzativa, in modo da assicurare la coerenza tra gli orientamenti e gli obiettivi strategici, da un lato, e la struttura, dall'altro.

Si rinvia all'allegato 2 che costituisce parte integrante e sostanziale del presente elaborato.

Si precisa che tale documento è conforme al contenuto: - della D.G.R. n. 44 - 2298 del 19.10.2015 con la quale la Regione, dopo aver esperito l'iter di verifica, ha recepito, con prescrizioni, l'atto aziendale, adottato con atto deliberativo n. 340 del 18.9.2015; - della nota prot. n. 21223/A1406A del 9.11.2015 con la quale la Regione, dopo aver esperito l'iter di verifica in ordine all'ottemperanza alle prescrizioni di cui alla citata D.G.R. N. 44 - 2298/2015, ha recepito, con prescrizioni, l'atto aziendale, riadottato con deliberazione n. 383 del 29.10.2015.

31 Dotazione organica

Come disposto dalla D.G.R. n. 42-1921 del 27.7.2015 la dotazione organica aziendale indica la consistenza numerica del personale dipendente, distinto per posizioni funzionali e qualifiche, evidenziando le posizioni di responsabilità di direzione di struttura complessa e semplice.

In conformità al contenuto della D.G.R. n. 44 - 2298 del 19.10.2015 la copertura dei posti previsti nella dotazione organica deve essere effettuata in conformità ai tetti di spesa previsti dai provvedimenti regionali di programmazione e di indirizzo.

La dotazione organica può essere modificata, senza oneri aggiuntivi, mediante trasformazione di posti al fine di consentirne l'adeguamento al variare delle esigenze assistenziali e gestionali.

A seguito dell'adozione dell'atto aziendale la nuova dotazione organica risulta dall'allegato 3 del presente elaborato, di cui costituisce parte integrante e sostanziale ed a cui si fa rinvio.

32. Prospetto riassuntivo delle Strutture ospedaliere e non ospedaliere

In conformità a quanto disposto dalla Regione con nota prot. n. 15269/A14000 del 4.8.2015 sono state compilati due prospetti riassuntivi delle strutture aziendali, ospedaliere e non ospedaliere, allegati al presente atto quali parti integranti e sostanziali (rispettivamente: All. 4 per le Strutture Ospedaliere ed All. 5 per le strutture non ospedaliere).

Nella citata nota prot. n.15269/A14000 si richiedeva di individuare, specificatamente, le strutture ospedaliere per stabilimento. A questo proposito si segnala che, nel prospetto (All. 4), le strutture ospedaliere non sono state suddivise nei due presidi "San Biagio" di Domodossola e "Castelli" di Verbania mancando, ad oggi, la definizione della sede Dea.

TITOLO IV

**MODALITA' DI GESTIONE,
CONTROLLO
E VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE**

33 Procedure di consultazione al fine della predisposizione degli atti di programmazione

Rispetto agli specifici atti di programmazione sono previste procedure di consultazione dei soggetti portatori di interessi sia interni che esterni all'azienda. Ci si riferisce, tra gli altri: al Collegio di Direzione, al Consiglio dei Sanitari, alla Conferenza e Rappresentanza dei Sindaci, al Comitato dei Sindaci di Distretto, alla Conferenza di Partecipazione, alle Organizzazioni Sindacali.

34 Disciplina dei controlli interni

Il sistema di programmazione, valutazione e controllo afferisce ad un unico processo che richiede la partecipazione di più strutture e, quindi, deve essere gestito in modo integrato fra tutti gli attori del processo.

La materia dei controlli interni risente significativamente delle disposizioni dettate dal D.Lgs. n. 286 del 30.7.1999 e s.m.i. che prevede un sistema di controllo articolato e differenziato su 4 livelli di intervento che garantiscono:

- la legittimità, regolarità e correttezza dell'azione amministrativa (controllo di regolarità amministrativa e contabile);
- la verifica dell'efficacia efficienza ed economicità dell'azione amministrativa al fine di ottimizzare, anche mediante tempestivi interventi di correzione, il rapporto tra costi e risultati (controllo di gestione);
- la valutazione delle prestazioni del personale e l'attivazione di meccanismi di verifica (valutazione del personale dirigente e di comparto);
- la valutazione dell'adeguatezza delle scelte compiute in sede di attuazione dei piani, programmi ed altri strumenti di determinazione dell'indirizzo politico, in termini di congruenza tra risultati conseguiti e obiettivi predefiniti (controllo strategico).

Il D.Lgs n. 286/1999 ha subito importanti modifiche con l'emanazione del D.Lgs n. 150/2009, attuativo della L. n. 15/2009 (c.d. riforma Brunetta) che, nel quadro della nuova disciplina sulla misurazione e valutazione della performance delle amministrazioni pubbliche, all'art. 14, ha disposto la costituzione, l'organizzazione ed il funzionamento, presso ciascuna amministrazione pubblica, dell'Organismo Indipendente di Valutazione della performance, in sostituzione del servizio di controllo interno di cui al D.Lgs n. 286/1999.

35 Disciplina della funzione qualità

L'A.S.L. V.C.O., attraverso il Sistema Qualità Aziendale, mette a disposizione un modello di riferimento gestionale e di supporto metodologico-organizzativo per tutte le attività connesse al miglioramento della qualità al fine di realizzare la *Clinical Governance*. Il sito web del Ministero della Salute, al capitolo "Governo clinico, qualità e sicurezza delle cure", definisce il governo clinico come "*un approccio integrato per l'ammodernamento del SSN, che pone al centro della programmazione e gestione dei servizi sanitari i bisogni dei cittadini e valorizza il ruolo e la responsabilità dei medici e degli altri operatori sanitari per la promozione della*

qualità". Il P.S.S.R. 2012-15 definisce il Governo Clinico "...come la revisione delle organizzazioni sanitarie finalizzata, da un lato, all'integrazione tra professionisti sanitari, dall'altro al ruolo di responsabilità che le professioni sanitarie devono avere nelle scelte aziendali tramite.....l'utilizzo razionale delle risorse disponibili, le valutazioni relative alle continue innovazioni biomediche, le scelte diagnostiche e terapeutiche..... ela partecipazione delle professioni sanitarie alla definizione degli strumenti per il governo dei servizi ed il miglioramento della loro qualità....."

Il Sistema Qualità dell'ASL VCO si fonda su un Sistema a Rete costituito da Responsabili, sia del Comparto che della Dirigenza, per l'accreditamento, la qualità ed il rischio clinico presenti in tutte le strutture organizzative (Reparti e Servizi). Il modello si è sviluppato utilizzando diversi approcci metodologici quali: - il Miglioramento Continuo di Qualità come leva per la ricerca di soluzioni complesse; - il modello della Qualità Totale per il coinvolgimento di tutti gli *stakeholders*; - le NORME ISO 9004-VISION 2000 per la gestione dei documenti e l'analisi di processo. La verifica e la validazione dei documenti, così come la loro revisione periodica, è a carico del Gruppo di Facilitatori/Verificatori Aziendali, costituito da sei operatori accreditati dalla Regione Piemonte in seguito a specifica formazione.

Tutti i documenti sono redatti tenuto conto della letteratura scientifica e delle Raccomandazioni per gli Operatori emesse dal Dipartimento della Qualità Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema ufficio III del Ministero della Salute al fine della Tutela della Sicurezza dei Pazienti. I Facilitatori verificano i documenti redatti dai gruppi multidisciplinari e multi professionali previa validazione scientifica dei Direttori di Struttura (Primari e Dirigenti Infermieristici).

Di seguito si riportano gli strumenti utilizzati per la gestione del Governo Clinico:

- 1. l'Accreditamento Istituzionale e Professionale**
 - i processi organizzativi
 - i processi gestionali
 - i processi clinici
 - i requisiti strutturali/tecnologici/impiantistici
- 2. i Percorsi di Cura**
 - le Procedure Operative
 - i Protocolli Diagnostici/Terapeutici
 - le schede di monitoraggio/valutazione
 - gli snodi decisionali/ragionamenti clinici
- 3. la Gestione del Rischio Clinico**
 - la stratificazione del rischio
 - l'analisi dell'evento
 - l'individuazione delle cause radice
 - l'analisi proattiva del rischio
- 4. la Gestione del dolore**

- la valutazione
- il trattamento
- 5. la Valutazione degli *output* e degli *outcome***
 - la raccolta e l'analisi degli indicatori di processo
 - la raccolta e la valutazione dei dati correnti
- 6. l'Audit Civico**
 - la messa a disposizione dello status aziendale
 - la partecipazione al processo di valutazione
 - la condivisione delle scelte migliorative
- 7. l'EBN – EBM**
- 8. l'HTA.**

L'intento è di garantire una produzione sanitaria (compito istituzionale) che soddisfi i principi etici ed i modelli strategici espressi dalle politiche dell'Azienda (visione), quali:

- l'equità e l'universalità di accesso alle prestazioni sanitarie;
- l'appropriatezza e l'accuratezza delle prestazioni sanitarie;
- la responsabilità e la professionalità degli operatori;
- la tutela della sicurezza per gli utenti interni ed esterni;
- il contenimento e la gestione del rischio;
- la soddisfazione, la comunicazione ed il coinvolgimento dei cittadini;
- il rispetto motivato dell'efficienza economico-finanziaria.

36 L'Accreditamento Istituzionale e Professionale

E' disciplinato dall'art. 8 quater del D. Lgs n. 502/92. Con il D.P.R. del 14.01.1997 sono stati definiti i requisiti minimi organizzativi, tecnologici e strutturali cui le Strutture che erogano prestazioni sanitarie devono attenersi.

A partire dal 2006 la Regione Piemonte si è proposta come ente esterno alle Aziende per la promozione di nuovi standard assistenziali e di percorsi di cura. Infatti, con DGR 60-2595 del 10.04.2006, il Piemonte ha ridefinito le procedure di accreditamento delle strutture sanitarie prevedendo due risultati strategici: progettazione e realizzazione delle attività di verifica per Percorsi di Cura ed individuazione degli indicatori di risultato per la "verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti".

Con D.D. n° 59 del 04.05.2006 la Regione ha proceduto alla costituzione di gruppi di lavoro di supporto tecnico-scientifico, comprendenti esperti dell'ARPA, della Regione, e del Sistema Sanitario Nazionale. Il fine era garantire la realizzazione dei percorsi operativi per ciascuno dei risultati strategici connessi all'obiettivo di interesse sanitario approvato con l'atto di indirizzo ARPA relativo all'anno 2006.

Il PSSR 2012-15 ha previsto lo sviluppo dell'organizzazione per processi per tutte le principali attività sanitarie, allo scopo di "superare la frammentazione territoriale" e potenziare "le forme di aggregazione e integrazione".

L'accreditamento professionale è definito come "un processo di autovalutazione e revisione esterna tra pari usato dalle organizzazioni sanitarie per valutare il proprio livello

di *perfomance* relativamente a standard prestabiliti e per attivare modalità di miglioramento continuo nelle prestazioni sanitarie" (ISQua).

37 I Percorsi di Cura

Per la realizzazione dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) la metodologia aziendale prevede un Audit Clinico-Organizzativo. Si individua la patologia oggetto del Percorso sulla base di criteri specifici, si seleziona la tipologia dei pazienti (criteri di arruolamento nel PDTA), con verifica dei punti di accesso e delle modalità di ingresso nel percorso, si effettua l'analisi della tipologia e del volume delle attività, la verifica e valutazione dei dati correnti (Codici Diagnosi - ICD9CM, DRG generati, degenza media, modalità di dimissione, complicanze). Segue la reingegnerizzazione del macroprocesso, realizzata da un gruppo di lavoro multidisciplinare e multiprofessionale che, sulla base della letteratura scientifica, della disponibilità delle risorse umane, delle tecnologie disponibili e delle caratteristiche strutturali presenti e tramite strumenti quali: *flow chart*, procedure, *checklist*, schede di monitoraggio etc, definisce un aggiornamento strutturato del percorso di cura e gli indicatori da monitorare, annualmente, al fine di dare evidenza dei risultati ottenuti (*output* ed *outcome*).

38 La Gestione del Rischio Clinico

Il Programma aziendale per la Gestione del Rischio Clinico è stato implementato nell'anno 2004 con la costituzione dell'Unità di Gestione del Rischio Clinico (UGRC). Il gruppo, multidisciplinare e multiprofessionale, è attualmente composto dai responsabili di Strutture aziendali come indicato dalle disposizioni regionali (D.G.R. n. 14-8500 del 31.03.2008). Gli stessi Dirigenti hanno provveduto alla definizione di un regolamento interno per la gestione delle segnalazioni degli eventi potenzialmente avversi (*Incident Reporting*). L'istituzione della figura del "referente" di struttura, che converge con il referente qualità, sia per il personale dell'Area del Comparto che per l'Area della Dirigenza all'interno di ogni Unità Operativa, garantisce la continuità operativa tra UGRC e operatori sul campo.

Alla luce delle segnalazioni degli operatori sono poste in essere una serie di attività finalizzate alla prevenzione degli errori, alla diminuzione degli eventi avversi ed al miglioramento del servizio offerto all'utenza.

L'attività riferita alla gestione del rischio clinico comprende:

- la valutazione delle segnalazioni degli eventi potenzialmente avversi
- l'analisi degli eventi
- l'individuazione delle cause radice degli eventi
- l'analisi proattiva del rischio
- il recepimento delle linee d'indirizzo regionali.

Il programma per la gestione del rischio si basa sull'analisi delle segnalazioni effettuate spontaneamente dagli operatori sanitari nel momento in cui rilevano un *evento avverso o potenzialmente avverso* ("quasi evento" o *near miss*). La gestione del rischio clinico non ha intenti punitivi ma di verifica e valutazione dei rischi organizzativi-gestionali insiti nei processi sanitari: l'obiettivo è garantire la sicurezza dei pazienti e degli operatori stessi. La selezione e l'analisi di eventi avversi/potenzialmente avversi consente la selezione di eventi che, successivamente, possono essere oggetto di sinistro in ambito di responsabilità professionale, ancor prima che il danneggiato formalizzi una richiesta di risarcimento danni.

Gli strumenti utilizzati per la gestione delle segnalazioni sono: *Incident Reporting*; Stratificazione degli eventi segnalati e delle priorità di rischio; *Root Cause Analysis (RCA)*; Diagramma causa-effetto di Ishikawa; *Significant Event Audit (SEA)*; *Failure Mode And Effects and Criticality Analysis (FMECA)*, Audizioni del personale.

Sulla base di scelte aziendali ed in applicazione al Programma 18 "Sicurezza e rischio clinico" dei Programmi Operativi 2013-15 (DGR n. 25-6992 del 30.12.2013), sono recepite le Raccomandazioni agli operatori per la sicurezza dei pazienti ed il Manuale per la Sicurezza in sala Operatoria emessi dall'Ufficio Qualità del Ministero della Salute.

Per quanto attiene i contenziosi il PSSR 2012-15, par. 4.2.3, ha previsto la necessità di sviluppare, a livello di azienda sanitaria regionale, una rete di servizi in grado di garantire un adeguato controllo del sistema di gestione dei rischi di responsabilità civile per l'attività sanitaria. Una gestione integrata del rischio sanitario e del contenzioso ha come obiettivo quello di ridurre le richieste di risarcimento e la percentuale di controversie giudiziarie tutelando l'utente, l'operatore sanitario e l'immagine della struttura, anche attraverso vari livelli e tentativi di condivisa conciliazione. L'obiettivo è quello di pervenire, rapidamente, alla liquidazione del risarcimento in via conciliativa e transattiva, così come previsto dal D.lgs n. 28 del 4.3.2010. A conferma di ciò è intervenuta la L. n. 189 dell'08.11.2012 stabilendo che, per ridurre i costi connessi al complesso dei rischi relativi all'attività sanitaria, le aziende devono analizzare, studiare ed adottare le necessarie soluzioni per la gestione del rischio clinico, per la prevenzione del contenzioso e per la riduzione degli oneri assicurativi.

39 Previsione della regolamentazione interna

Il presente atto aziendale ha valenza organizzativa generale. Per l'attuazione delle indicazioni in esso contenute occorre fare riferimento, oltre che alle disposizioni normative vigenti, agli atti di regolamentazione interna adottati nelle materie specifiche. Tali regolamenti mantengono efficacia e validità salvo risultino in contrasto con il presente documento.

La Direzione Generale, nell'ambito dell'autonomia organizzativa e gestionale di cui dispone, ai sensi del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i., si riserva, in aggiunta ai regolamenti vigenti,

di procedere, se necessario, a rivisitare quelli esistenti o ad adottare ulteriori regolamenti per disciplinare materie di particolare interesse, previo l'espletamento, laddove previsto, delle necessarie consultazioni con i soggetti portatori di interessi.

40 Azioni di informazione, accoglienza, tutela e partecipazione degli utenti

La partecipazione e la tutela dei diritti dei cittadini è prevista dall'art. 14 del D.lgs n. 502/92 e sm.i. ed è in questa Azienda sviluppata attraverso l'attivazione della Conferenza di Partecipazione (si rinvia al paragrafo 8d del presente elaborato).

La Direzione Generale dell'Azienda, ritenendo di importanza strategica lo sviluppo dell'informazione, accoglienza, tutela e partecipazione nei confronti dei propri assistiti e delle relative organizzazioni, nell'osservanza delle disposizioni normative specifiche in materia, individua, tra le altre, alcune funzioni che devono essere messe in atto aventi ad oggetto:

- l'ascolto del cittadino, l'offerta di informazioni, la raccolta di suggerimenti e reclami, l'indagine sul grado di soddisfazione degli utenti;
- il coordinamento per l'apertura di punti di informazione e di accoglienza dislocati nelle strutture aziendali;
- la predisposizione/aggiornamento della guida ai servizi e della carta dei servizi.

41 L'Ufficio Relazioni con il Pubblico

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) svolge funzioni di comunicazione/informazione riconoscendo e valorizzando il diritto dei cittadini ad essere informati, ascoltati, a ricevere una risposta, chiara ed esauriente, favorendo il ruolo attivo e la partecipazione degli stessi alle scelte aziendali. I cittadini utenti possono inoltrare qualsiasi elogio, suggerimento, reclamo all'Ufficio attraverso varie modalità: accesso diretto, tramite lettera, e mail, o utilizzando il numero verde, così come previsto dal Regolamento di Pubblica Tutela.

42 L'Ufficio Stampa

L'Ufficio Stampa si occupa della comunicazione aziendale e gestisce, quotidianamente, i rapporti con i media (carta stampata, radio, Tv, giornali e riviste on-line), con gli organi istituzionali e con gli interlocutori privati assicurando il massimo grado di trasparenza, chiarezza e tempestività delle informazioni.

La complessità del sistema "sanità" e la forte dinamica del settore della comunicazione ha reso necessario l'adozione di strumenti di informazione in grado di far conoscere, sia all'esterno che all'interno dell'azienda, le strategie, gli obiettivi ed i risultati aziendali. A tal fine l'Azienda redige il Piano della Comunicazione, anche tenendo conto di quanto previsto dal vigente P.S.S.R. 2012-15, che mira a creare una rete territoriale regionale della comunicazione istituzionale omogenea su tutto il territorio piemontese.

Attraverso il Piano di Comunicazione si sostengono gli obiettivi strategici dell'Azienda favorendo l'integrazione fra i molteplici attori coinvolti con il conseguimento dei seguenti macro-obiettivi:

- realizzazione e gestione di un sistema di comunicazione e informazione che coinvolga i media più diffusi sul territorio, oltre a soggetti plurimi, anche in iniziative di prevenzione e divulgazione di corretti stili di vita;
- promozione di campagne educazionali nell'ambito di quanto previsto dal Piano Sanitario Nazionale e dal Piano Sanitario Regionale;
- promozione della conoscenza e dell'utilizzo dei servizi all'utenza;
- incremento della conoscenza delle opere ed attività realizzate dall'Azienda, garantendone la massima visibilità;
- aggiornamento delle informazioni sulla rete dei servizi sanitari e sulle prestazioni offerte tramite strumenti telematici;
- promozione dell'immagine dell'Azienda e delle sue attività;
- regolamentazione dell'attività di sponsorizzazione a favore dell'Ente;
- gestione delle azioni di marketing;
- sviluppo della comunicazione interna (intranet, rassegna stampa, segnaletica aziendale) ed esterna (ufficio stampa, contenuti sito web, rapporti con i mass media e altre forme telematiche);
- supporto organizzativo a convegni ed eventi aziendali.

43 Indagine di soddisfazione dell'utenza

La Pubblica Amministrazione ha il compito di rilevare i bisogni e le esigenze della collettività in modo da poter adattare l'offerta di servizi e prestazioni. Tale rilevazione avviene periodicamente, coinvolgendo nella elaborazione dell'indagine e nella sua pratica realizzazione anche la Conferenza Aziendale di Partecipazione.

L'Azienda individua obiettivi di miglioramento della qualità percepita dai cittadini sui servizi erogati, sia a livello ospedaliero che territoriale, e relativamente al grado di umanizzazione nelle strutture di ricovero che, di anno in anno, vengono inseriti nella Carta dei Servizi Sanitari utilizzando strumenti quali i questionari e metodi, già sperimentati a livello regionale, come l'audit civico, che hanno visto il coinvolgimento anche delle Associazioni di Pubblica Tutela.

Il monitoraggio della soddisfazione della qualità dei servizi percepita dai cittadini rappresenta un momento fondamentale per verificare sia il funzionamento della struttura aziendale, sia la conoscenza delle attività erogate e delle sue modalità di accesso, i cui risultati vengono presentati all'Assemblea della Conferenza Aziendale di Partecipazione.

L'URP, nelle attività di customer satisfaction, si coordina con le SOC e le SOS interessate all'indagine presso le quali vengono individuati dei referenti della qualità e si attiva perchè dai risultati emersi si sviluppino azioni di intervento volte al miglioramento delle criticità rilevate.

44 Guida ai servizi

La Guida ai Servizi dell'A.S.L., costantemente aggiornata grazie alla collaborazione dei Referenti della Comunicazione, illustra l'offerta sanitaria garantita sul territorio, sia dal punto di vista della promozione di corretti stili di vita e di educazione alla salute, sia da quello della cura e della riabilitazione. In tal modo l'utenza può rapportarsi celermente con le strutture aziendali competenti.

Viene pubblicata sul sito web aziendale e messa a disposizione dei cittadini/utenti anche grazie alla collaborazione dei soggetti facenti parte della Conferenza Aziendale di Partecipazione, favorendo un' informazione capillare sul territorio.
