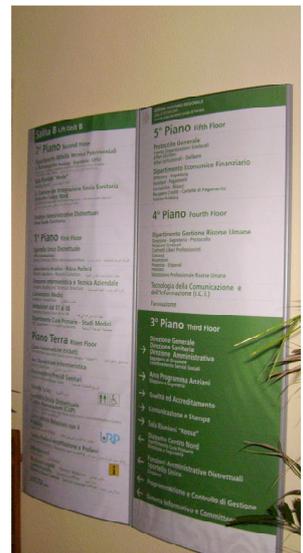


SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara



ATTO AZIENDALE



INDICE

PARTE PRIMA

L'AZIENDA USL DI FERRARA: CONTESTO E VALORI DI RIFERIMENTO.

CAPITOLO 1 COSTITUZIONE DELL'AZIENDA; SEDE LEGALE; LOGO; SITO WEB.	pag. 10
CAPITOLO 2 MISSIONE AZIENDALE. VALORI DI RIFERIMENTO	pag. 10
2.1 La missione aziendale.	pag. 10
2.2 I valori di riferimento.	pag. 11
CAPITOLO 3 LE RELAZIONI DELL'AZIENDA CON LA SITUAZIONE SOCIO POLITICO.	pag. 12
3.1 Il ruolo dei Cittadini.	pag. 12
3.2 Il ruolo delle Istituzioni, delle altre Aziende Sanitarie del Servizio Sanitario Regionale, delle Associazioni di volontariato.	pag. 12
3.3 Il ruolo delle Organizzazioni sindacali.	pag. 14
3.4 Il ruolo dei Dirigenti, dei Professionisti e degli Operatori.	pag. 15
CAPITOLO 4 I CARATTERI SALIENTI DELL'AZIENDA OGGI.	pag. 17
4.1 Il presente.	pag. 17
4.2 Il futuro.	pag. 23

PARTE SECONDA

ORGANI, DIREZIONE, COLLEGI.

CAPITOLO 5 ORGANI DELL'AZIENDA.	pag. 26
5.1 Il Direttore Generale.	pag. 26
5.2 Il Collegio Sindacale.	pag. 26

5.3 Il Collegio di Direzione.	pag. 27
5.3.1 Composizione del Collegio.	pag. 27
5.3.2 Collegio di Direzione allargato.	pag. 27
5.3.3 Collegio di Direzione Interaziendale.	pag. 27
5.3.4 Nomina e durata.	pag. 28
5.3.5 Funzioni.	pag. 28
5.3.6 Norme di funzionamento e rapporti con gli altri organi dell'Azienda USL Ferrara.	pag. 28
5.3.7 Rapporto del Collegio di Direzione con il Direttore Generale.	pag. 28
5.3.8 Rapporto del Collegio di Direzione con il Collegio Sindacale.	pag. 29

CAPITOLO 6

LA DIREZIONE AZIENDALE

pag. 29

7.1 Il Direttore Sanitario.	pag. 29
7.2 Il Direttore Amministrativo.	pag. 29
7.3 Il Direttore delle Attività Socio-sanitarie e Coordinatore dei Servizi Sociali.	pag. 30

CAPITOLO 7

LE FUNZIONI DI STAFF.

pag. 30

7.1 Direzione Infermieristica e Tecnica (D.I.T.).	pag. 31
7.2 Coordinamento Interdistrettuale.	pag. 31
7.3 Area Programma Dipendenze Patologiche.	pag. 32
7.4 Area Programma Strategie di valutazione degli obiettivi e delle performances (Nucleo di valutazione).	pag. 32
7.5 Programmazione e Controllo di Gestione.	pag. 32
7.6 Sviluppo Qualità e accreditamento; Formazione; Ricerca e Innovazione; Ufficio stampa, URP e rete dell'accoglienza.	pag. 33
7.7 Sistema Informativo, Committenza e Mobilità.	pag. 34
7.8 Medicina legale.	pag. 34
7.9 Piani per la Salute (PPS).	pag. 35
7.10 Coordinamento aziendale dell'Area Specialistica.	pag. 36
7.11 Area Programma Anziani.	pag. 36
7.12 Tecnologia della Comunicazione e dell'Informazione (ICT).	pag. 36
7.13 Affari Istituzionali e Giuridici.	pag. 36
7.14 Funzioni Amministrative Socio Sanitarie	pag. 37
7.15 Area Programma Handicap.	pag. 37
7.16 Area Programma Minori.	pag. 38
7.17 Sviluppo delle relazioni organizzative e gestionali con cooperazione sociale e volontariato collettivo e individuale	pag. 38
7.18 Dipartimenti, Programmi e Coordinamenti Interaziendali.	pag. 38

CAPITOLO 8

I COLLEGI AZIENDALI.

pag. 39

8.1 Il Collegio delle Professioni Sanitarie.	pag. 39
8.2 I Collegi di supporto alla funzione di governo aziendale.	pag. 39

PARTE TERZA
ORGANIZZAZIONE AZIENDALE.

CAPITOLO 9 ELEMENTI DELLA ORGANIZZAZIONE AZIENDALE.	pag. 43
CAPITOLO 10 DIPARTIMENTI E AREE DIPARTIMENTALI.	pag. 44
10.1 Organi del Dipartimento.	pag. 44
10.2 Direttore di Dipartimento.	pag. 45
10.3 Gruppo di Direzione Collegiale Ristretto (DCR).	pag. 45
10.4 Comitato di Dipartimento.	pag. 45
10.5 Assemblea.	pag. 46
10.6 Le Aree Dipartimentali.	pag. 46
CAPITOLO 11 LE UNITA' OPERATIVE.	pag. 46
11.1 Definizione e responsabilità delle U.O.	pag. 46
11.2 Il Direttore di Unità Operativa.	pag. 46
CAPITOLO 12 MODULI ORGANIZZATIVI.	pag. 47
12.1 Definizione e responsabilità di Modulo Organizzativo.	pag. 47
12.2 Il Responsabile del Modulo Organizzativo.	pag. 47
CAPITOLO 13 POSIZIONI ORGANIZZATIVE DELL'AREA DEL COMPARTO.	pag. 47
CAPITOLO 14 ALTRE FORME ORGANIZZATIVE.	pag. 48
14.1 I Programmi aziendali.	pag. 48
14.2 I Progetti.	pag. 48
14.3 I Coordinamenti.	pag. 48
CAPITOLO 15 LE ARTICOLAZIONI DELLA ORGANIZZAZIONE AZIENDALE.	pag. 48

CAPITOLO 16	pag. 49
I DISTRETTI.	
16.1 Definizione e numero dei Distretti dell'Azienda USL di Ferrara.	pag. 49
16.2 Missione del Distretto.	pag. 49
16.3 La programmazione distrettuale	pag. 50
16.4 Comitato di Distretto.	pag. 50
16.5 Ufficio Comune per l'integrazione socio-sanitaria.	pag. 50
16.6 Direttore di Distretto.	pag. 51
16.7 Ufficio di Direzione Distrettuale (U.D.D.).	pag. 52
16.8 Strumenti e aree di integrazione del Distretto.	pag. 53
16.9 Il Budget.	pag. 53
16.10 Dipartimento delle Cure Primarie (DCP).	pag. 53
16.11 U.O. Nuclei delle Cure Primarie (NCP).	pag. 54
16.12 U.O. Servizi Sanitari.	pag. 55
16.13 Area Socio Sanitaria.	pag. 56
16.14 Funzioni Amministrative di Distretto.	pag. 57
16.15 Ruolo delle professioni sanitarie non mediche.	pag. 57
CAPITOLO 17	pag. 58
IL PRESIDIO OSPEDALIERO.	
17.1 Il Presidio Unico Ospedaliero (PUO).	pag. 58
17.2 Le Aree Ospedaliere.	pag. 58
17.3 Articolazione delle direzioni.	pag. 58
17.4 Direttore Responsabile della gestione complessiva del PUO.	pag. 59
17.5 Direttore dell'U.O. servizi amministrativi del Presidio Unico Ospedaliero.	pag. 59
17.6 Direttore Medico di Area Ospedaliera.	pag. 59
17.7 Direzione Medica di Stabilimento Ospedaliero.	pag. 60
17.8 I Collegi.	pag. 60
17.9 Collegio di Presidio.	pag. 61
17.10 Collegio di Staff del Presidio.	pag. 61
17.11 Collegio di stabilimento.	pag. 61
17.12 I Dipartimenti ospedalieri.	pag. 62
17.13 Direzione Infermieristica e Tecnica del PUO.	pag. 62
17.14 Le soluzioni più innovative che modificano la organizzazione della "offerta" ospedaliera	pag. 62
CAPITOLO 18	
IL DIPARTIMENTO DI SANITA' PUBBLICA.	pag. 64
18.1 Finalità e obiettivi del Dipartimento Sanità Pubblica	pag. 64
18.2 Il Direttore del Dipartimento di Sanità Pubblica	pag. 65
18.3 Il Comitato di Dipartimento	pag. 66
18.4 Organizzazione del Dipartimento	pag. 66
18.5 I Nuclei Organizzativi Distrettuali	pag. 66
18.6 Aree Dipartimentali	pag. 67
18.7 I Programmi	pag. 67
18.8 Forme di integrazione fra Distretti e Dipartimento di Sanità Pubblica	pag. 68

CAPITOLO 19
IL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E DIPENDENZE
PATOLOGICHE. pag. 68

- 19.1 DSMDP –DAI (Dipartimento Assistenziale Integrato). pag. 69
19.2 Aree di responsabilità del DSMDP. pag. 70
19.3 L'integrazione del DSMDP nel Distretto. pag. 70
19.4 Organi di governo del DSMDP. pag. 71
19.5 La articolazione organizzativa del DSMDP. pag. 72

CAPITOLO 20
LA TECNOSTRUTTURA. pag. 74

- 20.1 Il significato attribuito al termine. pag. 74
20.2 Dipartimento Contratti, Logistica e Risorse Economico-finanziarie. pag. 75
20.3 Dipartimento Attività Tecnico- Patrimoniali e Tecnologiche. pag. 76
20.4 Dipartimento Sviluppo e Amministrazione Risorse Umane. pag. 76

CAPITOLO 21
ALTRI ORGANISMI PREVISTI DALLE NORME. pag. 77

- 21.1 Comitato Etico-scientifico Interaziendale. pag. 77
21.2 Comitato per la prevenzione ed il controllo delle infezioni in ambito sanitario. pag. 78
21.3 Commissione provinciale terapeutica del farmaco. pag. 78
21.4 Comitato per le pari opportunità. pag. 79
21.5 Comitati paritetici sul fenomeno del Mobbing (CfM). pag. 79
21.6 Uffici per i procedimenti disciplinari. pag. 79

PARTE QUARTA

GOVERNO; GESTIONE AZIENDALE. COMMITTENZA; PRODUZIONE. LE RISORSE.

CAPITOLO 22 pag. 81
SEPARAZIONE DELLE FUNZIONI.

- 22.1 Le funzioni di governo e di gestione. pag. 81
22.2 Le funzioni di committenza e le funzioni di produzione. pag. 81

CAPITOLO 23
GOVERNO CLINICO ASSISTENZIALE. GESTIONE DEL RISCHIO
CLINICO. pag. 82

- 23.1 Il Governo clinico. pag. 82
23.2 La gestione del rischio clinico. pag. 85

CAPITOLO 24 pag. 85
LA PROGRAMMAZIONE.

- 24.1 L'Atto di coordinamento e indirizzo provinciale (triennale). pag. 88
24.2 Il Piano per la Salute. pag. 88
24.3 Il Piano di Zona distrettuale per la salute e per il benessere sociale (P.d.Z.). pag. 88
24.4 Il Programma attuativo annuale (PAA). pag. 89
24.5 Il Sistema dei Budget. pag. 90
24.6 Il Piano degli investimenti. pag. 90
24.7 Il bilancio economico preventivo annuale e pluriennale. pag. 91
24.8 Il bilancio di esercizio. pag. 91
24.9 Il bilancio di missione. pag. 91

CAPITOLO 25 pag. 91
LA RISORSA UMANA.

- 25.1 Criteri per il conferimento di incarichi di dirigente nell'area medica, veterinaria e sanitaria non medica. pag. 91
25.2 Criteri per il conferimento di incarichi di direzione nell'area tecnica, amministrativa, professionale. pag. 93
25.3 Contratto individuale di lavoro dei dirigenti. pag. 94
25.4 Incarichi conferibili a dipendenti dell'area del comparto. pag. 94
25.5 Esercizio della libera professione. pag. 94

CAPITOLO 26 pag. 95
LE RISORSE ECONOMICHE.

- 26.1 Criteri e modalità per l'acquisizione di beni e servizi. pag. 95
26.2 Utilizzazione del patrimonio immobiliare, mobiliare, delle tecnologie mobili e degli impianti e reti. pag. 95

CAPITOLO 27 pag. 96
ORGANISMI DI CONTROLLO INTERNO E DI VALUTAZIONE DEI DIRIGENTI.

PARTE QUINTA

L'ORGANIZZAZIONE INTERAZIENDALE E DI AREA VASTA.

CAPITOLO 28 pag. 98
L'ORGANIZZAZIONE INTERAZIENDALE E DI AREA VASTA.

28.1 Dipartimenti, Programmi e Coordinamenti Interaziendali. Le Aree Vaste.	pag. 98
28.2 Il Dipartimento Interaziendale.	pag. 98
28.3 Il Programma Interaziendale.	pag. 99
28.4 Il Coordinamento Interaziendale.	pag. 99
28.5. L'Area Vasta.	pag. 100



PARTE PRIMA

L'AZIENDA USL DI FERRARA: CONTESTO E VALORI DI RIFERIMENTO



CAPITOLO 1
COSTITUZIONE DELL'AZIENDA; SEDE LEGALE; LOGO; SITO WEB.

CAPITOLO 2
MISSIONE AZIENDALE. VALORI DI RIFERIMENTO.
2.1 La missione aziendale.
2.2 I valori di riferimento.

CAPITOLO 3
LE RELAZIONI DELL'AZIENDA CON IL CONTESTO SOCIO POLITICO.
3.1 Il ruolo dei Cittadini.
3.2 Il ruolo delle Istituzioni, delle altre Aziende Sanitarie del Servizio Sanitario Regionale, delle Associazioni di volontariato.
3.3 Il ruolo delle Organizzazioni sindacali.
3.4 Il ruolo dei Dirigenti, dei Professionisti e degli Operatori.

CAPITOLO 4
I CARATTERI SALIENTI DELL'AZIENDA OGGI.
4.1 Il presente
4.2 Il futuro.

PARTE PRIMA

L'AZIENDA USL DI FERRARA: CONTESTO E VALORI DI RIFERIMENTO.

CAPITOLO 1

COSTITUZIONE DELL'AZIENDA; SEDE LEGALE; LOGO; SITO WEB.

L' Azienda Unità Sanitaria Locale della Provincia di Ferrara e' stata costituita con Deliberazione della Giunta Regionale n. 2450 del 7/6/1994 e successivo Decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 574 del 23/6/94. L'Azienda, di seguito denominata "Azienda USL di Ferrara", è dotata di personalità giuridica pubblica, di autonomia patrimoniale, contabile, regolamentare e imprenditoriale. L'Azienda ha Partita IVA e Codice Fiscale n. 01295960387.

La sede legale dell'Azienda è situata in Ferrara, Via Cassoli n. 30, e potrà essere trasferita dal Direttore Generale.

Il logo dell'Azienda USL Ferrara è il seguente



Il Sito web ufficiale è www.ausl.fe.it.

CAPITOLO 2

MISSIONE AZIENDALE. VALORI DI RIFERIMENTO.

2.1 La missione aziendale.

L'attività dell'Azienda USL di Ferrara è indirizzata alla produzione, all'acquisizione ed all'erogazione dei servizi sanitari e socio-assistenziali ad elevata integrazione sanitaria per il mantenimento, la promozione ed il recupero della salute psico-fisica dei cittadini, in conformità ai livelli essenziali ed uniformi di assistenza previsti dai Piani Sanitari Nazionale e Regionale.

L'Azienda persegue la propria missione nella consapevolezza di concorrere a realizzare la responsabilità pubblica della tutela della salute garantendo: l'equità di accesso ai servizi per tutte le persone assistite dal servizio sanitario regionale; la portabilità dei diritti in tutto il territorio nazionale; la globalità dell'intervento assistenziale, in base alle necessità individuali e collettive, secondo quanto previsto dai livelli essenziali di assistenza (D.P.C.M. del 29.11.2001).

L'Azienda, per adeguare la risposta ai bisogni socio-sanitari presenti nel territorio di riferimento, mantiene un rapporto privilegiato con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara con la quale, attraverso gli accordi di fornitura, definisce i livelli quali-quantitativi delle prestazioni da erogare ai cittadini ed i livelli organizzativi correlati; si avvale delle strutture sanitarie e sociali, di diritto privato, accreditate, presenti sul territorio di riferimento; può assumere la gestione di attività o di servizi socio-assistenziali su delega dei singoli Enti nei limiti e secondo le modalità stabilite dalla vigente normativa e mediante accordi programmatici stipulati con gli stessi; concorre alla formazione dei Piani per la Salute e provvede alla realizzazione degli obiettivi ivi indicati; favorisce la valorizzazione delle risorse umane e professionali degli operatori.

2.2 I valori di riferimento.

La Direzione aziendale, i Dirigenti, gli Operatori, i Professionisti, assumono a riferimento del proprio agire i seguenti valori:

la centralità del Cittadino/paziente e l'orientamento al cliente per sviluppare un'organizzazione dei servizi a misura d'uomo con una costante attenzione etico deontologica al rispetto dei valori; per promuovere strumenti di ascolto, di comunicazione, di dialogo, di misurazione del grado di soddisfazione dei cittadini e dei consumatori dei servizi, considerando la cortesia un complemento dello spirito di accoglienza e di solidarietà umana;

l'integrazione fra ospedale e territorio al fine di rafforzare la rete integrata di produzione/erogazione dei servizi sanitari e di garantire una ottimale continuità assistenziale la cui priorità è un principio affermato nel Piano Sociale e Sanitario Regionale;

l'integrazione socio sanitaria quale momento di raccordo tra le funzioni svolte dai Distretti dell'Azienda e le funzioni di assistenza sociale degli Enti locali che, avvalendosi di una programmazione socio-sanitaria integrata, responsabilizzi entrambi i soggetti istituzionali e sia uno strumento fondamentale per la definizione delle scelte strategiche e delle priorità di intervento socio sanitario, tale da consentire di affrontare e dare risposta a bisogni multiformi e complessi attraverso la costruzione di processi assistenziali connotati da interdisciplinarietà e multiprofessionalità;

la valorizzazione del ruolo del medico di medicina generale (Medici di Medicina Generale, Pediatri Libera Scelta e Medici di Continuità Assistenziale) per il recupero di risorse fondamentali al raggiungimento di soddisfacenti livelli di assistenza a costi sostenibili;

la salvaguardia e la valorizzazione delle risorse umane, la promozione della sicurezza negli ambienti di lavoro per sviluppare una nuova e diversa attenzione rivolta alla affermazione (o riaffermazione) della centralità del capitale umano da considerare il vero fulcro dei processi di cambiamento, innovazione ed il vero attore dei processi di assistenza;

lo sviluppo delle competenze professionali, assumendo a modello di riferimento le “best practices” ed una concezione della professione orientata alla formazione ed all'autosviluppo delle competenze, valorizzando nel contempo il “saper fare” degli operatori e la flessibilità nello svolgimento dei compiti;

l'etica della responsabilità e la trasparenza dei comportamenti verso i Cittadini, le Istituzioni, il sistema delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale, i Colleghi, i Dipendenti per migliorare la qualità del servizio, i luoghi di lavoro, il sistema delle relazioni, l'esercizio del diritto all'assistenza;

l'attenzione al cambiamento, la ricerca e la formazione in collaborazione con l'Università, avvalendosi della Conferenza Regione-Università, al fine di garantire al sistema un flusso costante di innovazione e di sviluppo a costi sostenibili;

il rispetto del diritto alla riservatezza, alla protezione della vita privata e dei dati personali e sensibili, avendo particolare cura per ogni aspetto che attiene alla dignità della persona;

la programmazione, quale strumento regolatore dell'offerta di servizi socio sanitari, sostitutivo del mercato e della concorrenza.

CAPITOLO 3 LE RELAZIONI DELL'AZIENDA CON IL CONTESTO SOCIALE.

3.1 Il ruolo dei Cittadini.

L'Azienda USL di Ferrara assume a punto cardine della propria missione il riconoscimento della centralità del cittadino quale titolare del diritto alla tutela della salute, sia a livello individuale che collettivo.

Il cittadino è pertanto l'interlocutore privilegiato, insieme alle Istituzioni locali, in quanto è destinatario dei principi ispiratori e dei valori fondamentali che guidano l'organizzazione e il funzionamento del Servizio Sanitario Nazionale.

Al fine di dare concreta applicazione ai principi sopra enunciati, l'Azienda USL di Ferrara riconosce i seguenti momenti di partecipazione:

Comitati Consultivi Misti (CC.CC.MM.) per il "controllo della qualità dal lato dell'utente": sono organismi composti da operatori aziendali e da rappresentanti del volontariato locale, il cui scopo è quello di monitorare la qualità dei servizi sanitari erogati e misurare la soddisfazione degli utenti. L'organizzazione dei CC.CC.MM. è articolata a livello distrettuale. Essi restano in carica 3 anni, scaduti i quali vengono rinnovati. L'attività degli stessi è regolata da un documento di indirizzo approvato dal Direttore Generale dall'Azienda;

Ufficio Relazioni con il Pubblico (U.R.P.) con il compito di soddisfare le diverse e crescenti esigenze di informare gli utenti, ma anche di favorire una comunicazione dialettica tra l'Azienda Sanitaria, le Istituzioni e la Comunità locale. L'URP aziendale cura i rapporti con le Associazioni di volontariato e con i Comitati Consultivi Misti e agisce come strumento di ascolto attraverso la gestione dei reclami e le segnalazioni di disservizi presentate dagli utenti o dalle loro rappresentanze;

Carta dei Servizi, quale espressione formale del patto sancito tra l'Azienda Sanitaria e la Comunità e come atto che avvia il processo di riqualificazione del rapporto tra cittadini ed amministrazioni;

Regolamento di Pubblica Tutela, quale strumento per garantire una corretta gestione dei reclami e delle segnalazioni, così come stabilito dalla Carta dei Servizi: il documento regola le attività che intercorrono dalla presentazione del reclamo da parte del cittadino alla risposta che l'Azienda è tenuta a dare entro il termine preventivamente stabilito dal regolamento. Nel caso in cui il cittadino non dovesse essere soddisfatto della risposta fornita può appellarsi alla Commissione Mista Conciliativa (C.M.C.), organismo di seconda istanza;

Indagini di qualità percepita che l'Azienda USL esegue periodicamente al fine di evidenziare gli aspetti organizzativi e relazionali percepiti come maggiormente critici da utilizzare per l'attivazione di specifiche azioni di miglioramento.

Le indagini coinvolgono i CC.CC.MM. che divengono pertanto attori dell'indagine stessa;

Piano di Comunicazione Integrata rivolto sia al pubblico interno che al pubblico esterno, garantito da un apposito Ufficio collocato in staff alla Direzione Generale, svolge il compito di progettare, coordinare e aggiornare i vari strumenti di comunicazione cartacei, audiovisivi, multimediali, utilizzati dall'Azienda per la comunicazione e l'informazione dei cittadini.

3.2 Il ruolo delle Istituzioni, delle altre Aziende sanitarie del Servizio Sanitario Regionale, delle Associazioni di volontariato.

La Regione assicura per il tramite dell'Azienda USL e dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, i livelli essenziali ed uniformi di assistenza sanitaria sul territorio della Provincia. L'Azienda USL partecipa con gli Enti Locali alla programmazione sanitaria e socio-sanitaria attraverso la Conferenza Socio Sanitaria Territoriale e i Comitati di Distretto.

La Provincia, quale soggetto istituzionale con competenze di coordinamento a livello intermedio sull'area delle politiche sociali e dell'integrazione, svolge compiti di promozione dell'integrazione delle politiche sociali con altre politiche settoriali, di rilevazione dei bisogni e dell'offerta di servizi del territorio, di promozione della partecipazione delle ASP (Aziende Servizi alla Persona) al sistema di servizi, di coordinamento della definizione e attuazione dei Piani di Zona.

La Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria, nel rispetto delle autonomie istituzionali degli enti territoriali, concorre con la partecipazione dei Consigli Comunali e del Consiglio Provinciale alla definizione dei Piani Attuativi Locali, nonché alla valutazione dei servizi sanitari, con la partecipazione dei cittadini e degli utenti.

Promuove, con il supporto dell'Azienda USL di Ferrara, strategie ed interventi volti alla promozione della salute e alla prevenzione, anche attraverso i Piani per la Salute previsti dal Piano Sociale e Sanitario Regionale; partecipa, con il concorso degli Enti Locali componenti, alla programmazione sanitaria, nonché alla verifica dei risultati ottenuti dalle Aziende sanitarie, assicurando una equa distribuzione delle risorse, fra i diversi ambiti distrettuali..attraverso la **Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria**, la Provincia, i Comuni dell'ambito territoriale di riferimento e l'Azienda USL, ciascuno per le rispettive competenze, realizzano il coordinamento delle politiche sociali, sanitarie e socio-sanitarie.

Il Comitato di Distretto, istituito in ogni ambito distrettuale, opera in stretto raccordo con la Conferenza Socio Sanitaria Territoriale partecipando alla definizione del Programma delle Attività Territoriali (sul quale esprime parere obbligatorio); si esprime sull'assetto organizzativo e sulla localizzazione dei servizi del Distretto ed esercita un'attività di verifica sul raggiungimento dei risultati di salute in ambito distrettuale.

I programmi interaziendali: l'Azienda USL di Ferrara, al fine di garantire la continuità assistenziale e/o di realizzare economie di gestione, istituisce in via sperimentale forme di integrazione funzionale fra i propri dipartimenti e quelli dell'Azienda Universitaria Ospedaliera di Ferrara.

Le Aree Vaste: lo sviluppo delle Aree Vaste come luogo della integrazione fra Aziende sanitarie per l'esercizio congiunto di funzioni specifiche rappresenta uno strumento organizzativo per consolidare e sviluppare le rispettive prerogative di autonomia territoriale sia per quanto riguarda il miglioramento dell'organizzazione dei servizi e delle funzioni evitando così rischi di frammentazione, scarsa qualità e diseconomia sia per garantire l'ottimizzazione degli stessi servizi e funzioni rivolti ad un bacino di utenza di dimensioni superiori a quelle della popolazione di una singola Azienda.

L'Azienda USL Ferrara fa parte dell'Area Vasta Emilia Centrale (comprendente le Aziende sanitarie delle province di Bologna e Ferrara) per la gestione di processi di carattere comune in materia di amministrazione delle risorse umane, acquisizione di beni e servizi, farmaci, vaccini, presidi sanitari, I.C.T., programmazione dell'acquisto di tecnologie.

Il ruolo del Volontariato: l'Azienda USL di Ferrara riconosce il valore sociale e civile ed il ruolo nella società del volontariato, come espressione di partecipazione, solidarietà e pluralismo e ne sostiene ed asseconda l'apporto per il conseguimento delle più ampie finalità di carattere sociale, civile e culturale.

Le organizzazioni di volontariato stipulano con l'Azienda USL di Ferrara convenzioni per lo svolgimento delle loro attività, definendo: l'organizzazione ed il funzionamento dell'associazione; l'attività che intendono svolgere e le norme che ne regolano lo svolgimento (con particolare riferimento al rispetto della libertà, della dignità personale, dei diritti e della riservatezza degli utenti, compresa la libertà per questi ultimi di rifiutare l'attività del volontario); il rispetto da parte dell'organizzazione di volontariato della normativa generale e specifica riguardante l'attività svolta.

I rappresentanti delle stesse organizzazioni di volontariato partecipano stabilmente ai "Tavoli" di lavoro interistituzionali, attivati per definire la programmazione delle azioni:

"Tavolo anziani": garantisce una risposta ai bisogni della popolazione anziana in continua crescita e per la quale non basta più rispondere solo in termini di posti letto essendo sempre più necessario prevedere risposte flessibili, innovative e di qualità;

“Gruppo Provinciale per l’integrazione socio-sanitaria in area disabili”: rileva il bisogno dei soggetti con disabilità e delle loro famiglie definendo strumenti e azioni per la soddisfazione delle loro esigenze;

“Tavolo minori”: promuove una politica di protezione dei diritti dell’infanzia e dell’adolescenza evidenziando le criticità legate al coinvolgimento di ragazzi/e non a rischio di devianza, ma che vivono i problemi e le specificità evolutive legate all’età, ed interventi mirati con minori segnalati dai servizi sociali e/o scolastici, attraverso un indispensabile patto tra operatori.

Il ruolo del Servizio Civile Volontario: l’Azienda USL nel 2004 ha richiesto ed ottenuto l’accreditamento quale ente di servizio civile nazionale di III classe al fine di offrire, ai giovani d’età compresa tra i 18 e i 28 anni, progetti di servizio civile quale opportunità di cittadinanza, di partecipazione attiva, positiva e non violenta.

L’Azienda USL Ferrara nell’anno 2005 ha aderito al Coordinamento provinciale degli Enti di servizio civile (Co.Pr.E.S.C.) di Ferrara ed è parte del Consiglio direttivo.

3.3 Il ruolo delle Organizzazioni sindacali.

L’Azienda USL di Ferrara riconosce l’importanza fondamentale del sistema delle relazioni sindacali con le Confederazioni Sindacali, con le Organizzazioni Sindacali di categoria firmatarie degli accordi collettivi nazionali di lavoro e con la RSU Aziendale.

Il metodo delle relazioni con le Organizzazioni Sindacali (ivi comprese le rappresentanze dei pensionati) si estrinseca nel confronto sulle politiche sanitarie aziendali in attuazione delle linee di indirizzo tracciate dai Piani Sanitari Nazionali e Regionali, sulla programmazione delle attività a favore dei cittadini e dell’utenza nonché sugli atti di integrazione socio-sanitaria e sull’andamento della gestione.

Il confronto si svolge in modo strutturato sia in ambito aziendale che su tavoli istituzionali (Conferenza Socio-Sanitaria Territoriale) o interaziendali (nei rapporti con l’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara) attraverso una metodica di lavoro improntata allo schema della programmazione negoziata e della concertazione.

Le Confederazioni Sindacali partecipano ai tavoli istituzionali di confronto sui Piani per la salute e il benessere sociale e sugli strumenti di programmazione territoriale (P.A.L. e Piani di Zona per la salute e il benessere) volti al miglioramento della qualità dell’offerta, al controllo dei costi e dell’appropriatezza delle prestazioni, al governo della domanda di salute della popolazione.

Le Confederazioni Sindacali partecipano sul tavolo interaziendale (Azienda sanitaria territoriale - Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara) al confronto sulle strategie delle riorganizzazioni e razionalizzazioni che riguardano entrambe le Aziende, con particolare riferimento all’analisi dei presupposti per la costituzione di momenti organizzativi volti alla integrazione interaziendale (Programmi, Dipartimenti, Servizi generali).

L’Azienda USL di Ferrara riconosce il ruolo fondamentale delle rappresentanze sindacali di categoria, costituite sia dalle singole Organizzazioni Sindacali che dalla RSU Aziendale, soggetto elettivo che si esprime in rappresentanza dei diritti e degli interessi dei lavoratori.

Il Sistema delle Relazioni Sindacali è fondato sui principi della lealtà, della trasparenza e della correttezza nei momenti della informazione, del confronto, della concertazione e della negoziazione tra le parti affinché congiuntamente, pur nel rispetto della distinzione dei ruoli e delle responsabilità, si pervenga alla realizzazione del comune obiettivo di contemperare l’interesse dei dipendenti al miglioramento delle condizioni di lavoro e alla crescita professionale, con l’esigenza dell’Azienda tesa all’incremento della efficacia, qualità ed efficienza dei servizi erogati, nonché con l’interesse dell’utenza al soddisfacimento dei bisogni di tutela della salute in maniera qualitativamente adeguata.

L’Azienda USL di Ferrara promuove con i predetti soggetti sindacali tutte le procedure di confronto previste dalla vigente normativa e dai CC.CC.NN.LL. nei diversi momenti della contrattazione, concertazione, consultazione, informazione.

L'Azienda imprime massimo impulso a tutte le forme di partecipazione codificate da disposizioni e accordi locali (Comitati Paritetici per le Pari Opportunità – Comitati Paritetici sul fenomeno del mobbing) ed a quelle forme partecipative che, in contesti organizzativi generali o specifici, possono incidere in modo significativo sui processi di sviluppo e sulla qualità dei servizi (Gruppi di miglioramento – Commissioni Tecniche Bilaterali), assicurando un approfondimento comune su problematiche ritenute di particolare rilevanza.

All'interno del Sistema delle relazioni sindacali si riconosce lo strumento del confronto diretto tra gli operatori e la Dirigenza come metodo di lavoro teso a garantire il più ampio coinvolgimento possibile del personale nei processi organizzativi, al fine di individuare da un lato le criticità e dall'altro le proposte di miglioramento.

3.4 Il ruolo dei Dirigenti, dei Professionisti e degli Operatori.

I Dirigenti sono responsabili della gestione delle organizzazioni a cui sono preposti ed impegnano l'Azienda verso l'esterno per quanto concerne le risorse e gli obiettivi assegnati e la sfera delle rispettive attribuzioni e competenze.

L'Azienda promuove la partecipazione dei Dirigenti al governo aziendale con un coinvolgimento attivo nei processi di programmazione dei servizi e dell'attività, nella definizione degli obiettivi, degli investimenti in tecnologia, nel riparto e attribuzione delle risorse, sui temi dell'organizzazione del lavoro, della qualità dei servizi, e della formazione.

Il coinvolgimento ed il contributo richiesti tengono conto del ruolo assegnato agli stessi all'interno delle strutture organizzative dell'azienda (Distretti, Presidio ospedaliero, Dipartimenti, Unità operative, ecc.).

I Direttori delle strutture organizzative contribuiscono alla definizione delle strategie aziendali, propongono gli obiettivi rientranti nelle linee strategiche dettate dal Direttore Generale; definiscono collegialmente gli obiettivi con i Direttori dei Dipartimenti e/o delle Unità operative afferenti alla struttura che dirigono, negoziano e gestiscono le risorse produttive assegnate con il budget. Sono responsabili del raggiungimento degli obiettivi concordati con la Direzione Generale. Facilitano la partecipazione dei professionisti al processo decisionale relativo alle scelte strategiche, organizzative e gestionali finalizzate al miglioramento della qualità dei servizi e del rendimento delle risorse disponibili.

I Direttori delle unità operative definiscono, collegialmente con il Direttore del Dipartimento di appartenenza, gli obiettivi, le risorse, l'organizzazione, l'uso delle attrezzature di comune attribuzione; coinvolgono il personale appartenente all'Unità Operativa nei processi di definizione, monitoraggio degli obiettivi, mantenendo una collaborazione attiva con i Dirigenti e con il personale del comparto con compiti di coordinamento di risorse umane e/o di processi. Sono responsabili del raggiungimento degli obiettivi concordati con il Dipartimento e con la Direzione Generale.

I Dirigenti di modulo organizzativo contribuiscono alla definizione degli obiettivi dell'Unità Operativa di appartenenza apportandovi le proprie specifiche competenze. Sono responsabili del raggiungimento degli obiettivi delle Unità Operative, per quanto attiene il ruolo ad essi attribuito.

I Dirigenti degli Staff supportano la Direzione generale nella funzione di governo dell'Azienda; coordinano i processi di costruzione e negoziazione degli obiettivi, sono responsabili del monitoraggio delle azioni effettuate per il raggiungimento degli stessi.

I Professionisti partecipano attivamente, secondo il ruolo e la professione esercitata, alla definizione degli obiettivi della Unità operativa o del Modulo organizzativo di appartenenza; apportano il proprio contributo alla realizzazione ad al monitoraggio degli obiettivi assegnati.

L'integrazione tra le professioni è sostenuta da una forte condivisione di obiettivi, valori, metodi, basi di conoscenza e di continua disponibilità alla valutazione.

L'Azienda USL di Ferrara riconosce il valore dell'integrazione professionale quale elemento indispensabile del governo clinico dell'organizzazione, atto a favorire lo scambio di

conoscenze professionali in discipline diverse e ad aumentare il sentimento di sicurezza tra i professionisti.

Per realizzare presupposti che garantiscano il massimo di efficacia nell'affrontare bisogni di natura multiproblematica, l'integrazione professionale rende possibile condizioni operative unitarie fra figure professionali diverse (sanitarie e sociali) sia attraverso la costituzione di équipes multiprofessionali, sia mediante l'erogazione congiunta di attività assistenziali afferenti ai diversi servizi sanitari e socio sanitari.

L'Azienda sostiene il costante perfezionamento delle competenze di ogni ruolo professionale attraverso la formazione continua; valorizza la componente discrezionale della competenza professionale con la programmazione del lavoro per obiettivi; ricerca le forme di organizzazione a rete e su équipes multi-professionali; sostiene le potenzialità e l'autonomia delle professioni nello sviluppo di innovazioni organizzative; valorizza il livello di competenza raggiunto attraverso un adeguato sistema di valutazione.

I Medici di Medicina Generale, i Pediatri di Libera Scelta e i Medici Specialisti convenzionati partecipano attivamente, secondo i rispettivi ruoli, alla definizione degli obiettivi della propria Unità Operativa di riferimento; apportano il proprio contributo alla realizzazione ad al monitoraggio degli obiettivi assegnati.

In particolare, allo scopo di "processualizzare" formalmente le modalità della "partecipazione organizzativa" l'Azienda USL di Ferrara garantisce il realizzarsi delle seguenti condizioni di favore: forte condivisione dei contenuti della programmazione strategica a garanzia del massimo di coerenza interna fra i vari livelli di pianificazione/programmazione/progettazione; ciò avviene mediante:

- la definizione, in sede di Collegio di Direzione degli obiettivi strategici – allocativi; di razionalizzazione/sviluppo; di governo clinico e finanziario – annuali e poliennali della Azienda;
 - la declinazione gestionale, organizzativa e operativa di tali obiettivi – nell'ambito delle strutture organizzative; dipartimenti intra-ospedalieri; strutture complesse e semplici – attraverso la compilazione di apposite "schede standard" che consentono di omogeneizzare metodologicamente le voci che devono qualificare i contenuti programmatori e identificare le strutture organizzative responsabili di progetto o a questo concorrenti;
 - la previsione strutturata di momenti di integrazione fra assetti organizzativi allo scopo di concordare gli obiettivi e le azioni che richiedono il maggiore sforzo di condivisione trasversale, a partire dalla definizione dei contenuti che sostanziano la "funzione di committenza";
 - la trasposizione delle attività che derivano da tale sforzo programmatico e i costi relativi nelle "schede di budget", presentate e discusse con la Direzione Generale da parte di ciascuna struttura organizzativa, dipartimentale e/o di Staff. La sottoscrizione della "scheda di budget" sancisce formalmente il raggiungimento del necessario livello di condivisione affinché le componenti del sistema azienda si sentano parte attiva e se ne facciano carico con piena responsabilità;
 - il monitoraggio, da parte della Direzione Generale e dei titolari tecnici della elaborazione dei contenuti variamenti prodotti dai diversi livelli di pianificazione e programmazione aziendale (PAL; PAT; P.P.S.; P.A.A.R) della assoluta coerenza fra di essi, anche attraverso la promozione di specifici incontri di confronto, approfondimento, aggiustamento e, se necessario, allineamento di tali contenuti;
- a. la previsione formale di una serie di organismi collegiali che hanno il compito, da un lato, di sviluppare le dinamiche partecipative interne ad alcune strutture organizzative (i "Collegi di Presidio" e di stabilimento ospedaliero, ad esempio, ma anche gli "Uffici di Direzione Distrettuali" previsti dalla normativa regionale) e, dall'altro, quello di consentire un confronto con la Direzione Generale che aiuti quest'ultima a meglio comprendere i problemi che sono presenti nei contesti organizzativo/gestionali considerati e a fornire loro occasioni dirette di discussione e di chiarimento.

In quest'ultima prospettiva svolge un ruolo particolarmente delicato il "Collegio dei Coordinatori dei N.C.P.", i cui meccanismi di coinvolgimento partecipativo aiutano i Nuclei

a divenire componente sempre più consapevole e responsabile dello sviluppo delle cure primarie attraverso un rapporto dialettico con la Direzione Generale sui grandi temi strategici (dal “governo clinico” alla committenza) che devono orientare i comportamenti dei m.m.g.;

- b. l’attivazione periodica di alcuni momenti assembleari che consentano ad alcuni profili organizzativi e/o professionali (ad esempio i Direttori di struttura complessa e semplice o i M.M.G.) presenti nell’Azienda o in talune, sue strutture organizzative (il Presidio Ospedaliero e i Distretti, ad esempio) di essere interlocutori diretti della Direzione Generale nel mettere a fuoco – mediante l’opportunità di dibattiti mono o pluri tematici – i problemi e le proposte di soluzione che più sono avvertiti nello sforzo quotidiano di dare attuazione ai contenuti programmati e/o di assicurare la continuità ad un qualificato lavoro di assistenza.

CAPITOLO 4 I CARATTERI SALIENTI DELL’AZIENDA OGGI.

4.1 Il presente.

Dall’adozione del primo atto aziendale ad oggi l’Azienda risulta molto cambiata sotto diversi profili:

- **il dialogo** e il conseguente **coordinamento** di una pluralità di iniziative concordate fra **AUSL e Azienda Ospedaliero-Universitaria** assumono i connotati: della attivazione di Dipartimenti, di Programmi e Coordinamenti inter-aziendali (5 già attivati ed alcuni altri in fase di attivazione); della messa a fuoco di comuni strategie per l’uso essenziale ed appropriato di servizi e risorse; della sottoscrizione di decine di accordi; della omogeneizzazione di procedure e sistemi informativi; della programmazione comune dei futuri servizi da mantenere all’interno dell’Area ex S. Anna; etc..
All’interno di questo, grande sforzo di condivisione sono stati coinvolti ed hanno talvolta assunto il ruolo del protagonista sia l’Università che alcuni enti locali (in particolare, il Comune di Ferrara).
- **I Distretti** (ridefiniti in tre dei cinque che erano) si sono compiutamente strutturati, ciascuno con un proprio “**Dipartimento delle Cure Primarie**” a sua volta articolato in tre assetti organizzativo/gestionali che rivelano la grande attenzione data – accanto ai servizi sanitari “classicamente” territoriali (ambulatori polispecialistici; consultori; medicine di comunità) – anche ai Servizi Socio-sanitari (anziani; disabili; minori; alcol-tossicodipendenti) ed ai servizi primari (assistenza domiciliare e forme associative dei Medici M.G.) in cui convogliare e radicare organizzativamente tutte le attività della medicina di base.
- Attraverso la **programmazione distrettuale** si è progressivamente ridotta la iniziale difformità storica fra i 3 Distretti: progetti trasversali comuni; omogeneizzazione delle condizioni di accesso ai servizi; riduzione delle disomogeneità storiche in termini di finanziamento delle attività; approccio unitario ai temi della appropriatezza clinica e organizzativa; migliore distribuzione del personale hanno concorso a ridurre la forbice delle diversità.
- **Il Presidio ospedaliero** è stato “**compattato**” e reso funzionale sia alla programmazione aziendale, sia alla sua realizzazione attraverso la specificazione dei compiti che un apposito regolamento attribuisce al “Comitato di Presidio” e ai “Comitati di Stabilimento”: snodi di gestione, questi, per interconnettere gli obiettivi assegnati ai dipartimenti clinici trasversali con le modalità realizzative che le varie UU.OO. ad essi appartenenti devono esprimere anche mediante sinergie da sviluppare all’interno di ogni singola struttura ospedaliera.
- Lo sviluppo della **rete ospedaliera** ha avuto un’impulso estremamente forte a seguito di un investimento di risorse pari a circa quattro milioni e mezzo di euro all’anno per quattro

anni cui occorre aggiungere una spesa di circa otto milioni di euro per l'acquisto di svariate tecnologie. Sul versante del completamento del PAL emerge, in particolare: l'attivazione della urologia e della emodinamica al Delta; l'attivazione della DEA (elevata assistenza) ad Argenta e di un "repartino" per acuti a Bondeno. Sul versante del potenziamento mirato della "offerta" che serve davvero a migliorare la qualità della assistenza sventa lo straordinario sviluppo della Rete radiologica (TAC e RMN nuove); l'implementazione di tutta l'attività oncologica (in cui brilla l'oncoematologia); l'allestimento di una "offerta" decisamente più ampia di Day Hospital e Day Surgery; l'apertura della nuova U.O. di Gastroenterologia.

- Sul versante, infine, della razionalizzazione/appropriatezza delle risorse esistenti va ricordata, da un lato, la riorganizzazione (in chiave inter-aziendale) dell'assistenza geriatrica e lungodegenza e, dall'altro, la trasformazione della U.O. di Ostetricia-Ginecologia di Comacchio in una sperimentazione avanzata di assistenza domiciliare alla gravidanza e puerperio.

L'ospedale S. Camillo di Comacchio ha trovato una sua definitiva, utile, appropriata collocazione nella Rete ospedaliera provinciale riconsiderando i contenuti del vecchio patto sottoscritto dalla Regione e dalle istituzioni locali.

Unità di Pronto Soccorso, anestesie, emergenza-urgenza, punti cronici di sofferenza organica, sono stati opportunamente potenziati.

- Si è strutturata formalmente **la nuova organizzazione dei "Dipartimenti di Salute Mentale" e di "Sanità Pubblica"** in modo tale che le loro articolazioni operative si collocino nella e coincidano con la dimensione distrettuale. Questa scelta ha, di fatto, anticipato gli orientamenti poi assunti dalla normativa regionale.
- L'opera di **razionalizzazione nell'impiego del personale amministrativo** ha battuto alcune vie principali: la riorganizzazione del front-office di prenotazione, di accettazione e di informazione del cittadino/utente; la concentrazione di tutte le funzioni amministrative concernenti ogni categoria di personale (dipendente; summaista; convenzionato di medicina generale; a rapporto libero professionale; etc...) all'interno del "Dipartimento Sviluppo e Amministrazione Risorse Umane; la costituzione di una unica Direzione Amministrativa inter-distrettuale; il blocco costante del turn-over; la applicazione ai "prodotti" delle attività amministrative di parametri di efficienza desunti da una analisi inter-aziendale concepita in una logica di bench-marking; etc...
- La "**comunicazione**", **interna** all'Azienda (rivolta a tutti i dipendenti e ai m.m.g.) e ad essa **esterna** (rivolta a tutti i cittadini, ma anche – in specifico – agli amministratori, ai sindacati, al 3° settore, etc...) è stata trattata come una funzione strategica aziendale. Senza comunicazione non si allargano i confini della partecipazione organizzativa e non si creano condizioni facilitate per l'accesso ai servizi (vecchi e nuovi). Non si educano i cittadini a fruire correttamente delle prestazioni e non si promuovono comportamenti preventivi primari. Non si fa crescere la consapevolezza di che cosa si sta producendo e di che cosa occorre cambiare all'interno del sistema e non si sviluppano strategie comuni fra istituzioni e con le parti sociali.

Attraverso i processi di comunicazione, l'Azienda si è fatta conoscere e ha ascoltato con maggiore attenzione gli utenti per coglierne i suggerimenti, migliorare conseguentemente le condizioni di "offerta" e dar loro riscontro di tale miglioramento.

Alla **qualità** si è dato, poi impulso determinante attraverso la moltiplicazione dei percorsi di accreditamento istituzionale dei Servizi: dall'intero Ospedale del Delta, ai Dipartimenti di Salute Mentale, di Medicina e di Emergenza/Urgenza, (prossimamente) alla specialistica ambulatoriale e al Programma provinciale delle Tossico Dipendenze. Si è ottenuto, inoltre, la certificazione ISO 9001:2000 per "L'Ufficio Formazione aziendale" e per il Dipartimento Attività Tecniche Patrimoniali e Tecnologiche.

Si sono rivisitati fondamentali processi di presa in carico del cittadino (dai Day Service, alla protesica, all'URP); si sta attivando una rete diffusa di "Sportelli Unici" dei Servizi Socio Sanitari e Sociali.

Per quanto concerne la **ricerca**, l'AUSL di Ferrara collabora a progetti regionali (Progetti di Modernizzazione: n. 5 per il 2005 e n. 6 per il 2006), nazionali e internazionali (bandi

U.E.) (dalla “continuità assistenziale nell’area anziani” alla simulazione di piani di intervento a supporto dei disabili in caso di calamità naturali (U.E.).

- Il **rapporto** con gli **Enti Locali** si è sostanzialmente improntato alla strutturazione di molteplici **forme di coordinamento e di integrazione**: dalla partecipazione degli operatori distrettuali ai “Tavoli” dei Piani di Zona per la definizione dei contenuti della programmazione socio-sanitaria, alla sperimentazione dell’“Ufficio Comune” per l’integrazione socio sanitaria e la gestione del Fondo per la non autosufficienza e dello “Sportello Unico” del Sociosanitario.

Più in generale i Comitati di Distretto sono punto terminale di tutti i processi di programmazione locale in fase sia preventiva sia consultiva (bilanci di missione). Strettissimo è, poi, il raccordo con la “Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria” e, soprattutto, con il suo Ufficio di Presidenza.

Tutta l’Area del Socio Sanitario (Anziani non autosufficienti; disabili; minori problematici; Alcool-tossicodipendenti; etc..) è, infine, progettata e gestita in forme sinergiche, fino al dettaglio della costruzione comune di processi di integrazione professionale (ADI, ad esempio).

- **Gli Staff** sono stati concepiti come supporto essenziale alle funzioni di Governo della Direzione Generale. Senza Staff adeguati non esisterebbe oggi una politica assistenziale adeguatamente pensata, attuata, verificata e orientata sia alla appropriatezza che alla efficienza gestionale. Senza un buon “Sistema informativo” e un forte “Controllo di Gestione” non si programma e non si valuta.

Senza le Aree progetto trasversali non si promuovono né si è in grado di monitorare fondamentali snodi delle strategie aziendali.

- Uno degli sforzi più assidui ed innovativi si è profuso nei confronti **dell’insediamento dei Medici di Medicina Generale** all’interno della **organizzazione del Distretto**.

Si è passati dalla previsione, nel “Dipartimento delle Cure Primarie”, di una “linea di produzione” dedicata ai Servizi di Base (al cui interno si sono collocati i Nuclei di Cure Primarie e tutte le domiciliarità) la cui erogazione vede come protagonisti i M.M.G., alla costituzione dei Nuclei di C.P. (n. 19 in tutta l’Azienda), alla nomina dei loro coordinatori, alla sperimentazione delle corrispondenti funzioni e responsabilità, alla formalizzazione di sei incarichi di struttura semplice (affidati a M.M.G.) per il coordinamento inter-N.C.P., al loro inserimento all’interno del “Collegio di Direzione”. Oggi si può dire che i M.M.G. sono una componente organica della erogazione dei servizi distrettuali, impegnati sul fronte dell’accesso ai servizi, della appropriatezza, della integrazione con l’Ospedale e con le altre macro-aree aziendali, della lotta alla mobilità passiva, etc....

- La “**programmazione distrettuale**” (PAT) è diventata la prima, più capillare, più integrata e più completa forma di programmazione aziendale. Unico nel suo genere, giacché si fa carico di tutti i bisogni assistenziali della propria popolazione residente e, per soddisfarli, produce direttamente o stima la necessità d’acquisto delle prestazioni, determinando i fabbisogni che sostanziano i successivi accordi di fornitura.

Produzione e committenza sono, dunque, le due aree programmatiche affidate ai Distretti. I PAT sono predisposti, presentati ai Comitati di Distretto, approvati e pubblicati. Divengono poi, adeguatamente sintetizzati, la base fondamentale della programmazione annuale della Azienda.

Dalla programmazione distrettuale sono derivati impegni molteplici di potenziamento delle attività del Distretto da cui emerge un quadro di grande attenzione allo sviluppo – equo ed equilibrato – della “offerta” territoriale nelle aree di attività storicamente meno ricche e alla facilitazione delle condizioni di accesso al sistema locale dei Servizi.

- Grandissimo impulso ha ricevuto la “**partecipazione organizzativa**” attraverso il coinvolgimento di tutta la dirigenza di vertice (i Direttori delle macro articolazioni aziendali; dei Dipartimenti infra ospedalieri; degli staff fondamentali a supporto del “governo” aziendale; delle aree progetto a valenza trasversale; delle strutture amministrative e tecniche; etc..) **nei processi di programmazione strategica poliennale ed annuale** della Azienda. Da questi processi derivano, da un lato, le declinazioni progettuali specifiche che sottendono i Bilanci di previsione e, dall’altro,

prende l'avvio il processo di negoziazione di Budget, la cui conclusione stabilisce i contenuti e i limiti delle autonomie e delle responsabilità di ogni titolare di struttura complessa.

Al coinvolgimento dei vertici gestionali fin dall'avvio della riflessione programmatica di fondo (la qualcosa garantisce il massimo di coerenza interna nelle sue varie, successive, articolazioni progettuali) fa, poi, riscontro la formulazione di un orientamento, fortissimamente voluto dalla Direzione Generale, che sollecita i Direttori di struttura (dalle macro-articolazioni alle singole Unità Operative) a rivendicare la collaborazione degli operatori delle proprie, rispettive organizzazioni, informandoli, ascoltandone le considerazioni, discutendo con loro i contenuti degli obiettivi di programmazione allo scopo di ricercare il massimo di condivisione possibile.

- I **“Piani per la salute”** sono stati **“agganciati”** alle programmazioni distrettuali (PAT) in modo tale che le azioni di pertinenza della AUSL vengano trasformate in attività concrete e in processi organizzativi adeguatamente finanziati (qualora sia necessario).
- Si sono disegnati i nuovi confini delle **“relazioni sindacali”** aziendali. Da un lato, un più stretto e costante rapporto concertativo con la RSU e l'Area comparto per risolvere piccoli e grandi problemi (dalle mense alle progressioni verticali di carriera; alla organizzazione dei turni; alle **“esternalizzazioni”**; alla gestione del turn-over; etc..) dall'altro, il coinvolgimento delle OO.SS. confederali sui grandi temi strategici (programmazione annuale e poliennale; valutazione di fine esercizio; gestione **“fondo per la non autosufficienza, etc..”**) dall'altro ancora, un forte coinvolgimento, anche elaborativo, dei **“Sindacati pensionati”**. Infine, vi è la conferma di un ottimo clima collaborativo con i Sindacati della dirigenza (soprattutto medica).
- Nel quadro del rafforzamento della **“partecipazione organizzativa, - e quindi del binomio autonomia/responsabilità dei dirigenti -** si sono strutturati **sistemi valutativi** di eccellenza per quanto concerne la valutazione sia delle **“performances”** organizzative, sia di quelle professionali della dirigenza sanitaria e dei quadri intermedi (a tal fine si è costituito un apposito **“staff”** e si sono elaborati complessi sistemi di indicatori). Non diversamente è stato dato grandissimo impulso alla **“Formazione”** raggiungendo tre, importanti risultati:
 - enorme incremento delle iniziative prodotte direttamente dalla Azienda;
 - riduzione del costo pro-capite di oltre il 50% (ovverosia, il doppio di iniziative di formazione a parità di spesa storica);
 - estrema diversificazione dei contenuti (dal management intermedio; alla gestione per processo; al team-building, etc.; alla qualificazione di personale ri-utilizzato come ad es: il front-office...).

Tutto ciò è stato reso possibile attraverso la costituzione di una apposita struttura dedicata che, nel tempo, si è qualificata a tal punto (certificazione ISO), da divenire **“provider”** formativo.

- Le forme della **integrazione socio sanitaria** – istituzionale; gestionale e professionale – sono state oggetto di una particolarissima attenzione che si è sostanziata in una serie di scelte e di iniziative. In particolare:
 - Nell'ambito dell'esercizio della funzione programmatica si sono istituiti numerosi tavoli istruttori (in particolare nelle Aree del socio sanitario) attorno cui sono stati coinvolti gli Enti Locali;
 - È stato individuato il **“Piano di Zona”** come unico contesto di programmazione locale in cui trattare congiuntamente (Comuni, AUSL) i temi del socio sanitario;
 - Si sono avviati a realizzazione alcuni progetti integrati (dalla formazione dei **“CARE – GIVER”** domiciliari agli sportelli unici del socio sanitario);
 - Si è assunta l'Amministrazione provinciale come centro di coordinamento di numerosi interventi a valenza istituzionale comune (dalla **“casa domotica”** alle varie forme della tecnologia E-CARE, al piano di utilizzo del FRNA, etc...);
 - Si è attivata la prima sperimentazione regionale dell'**“Ufficio comune per la integrazione socio sanitaria”** (processi di integrazione e gestione del FRNA) che vede

- AUSL e Comuni del Distretto Centro Nord accomunati nel garantirsi la stessa responsabilità decisionale, di monitoraggio e di revisione dei percorsi della integrazione socio sanitaria;
- Si è dato grande risalto alla funzione decisoria dei Sindaci dei Comitati di Distretto e degli amministratori locali in tema sia di programmazione di Distretto, sia di valutazione di esercizio (giungendo fino alla illustrazione del “Bilancio di Missione” a tutti i consiglieri comunali);
 - Si è, infine, predisposto un **canale specifico di informazione** (Informa USL) per gli amministratori allo scopo di renderli più consapevoli dell’andamento aziendale, delle motivazioni delle scelte di gestione, delle principali attività assistenziali;
- All’interno della programmazione distrettuale (PAT) e sulla base di una specifica “reingenerizzazione” del Sistema Informativo aziendale, si è dato grande risalto alla rilevazione/descrizione dei **consumi di prestazioni sanitarie** (farmaci; diagnostica; specialistica; ricoveri) da parte dei cittadini di ciascun comune del territorio. Ciò è premessa per: stabilire le differenze di consumo; illustrare, in rapporto alle fonti di produzione interna ed esterna alla AUSL i flussi di mobilità passiva; affrontare razionalmente il problema dei tempi di attesa. Da una analisi e valutazione così supportata deriva sia la stima dei fabbisogni di prestazioni da garantire alla popolazione residente sia la indicazione di come soddisfare tali fabbisogni, producendo o acquistando da terzi (pubblici o privati) le prestazioni necessarie. Questo tipo di scelta – quanto, in che modo e da chi acquisire l’offerta assistenziale – configura la funzione di “committenza” come funzione tipica ed esclusiva della programmazione distrettuale.
 - L’attenzione data alle rappresentanze degli interessi dei cittadini aggiunge, a quanto già si è detto in relazione al rapporto con le Organizzazioni Sindacali, anche una particolare sollecitudine nell’arricchire forme collaborative con l’**Associazionismo Volontario**, visto come:
 - soggetto di tutela del diritto alla salute dei cittadini/utenti (Associazionismo di Advocacy) cui è stato dato una più penetrante capacità di controllo (anche sulla base di una profonda revisione dell’URP e dei Front-Office);
 - insieme di rappresentanze di particolari condizioni di bisogno (associazioni aggreganti gli utenti - e le loro famiglie, affetti da particolari disabilità e/o patologie) con cui dialogare sui contenuti programmatici e gestionali e da inserire, come preziose portatrici di esperienze, attorno ai Tavoli Tecnici della programmazione;
 - soggetto che esprime alcuni componenti fondamentali dei “Comitati Consultivi Misti”; ovverosia di quei Comitati che hanno svolto e svolgono molteplici interventi valutativi collegati alla “qualità percepita”;
 - oggetto di peculiare informazione attraverso gli strumenti comunicativi già indicati in riferimento agli amministratori locali.
 - Si è deciso di non considerare più il **Front-Office** come un servizio amministrativo a bassa qualificazione. All’opposto, lo si è valutato come la “porta d’ingresso” al sistema sanitario locale: l’ambito in cui si realizza il primo impatto con l’utente. Ne è conseguito un forte impulso in termini di sviluppo qualitativo e di diversificazione delle funzioni. In particolare:
 - è stato riorganizzato lo “sportello di prenotazione” (CUP) attraverso un triplice intervento che ha: modificato l’articolazione degli sportelli su base territoriale (tenendo anche conto di indagini mirate a valutare la qualità del lavoro e del personale impiegato); attivato una serie consistente di “sportelli amministrativi unici” aumentando la polivalenza delle risposte e riducendo, di conseguenza, il disagio dei cittadini; unificate le procedure di prenotazioni in vigore presso l’AUSL e l’Azienda Ospedaliera e introdotto la possibilità delle prenotazioni telefoniche tramite Call-Center;
 - è stato ampliato il fronte di accesso ai servizi aziendali convertendo (mediante iniziative di formazione specificamente mirate allo scopo) tutti i centralinisti ed i portieri in personale capace di facilitare l’ingresso dei cittadini nel sistema della “offerta” fornendo loro una serie di informazioni orientative;

- sono stati attivati (sperimentalmente, nel Distretto Nord-Est) sportelli unici socio sanitari e sociali in Area Anziani, disabili adulti ed immigrazione. In tal modo si forniscono ai cittadini, in soluzioni unitarie, tutte le informazioni possibili in rapporto alla fruizione di prestazioni sanitarie, socio sanitarie e sociali. Inoltre, lo sportellista realizza una sorta di prima “presa in carico” accompagnando l’utente (qualora sia necessario) nei percorsi, talvolta complessi, che portano alla ricerca dei servizi indispensabili per soddisfare il bisogno;
- si è completamente ricostruito l’insieme dei criteri e dei processi che afferiscono alla fornitura di ausilli e protesi. Ne è conseguito, da un lato, la riduzione di attività inutili da parte del personale medico/autorizzatore (chiamato, fino ad ora a rinnovare prescrizioni con periodicità eccessivamente ravvicinate) e, dall’altro, una maggiore tempestività di risposta in rapporto sia alla attivazione delle ADI, sia alla presa in carico di situazioni particolari di elevata complessità.
- Rendere più operative le azioni orientate al raggiungimento degli obiettivi del “Piano per la Salute” ha significato anche realizzare una serie di interventi a supporto della prevenzione primaria. Ciò ha comportato, da un lato, la elaborazione di “profili di salute - benessere” assai più dettagliati e quindi in grado di fornire spunti importanti per meglio localizzare i punti critici espressi dalla popolazione ferrarese (in particolare sul piano epidemiologico). Dall’altro lato, si è molto investito (attraverso comunicazioni mediate dalla stampa locale e organizzando una incisiva serie di messaggi diretti ai cittadini per il tramite di grandi pannelli esposti nella piazza del Comune di Ferrara) sugli “stili di vita”.
- Si consumava molto, si consumava male – in termini di prestazioni sanitarie. Dalla farmaceutica alla diagnostica, dalla specialistica ai ricoveri ospedalieri, i dati di fruizione da parte della popolazione residente in provincia di Ferrara si collocavano assai al di sopra della media regionale. Ciò poneva un doppio problema:
 - Ridurre i consumi in quanto indici presuntivi di inappropriately;
 - Individuare e ridurre, corrispondentemente i flussi di mobilità passiva.
 Peraltro, la diminuzione del tasso di ospedalizzazione è sempre stato, anno dopo anno, uno dei principali obiettivi posti dalla Regione a carico della Azienda. Alcune contromisure sono state prese; già si è detto della puntuale descrizione quantitativa dei fenomeni (come base conoscitiva indispensabile per la programmazione di Distretto). Da essa si è partiti per stabilire precisi obiettivi di appropriatezza per i medici prescrittori (in particolare, i M.M.G.). Sono state assunte puntiformi contromisure (aumento della produzione diretta; accordi mirati con l’ospedalità privata ferrarese) per affievolire i flussi di mobilità passiva. Si sono elaborati molteplici “protocolli” e profili diagnostico-terapeutici (attraverso gruppi di lavoro misti composti da M.M.G. e specialisti ospedalieri) allo scopo di definire comportamenti più rispettosi di alcuni criteri di appropriatezza. Si è promossa una forte azione orientativa per trasformare i ricoveri ospedalieri (ordinari e di Day Hospital) in prestazioni ambulatoriali. Alcuni risultati sono stati ottenuti, vuoi in termini di riduzione dei tassi (5/6 punti percentuali l’anno), vuoi in termini di mantenimento dei tempi di attesa a livelli assai modesti (per le diagnostiche “pesanti”); vuoi, infine, in rapporto al contenimento del fenomeno della mobilità (in particolare, lungo i confini segnati dal Delta del Po).
- Tutti i programmi di sviluppo, ammodernamento, ristrutturazione degli immobili già elaborati sono stati concretamente avviati e, in parte, conclusi. Così, ad esempio: per quanto concerne i cantieri degli ospedali di Argenta; Cento e Comacchio; per il riallestimento di Copparo e Bondeno; per la messa a norma di pressoché tutte le strutture edilizie. Uno sforzo enorme (anche frutto dei preziosi contributi delle Fondazioni delle Casse di Risparmio di Ferrara e Cento) è stato realizzato per l’ammodernamento delle tecnologie: dai blocchi operatori; alle radiologie (TAC e RMN); alle sale di emodinamica, etc....Si è investito, peraltro, a favore non solo dei servizi ospedalieri, ma anche di quelli territoriali: nuova sede del Distretto di Cento; nuova sede del Dipartimento di Sanità Pubblica; nuove sedi ambulatoriali di Distretto, etc...

Infine, si è speso (poco) anche per abbinare al miglioramento delle condizioni strutturali dei servizi il loro “abbellimento” tramite l’inaugurazione di alcune, grandi sculture all’aperto (Ospedale del Delta e di Bondeno; Distretto di Cento, Ospedale di Argenta).

4.2 Il futuro.

I risultati ottenuti non si mantengono se non sono continuamente presidiati. Nuovi, ulteriori margini di miglioramento appaiono, peraltro, assolutamente indispensabili per proseguire lungo la via intrapresa e per rispondere agli obiettivi – sempre più puntuali - fissati dalla Regione alla Azienda USL.

Se ne citano alcuni, i più strategici, in una visione macro di ulteriore qualificazione poliennale del sistema sanitario provinciale:

- Implementazione e perseguimento di tutte le possibili **azioni orientate alla appropriatezza clinica e organizzativa**. Ciò si sostanzia, da un lato, nell’aggregare ulteriormente i tassi di ospedalizzazione e, dall’altro, nel coinvolgere tutti i prescrittori (M.M.G. e specialisti) in un impegno comune, diffuso e continuo, di riduzione dei consumi impropri relativi alla farmaceutica e alla diagnostica.
- **La riduzione dei tempi di attesa** è, per definizione, una sfida continua. Da un lato, interventi ulteriormente incisivi per quanto concerne la riduzione della domanda di prenotazione. Ciò avverrà come conseguenza dell’ampliamento della presa in carico – all’interno di percorsi assistenziali complessi e facilitati – degli utenti che abbisognano – da parte dello specialista – di varie prestazioni (visita e accertamenti diagnostici) e sarà, in parte, anche la conseguenza della intensificazione di comportamenti prescrittivi sempre più appropriati. Dall’altro lato, troviamo l’incremento mirato delle condizioni di “offerta” per quanto concerne alcune prestazioni specialistiche ottenibili da produttori sia pubblici che privati.
- L’ulteriore affinamento delle possibili **forme della integrazione**:
 - con gli enti locali, a conclusione della sperimentazione sulla valutazione e revisione dei processi assistenziali socio sanitari e sulla gestione del Fondo per la non autosufficienza;
 - con l’Azienda Ospedaliera di Ferrara, sia attraverso la ripresa della attivazione di aree di programma e coordinamenti interaziendali (cardiologia; diagnostica per immagini; ITC...) e della costituzione di qualche, altro dipartimento gestionale (laboratorio); sia elaborando insieme il prossimo PAL - per quanto concerne la revisione della Rete ospedaliera provinciale (nella prospettiva di CONA) e la specificazione delle fasi che porteranno al riutilizzo comune di buona parte dell’area ex S. Anna per migliorare le condizioni di “offerta” di numerosi servizi territoriali destinati alla cittadinanza ferrarese; sia, infine, interfacciando compiutamente i sistemi informatici di supporto ad una pluralità di servizi sanitari, tecnici ed amministrativi;
 - il **consolidamento del sistema/azienda** attraverso un potente sforzo di **comunicazione interna**, a tutti i livelli della organizzazione, e di **proceduralizzazione delle modalità di collaborazione** fra le direzioni dei dipartimenti e le direzioni sanitarie, fra il personale sanitario non medico e il personale medico; fra la dirigenza di struttura e i quadri intermedi, etc...;
 - il **completamento dei lavori edilizi**; la chiusura dei cantieri; la strutturazione conclusiva di servizi accreditabili;
 - la redazione di un **piano per il rispetto dell’ambiente** che riduca per quanto possibile le ricadute di impatto determinate dallo svolgimento delle proprie attività istituzionali; ciò è perseguito attraverso programmati interventi che favoriscano il contenimento dei consumi energetici e/o la sostituzione e la riqualificazione delle fonti dell’energia con fonti rinnovabili; la innovazione tecnologica che privilegi le tecnologie a basso consumo ed a basso impatto ambientale; il miglioramento continuo del

processo di produzione, gestione, smaltimento dei rifiuti sanitari con la raccolta differenziata e la riduzione delle quantità prodotte; l'istituzione di modalità organizzative volte al coordinamento di progetti ed attività in tema di sistemi di gestione ambientale, uso razionale della risorsa acqua e gestione degli scarichi idrici; il governo della mobilità attraverso l'individuazione della figura del mobility management.



PARTE SECONDA

ORGANI, DIREZIONE, COLLEGI.

CAPITOLO 5

ORGANI DELL'AZIENDA.

- 5.1 Il Direttore Generale.
- 5.2 Il Collegio Sindacale.
- 5.3 Il Collegio di Direzione.
 - 5.3.1 Composizione del Collegio.
 - 5.3.2 Collegio di Direzione allargato.
 - 5.3.3 Collegio di Direzione Interaziendale.
 - 5.3.4 Nomina e durata.
 - 5.3.5 Funzioni.
 - 5.3.6 Norme di funzionamento e rapporti con gli altri organi dell'Azienda USL Ferrara.
 - 5.3.7 Rapporto del Collegio di Direzione con il Direttore Generale.
 - 5.3.8 Rapporto del Collegio di Direzione con il Collegio Sindacale.

CAPITOLO 6

LA DIREZIONE AZIENDALE.

- 6.1 Il Direttore Sanitario.
- 6.2 Il Direttore Amministrativo.
- 6.3 Il Direttore delle Attività Socio-sanitarie e Coordinatore dei Servizi Sociali.

CAPITOLO 7

LE FUNZIONI DI STAFF.

- 7.1 Direzione Infermieristica e Tecnica (D.I.T.).
- 7.2 Coordinamento Interdistrettuale.
- 7.3 Area Programma Dipendenze Patologiche.
- 7.4 Area Programma Strategie di valutazione degli obiettivi e delle performances (Nucleo di valutazione).
- 7.5 Programmazione e Controllo di Gestione.
- 7.6 Sviluppo Qualità e accreditamento; Formazione; Ricerca e Innovazione; Ufficio stampa, URP e rete dell'accoglienza.
- 7.7 Sistema Informativo, Committenza e Mobilità.
- 7.8 Medicina legale.
- 7.9 Piani per la Salute (PPS).
- 7.10 Coordinamento aziendale dell'Area Specialistica.
- 7.11 Area Programma Anziani.
- 7.12 Tecnologia della Comunicazione e dell'Informazione (ICT).
- 7.13 Affari Istituzionali e Giuridici.
- 7.14 M.O. "Funzioni Amministrative Socio Sanitarie".
- 7.15 Area Programma Handicap.
- 7.16 Area Programma Minori.
- 7.17 M.O. "Sviluppo delle relazioni organizzative e gestionali con cooperazione sociale e volontariato collettivo e individuale".
- 7.18 Dipartimenti, Programmi e Coordinamenti Interaziendali.

CAPITOLO 8

I COLLEGI AZIENDALI.

- 8.1 Il Collegio delle Professioni Sanitarie.
- 8.2 I Collegi di supporto alla funzione di governo aziendale.



PARTE SECONDA ORGANI, DIREZIONE, COLLEGI.

CAPITOLO 5 ORGANI DELL'AZIENDA.

Sono organi dell'Azienda:
il Direttore Generale;
il Collegio Sindacale;
il Collegio di Direzione.

5.1 Il Direttore Generale.

Il Direttore Generale è il legale rappresentante dell'Ente: "Azienda USL di Ferrara"; adotta l'atto aziendale per determinare le linee portanti dell'organizzazione ed il funzionamento. E' responsabile della gestione complessiva.

Nomina i dirigenti di ogni ordine e grado a cui attribuisce gli obiettivi e le relative responsabilità di direzione di struttura e/o professionali; designa i professionisti da incaricare con contratto libero-professionale. Approva gli atti inerenti alla programmazione generale, gli obiettivi e l'attribuzione delle risorse; è titolare della funzione di valutazione e del controllo dei risultati.

Il Direttore Generale, nell'esercizio delle proprie funzioni è coadiuvato dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo da lui stesso nominati ai sensi dall'art. 3, comma 1-quater e comma 1-quinquies del D. Lgs n. 502/92 e s.m.i..

5.2 Il Collegio Sindacale.

E' nominato dalla Regione, ad esso sono demandati i compiti di vigilanza sulla regolarità amministrativa e contabile dell'Azienda USL.

Il Presidente convoca e presiede le sedute del Collegio, partecipa alle sedute del Collegio di Direzione, senza diritto di voto, vidima i libri e registri obbligatori per i quali sia prescritta la vidimazione.

Il Collegio sindacale:

- a) verifica l'amministrazione dell'Azienda sotto il profilo economico;
- b) vigila sull'osservanza della legge;
- c) accerta la regolare tenuta della contabilità del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili, ed effettua periodicamente verifiche di cassa;
- d) riferisce almeno trimestralmente alla Regione, anche su richiesta di quest'ultima, sui risultati del riscontro eseguito, denunciando immediatamente i fatti se vi è fondato sospetto di gravi irregolarità, trasmette periodicamente, e comunque con cadenza almeno semestrale, una propria relazione sull'andamento dell'attività dell'Unità Sanitaria Locale o dell'Azienda Ospedaliera rispettivamente alla Conferenza dei Sindaci o al Sindacato del comune capoluogo della provincia dove è situata l'Azienda stessa.

I componenti del Collegio Sindacale possono procedere ad atti di ispezione e controllo anche individualmente

L'Azienda mette a disposizione del Collegio una sede e un idoneo supporto per lo svolgimento dei propri compiti.

5.3 Il Collegio di Direzione.

Il Collegio di Direzione è l'organo dell'Azienda con compiti di elaborazione e di proposta nei confronti del Direttore Generale per quanto attiene all'organizzazione e allo sviluppo dei servizi, alle attività di formazione, ricerca e innovazione, governo clinico e gestione del rischio.

5.3.1 Composizione del Collegio.

Il Collegio di Direzione è composto dai seguenti membri permanenti aventi diritto di voto:

- Direttore Amministrativo;
- Direttore delle Attività Socio-sanitarie;
- Direttore del Presidio Unico Ospedaliero;
- Direttore della Direzione Infermieristica e Tecnica aziendale;
- Responsabile coordinatore del Collegio aziendale delle Professioni Sanitarie;
- Coordinatore del Programma per le Dipendenze Patologiche;
- Direttori di Distretto;
- Direttori dei Dipartimenti aziendali;
- Direttori dei Dipartimenti e dei Programmi interaziendali;
- tre medici di medicina generale scelti fra i responsabili di modulo delle cure primarie in base a parametri di maggiore complessità, commisurata al numero dei nuclei delle cure primarie ed al numero complessivo degli assistiti dai nuclei di riferimento;
- un pediatra di libera scelta, con compiti di coordinamento di forme associative di pediatri di libera scelta, individuato in base a criteri di maggior complessità facenti riferimento al numero degli assistiti;
- uno specialista ambulatoriale, responsabile di struttura organizzativa, scelto in base alla maggior complessità della struttura.

Il Collegio di Direzione è presieduto dal Direttore Sanitario; si riunisce con frequenza almeno semestrale, su convocazione del Presidente che formula l'ordine del giorno degli argomenti da trattare.

L'ordine del giorno delle sedute del Collegio è sempre inviato per conoscenza e quale invito di partecipazione al Direttore Generale ed al Presidente del Collegio Sindacale.

5.3.2 Collegio di Direzione allargato.

Possono partecipare alle sedute del Collegio, su invito del Presidente, senza diritto di voto, esperti per la trattazione di argomenti particolarmente complessi ovvero, a scopo dimostrativo e/o divulgativo, i Responsabili degli Uffici di Staff, i Dirigenti dell'Azienda e persone esterne all'organizzazione.

5.3.3 Collegio di Direzione Interaziendale.

L'Azienda USL e l'Azienda Ospedaliera Universitaria "S. Anna" di Ferrara possono convocare i rispettivi Collegi di Direzione, in seduta congiunta, per la discussione di argomenti di comune interesse e per la trattazione di argomenti inerenti ai Dipartimenti ed ai Programmi Interaziendali.

5.3.4 Nomina e durata.

Il Collegio di Direzione è nominato dal Direttore Generale e dura in carica tre anni.

I singoli componenti del Collegio con rapporto di lavoro dipendente, il personale a rapporto convenzionale cessano di far parte del Collegio di Direzione qualora vengano a mancare in tutto o in parte i requisiti da cui è derivata la nomina a membri del Collegio medesimo.

5.3.5 Funzioni.

Il Collegio di Direzione attende in particolare ai seguenti compiti:

1. elabora il piano della formazione;
2. elabora il regolamento per l'esercizio della libera professione e formula proposte in materia, inclusa l'individuazione di strumenti e di modalità per il monitoraggio dell'attività libero-professionale intramuraria e per la valutazione dei tempi di attesa;
3. é organo preposto alla gestione del rischio ed in tale veste propone al Direttore Generale le linee guida ed il programma aziendale di gestione del rischio; definisce le linee di sviluppo della funzione di consulenza e di supporto ai clinici responsabili dell'attività assistenziale; risponde ai quesiti di natura etico-professionale su problemi di responsabilità professionale;
4. esprime parere sull'organizzazione dei servizi in riferimento alla qualità dell'assistenza ed ai documenti di programmazione e organizzazione delle attività;
5. ha la responsabilità collegiale del governo clinico;
6. rappresenta il punto di collegamento e di elaborazione di programmi di ricerca, avviati a livello regionale, nonché di valutazione delle innovazioni organizzative e dei programmi di formazione gestiti a livello dipartimentale e orientati sia a coloro che hanno la responsabilità diretta della gestione della tecnologia, sia a coloro che di questa fanno uso.

5.3.6 Norme di funzionamento e rapporti con gli altri organi dell'Azienda

Il Direttore Generale approva il regolamento con cui vengono fissate le norme di funzionamento del Collegio, secondo i principi indicati nel presente atto.

Il regolamento disciplina l'eventuale articolazione del Collegio di Direzione in Commissioni, competenti per materie. Dette Commissioni sono composte da membri interni al Collegio e, in relazione alla specificità di determinate materie, da personale esterno particolarmente esperto, con compiti istruttori, di studio, elaborazione, formulazione di proposte. Il Collegio decide sulle materie, sul numero e sulla composizione delle commissioni.

5.3.7 Rapporto del Collegio di Direzione con il Direttore Generale.

Il Collegio, attraverso proposte e pareri esercita funzioni di supporto, di concorso e di partecipazione alla formazione delle decisioni del Direttore Generale.

Informa il Direttore Generale del proprio operato trasmettendo i verbali delle sedute e mediante comunicazioni del Presidente.

Il Direttore Generale, qualora decida in dissenso rispetto al parere o alle proposte del Collegio di Direzione, è tenuto a dare adeguata motivazione.

5.3.8 Rapporto del Collegio di Direzione con il Collegio Sindacale.

Il Collegio di Direzione ed il Collegio Sindacale, nell'ambito delle rispettive competenze, realizzano la missione ed i relativi piani di azione provvedendo a render reciprocamente nota la propria attività mediante la trasmissione dei verbali delle sedute, l'invio di comunicazioni ed informative su temi specifici e con la presenza di propri componenti alle sedute dei due Organi.

CAPITOLO 6 LA DIREZIONE AZIENDALE.

Il Direttore Generale, il Direttore Sanitario, il Direttore Amministrativo e il Direttore delle Attività Socio Sanitarie/Coordinatore dei Servizi Sociali compongono la Direzione Generale dell'Azienda.

La Direzione Generale opera in modo collegiale per la elaborazione e la verifica dei programmi di sviluppo e di organizzazione dei servizi, con il concorso e l'apporto dei propri staff, delle diverse professionalità e competenze direzionali, professionali e tecniche presenti in Azienda.

6.1 Il Direttore Sanitario.

Il Direttore Sanitario é nominato dal Direttore Generale con contratto di diritto privato..

Il Direttore Sanitario coadiuva il Direttore Generale nell'esercizio delle proprie funzioni; presiede il Collegio di Direzione; partecipa con il Direttore Amministrativo, unitamente al Direttore Generale che ne ha la responsabilità, alla direzione dell'Azienda ed al governo aziendale nei momenti dell'organizzazione, programmazione, attribuzione delle risorse e controllo dei risultati ed è responsabile del governo clinico che condivide con il Collegio di Direzione aziendale.

Il Direttore Sanitario in base al bisogno di salute della Comunità residente sul territorio di riferimento dell'Azienda USL di Ferrara, esercita i propri compiti avvalendosi dei Direttori delle articolazioni aziendali (Distretto, Presidio Ospedaliero, Dipartimenti di Sanità Pubblica e di Salute Mentale), dei Direttori dei Dipartimenti, del Direttore delle Attività Socio-Sanitarie, della Direzione Infermieristica e Tecnica nonché del Dipartimento Farmaceutico Interaziendale e degli Staff della Direzione.

6.2 Il Direttore Amministrativo.

Il Direttore Amministrativo é nominato dal Direttore Generale con contratto di diritto privato..

Il Direttore Amministrativo coadiuva il Direttore Generale nell'esercizio delle proprie funzioni; partecipa con il Direttore Sanitario, unitamente al Direttore Generale che ne ha la responsabilità, alla direzione dell'Azienda ed al governo aziendale nei momenti della organizzazione, programmazione, attribuzione delle risorse e controllo dei risultati.

Assicura l'attuazione del sistema di governo economico-finanziario quale interprete dei vincoli posti dal livello delle risorse; è responsabile dell'imparzialità e del buon andamento della funzione amministrativa.

Il Direttore Amministrativo, per l'esercizio delle funzioni di cui al precedente capoverso si avvale dei Direttori dei Dipartimenti Amministrativi e Tecnico-patrimoniali e degli Staff della Direzione.

6.3 Il Direttore delle Attività Socio-sanitarie

Il Direttore delle Attività Socio-Sanitarie è nominato dal Direttore Generale dell'Azienda USL di Ferrara per rafforzare il processo di integrazione fra assistenza sociale e assistenza sanitaria. E' competente per il coordinamento tecnico a livello aziendale delle attività riconducibili alla integrazione socio-sanitaria che si sviluppano a livello di Distretto e che vengono mantenute sotto la responsabilità del Direttore di Distretto.

L'integrazione socio-sanitaria si realizza nel Distretto che assicura e gestisce i servizi di assistenza primaria relativamente alle attività sanitarie e socio-sanitarie e nei Comuni rappresentanti della comunità locale, di cui curano gli interessi, promuovono lo sviluppo e a cui assicurano gli interventi di assistenza sociale.

Il Programma delle Attività Territoriali, ripreso nel Piano Annuale delle Azioni, in raccordo con i Piani di Zona, rappresenta l'atto istituzionale che formalizza l'integrazione socio-sanitaria.

Afferiscono alla Direzione l'"Area Programma Minori" e l'"Area Programma Disabili che, in un'ottica di interdisciplinarietà con altri servizi ed istituzioni, svolgono rispettivamente funzioni di rilevazione dei bisogni, facilitazione e monitoraggio degli interventi per la popolazione minorile e disabile della Provincia.

Poiché numerosi Comuni del territorio della AUSL di Ferrara, hanno ribadito la volontà di confermare, tramite delega, (ex art. 3 D. Leg.vo 502/92 e smi) alla Azienda USL l'esercizio della gestione dei propri servizi sociali, permane la figura del "Coordinatore dei Servizi Sociali" che coincide con quella del "Direttore delle Attività Socio Sanitarie".

CAPITOLO 7 LE FUNZIONI DI STAFF.

Gli staff della Direzione Generale svolgono attività di supporto alla funzione di governo aziendale; sono inoltre collocate in posizione di staff alcune funzioni che rivestono una forte valenza strategica all'interno dell'organizzazione; tali sono ad esempio le direzioni dei dipartimenti e dei programmi sperimentali di integrazione con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria S. Anna.

Gli staff della Direzione, operando sinergicamente, assicurano il concorso ed il supporto delle diverse competenze tecnico-professionali al governo aziendale nelle fasi di elaborazione e verifica dei programmi, della organizzazione dei servizi e di realizzazione dell'integrazione degli stessi. Sono equiparati alle unità operative e/o ai moduli organizzativi, in relazione alla complessità e/o all'importanza della funzione.

Sono organizzate in posizione di staff le seguenti funzioni:

1. Direzione infermieristica e tecnica (D.I.T.);
2. Coordinamento Interdistrettuale;
3. Area programma dipendenze patologiche;
4. Area Programma Strategie di valutazione degli obiettivi e delle performance (Nucleo di valutazione);
5. Programmazione e Controllo di Gestione;
6. Sviluppo Qualità e accreditamento; Formazione; Ricerca ed Innovazione; Ufficio Stampa, URP e Rete dell'accoglienza;
7. Sistema Informativo, Committenza e Mobilità;
8. Medicina Legale;
9. Piani Per la Salute (PPS);
10. Coordinamento aziendale dell' Area Specialistica;
11. Area programma anziani;
12. Tecnologia della Comunicazione e dell'Informazione (ICT);
13. Affari Istituzionali e Giuridici;
14. Funzioni Amministrative Socio-Sanitarie;

15. Area Programma Handicap;
16. Area Programma Minori;
17. Sviluppo delle relazioni organizzative e gestionali con cooperazione sociale e volontariato collettivo e individuale.
18. Dipartimenti, Programmi e Coordinamenti Interaziendali;

7.1 Direzione Infermieristica e Tecnica (D.I.T.).

La Direzione Infermieristica e Tecnica (D.I.T.) è in staff alla Direzione Sanitaria ed è diretta da un Dirigente, in possesso dei requisiti previsti dalla vigente normativa, nominato dal Direttore Generale su proposta del Direttore Sanitario.

La Direzione Infermieristica e Tecnica ha la funzione di sviluppare i processi organizzativi e operativi che devono essere capaci di garantire le prestazioni del personale infermieristico, tecnico, ostetrico, della riabilitazione e della prevenzione e degli operatori di supporto, valutate le necessità delle articolazioni aziendali.

La Direzione Infermieristica e Tecnica è articolata in tre livelli organizzativi:

- **livello aziendale:** con una funzione di direzione, è costituita dal Direttore e dai Responsabili aziendali di Area ospedaliera e territoriale;
- **livello intermedio:** con una funzione di organizzazione e controllo, è costituito dai Responsabili di Dipartimento ospedaliero e territoriale e dai Responsabili di stabilimento ospedaliero;
- **livello decentrato:** con una funzione di gestione. E' costituito dai Coordinatori del personale dell'Area del Comparto.

Collabora con i Direttori dei Dipartimenti ospedalieri e territoriali allo sviluppo di processi assistenziali coerenti con le strategie aziendali. In questo ambito organizza le risorse professionali, nel rispetto degli accordi sindacali e della necessaria integrazione multiprofessionale.

La D.I.T. rivolge particolare attenzione agli aspetti relativi allo sviluppo professionale e alla programmazione, alla selezione, all'inserimento ed alla valutazione delle risorse professionali di competenza, nonché allo sviluppo del sistema premiante e della produttività.

In ogni Comitato di dipartimento sia ospedaliero che territoriale è prevista la presenza di un rappresentante della Direzione Infermieristica e Tecnica.

La D.I.T., nella posizione di staff della Direzione Sanitaria aziendale:

- organizza il personale di concerto con i coordinatori delle varie articolazioni;
- cura l'organizzazione e assicura il monitoraggio e la verifica del volume e della qualità dell'attività assistenziale;
- garantisce la continuità dell'assistenza;
- collabora con l'U.O. Medicina Legale nell'assicurare l'attuazione del sistema aziendale per la gestione del rischio attraverso le diverse articolazioni di presidio e di dipartimento;
- sviluppa sinergie con le altre direzioni tecniche aziendali e servizi di staff per lo sviluppo di processi assistenziali coerenti con le strategie aziendali.

7.2 Coordinamento Interdistrettuale.

Il Direttore Generale nomina il Responsabile del Coordinamento Interdistrettuale scegliendolo fra i Direttori di Distretto per la definizione, il monitoraggio della realizzazione e la verifica dei risultati delle azioni strategiche e degli obiettivi definiti a livello aziendale.

Il Coordinatore Interdistrettuale, nella funzione di staff supporta il Direttore generale nelle seguenti aree tematiche:

- proposta dei piani di committenza esterna sulla base delle esigenze e delle priorità locali dei singoli Distretti;
- proposta dei piani di committenza interna per orientare la produzione dei servizi secondo le necessità espresse dalla popolazione assistita in relazione ai tempi di attesa e alla presa in carico integrata delle principali patologie croniche;
- formulazione di proposte per l'utilizzo del FRNA;
- favorire l'integrazione con i Dipartimenti di Sanità Pubblica, di Salute Mentale e con il Presidio Unico Ospedaliero per garantire l'unitarietà e la continuità degli interventi attraverso azioni sinergiche;
- assicurare la sinergia e la coerenza nella programmazione delle attività territoriali;
- promozione di azioni coordinate per il governo della domanda di servizi e prestazioni;
- definizione delle strategie aziendali per il governo dell'area della medicina generale e per la progettazione e lo sviluppo dei presidi territoriali di cure primarie;
- governo della domanda in relazione all'assistenza protesica e all'assistenza farmaceutica.

7.3 Area Programma Dipendenze Patologiche.

Il Programma delle Dipendenze Patologiche è in staff alla Direzione Sanitaria ed è individuato quale modalità organizzativa con il mandato di attuare il coordinamento aziendale dei Servizi Tossicodipendenze (SerT), con compiti di indirizzo, di verifica della qualità e di attuazione omogenea delle attività di prevenzione, cura e riabilitazione svolte dagli stessi, in ordine al trattamento terapeutico delle diverse forme di dipendenza da sostanze psicotrope legali o illegali, nonché interventi di prevenzione primaria, secondaria e terziaria, riabilitazione e reinserimento sociale.

7.4 Area Programma Strategie di valutazione degli obiettivi e delle performance (Nucleo di Valutazione).

E' in staff al Direttore Generale. Verifica annualmente l'esito delle azioni relative al conseguimento degli obiettivi svolte da tutti i Dirigenti e dal personale del comparto, per l'assegnazione della retribuzione di risultato. La composizione del Nucleo di Valutazione, le modalità di svolgimento delle attività sono definite in apposito regolamento.

7.5 Programmazione e Controllo di Gestione.

Lo staff della Direzione Generale "Programmazione e Controllo di Gestione" di complessità equivalente all'U.O., supporta l'azione di governo aziendale relativamente alla programmazione annuale e pluriennale, alla definizione degli obiettivi aziendali, al riparto ed alla attribuzione delle risorse, alla valutazione infrannuale ed annuale delle strutture, dei dipartimenti, delle unità operative e dei centri di responsabilità, mediante valutazioni comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati, della corretta ed economica gestione delle risorse.

Il controllo di gestione attua un sistema di rilevazione dei risultati tramite la contabilità analitica per centri di costo e tramite la redazione periodica di indicatori di attività da cui si traggono valutazioni utili per prendere decisioni con finalità di:

- coordinamento;
- motivazione;
- ri-orientamento;
- responsabilizzazione.

Per consentire ai centri di responsabilità di gestire in modo efficiente le risorse autorizzate a budget il controllo di gestione fornisce ai medesimi informazioni periodiche e trimestrali.

7.6 Sviluppo Qualità e Accreditamento; Formazione; Ricerca e Innovazione; Ufficio Stampa, URP e Rete dell'Accoglienza.

Le funzioni "Sviluppo Qualità e Accreditamento; Formazione; Ricerca e Innovazione; Ufficio stampa, URP e Rete dell'Accoglienza" sono poste in staff alla Direzione Generale per il loro contenuto strategico. Lo staff è articolato in aree funzionali autonome, ma complementari e sinergiche per migliorare le relazioni all'interno dell'Azienda e fra l'Azienda e l'esterno, attraverso una corretta comunicazione, la formazione degli operatori, la cura della qualità dei servizi offerti e la ricerca. Lo staff ha complessità equivalente ad U.O.

L'area "**Qualità e Accreditamento**" supporta il governo aziendale nel processo di accreditamento di tutte le strutture aziendali e contribuisce ad accrescere la qualità dei servizi offerti; pianifica, avvia e supporta i percorsi per il raggiungimento dei requisiti organizzativi richiesti dal modello regionale per l'autorizzazione e l'accreditamento; coordina e supporta la Rete dei Responsabili Dipartimentali della Qualità, dei Referenti Qualità di U.O. e dei valutatori interni; promuove l'implementazione dello standard di prodotto come strumento di miglioramento della qualità assistenziale; pianifica e realizza indagini per la valutazione della qualità percepita dagli utenti e per la valutazione del clima organizzativo; gestisce la funzione di marketing sociale attraverso lo sviluppo di specifici progetti, la ricerca di partner e la stipula di contratti di sponsorizzazione.

L'area **Formazione** supporta il Collegio di Direzione nella stesura del Piano Annuale della Formazione; elabora e realizza i programmi annuali e/o pluriennali di formazione garantendo la coerenza con gli obiettivi aziendali e l'adeguatezza della risposta ai bisogni formativi raccolti attraverso il coinvolgimento di tutti i profili professionali; coordina e supporta la Rete dei Responsabili e Referenti di Formazione per garantire l'efficacia del processo formativo in Azienda; progetta e gestisce direttamente i momenti formativi strategici trasversali, nonché quelli realizzati in collaborazione con la Regione, la Provincia ed altri Enti.

Garantisce in particolare la corretta pianificazione di eventi formativi coerenti con i requisiti definiti dal Programma di Educazione Continua in Medicina per tutti gli operatori dei profili sanitari; monitora ed aggiorna la situazione dei crediti formativi individuali degli operatori sanitari nel rispetto delle disposizioni in materia di ECM; svolge il ruolo di "provider" del sistema ECM regionale.

Predisporre il consuntivo annuale delle attività formative, adottando strumenti di controllo dei costi e di verifica dei risultati dei percorsi formativi; attiva, coordina e gestisce direttamente corsi di prima formazione e percorsi di riqualificazione del personale dipendente; gestisce, in collaborazione con l'Università degli Studi, i Corsi di Laurea per le professioni sanitarie; coordina lo svolgimento dei tirocini dei Corsi di Laurea per le professioni sanitarie e dei Corsi di Laurea per psicologi.

L'area "**Ricerca e Innovazione**" supporta il Collegio di Direzione nella individuazione delle aree prioritarie di ricerca e di innovazione e, congiuntamente all'area della formazione, promuove lo sviluppo della cultura per la ricerca e la sperimentazione dell'innovazione organizzativa, supporta i professionisti nella elaborazione e nella gestione di progetti internazionali (bandi U.E.).

Coordina i progetti di modernizzazione a finanziamento vincolato, regionale, statale e/o europeo, stimola e supporta le macroarticolazioni aziendali per lo sviluppo di progetti da proporre in occasione dei bandi ministeriali di ricerca finalizzata e in sede di stesura dei piani attuativi del Programma di Ricerca e Innovazione della Regione Emilia-Romagna (PRI-ER);

L'area "**Ufficio stampa, URP e Rete dell'Accoglienza**" è progettata per integrare le funzioni della Comunicazione, dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico e della rete

dell'accoglienza in una visione di "comunicazione globale" verso il Cittadino, le Istituzioni, il Personale dipendente, gli Organi di informazione.

L'Ufficio Stampa e della Comunicazione, in particolare, rappresenta il punto di collegamento fra l'Azienda e tutti gli organi di informazione; cura la redazione dei comunicati stampa e l'organizzazione delle conferenze stampa; gestisce e supporta la comunicazione interna, rivolta agli operatori dell'Azienda e la comunicazione esterna attraverso i collegamenti con gli organi di informazione editoriali e radio-televisivi al fine di promuovere l'immagine aziendale; cura la redazione del periodico aziendale "INFORMASALUTE", diffuso mensilmente tramite i quotidiani locali. e la redazione del sito web aziendale.

All'Ufficio è affidata la promozione e l'organizzazione di eventi pubblici significativi che offrano visibilità alle iniziative dell'Azienda e dei suoi professionisti; predispose il Piano di Comunicazione Integrata Aziendale.

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico e Rete dell'Accoglienza è articolato in un ufficio di coordinamento aziendale con sede a Ferrara ed opera perifericamente in cinque sedi decentrate, dislocate nei Distretti e nelle principali strutture ospedaliere; la rete delle relazioni con il pubblico è composta da tutti gli uffici che costituiscono il sistema dell'informazione all'utenza.

All'Ufficio è affidato il compito di curare i rapporti individuali e diretti con gli utenti, di facilitare l'accesso ai servizi e rendere edotto il cittadino sui diritti e sulle responsabilità che gli sono riconosciuti e garantiti dal S.S.R..

L'Ufficio supporta i progetti locali, regionali e nazionali di educazione e promozione alla salute, sostiene e promuove la donazione di organi e tessuti, aggiorna il "Registro Nazionale dei Donatori di Organi" presso il Ministero della Salute; aggiorna il Numero Verde Regionale gestendo e implementando i dati e le informazioni.

In particolare l'URP raccoglie segnalazioni, reclami, suggerimenti e attiva le procedure per la loro gestione; cura i rapporti con le Associazioni di Volontariato e di tutela dei diritti dei cittadini, con i Comitati Consultivi Misti e con la Commissione Mista Conciliativa; aggiorna la Carta Aziendale dei Servizi.

La Rete dell'accoglienza interessa gli operatori addetti ai centralini, i Punti Informativi e gli URP territoriali attraverso un percorso di comunicazione e relazione fra i soggetti coinvolti che ha lo scopo di condividere l'applicazione delle procedure e delle modalità organizzative, l'attività di accoglienza, informazione e ascolto dei cittadini-utenti, nonché il corretto utilizzo, la gestione e l'aggiornamento continuo della banca dati informativa aziendale *Pronto Salute*.

7.7 Sistema Informativo, Committenza e Mobilità.

Le funzioni Sistema Informativo, Committenza e Mobilità sono organizzate in Staff a supporto della funzione di governo aziendale. Per mezzo dello Staff, la Direzione Generale riconduce a processo unitario e quindi a sistema la funzione di complessità pari ad U.O, della rilevazione, elaborazione, produzione ed analisi delle informazioni; svolge la funzione di negoziazione e controllo delle prestazioni sanitarie acquisite da produttori esterni ed il controllo della mobilità.

Il Sistema Informativo coordina le rilevazioni per tutte le registrazioni di livello aziendale, vigila che le medesime siano trasmesse ai sistemi informativi Regionale e/o Nazionale nei tempi previsti e concordati, vigila sul regolare assolvimento del debito informativo aziendale verso la Regione e lo Stato, promuove lo sviluppo degli strumenti informatici e la formazione dei rilevatori dei dati di competenza.

7.8 Medicina legale.

La funzione Medicina Legale è in staff alla Direzione Sanitaria aziendale.

Svolge la fondamentale funzione di "Governo del Rischio Clinico (Risk Management)" con il compito di prevenire le situazioni di rischio, di ridurre la ricorrenza di eventi dannosi riconducibili a situazioni ambientali e a comportamenti umani, mediante lo studio, la

sensibilizzazione e la formazione al governo dei fattori di rischio, degli operatori e dei professionisti, la rimozione delle cause.

Il Direttore dell'U.O. di Medicina Legale svolge le funzioni di "Risk Manager" in modo distinto dall'incarico di direzione dell'unità operativa.

L'attività viene espletata mediante l'organizzazione di seminari formativi finalizzati alle modalità di acquisizione del consenso, alla gestione della documentazione sanitaria, all'implementazione dell'Incident Reporting e di altre procedure.

Inoltre svolge attività di gestione del contenzioso e di prevenzione dei conflitti.

A tal fine i casi di presunta o reale responsabilità professionale sanitaria che comportano valutazioni medico-legali vengono cogestiti sia per gli eventi con risvolti di carattere giudiziario, sia per quelli in cui è in corso una definizione stragiudiziale, dalla stessa Medicina Legale in collaborazione con gli uffici amministrativi e i servizi sanitari dell'Azienda, con la/e Compagnia/e di Assicurazione e con il broker.

A tal fine è stato costituito l'Ufficio Gestione Sinistri quale struttura trasversale nella quale sono integrate le funzioni di Medicina Legale, dell'Ufficio assicurazioni del Dipartimento Contratti, Logistica e Risorse Economico-Finanziarie, del Dipartimento Sviluppo e Amministrazione Risorse Umane, del M.O. Affari Giuridici, per la gestione del contenzioso assicurativo e, segnatamente, della franchigia inerente il contratto assicurativo per responsabilità civile. L'Ufficio è coordinato dal Direttore dell'U.O. Medicina Legale.

Lo Staff svolge funzioni di prevenzione dei conflitti anche in collaborazione con la Regione con l'obiettivo di conseguire la riduzione degli eventi indesiderati prevedibili, l'abbassamento dei costi assicurativi e del contenzioso in genere avvalendosi anche dell'Osservatorio Medico Legale aziendale e regionale, nonché della tecnica di mediazione dei conflitti in ambito sanitario conseguita da una formazione specifica di alcuni operatori collegata alla gestione dei casi e del contenzioso.

Svolge inoltre altre funzioni di accertamento dello stato di invalidità civile, cecità, sordità, handicap, collocamento mirato al lavoro delle persone disabili; di valutazione dell'idoneità alle mansioni e dell'inabilità permanente e assoluta a qualsiasi lavoro proficuo dei pubblici dipendenti, accertamento della dipendenza da causa di servizio, di idoneità per le patenti di guida e il porto d'armi-licenza di caccia.

Afferiscono alla Medicina Legale altre attività quali certificazioni medico-legali, consulenze specialistiche (in materia di consenso informato, obbligo di denuncia di reato all'Autorità Giudiziaria, trattamenti sanitari obbligatori, ecc.), pareri medico-legali (congedi straordinari, astensione dal lavoro per gravi patologie, ecc), partecipazione ai comitati etici, istruttoria e attività relative agli adempimenti di cui alla L. 210/92 e s.m.i. e infine gli accertamenti necroscopici.

7.9 Piani per la Salute (PPS).

I Piani per la Salute hanno costituito un nuovo modello di governo del bisogno socio-sanitario che concretizza il processo di transizione dalla politica di assistenza sanitaria alla politica per la salute per perseguire l'obiettivo "salute" con cui la centralità dell'offerta dei servizi si sposta sulla centralità dei problemi della comunità. L'organizzazione della funzione è posta in staff al Direttore Generale ed ha valenza pari ad U.O. .

La elaborazione dei piani si è realizzata con il concorso di una pluralità di attori coordinati dal governo locale, che impegnano risorse umane e materiali allo scopo di migliorare la salute della popolazione anche attraverso il miglioramento dell'assistenza sanitaria.

Oggi, dopo l'approvazione del "Piano Sociale e Sanitario Regionale 2008/2011", i PPS sono orientati – sulla base delle indicazioni espresse dall'"Atto di indirizzo e coordinamento" – a definire i profili di salute della popolazione sia provinciale che distrettuale.

Profili che sono posti alla base tanto della pianificazione sanitaria (ad es PAL) quanto di quella socio sanitaria e sociale (P.d.Z. distrettuale per la salute e il benessere sociale)

7.10 Coordinamento Aziendale dell'Area Specialistica.

Lo staff "Coordinamento Aziendale dell'Area Specialistica" di valenza pari a M.O. collabora con il Direttore Sanitario alla definizione dei criteri specifici atti a garantire l'attuazione del Governo Clinico, in coerenza con lo svolgimento aziendale degli obiettivi di miglioramento della qualità dell'assistenza specialistica e dell'appropriatezza degli interventi.

In particolare lo staff ha funzioni di:

- raccordo ed omogeneizzazione delle attività specialistiche ambulatoriali sull'intero territorio aziendale;
- coordinamento dei gruppi di lavoro per l'attivazione, razionalizzazione e monitoraggio dei percorsi assistenziali facilitati territorio-ospedale;
- valutazione dell'appropriatezza dei percorsi clinici assistenziali tenendo conto dell'impatto gestionale nonché delle risorse strumentali disponibili e necessarie;
- collaborazione con i Dipartimenti delle Cure Primarie e con i Direttori di Distretto alla programmazione dell'offerta dei Servizi, adeguata a soddisfare la domanda espressa dalla popolazione residente, assicurando a tutti i cittadini l'equità di accesso alle prestazioni specialistiche nonché definendo i criteri di priorità per l'accesso (urgenze, urgenze differite, accesso programmato).

7.11 Area Programma Anziani.

La collocazione della funzione in posizione di staff consente alla direzione di programmare e governare la risposta sanitaria al peculiare bisogno di salute delle persone anziane.

Il programma è attribuito allo staff del Direttore Sanitario per lo svolgimento delle attività finalizzate al coordinamento aziendale della sezione Dipartimentale Salute Anziani; dei progetti aziendali cure palliative "Hospice"; del progetto Alzheimer e dei centri periferici delegati.

L'area anziani coordina le U.V.G., le attività di sorveglianza e coordinamento Case Protette ed R.S.A., il Progetto dimissioni protette, ingresso in lungodegenza e rapporto con la rete dei servizi.

7.12 Tecnologie della Comunicazione e dell'Informazione (ICT).

L'ICT è in staff al Direttore Amministrativo; è responsabile dello sviluppo e della gestione di tutti i servizi informatici aziendali sull'intero territorio aziendale. Partecipa ai programmi di integrazione e di razionalizzazione dell'uso delle risorse informatiche dell'Area Vasta. La collocazione in staff è temporanea, in attesa della riorganizzazione del servizio su base interaziendale fra le due aziende sanitarie pubbliche di Ferrara. La funzione è organizzata come Unità Operativa e vi afferiscono il M.O. Referente aziendale per l'informatizzazione dei M.M.G. e P.L.S. ed il M.O. Gestione Reti Telematiche e apparati per la sicurezza.

Tali funzioni rimangono inalterate anche nella prospettiva del futuro omonimo "programma interaziendale".

7.13 Affari Istituzionali e Giuridici.

Al momento la funzione resta articolata in due distinti Moduli:

- il M.O. Affari Istituzionali è posto in Staff alla Direzione Amministrativa per la direzione di funzioni amministrative trasversali riguardanti:

- gli adempimenti in attuazione del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i. "Codice in materia di protezione dei dati personali";
 - la gestione dei flussi documentali (Protocollo Informatico, Archivio Generale);
 - l'iter degli atti deliberativi e determinazioni dirigenziali;
 - la tenuta del repertorio dei contratti;
 - il supporto e la segreteria del Collegio di Direzione e del Collegio Sindacale;
 - l'istruttoria e la risposta alle interpellanze ed interrogazioni di Organi istituzionali;
 - la tutela del diritto di accesso ai documenti amministrativi;
 - la redazione di atti di carattere generale.
- Il Modulo Organizzativo "Affari Giuridici" svolge una duplice funzione nell'organizzazione aziendale: è in posizione di staff rispetto alla Direzione Amministrativa; svolge compiti nell'ambito dell'organizzazione del Dipartimento Risorse Umane.
 - In posizione di staff:
 - svolge attività di studio e consulenza legale a supporto della Direzione e delle strutture aziendali in ordine a problematiche di particolare complessità giuridica;
 - svolge attività di approfondimento e divulgazione in ordine alle normative di recente pubblicazione e partecipa ai relativi gruppi di lavoro;
 - In posizione di M.O del Dipartimento Sviluppo e Amministrazione Risorse Umane;
 - gestisce il contenzioso aziendale, incluso l'affidamento dello stesso a legali esterni; cura i rapporti con gli avvocati designati e l'istruttoria dei casi; costituisce il supporto tecnico- legale alla Direzione circa l'opportunità o meno di una costituzione in giudizio o in ordine alla promozione o estinzione dello stesso e attività connesse;
 - partecipa alle sedute dell'Ufficio Gestione Sinistri presso la Medicina Legale per la trattazione delle pratiche assicurative in franchigia e/o con rischio a totale ritenzione a carico dell'Azienda, sulla base delle relative polizze di assicurazione;
 - esperisce le azioni di recupero di somme indebitamente percepite da terzi per trattamenti pensionistici pagati, spese legali, risarcimento danni, recupero crediti derivanti da infortunio in itinere e infermità dei dipendenti per responsabilità di terzi;
 - svolge l'azione di rivalsa per spese di ospedalità imputabili al comportamento di terzi.
- La funzione si organizzerà, in futuro, in Unità Operativa.

7.14 "Funzioni Amministrative Socio-Sanitarie".

E' in staff al Direttore delle Attività Socio Sanitarie. Cura le convenzioni con le case protette, RSA ed i centri diurni in convenzione con l'Azienda USL Ferrara (area anziani).

Cura le convenzioni con i CSR residenziali e semiresidenziali (area handicap); svolge attività di studio ed applicazione delle deliberazioni di G.R. per la procedura di definizione degli oneri a rilievo sanitario.

Assolve al debito informativo nei confronti della Regione Emilia-Romagna per i dati relativi al monitoraggio della deliberazione della Giunta Regionale 1378/99 e s.m.i., assegni di cura (area anziani ed handicap) del FRNA ecc..

7.15 Area Programma Handicap.

Garantisce, sull'intero territorio provinciale, l'omogeneità dell'iter di accesso alla rete dei servizi per disabili.

Sovrintende alle attività delle Commissioni UVAR per quanto attiene alle linee strategiche aziendali.

Verifica (nei tre Distretti dell'Azienda USL Ferrara) l'adeguatezza delle prestazioni ass.li ed educative erogate nei CSR diurni e residenziali a gestione diretta e convenzionata; Sovrintende alla attività formativa rivolta agli operatori dei servizi; garantisce le attività legate alla Commissione tecnica DGR 564/00.

7.16 Area Programma Minori.

Garantisce, sull'intero territorio provinciale, l'omogeneità dell'iter di accesso alla rete dei servizi per minori.

Partecipazione ai Tavoli tecnici provinciali quali: il "Tavolo Minori" ed i "Tavoli Adozione", "Affido" ed "Abuso e Maltrattamenti".

Sovrintende alla attività formativa rivolta agli operatori dei servizi.

Garantisce le attività legate alla Commissione tecnica DGR 564/00.

7.17 "Sviluppo delle relazioni org.ve e gestionali con cooperazione sociale e volontariato collettivo e individuale".

Svolge attività di studio sulla normativa riguardante le Cooperative sociali di tipo B ed attende alla elaborazione di convenzioni con le stesse Cooperative sociali.

Elabora convenzioni/protocolli d'intesa con i comuni che hanno mantenuto la delega in materia di servizi sociali.

Cura le relazioni del gruppo di lavoro "Tavolo Anziani".

Cura le relazioni del "Gruppo di lavoro in area disabili".

Coordina la programmazione aziendale delle attività del Servizio Civile Volontario nazionale e del servizio civile regionale.

Promuove il "Servizio Civile Volontario" nell'ambito aziendale e cura le relazioni con gli enti di SCV accreditati in provincia di Ferrara.

Predispose il calendario annuale delle scadenze relative alla progettazione di SCVN e SCVR, formazione generale obbligatoria e specifica ecc..

Cura i rapporti con l'Ufficio Nazionale Servizio Civile, con la Regione Emilia-Romagna e con il Coordinamento degli Enti di Servizio Civile (COPRESC) presso la Provincia di Ferrara.

7.18 Dipartimenti, Programmi e Coordinamenti Interaziendali.

Le Direzioni dei Dipartimenti, dei Programmi e dei Coordinamenti interaziendali sono poste in staff al Direttore Sanitario e al Direttore Amministrativo per la valenza strategica della integrazione interaziendale.

Le Direzioni Generali delle Aziende USL e Ospedaliero Universitaria di Ferrara d'intesa e la Conferenza Socio Sanitaria Territoriale della Provincia di Ferrara, hanno da tempo pianificato la progressiva e sistematica integrazione delle rispettive sfere di competenze per la valorizzazione del Sistema sanitario pubblico della Provincia di Ferrara, attraverso momenti di programmazione comune, con la partecipazione in seduta unificata di entrambi i Collegi di Direzione aziendali, e hanno individuando nei Dipartimenti e nei Programmi interaziendali gli strumenti della integrazione programmatoria e gestionale.

Alla costituzione dei Dipartimenti, Programmi e Coordinamenti Interaziendali hanno partecipato e partecipano le Organizzazioni Sindacali.

Le norme di funzionamento, la direzione e gli organi del dipartimento sono disciplinate negli atti costitutivi e nel regolamento di cui alla parte VI del presente atto aziendale.

Al momento sono stati costituiti:

- il Dipartimento interaziendale Farmaceutico;
- il Dipartimento interaziendale Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale (SPPA);
- il Programma interaziendale Approvvigionamenti;
- il Programma interaziendale Geriatria e Lungodegenza;
- il Programma interaziendale Oncologia;

sono allo studio o in fase di costituzione:

- il Dipartimento interaziendale Informatico (ICT);
- il Dipartimento interaziendale Laboratorio analisi;
- il Programma interaziendale Chirurgia generale;
- il Programma interaziendale Cardiologia;
- il Programma interaziendale Diagnostica per immagini;
- il Programma interaziendale Oculistica;
- il Programma interaziendale ORL;
- Il Coordinamento interaziendale Odontoiatria.

CAPITOLO 8

I COLLEGI AZIENDALI.

8.1 Il Collegio delle Professioni Sanitarie.

Il Collegio delle Professioni Sanitarie ha il compito di valorizzare lo sviluppo delle competenze professionali degli operatori. Collabora con il Collegio di Direzione alla elaborazione del programma per la formazione permanente e ne valuta la diffusione fra le diverse figure professionali dell'Azienda; promuove l'integrazione multi-disciplinare e multi-professionale nell'ambito di forme integrate di organizzazione del lavoro; esprime orientamenti per quanto attiene alle attività tecnico sanitarie, anche sotto il profilo dell'organizzazione, degli investimenti e della programmazione; collabora con il Comitato Etico per gli aspetti relativi all'etica delle professioni.

Il Collegio è formato dai rappresentanti del personale dipendente e convenzionato dell'Azienda, eletti da tutte le componenti professionali ed è composto da sedici membri elettivi così suddivisi fra le professioni presenti nell'Azienda USL di Ferrara:

- rappresentanti del personale medico ospedaliero;
- 1 rappresentante del personale medico dei servizi territoriali;
- 1 rappresentante del personale medico veterinario;
- 1 rappresentante del personale laureato del ruolo sanitario;
- 5 rappresentanti del personale infermieristico;
- rappresentanti del personale tecnico sanitario;
- rappresentanti del personale medico convenzionato per la medicina generale;
- 1 rappresentante dei pediatri di libera scelta;
- 1 rappresentante dei medici specialisti ambulatoriali convenzionati.

Il regolamento, approvato dal Direttore Generale, disciplina le modalità di elezione dei membri del Collegio e del Coordinatore responsabile, le norme di funzionamento, le cause di decadenza dei singoli membri del Collegio nonché le modalità per la loro sostituzione. Il Collegio dura in carica tre anni e viene rinnovato ogni volta che si procede al rinnovo del Collegio di Direzione.

All'atto dell'insediamento, il Collegio Aziendale delle Professioni Sanitarie elegge il Coordinatore che convoca e presiede le sedute del Collegio e che formula l'ordine del giorno degli argomenti da trattare.

L'ordine del giorno delle sedute del Collegio è sempre inviato per conoscenza e quale invito di partecipazione al Direttore Sanitario dell'Azienda.

8.2 Collegi di supporto alla funzione di governo aziendale.

La Direzione condivide i momenti del governo aziendale, nelle fasi della programmazione, comunicazione, attribuzione delle risorse, attuazione e controllo dei risultati con i seguenti Organismi collegiali:

- Trust di direzione;
- Collegio del Presidio Unico Ospedaliero;
- Gruppo Tecnico dei Direttori di Distretto e dei Dipartimenti territoriali (Cure Primarie, Sanità Pubblica, Salute Mentale);
- Gruppo Tecnico dei Direttori dei Dipartimenti Amministrativi e Tecnici;
- Gruppo Tecnico dei Coordinatori dei “Nuclei delle Cure Primarie”;

Il Trust di direzione è un organismo multiprofessionale, a composizione variabile, di cui si avvale il Direttore Generale per l'approfondimento di problemi complessi connessi alla programmazione, alla attribuzione delle risorse ed alla definizione degli obiettivi; si riunisce su convocazione del Direttore Generale.

Gli altri Collegi a composizione definita, si riuniscono periodicamente, di norma con cadenza mensile e trimestrale, per discutere la programmazione e verificare la realizzazione dei programmi.



PARTE TERZA

ORGANIZZAZIONE AZIENDALE

CAPITOLO 9 ELEMENTI DELLA ORGANIZZAZIONE AZIENDALE.

CAPITOLO 10 DIPARTIMENTI E AREE DIPARTIMENTALI.

- 10.1 Organi del Dipartimento.
- 10.2 Direttore di Dipartimento.
- 10.3 Gruppo di Direzione Collegiale Ristretto (DCR).
- 10.4 Comitato di Dipartimento.
- 10.5 Assemblea.
- 10.6 Le Aree Dipartimentali.

CAPITOLO 11 LE UNITA' OPERATIVE.

- 11.1 Definizione e responsabilità delle U.O.
- 11.2 Il Direttore di Unità Operativa.

CAPITOLO 12 MODULI ORGANIZZATIVI.

- 12.1 Definizione e responsabilità di Modulo Organizzativo.
- 12.2 Il Responsabile del Modulo Organizzativo.

CAPITOLO 13 POSIZIONI ORGANIZZATIVE DELL'AREA DEL COMPARTO.

CAPITOLO 14 ALTRE FORME ORGANIZZATIVE.

- 14.1 I Programmi aziendali.
- 14.2 I Progetti.
- 14.3 I Coordinamenti.

CAPITOLO 15 LE ARTICOLAZIONI DELLA ORGANIZZAZIONE AZIENDALE.

CAPITOLO 16 I DISTRETTI.

- 16.1 Definizione e numero dei Distretti dell'Azienda USL di Ferrara.
- 16.2 Missione del Distretto.
- 16.3 La programmazione delle attività territoriali (PAT).
- 16.4 Comitato di Distretto.
- 16.5 Ufficio Comune per l'integrazione socio-sanitaria.
- 16.6 Direttore di Distretto.
- 16.7 Ufficio di Direzione Distrettuale (U.D.D.).
- 16.8 Strumenti e aree di integrazione del Distretto.
- 16.9 Il Programma Attuativo Annuale.
- 16.10 Il Budget.
- 16.11 Dipartimento delle Cure Primarie (DCP).
- 16.12 U.O. Nuclei delle Cure Primarie (NCP).
- 16.13 U.O. Servizi Sanitari.
- 16.14 Area Socio Sanitaria.
- 16.15 Funzioni Amministrative di Distretto.
- 16.16 Ruolo delle professioni sanitarie non mediche.



CAPITOLO 17

IL PRESIDIO OSPEDALIERO.

- 17.1 Il Presidio Unico Ospedaliero (PUO).
- 17.2 Le Aree Ospedaliere.
- 17.3 Articolazione delle direzioni.
- 17.4 Direttore Responsabile della gestione complessiva del PUO.
- 17.5 Direttore dell'U.O. servizi amministrativi del Presidio Unico Ospedaliero.
- 17.6 Direttore Medico di Area Ospedaliera.
- 17.7 Direzione Medica di Stabilimento Ospedaliero.
- 17.8 I Collegi.
- 17.9 Collegio di Presidio.
- 17.10 Collegio di Staff del Presidio.
- 17.11 Collegio di stabilimento.
- 17.12 I Dipartimenti ospedalieri.
- 17.13 Direzione Infermieristica e Tecnica del PUO.
- 17.14 Le soluzioni più innovative che modificano la organizzazione della "offerta" ospedaliera

CAPITOLO 18

IL DIPARTIMENTO DI SANITA' PUBBLICA.

- 18.1 Finalità e obiettivi del Dipartimento di Sanità Pubblica
- 18.2 Il Direttore del Dipartimento di Sanità Pubblica
- 18.3 Il Comitato di Dipartimento
- 18.4 Organizzazione del Dipartimento
- 18.5 I Nuclei Organizzativi Distrettuali
- 18.6 Aree Dipartimentali
- 18.7 I Programmi
- 18.8 Forme di integrazione fra Distretti e Dipartimento di Sanità Pubblica.

CAPITOLO 19

IL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE.

- 19.1 DSM –DAI (Dipartimento Assistenziale Integrato).
- 19.2 Aree di responsabilità del DSM.
- 19.3 L'integrazione del DSM nel Distretto.
- 19.4 Organi di governo del DSM.190.5 La articolazione organizzativa del DSM.

CAPITOLO 20

LA TECNOSTRUTTURA.

- 20.1 Il significato attribuito al termine.
- 20.2 Dipartimento Contratti, Logistica; Risorse Economico-finanziarie.
- 20.3 Dipartimento Attività Tecnico- Patrimoniali e Tecnologiche.
- 20.4 Dipartimento Sviluppo e Amministrazione Risorse Umane.

CAPITOLO 21

ALTRI ORGANISMI PREVISTI DALLE NORME.

- 21.1 Comitato Etico-scientifico Interaziendale.
- 21.2 Comitato per la prevenzione ed il controllo delle infezioni in ambito sanitario.
- 21.3 Commissione provinciale terapeutica del farmaco.
- 21.4 Comitato per le pari opportunità.
- 21.5 Comitati paritetici sul fenomeno del Mobbing (CfM).
- 21.6 Uffici per i procedimenti disciplinari.



PARTE TERZA ORGANIZZAZIONE AZIENDALE.

CAPITOLO 9 ELEMENTI DELLA ORGANIZZAZIONE AZIENDALE.

La Direzione dell'Azienda USL di Ferrara definisce la propria organizzazione aziendale assumendo a riferimento la legge regionale 12 maggio 1994, n. 19, la legge regionale 23 dicembre 2004, n. 29, la Deliberazione della Giunta della Regione Emilia-Romagna n. 86 del 30 gennaio 2006, ad oggetto: "Direttiva alle aziende sanitarie per l'adozione dell'atto aziendale" e la n. 2011 del 20/12/2007 ad oggetto: "Direttiva alle Aziende Sanitarie per l'adozione dell'Atto Aziendale di cui all'art. 3, comma 4, della L.R. 29/2004: indirizzi per l'organizzazione dei Dipartimenti di Cure Primarie, di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche e di Sanità Pubblica".

Sono "**strutture operative**" della organizzazione aziendale:

i Dipartimenti (strutture complesse);
le Aree Dipartimentali (strutture complesse);
le Unità Operative (strutture complesse);
i Moduli Organizzativi (strutture semplici);
le Posizioni Organizzative dell' Area del comparto.

Il livello di complessità deriva dalla valutazione comparata di una serie di criteri che attengono: alla corposità dimensionale della struttura; alla sua maggiore o minore articolazione territoriale; alla sua valenza strategica; al livello di trasversalità intra aziendale e/o intercostituzionale; al suo opposto ai processi di innovazione/cambiamento; alla complessità tecnica/scientifica della materia trattata.

L'organizzazione aziendale prende a riferimento anche le seguenti "**forme organizzative**":

i Programmi;
i Progetti;
i Coordinamenti.

La matrice organizzativa che, in modo vario e diffuso, contiene e interconnette molte delle suddette strutture operative (o di loro parti) è, peraltro rappresentata dalla **Rete** dei Servizi.

Molteplici sono gli assetti che si caratterizzano in tal senso e di cui i servizi aziendali entrano a far parte. Si pensi, ad esempio:

- agli stessi Dipartimenti intra-ospedalieri orizzontali al cui interno le varie unità operative di afferenza (di area medica, oppure chirurgica, della emergenza – urgenza e della diagnostica per immagini; etc..) si raccordano e complementarizzano in relazione sia all'utilizzo dei posti letto e degli accessi ambulatoriali sia all'impiego coordinato delle risorse, umane e strumentali;
- alla partecipazione dei Dipartimenti o di loro, singole componenti a Reti più ampie, di natura inter-aziendale, che - a livello provinciale – disegnano i confini del classico "HUB e Spoke" (così, ad esempio, per quanto concerne il "Dipartimento del Farmaco", oppure il "Programma Interaziendale di Oncologia e di Cardiologia) sia nella versione, più lineare, di un centro di eccellenza universitario/ospedaliero cui si collegano le strutture periferiche degli ospedali aziendali, sia in quella, più complessa, in cui esistono più "HUB" – universitari e ospedaliero/territoriali – cui si correlano, in modo incrociato, alcune delle unità operative appartenenti ad entrambe le dimensioni (così, ad esempio, per quanto riguarda il "Programma Interaziendale di Cardiologia", con un secondo HUB – coincidente con il Centro Aritmologico – collocato nell'Ospedale di Cento; oppure il Programma Interaziendale di Geriatria e Lungodegenza" con Geriatria e Ortogeriatria, HUB dell'Azienda Ospedaliero Universitaria e Lungodegenza post-acuzie, HUB dell'Azienda Territoriale).
- alla costituzione di Reti composte dai servizi sia ospedalieri che territoriali (percorso nascita, ad esempio) di entrambe le Aziende e di Reti cui afferiscono servizi sia sanitari (ospedalieri e non)

sia socio sanitari (pubblici – aziendali e comunali – e privati) sia sociali (comunali) nella classica strutturazione “ad arcipelago”, nel cui ambito esistono solo distinzioni per funzione e tipologia “elettiva” di utenza senza alcun rapporto gerarchizzato fra servizi (così, ad esempio, per quanto concerne la Rete destinata all’assistenza della popolazione anziana non autosufficiente). Queste ed altre Reti - assimilabili all’una o all’altra delle tipologie sopra richiamate - sono progettate, aggiornate, mantenute e gestite sulla base di precisi criteri e modalità opportunamente formalizzati.

In particolare:

- le condizioni di accesso alla Rete devono essere garantite attraverso procedure comuni e condivise, di valutazione della domanda e di orientamento dell’utente verso il servizio più appropriatamente in grado di soddisfare il bisogno rilevato. Ciò comporta l’uso di criteri valutativi comunemente accettati da tutti i “soggetti” che gestiscono i servizi e la loro applicazione da parte di personale competente (singolo o in équipe) che costituisce la “porta di accesso” alla Rete;
- le modalità di passaggio da un servizio all’altro della Rete devono essere regolate attraverso la formalizzazione dei percorsi di continuità assistenziale;
- la lettura della evoluzione del rapporto domanda/”offerta” si pone come presupposto per l’aggiornamento programmato della consistenza e della diversificazione dei Servizi delle Reti, con ciò puntando ad evitare che si verifichino ridondanze inutili (eccessi) di alcuni servizi o carenze critiche di altri;
- ad ogni Rete deve corrispondere una porzione di Sistema Informativo dedicato, in modo tale che dati e informazioni possano circolare rapidamente e diffusamente (intranet di Rete) e costituiscano la premessa per poter “oggettivare” sia la capacità di “offerta” espressa dai servizi, sia la soddisfazione/insoddisfazione della domanda, sia il funzionamento interno della Rete (continuità della assistenza), sia i suoi livelli di efficienza (consumo risorse) e di efficacia (indicatori di out-come);
- ogni Rete deve essere supportata (nei suoi processi di programmazione, gestione, amministrazione) da una piccola struttura di sostegno.

Così concepite le Reti rappresentano una delle forme più efficaci della integrazione gestionale.

CAPITOLO 10

DIPARTIMENTI E AREE DIPARTIMENTALI.

I Dipartimenti sono strutture organizzative complesse che aggregano una pluralità di unità operative/servizi, discipline, funzioni assistenziali o amministrative, affini o complementari, al fine di assicurare la gestione unitaria delle risorse, delle tecnologie o la condivisione di programmi e obiettivi.

Nei Dipartimenti trovano accoglienza la ricerca e la messa in pratica delle innovazioni tecnologiche al fine di migliorare la qualità dei servizi e la loro sostenibilità economica; in essa si sviluppa la globalità degli interventi e la continuità dell’assistenza.

I Dipartimenti partecipano al governo clinico del sistema di produzione dei servizi sanitari, favorendo la collegialità delle decisioni; concorrono ad assicurare la qualità tecnica delle prestazioni e dei servizi, nonché il rendimento delle risorse disponibili, attraverso la partecipazione dei professionisti alle decisioni di carattere strategico, organizzativo e gestionale.

Gli organi, le funzioni di direzione, le regole di funzionamento dei dipartimenti sono disciplinate secondo le linee di indirizzo che seguono, recepite nel relativo regolamento attuativo.

10.1 Organi del Dipartimento.

Gli organi di direzione del Dipartimento sono:
il Direttore;

il Gruppo di Direzione Collegiale Ristretto (DCR);
il Comitato di Dipartimento;
l'Assemblea.

10.2 Direttore di Dipartimento.

Il Direttore rappresenta il Dipartimento nei rapporti con gli Organi dell'Azienda, con l'organizzazione aziendale e con gli interlocutori esterni; presiede le riunioni degli organi collegiali del Dipartimento.

Il Direttore di Dipartimento è nominato dal Direttore Generale che procede secondo quanto previsto nel regolamento. E' sovraordinato ai Direttori delle unità operative aggregate per gli aspetti di natura gestionale attinenti al Dipartimento. L'incarico di Direttore di Dipartimento ha durata triennale ed è rinnovabile.

Il Direttore del Dipartimento di norma mantiene la direzione della struttura di provenienza, salvo deroga motivata del Direttore Generale all'atto della nomina, previa informativa alle Organizzazioni Sindacali..

Al Direttore del Dipartimento è conferito mandato, sottoposto a verifica annuale, per la realizzazione del programma triennale dipartimentale.

Il Direttore di dipartimento assume la completa e diretta responsabilità del funzionamento del Dipartimento a cui e' preposto.

La Direzione aziendale, con il Direttore del Dipartimento, annualmente negozia il budget delle risorse ed il piano degli obiettivi, sulla base dei Piani Annuali di Attività.

10.3 Gruppo di Direzione Collegiale Ristretto (DCR)

E' l'Organo ristretto di supporto al Direttore del Dipartimento per le funzione di programmazione e di governo.

E' composto da:

- Direttori delle Unità Operative;
- Responsabili dei Programmi;
- Dirigente della Direzione Infermieristica e Tecnica (R.A.D.)

10.4 Comitato di Dipartimento.

E' l'organo collegiale per l'esercizio delle funzioni di programmazione e di governo del Dipartimento.

Il Comitato è composto da membri di diritto e da membri elettivi.

Sono componenti di diritto i Direttori delle unità operative del Dipartimento, i Dirigenti dei moduli organizzativi, i Dirigenti con incarico professionale di alta professionalità ed il rappresentante dipartimentale della Direzione Infermieristica e Tecnica di ogni unità operativa/servizio afferente al Dipartimento.

I componenti elettivi del Comitato sono scelti fra i restanti dirigenti in servizio nel Dipartimento nonché fra gli operatori sanitari del comparto da eleggere in rappresentanza delle omologhe figure operanti nelle articolazioni dipartimentali in misura non superiore al 50% dei componenti di cui al precedente capoverso.

Il regolamento, approvato dalla Direzione Generale, fissa l'esatta percentuale, la composizione, le norme per la elezione e la sostituzione dei componenti elettivi del comitato e ne determina le competenze. Il Direttore Generale, preso atto del risultato della elezione dei componenti, nomina il Comitato di Dipartimento.

Il Comitato di Dipartimento elabora la programmazione annuale e pluriennale delle attività dipartimentali nei limiti della programmazione e degli obiettivi aziendali; definisce i criteri per l'individuazione delle priorità degli interventi di mantenimento e/o di sviluppo delle risorse

professionali, strutturali e tecnologiche in dotazione al Dipartimento; definisce i bisogni prioritari di formazione e di ricerca.

10.5 Assemblea.

E' l'organo costituito da tutto il personale dipendente assegnato alle strutture del Dipartimento. L'Assemblea è convocata almeno una volta l'anno, di norma ad inizio di esercizio, dal Direttore di Dipartimento ed ha i seguenti compiti:

1. approvare la relazione sull'andamento dei risultati maturati nel precedente esercizio;
2. proporre le ipotesi preliminari di obiettivi di budget ;
3. formulare proposte in merito alla realizzazione di progetti o sperimentazioni, all'ottimizzazione delle risorse, al miglioramento della qualità dei processi gestionali e organizzativi, all'effettuazione di programmi di formazione e aggiornamento professionale.

10.6 Le Aree Dipartimentali.

L'area dipartimentale rappresenta un sub-livello organizzativo che aggrega funzionalmente più strutture complesse relative a branche professionali affini o complementari; è prevista in particolare con riferimento all'organizzazione del Dipartimento di Sanità Pubblica e viene assunta a modello organizzativo per la organizzazione di altri Dipartimenti quando consenta di accrescere l'efficiente impiego delle risorse.

CAPITOLO 11 LE UNITA' OPERATIVE.

11.1 Definizione e responsabilità delle U.O. .

Le Unità Operative sono **strutture complesse della organizzazione aziendale** che assicurano la direzione e l'organizzazione di attività sanitarie o tecnico-amministrative omogenee, nel rispetto degli indirizzi e criteri definiti, del budget e degli obiettivi negoziati, mediante la combinazione al loro interno di risorse professionali diverse, economiche e patrimoniali; di norma, quando non costituiscono autonome strutture organizzative, sono collocate all'interno dei Dipartimenti.

11.2 Il Direttore di Unità Operativa.

E' il dirigente scelto dalla Direzione secondo le norme di legge e contrattuali e preposto alla direzione dell'unità di cui ha la responsabilità complessiva che condivide con i responsabili dei Moduli Organizzativi inseriti nell'Unità ed a cui assegna competenze specifiche (casi clinici).

E' responsabile dell'organizzazione funzionale del personale assegnato e della gestione delle risorse comuni dell'U.O.; assicura il raggiungimento degli obiettivi negoziati dal Dipartimento con la Direzione Generale; assume provvedimenti amministrativi che impegnano per l'Azienda nell'esercizio delle competenze gestionali autonome che gli competono nei limiti del budget negoziato.

La funzione di direzione dell'unità operativa include in particolare:
l'esercizio del governo clinico (quando si tratti di U.O. sanitarie), dei processi di accreditamento istituzionale, dei flussi informativi diretti all'esterno ed ai Direttori di Dipartimento;
la gestione e il controllo delle attività dirette a realizzare la corretta attuazione di eventuali, specifici progetti e sperimentazioni nonché lo sviluppo dei piani integrati di formazione;

l'elaborazione di indirizzi utili a far sì che le necessità connesse all'attivazione e al compiuto sviluppo dei percorsi assistenziali e dei processi clinici vengano condivise orizzontalmente con i Direttori delle altre unità operative presenti nel comune Dipartimento e verticalmente con i Direttori dei moduli che compongono la medesima Unità operativa e siano assunte a riferimento delle opzioni discusse in sede di negoziazione del budget con la Direzione Generale.

CAPITOLO 12 MODULI ORGANIZZATIVI.

12.1 Definizione e responsabilità di Modulo Organizzativo.

I Moduli sono **strutture semplici** comprendenti attività ad elevata specificità professionale di una stessa unità operativa o di diverse unità operative, che assicurano nel primo caso il miglioramento continuo del processo assistenziale e nel secondo l'organizzazione integrata per la razionalizzazione e la comune gestione delle risorse attribuite.

I Moduli, quando derivano dall'articolazione di un'unità operativa, hanno un rapporto di dipendenza gerarchica dall'unità operativa di appartenenza.

L'organizzazione aziendale contempla anche moduli organizzativi cui è assegnata responsabilità tecnico-professionale a valenza aziendale per aree specialistiche ad elevata complessità che si configurano come Moduli Organizzativi Dipartimentali e presuppongono, per tali competenze, una diretta dipendenza dal Dipartimento di competenza.

12.2 Il Responsabile di Modulo Organizzativo.

Il Responsabile di Modulo Organizzativo definisce la programmazione ed il piano diagnostico, terapeutico, riabilitativo dei pazienti ad esso affidati (M.O. sanitario); provvede a definire l'organizzazione funzionale del personale assegnato; è competente della gestione delle risorse comuni del Modulo Organizzativo; assicura il raggiungimento degli obiettivi assegnati, in termini sia di volumi di attività, sia di organizzazione e standard qualitativi; garantisce il governo clinico attraverso l'applicazione di linee-guida, l'applicazione della pratica dell'audit clinico (M.O. sanitario), la gestione e la comunicazione del rischio, il processo di accreditamento istituzionale; fornisce ai Direttori di Unità Operativa indicazioni utili per permettere che le necessità connesse all'attivazione e al compiuto sviluppo dei percorsi assistenziali e dei processi clinici vengano condivise e assunte a indirizzo delle opzioni discusse in sede di negoziazione di budget con la Direzione Generale (M.O. sanitario); presidia le attività dirette a realizzare la corretta attuazione di eventuali specifici progetti e sperimentazioni e lo sviluppo dei piani integrati di formazione.

CAPITOLO 13 POSIZIONI ORGANIZZATIVE DELL'AREA DEL COMPARTO.

Riguardano i settori che richiedono lo svolgimento di funzioni con assunzione diretta di responsabilità, caratterizzate da un elevato grado di esperienza ed autonomia gestionale ed organizzativa o lo svolgimento di attività con contenuti di alta professionalità e specializzazione quali ad esempio, i processi assistenziali oppure lo svolgimento di attività di staff e/o studio, di ricerca, ispettive, di vigilanza e controllo, di coordinamento di attività didattica.

Si segnalano, in particolare, i "Coordinamenti" di struttura organizzativa singola o aggregata con responsabilità delle attività di coordinamento, organizzazione, valutazione e controllo per ciò che concerne l'attività infermieristica, ostetrica, tecnica, riabilitativa, della prevenzione nonché di supporto/alberghiera e del personale afferente. Il Coordinatore esercita il proprio ruolo attraverso la programmazione e l'organizzazione del lavoro e la gestione del personale afferente. Nelle funzioni,

in particolare, di sviluppo di nuovi modelli organizzativi e di presa in carico, della qualità, della gestione del sistema informativo, della formazione, della comunicazione, del tutoraggio; si può attribuire la referenza di funzione a collaboratori esperti di cui curano la valutazione continua.

CAPITOLO 14

ALTRE FORME ORGANIZZATIVE.

14.1 I Programmi aziendali.

Rappresentano una modalità organizzativa per coordinare distinte strutture gestionali conferendo flessibilità all'organizzazione, unitarietà di programmazione, forme idonee alla gestione per processi in aree problematiche o nei percorsi assistenziali di popolazioni omogenee che necessitano del contributo coordinato ed integrato di una pluralità di competenze e/o di soggetti appartenenti a strutture organizzative o a settori di attività diversi.

I Programmi hanno carattere sperimentale e durata a termine; sono valutati al termine del periodo di sperimentazione in riferimento ai risultati, al gradimento dei destinatari dei servizi e degli operatori ed alle ricadute economiche e gestionali sulle aziende interessate.

Il **Responsabile del Programma** é nominato dal Direttore Generale, in base a scelte motivate dalla natura e dagli obiettivi affidati al programma.

14.2 I Progetti.

Comprendono attività afferenti ad una o più strutture, finalizzate al conseguimento di obiettivi specifici che richiedono il coordinamento del progetto per un termine predeterminato.

Il responsabile del progetto è nominato dal Direttore Generale.

14.3 I Coordinamenti.

Rappresentano lo svolgimento di attività di comune impostazione metodologica, di impulso operativo, di sintesi di processi trasversali fra diverse strutture rispetto ad una specifica tematica. Di norma si ricorre al coordinamento per i gruppi di lavoro, di studio, d'indagine, in cui prevale la risorsa umana con competenze polispecialistiche. I coordinamenti hanno durata temporanea.

CAPITOLO 15

LE ARTICOLAZIONI DELL'ORGANIZZAZIONE AZIENDALE.

L'organizzazione è il risultato della combinazione di strutture, forme organizzative, inserite nelle articolazioni operative dell'Azienda, di tecnostutture, staff e risorse umane.

Sono articolazioni aziendali:

- Il Distretto;
- Il Presidio Unico Ospedaliero;
- Il Dipartimento di Sanità Pubblica;
- Il Dipartimento di Salute Mentale;

le funzioni di governo e di gestione, per il raggiungimento degli obiettivi e della missione aziendale si avvalgono inoltre di:

- strutture amministrative e tecniche;
- staff.

CAPITOLO 16

I DISTRETTI.

16.1 Definizione e numero dei Distretti dell'Azienda USL di Ferrara.

I Distretti rappresentano l'articolazione territoriale in cui si realizza il decentramento del governo aziendale, la formulazione dei piani di committenza ovvero la programmazione dei servizi necessari per rispondere ai bisogni di salute della popolazione del territorio distrettuale. Costituiscono il punto privilegiato delle relazioni fra l'Azienda e gli Enti locali particolarmente nel settore delle cure primarie e della integrazione fra servizi sociali e sanitari.

I provvedimenti di individuazione dei Distretti o di modificazione della loro delimitazione territoriale sono adottati dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria, su proposta e di concerto con il Direttore Generale dell'Azienda USL.

Il territorio di riferimento dell'Azienda USL che coincide con il territorio della Provincia di Ferrara, è suddiviso in tre Distretti, comprendenti da un minimo di sei ad un massimo di undici Comuni:

Distretto Ovest

Comuni di : Cento, Bondeno, Mirabello, Sant'Agostino, Poggiorenatico, Vigarano Mainarda.

Distretto Centro-Nord

Comuni di: Ferrara, Masi Torello, Voghiera, Copparo, Berra, Formignana, Iolanda di Savoia, Ro Ferrarese, Tresigallo.

Distretto Sud-Est:

Comuni di: Portomaggiore, Argenta, Ostellato, Codigoro, Comacchio, Goro, Lagosanto, Massafiscaglia, Mesola, Migliarino, Migliaro.

16.2 Missione del Distretto.

Il Distretto ha la missione di governare ed orientare l'utilizzo delle risorse tese alla produzione dei servizi volti a soddisfare la domanda di salute della popolazione del territorio di riferimento che si estrinseca nella valutazione/soddisfazione dei bisogni di salute dei cittadini dell'ambito territoriale di competenza, espressa annualmente nel Programma delle Attività Territoriali (P.A.T.).

Rientra nelle competenze del Distretto la definizione del fabbisogno di servizi e prestazioni ospedaliere, sia in termini di ricoveri che di servizi ambulatoriali, da negoziare, anche con eventuali fornitori esterni accreditati, sia in termini quantitativi che qualitativi; l'integrazione dei percorsi assistenziali con i Dipartimenti Ospedalieri, con il Dipartimento di Sanità Pubblica, con il Dipartimento di Salute Mentale; l'integrazione dei percorsi sanitari e socio sanitari con gli Enti Locali e la rete sociale di solidarietà, formale ed informale.

Il Distretto persegue l'equità di accesso, la tempestività dell'intervento, la appropriatezza e continuità delle cure; la cura dei rapporti istituzionali e comunicativi con le Amministrazioni Locali, con le Associazioni di volontariato, con le Organizzazioni Sindacali, con le organizzazioni non a scopo di lucro (ONLUS), con i singoli cittadini.

16.3 La programmazione distrettuale

La funzione programmatoria distrettuale si sviluppa sulla base di un preliminare quadro di riferimento rappresentato dall'“Atto di coordinamento a indirizzo provinciale” e in relazione alla declinazione annuale (P.A.A.) del “Piano di zona distrettuale per la salute e il benessere sociale” (con valenza triennale).

All'interno di tali, nuovi processi/prodotti della programmazione locale continuano, peraltro, a svilupparsi i contenuti che già qualificano i precedenti PAT di Distretto. In particolare, si tratta:

- della previsione dei cambiamenti (razionalizzazione/sviluppo) o del mantenimento del livello di “offerta” dei servizi distrettuali (produzione diretta);
- dell'affinamento qualitativo dei processi assistenziali in una logica di continuità, integrazione, appropriatezza;
- dell'esercizio “della funzione di committenza” mediante la quale si definiscono i fabbisogni prestazionali da acquisire – ricorrendo a fornitori esterni alla dimensione distrettuale (ospedali aziendali o extra aziendali; produttori di attività specialistiche e diagnostiche, aziendali o extra aziendali) – per soddisfare la totalità dei bisogni espressi dalla popolazione del Distretto;
- del recepimento dei contenuti della programmazione sociosanitaria elaborata nell'ambito dei piani annuali di attuazione del P.d.Z.;
- del recepimento dei progetti e delle azioni che, in rapporto al realizzarsi dei “Piani per la Salute” devono trovare concreta attuazione in ambito distrettuale.

I suddetti contenuti distrettuali sono conclusivamente integrati attraverso una sintesi elaborata del “Coordinamento interdistrettuale” confluyendo all'interno di quel “Piano annuale delle Azioni Aziendali” che rappresenta la programmazione sottesa al Bilancio di Previsione della ASL e che in questo deve trovare la corrispondente copertura finanziaria.

16.4 Comitato di Distretto.

In ogni ambito distrettuale è istituito un Comitato, composto dai Sindaci dei Comuni o loro delegati, che opera in stretto raccordo con la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria.

Il Comitato **esprime parere** obbligatorio sull'assetto organizzativo, nonché sulla localizzazione dei servizi del Distretto e verifica il raggiungimento dei risultati di salute previsti dal Programma delle Attività Territoriali. Qualora il parere risulti negativo, il Direttore Generale adotta il piano, acquisito il parere dell'Ufficio di Presidenza della Conferenza.

Il Comitato di Distretto si avvale del nuovo Ufficio di Piano quale supporto tecnico ed organizzativo allo stesso Comitato ed al Direttore di Distretto nella programmazione, gestione e monitoraggio del fondo distrettuale per la non autosufficienza.

Tale strumento è preposto all'individuazione di modelli organizzativi e gestionali per l'integrazione socio sanitaria ed è costituito attraverso una convenzione tra i Comuni e l'Azienda USL e funge da supporto ai livelli istituzionali.

Il “Nuovo Ufficio di Piano” ricomprende le funzioni già proprie dell'Ufficio di Piano nonché nuovi compiti quali attività istruttoria di supporto alla programmazione in area sociale e socio sanitaria, alla definizione di regolamenti distrettuali sull'accesso e sulla compartecipazione degli utenti alla spesa, alla costituzione delle Aziende Servizi alla Persona, alla gestione delle attività attuative della programmazione sociale e socio sanitaria ed alla gestione del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza per quanto riguarda il monitoraggio, la valutazione e la revisione dei processi di integrazione socio sanitaria.

16.5 Ufficio Comune per l'Integrazione Socio Sanitaria.

Il settore dedicato alla gestione del FRNA ed il miglioramento delle attività assistenziali è denominato Ufficio Comune per l'integrazione socio-sanitaria che fa parte integrante del Nuovo Ufficio di Piano. E' individuato, d'intesa con il Comitato dei Sindaci di Distretto un referente che è in staff al Direttore di Distretto.

L'Ufficio per l'Integrazione Socio Sanitaria è lo strumento tecnico per la gestione del Fondo per la non autosufficienza e formula le proposte di programmazione annuale delle risorse collegate

al FRNA. Svolge anche attività di promozione, monitoraggio, valutazione dei processi destinati a realizzare le varie forme di integrazione socio sanitaria relativamente alle aree di non autosufficienza di anziani, disabili adulti, minori, salute mentale e dipendenze patologiche.

16.6 Direttore di Distretto.

Il Direttore Generale nomina il Direttore del Distretto, d'intesa con il Comitato di Distretto, scegliendolo fra i Dirigenti dell'Azienda che hanno maturato un'esperienza nei servizi territoriali e un'adeguata formazione nella loro organizzazione, oppure tra i medici convenzionati da almeno dieci anni. Quando ricorrono gravi motivi, il Comitato di Distretto può avanzare motivata richiesta al Direttore Generale di revoca della nomina.

Il Direttore Generale individua, fra i Direttori di Distretto, il Coordinatore dei Direttori di Distretto e dei Dipartimenti delle Cure Primarie al fine di rendere omogenee sul territorio provinciale le politiche aziendali.

Il Direttore di Distretto deriva le proprie funzioni direttamente dal Direttore Generale di cui è rappresentante nell'ambito territoriale di competenza ed a cui rende conto per la gestione complessiva.

E' titolare della funzione di governo e di committenza nell'ambito distrettuale; partecipa, mediante il Dipartimento delle Cure Primarie, alla predisposizione dei Piani di Zona; cura le relazioni con il Comitato di Distretto e con i Sindaci dei Comuni di riferimento;

E' responsabilità specifica del Direttore del Distretto governare il processo di allocazione delle risorse tra le diverse linee di servizio garantite dai dipartimenti, orientando la produzione degli stessi verso forme di assistenza integrata, sia tra servizi sanitari, sia tra servizi sanitari e sociali. Tale processo di allocazione deve essere:

- **progettuale**, contribuendo, per la parte di territorio aziendale di cui è responsabile, alla definizione del budget annuale dei dipartimenti, ivi compresi quelli ospedalieri;
- **di monitoraggio** dell'adeguatezza della produzione quali-quantitativa e dei consumi, contribuendo alla valutazione dell'attività dei dipartimenti, ivi compresi quelli ospedalieri;
- **di governo** delle interfacce tra i dipartimenti e tra i servizi sanitari e sociali al fine di rendere stabili quelle modalità di integrazione che facilitino l'accesso ai servizi, la centralità del paziente e la continuità dell'assistenza in modo che il passaggio tra le diverse istanze dei servizi sia preoccupazione dell'organizzazione e non dell'utenza.
- **di individuazione** dei criteri e degli obiettivi per l'impiego del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza, istituito con l'art. 51 della L.R. 27/2004, quale strumento per l'integrazione socio-sanitaria in modo concertato con gli enti locali, nel quadro generale definito dalla programmazione della CTSS.

Il Direttore di Distretto, quale responsabile della committenza, orienta il consumo delle risorse verso quelle aree di attività che risultano prioritarie per rispondere ai bisogni assistenziali della popolazione di riferimento per tutti i livelli di assistenza garantiti dal SSR; si confronta con i Direttori dei Dipartimenti ospedalieri e aziendali, al fine di ottenere le prestazioni, le attività, i servizi necessari al Distretto per soddisfare il bisogno di salute, compatibili con i bisogni e con il budget delle risorse assegnate al Distretto; è referente per l'Azienda verso il Comitato di Distretto per l'insieme delle attività erogate sul territorio distrettuale; partecipa alla programmazione locale e cura i rapporti con gli EE.LL. tramite il Comitato di Distretto.

E' responsabile dell'integrazione fra le diverse componenti aziendali presenti sul territorio di competenza, quali: Presidio Ospedaliero, Dipartimento di Salute Mentale e Dipartimento di Sanità Pubblica, oltre al Dipartimento delle Cure Primarie..

I Direttori di Distretto vengono, infine, coordinati funzionalmente dalla figura del "coordinatore interdistrettuale"; tale funzione è stata valutata come necessaria, in particolare, allo scopo di:

- elaborare congiuntamente obiettivi programmatori, a forte valenza trasversale, relativi alla produzione diretta dei Distretti;
- affrontare congiuntamente l'esercizio della "funzione di committenza";
- stabilire criteri omogenei di accesso ai servizi;

- formulare in modo uniforme le modalità di esercizio del “governo clinico” con riferimento alla appropriatezza dei consumi e alla qualità dei percorsi assistenziali nell’ambito delle cure primarie;
- predisporre schemi omogenei di raccolta, elaborazione e valutazione dei dati a supporto della programmazione distrettuale e della reportistica da fornire ai Comitati di Distretto e alla Direzione Generale;
- adottare criteri identici di applicazione degli accordi, regionali e locali, regolatori dell’inserimento dei M.M.G. nella organizzazione distrettuale e del loro impiego nella produzione delle cure primarie.

Il “Coordinatore interdistrettuale” si colloca in Staff al Direttore Generale e si avvale, a sua volta, di una serie di Staff che devono supportarlo nella sua opera di regolazione uniforme, omogeneizzazione e qualificazione della attività distrettuali relative:

- alla appropriata erogazione di ausili protesici;
- all’espletamento di tutte le competenze amministrative distrettuali;
- al governo dell’assistenza farmaceutica territoriale;
- alla applicazione degli accordi con i m.m.g.e p.l.s;
- alle strategie di sviluppo e controllo dei “nuclei delle cure primarie”;
- alla programmazione e gestione del “Fondo Regionale per la non autosufficienza” e al corretto esplicarsi dei processi della integrazione socio sanitaria.

16.7 Ufficio di Direzione Distrettuale (U.D.D.).

Presso ogni Distretto dell’Azienda USL di Ferrara è costituito l’Ufficio di Direzione Distrettuale.

E’ la funzione organizzativa dove si progetta e valuta il livello di integrazione definito necessario e auspicabile per l’erogazione dei servizi, sviluppando le relazioni tra Distretto e Dipartimenti, e realizzando l’integrazione organizzativa e professionale.

Il Direttore di Distretto si avvale dell’UDD per l’esercizio della funzione di programmazione e di integrazione dei servizi territoriali le cui funzioni prioritarie sono:

- contribuire all’elaborazione dei piani di committenza che esprimono il fabbisogno di assistenza, intesa come lettura dei bisogni della popolazione di riferimento, offerta dei servizi necessari, ed allocazione delle relative risorse umane e finanziarie nell’ambito della pianificazione aziendale, al fine di rispondere alle necessità di servizi della popolazione di quel territorio;
- concorrere alla definizione delle modalità di monitoraggio e verifica del grado di raggiungimento degli obiettivi prefissati nel piano di committenza integrato, secondo criteri di misurazione predefiniti;
- sviluppare azioni idonee all’integrazione professionale ed organizzativa;
- valutare le risultanze della partecipazione, promuovere e presidiare le azioni di miglioramento conseguenti.

L’Ufficio è composto da:

- Direttore di Distretto;
- Direttore del Dipartimento delle Cure Primarie, direttore del DSM del Distretto e Direttore dell’articolazione organizzativa distrettuale del Dipartimento di Sanità Pubblica
- Direttore delle Attività Socio-Sanitarie;
- Responsabili dei M.O di medicina generale, secondo quanto indicato nella deliberazione di Giunta Regionale n. 1398/2006 relativa all’Accordo regionale per la disciplina con i medici di medicina generale;
- Direttore di stabilimento ospedaliero, presente nel territorio distrettuale;
- i referenti territoriali della Direzione Infermieristica e Tecnica e dell’Assistenza Farmaceutica.

16.8 Strumenti e aree di integrazione del Distretto.

Gli strumenti e le aree di integrazione del Distretto con il Dipartimento di Sanità Pubblica sono: i Piani Per la Salute, l'area epidemiologica, l'area screening, l'area servizi alla persona, l'area servizi alla collettività.

Le aree d'integrazione con il Dipartimento di Salute Mentale sono: il contrasto all'esclusione sociale ed il diritto alla cittadinanza; la presa in carico integrata nell'area minori, l'integrazione con il Dipartimento delle Cure Primarie per il supporto al disagio psichico/psicologico; la presa in carico integrata per le aree di confine (integrazione socio-sanitaria); la progettazione integrata degli interventi rivolti alle Dipendenze Patologiche

Gli ambiti di integrazione con il Presidio Unico Ospedaliero sono: le dimissioni protette, nonché i percorsi assistenziali di presa in carico integrata per le patologie croniche.

L'assistenza territoriale ha nel Distretto il suo luogo di governo e nel Dipartimento delle Cure Primarie la sua forma organizzativa specifica per la produzione.

16.9 Il Budget.

E' lo strumento di programmazione e controllo degli obiettivi sanitari e delle risorse del Distretto, che tiene conto del rapporto efficacia-costi delle prestazioni assistenziali e dell'appropriatezza degli ambiti di cura.

L'organizzazione e la gestione del processo sono orientati alla partecipazione e alla responsabilizzazione dei MMG sull'appropriatezza, sui livelli prescrittivi e sui consumi di prestazioni sanitarie del distretto.

Allo stesso sono attribuite risorse definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento, risorse che finanziano le attività e i servizi prodotti attraverso il DCP. Nell'ambito delle risorse assegnate, il Distretto è dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economica finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio dell'Azienda sanitaria locale. Si colloca nell'ambito del "Budget distrettuale" la specifica – elaborata all'interno del "Piano annuale di attuazione dei P.d.Z. – del "quantum" di risorse finanziarie peculiarmente destinate alla realizzazione dei progetti cui compete ampliare e migliorare l'offerta di servizi e prestazioni a favore dei non autosufficienti attraverso l'impiego della quota parte di F.R.N.A. assegnata alla Azienda e da questa ri-distribuita a ciascun Distretto.

16.10 Dipartimento delle Cure Primarie (DCP).

In ogni Distretto è istituito un Dipartimento delle Cure Primarie, struttura organizzativa complessa che realizza le funzioni della produzione e del governo clinico.

Le cure primarie rappresentano il sistema di cura erogate vicino ai luoghi di vita delle persone secondo un modello di reti integrate di servizi sanitari e sociali e di reti cliniche integrate realizzando la risposta al bisogno di unitarietà del processo di cura, intesa in senso lato "come prendersi cura di", assumendo così una connotazione anche di natura preventiva e riabilitativa.

Il sistema delle cure primarie costituisce una rete in cui i nodi, cioè i produttori di prestazioni e servizi (poliambulatori, consultori, nuclei delle cure primarie) si identificano nei luoghi fisici di produzione e di erogazione dei servizi, mentre le maglie della rete sono i percorsi, i protocolli, le procedure che li mettono in relazione.

Il DCP assicura cure domiciliari; attività ambulatoriale di medicina generale e pediatrica; assistenza di tipo residenziale per fasce deboli (anziani, disabili adulti, malati terminali, AIDS); assistenza di tipo semiresidenziale per anziani e disabili adulti; attività consultoriale; assistenza specialistica ambulatoriale; assistenza farmaceutica; assistenza protesica e integrativa; servizi per l'accesso; programmi di prevenzione e di assistenza definiti a livello aziendale.

I luoghi della risposta assistenziale in cui si esplicano le cure primarie sono principalmente la casa, le strutture residenziali e i centri diurni che possono essere considerati, i luoghi della

domiciliarità in cui si traduce la rete dei sistemi di offerta del territorio assieme alle sedi ambulatoriali e consultoriali.

Il Dipartimento è articolato in:

U. O. "Nuclei delle Cure Primarie";

U. O. "Servizi Sanitari", che comprende l'attività specialistica, la Pediatria di Comunità e l'attività del Consultorio;

U.O. "Socio sanitaria";

Il Direttore del DCP organizza e garantisce la produzione di prestazioni e servizi centrati sul bisogno della persona, caratterizzati da elevati livelli di appropriatezza, di efficacia e di qualità tecnica, nonché dalla gestione efficiente delle risorse; esercita la funzione del governo clinico, quale strumento più idoneo per implementare nuovi programmi assistenziali, per valutare e migliorare la qualità dell'assistenza e dei servizi erogati; realizza a livello distrettuale i principali programmi di prevenzione e assistenza aziendali; garantisce lo sviluppo delle conoscenze e delle competenze professionali attraverso la formazione permanente, la valutazione del personale, la promozione dello sviluppo professionale; promuove la diffusione dell'informazione e della comunicazione interna; vigila sul rispetto dei tempi di accesso alle prestazioni specialistiche.

Il Direttore del DCP ha in staff il referente per la medicina generale, il referente territoriale della direzione infermieristica e il referente territoriale per l'assistenza farmaceutica (afferenza funzionale del Dipartimento interaziendale farmaceutico) e, per quanto concerne i "Country Hospital" di Bondeno (Ovest) e Copparo (Centro Nord) il responsabile del corrispondente M.O.

In ogni Distretto è istituito il **Comitato di Dipartimento**, organo collegiale di supporto al Direttore di Dipartimento. Per quanto riguarda la composizione e il funzionamento valgono le medesime indicazioni già previste a pag.45 del presente documento.

Il Comitato assicura la partecipazione degli operatori ai processi relativi alla programmazione delle attività, alla definizione del suo assetto organizzativo-gestionale; garantisce l'adozione di modelli che siano coerenti con gli indirizzi aziendali e funzionali al raggiungimento degli obiettivi. Definisce i criteri per la selezione della priorità degli interventi, i fabbisogni formativi correlati alle azioni di miglioramento e agli obiettivi strategici; approva il piano annuale di dipartimento risultante dal budget; pianifica le iniziative per il miglioramento e l'integrazione fra i servizi.

Il Programma di Sanità Penitenziaria:

Limitatamente al Dipartimento di Cure Primarie Centro-Nord è previsto, in funzione di staff, un Programma Specifico per l'assistenza sanitaria nel Carcere.

In applicazione al D.P.C.M. 1/4/08 concernente il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie e dei rapporti di lavoro in materia di sanità penitenziaria, nell'intento di salvaguardare una piena parità di trattamento, in tema di assistenza sanitaria, degli individui liberi e detenuti, in una logica di integrazione dei servizi sanitari, si è ritenuto di costituire un gruppo multiprofessionale di Programma, in staff al Dipartimento Cure primarie Centro Nord competente per territorio.

Tale scelta è in linea con l'obiettivo di garantire una continuità assistenziale anche in termini di equità e qualità; trova i presupposti in un modello organizzativo aziendale rispetto alla salute carceraria, già attivo prima del D.P.C.M. 1/4/08,

Il gruppo di programma ha il compito di governare le fasi del trasferimento, di riorganizzazione delle funzioni sanitarie all'interno dell'Istituto Penitenziario di Ferrara e di stabilizzazione delle stesse all'interno del DCP

16.11 U.O. Nuclei delle Cure Primarie (NCP).

L'U.O. "Nuclei delle Cure Primarie" dirige e coordina i servizi di assistenza domiciliare, gestisce l'assistenza protesica e integrativa e svolge una funzione di supervisione rispetto ai Nuclei delle Cure Primarie.

L'assistenza primaria è organizzata nei **Nuclei delle Cure Primarie (NCP)** che sono definiti per ambito territoriale e rappresentano la struttura organizzativa di base del territorio. I medici di medicina generale, sono raggruppati nei nuclei delle cure primarie al cui interno condividono

obiettivi, finalità e modalità operative indispensabili per l'espletamento dei compiti e delle funzioni loro attribuite; partecipano alla realizzazione degli obiettivi oggetto dell'Accordo Aziendale nonché delle linee guida di ogni progetto assistenziale con tutti gli operatori coinvolti, secondo una logica di servizi a rete.

I Nuclei delle Cure primarie sono formati da équipe multiprofessionali composte da MMG, PLS, Medici di continuità assistenziale, infermieri, ostetriche, assistenti sociali. Per ogni NCP è individuata una sede di riferimento nella quale vengono effettuate le visite ambulatoriali urgenti e vengono gestiti i protocolli assistenziali per le patologie croniche. Nella stessa sede è prevista la presenza di operatori della salute mentale, della sanità pubblica e di specialisti ambulatoriali.

La responsabilità organizzativa si esprime sui contenuti professionali del ruolo dei MMG e si indirizza principalmente alla presa in carico "globale" del profilo clinico ed assistenziale degli assistiti, attraverso la programmazione del percorso diagnostico-terapeutico, l'attivazione delle risorse professionali interne al Nucleo e nelle relazioni con l'assistenza specialistica territoriale ed ospedaliera.

All'interno dei Nuclei delle Cure Primarie possono essere presenti altre forme di associazione fra MMG quali le Medicine di Gruppo.

Ciascun Nucleo delle Cure Primarie è diretto da un **Coordinatore** che ne assume la responsabilità; questi è individuato su indicazione dei medici aggregati nel nucleo.

In Azienda USL Ferrara sono attualmente presenti diciotto Nuclei delle Cure Primarie.

Il Coordinatore, in applicazione delle determinazioni e degli accordi condivisi in sede di Comitato Aziendale: concorda gli obiettivi specifici del proprio Nucleo con il Direttore del U.O. NCP e con i MMG aggregati; orienta il lavoro del Nucleo all'appropriatezza; promuove l'organizzazione e la programmazione, il monitoraggio e la valutazione condivisa dei processi assistenziali; valuta e promuove l'integrazione interprofessionale, i bisogni formativi espressi dai medici di medicina generale, anche con la collaborazione degli eventuali altri organismi aziendali a ciò preposti.

I Coordinatori dei Nuclei, supportano il Direttore dell'U.O. N.C.P. nella definizione degli obiettivi, nella promozione dell'organizzazione dei processi assistenziali e nella valutazione dei vari progetti, condividendone i contenuti con gli operatori sanitari appartenenti al Nucleo.

I Coordinatori si riuniscono nel Collegio appositamente previsto dalla Direzione Generale.

16.12 U.O. Servizi Sanitari.

L'unità operativa "Servizi Sanitari" organizza la produzione a livello distrettuale delle attività specialistiche di pediatria, consultoriale e specialistica. Essa è articolata nei seguenti **moduli organizzativi**:

M.O. Specialistica: coordina l'offerta di prestazioni erogate sia presso i Poliambulatori territoriali, che presso quelli ospedalieri con gli obiettivi del monitoraggio dei tempi di attesa e la predisposizione di azioni correttive concordate con la Direzione del Dipartimento e con quella del Distretto per il governo delle liste di attesa, in accordo con le linee guida strategiche stabilite dalla Direzione Generale nel documento di programmazione triennale;

M.O. Salute Donna: promuove la salute, la natalità, la tutela della fertilità della donna attraverso la prevenzione, la diagnosi e la terapia della sterilità singola e di coppia. Garantisce l'assistenza appropriata alla gravidanza e al parto con l'adozione di un percorso integrato che assicuri la continuità dell'assistenza ed un adeguato sostegno alle donne nelle situazioni di difficoltà sociali o relazionali che ostacolano l'accettazione della gravidanza; la salute psico-sessuale, il ruolo genitoriale e le azioni tese a ridurre i comportamenti a rischio; il mantenimento dello stato di salute della donna in menopausa. Assicura l'adesione ai programmi di screening per i tumori femminili da parte di tutta la popolazione target. Facilita l'accesso e l'utilizzo dei servizi da parte della popolazione immigrata in stretta collaborazione con gli enti locali e le associazioni di volontariato presenti nel territorio.

M.O. Pediatria di Comunità: si occupa della tutela della salute della popolazione nella fascia di età compresa fra 0 e 17 anni attraverso la promozione di stili di vita corretti; cura la prevenzione delle malattie infettive, si occupa della tutela dei soggetti in condizioni di rischio socio-sanitario. E' garante della correttezza dell'informazione sull'accesso, delle prestazioni sia a livello

collettivo che individuale, della consulenza e della collaborazione con altri servizi (scuola, servizio sociale ecc), del coordinamento degli interventi, al fine di rispettare la globalità della persona e della famiglia, nonché di definire percorsi facilitati nella risposta ai bisogni individuali.

M.O. Consultorio Giovani: (presente solo nel Distretto Centro–Nord) svolge funzioni di coordinamento aziendale, in particolare deve informare sui metodi contraccettivi, scegliendo il più adatto alle esigenze di ognuno, per avere rapporti sessuali protetti e sicuri ed evitare gravidanze indesiderate. Deve dare informazioni specifiche sulla prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse, trattare problemi, curiosità e preoccupazioni relative alla sfera sessuale e affettiva dando risposte ai bisogni di approfondimento. Consiglia per gestire al meglio i cambiamenti fisici e psicologici dell'età adolescenziale e per affrontare i problemi inerenti le relazioni con gli amici, il/la partner, i genitori.

M.O. Ecografia Ostetrico-Ginecologica: (presente solo nel Distretto Centro-Nord) svolge funzioni di coordinamento aziendale, in particolare deve garantire l'applicazione di linee guida validate dalle società scientifiche nella esecuzione delle ecografie ostetrico-ginecologiche; garantire una uniformità di refertazione e di informazione verso le utenti; garantire l'informatizzazione di tutti gli ambulatori ecografici e l'utilizzo di uno stesso programma.

16.13 U.O. Socio Sanitaria.

Promuove la valorizzazione e la cura della salute delle persone anziane, con particolare riferimento all'anziano "fragile"; realizza la valutazione multidimensionale dei bisogni dell'anziano; attende alla pianificazione con i Comuni degli interventi socio-sanitari volti alla prevenzione ed alla cura delle disabilità; cura la riabilitazione e il mantenimento dell'anziano a domicilio; coordina l'erogazione di forme assistenziali integrate; inoltre promuove la salute, la tutela e la valorizzazione dei disabili adulti; individua e tratta, secondo progetti personalizzati, i disabili adulti a rischio di disabilità severa, funzionale e/o cognitiva; facilita i processi educativi e l'inserimento nei Centri Socio-riabilitativi; mette in atto iniziative di aiuto e sostegno alle famiglie, per incentivare la domiciliarità; coordina l'aspetto sanitario delle strutture residenziali e semiresidenziali per disabili per favorire un maggior livello qualitativo nell'assistenza socio-sanitaria.

La rete di offerta dei servizi per disabili è costituita prevalentemente dai Centri Socio-riabilitativi diurni o residenziali a gestione diretta aziendale o in convenzione. Oltre a questi Centri esistono offerte di servizi alternativi quali laboratori protetti, inserimenti lavorativi, assistenza domiciliare, sostenuti attraverso l'erogazione di assegni di cura prevalentemente gestiti dai Servizi Sociali, che, in alcune situazioni, prevedono anche la partecipazione del servizio sanitario.

Il punto di accesso alla rete dei servizi è costituito dall'Unità di Valutazione multidimensionale delle Abilità Residue (U.V.A.R.), che opera a livello distrettuale e propone soluzioni assistenziali diversificate sulla base dei bisogni della persona .

Limitatamente al Distretto Sud – Est, cui sono tuttora conferite le deleghe in materia di Servizi Sociali da parte dei comuni del territorio, è presente anche la funzione di "Assistenza ai Minori", di cui è referente un dipendente con incarico di posizione organizzativa.

L'U.O. è organizzata a livello dei singoli Distretti secondo lo schema sotto riportato:

Distretto Centro Nord	U.O. Socio Sanitaria M.O. Continuità Assistenziale Anziani e disabili adulti Ferrara M.O. Continuità Assistenziale Anziani e disabili adulti Copparo
Distretto Sud Est	U.O. Socio Sanitaria M.O. Continuità Assistenziale Anziani e disabili adulti Portomaggiore M.O. Continuità Assistenziale Anziani e disabili adulti Codigoro
Distretto Ovest	M.O. Continuità Assistenziale Anziani e disabili adulti

In caso di delega da parte dei Comuni di funzioni sociali, sono individuati per ogni ambito distrettuale i Responsabili dei Servizi Sociali per le attività delegate.

Attualmente la gestione dei servizi sociali nel territorio dell'Azienda è così riassunto:

Distretto	FORMA GESTIONE SERVIZI SOCIALI
OVEST	Associazione di Comuni
CENTRO NORD	Associazione di Comuni
SUD EST: Zona socio sanitaria di Codigoro Zona socio sanitaria di Portomaggiore	Delega all'Azienda USL di Ferrara " " " " "

Inoltre, a livello distrettuale sono presenti due funzioni nell'area delle politiche sanitarie e socio-sanitarie:

- una funzione di governo relativa alla programmazione di ambito distrettuale (comprensiva dell'area della non autosufficienza), alla regolazione e alla verifica dei risultati di salute e di benessere raggiunti, alla definizione delle regole per l'accreditamento, per l'accesso al sistema e per la compartecipazione alla spesa, alla costituzione delle Aziende Servizi alla Persona (ASP);
- una funzione amministrativa inerente la programmazione, l'accreditamento e i rapporti con i produttori pubblici e privati (comprese le ASP), al monitoraggio ed alla gestione delle risorse, in particolare del fondo distrettuale per la non autosufficienza e del costituendo fondo sociale locale.

16.14 Funzioni Amministrative di Distretto.

Nell'Azienda USL di Ferrara, le funzioni amministrative distrettuali sono organizzate in forma trasversale nei vari ambiti territoriali. Sono articolate in un' unica unità operativa denominata "Servizi Amministrativi Distrettuali" cui fanno riferimento il modulo organizzativo "Sportello Unico" oltre a vari incarichi di posizioni organizzative che rispondono all'esigenza di attivare funzioni di coordinamento amministrativo interdistrettuale e di svolgere compiti amministrativi di esclusiva competenza del singolo Distretto. Sono dimensionate in relazione alla diversa complessità della funzione. La suddetta U.O. è collocata in Staff al "Coordinamento Interdistrettuale"

U. O. Servizi Amministrativi Distrettuali

L'U.O. "Servizi Amministrativi Distrettuali" svolge funzioni trasversali e di coordinamento per tutte le aree amministrative afferenti ai Dipartimenti delle Cure Primarie di ciascun Distretto; ha il potere di emanare direttive generali per l'area amministrativa distrettuale; ha potere disciplinare su tutta l'area amministrativa distrettuale; è titolare di budget trasversale che definisce con la Direzione Generale sentiti preventivamente i Direttori dei Distretti.

Vi afferisce il:

M.O. Sportello unico

E' la struttura che presidia i percorsi amministrativi di accesso ai servizi, nell'ambito delle Cure Primarie, assicura l'offerta di informazioni che orientano il cittadino nell'accesso ai servizi distrettuali. Esso assicura altresì l'integrazione operativa delle funzioni e del personale assegnato alla struttura con le attività sanitarie dei Dipartimenti Cure Primarie

16.15 Ruolo delle professioni sanitarie non mediche.

A livello di Dipartimento delle Cure Primarie è istituita la posizione organizzativa di Responsabile della Direzione Infermieristica e Tecnica (D.I.T.) che opera in collaborazione con il Direttore di Dipartimento, cui compete di garantire il governo clinico assistenziale e lo sviluppo dell'evidence based nursing delle cure primarie; assicurare la direzione delle risorse umane

assegnate alle strutture organizzative sanitarie in linea con i principi di razionalizzazione e appropriatezza e in conformità con quanto previsto dagli istituti contrattuali vigenti, attraverso il coordinamento dei coordinatori/referenti di struttura/u.o./nucleo; definire i livelli assistenziali erogabili nelle strutture sanitarie e negoziarne la necessità in sede di budget, promuovere e sviluppare modelli organizzativi assistenziali, a carattere innovativo, attraverso la partecipazione dei professionisti e valorizzandone l'integrazione interprofessionale; garantire lo sviluppo degli operatori afferenti al Dipartimento, nell'ambito della propria competenza professionale, attraverso la valutazione del fabbisogno formativo, la definizione dei piani formativi e la gestione dei sistemi premianti; definire e sviluppare i modelli di assistenza infermieristica da attuare nei nuclei di cure primarie, nelle residenze e più complessivamente nel dipartimento stesso; contribuire all'organizzazione e alla gestione dei percorsi di accesso alle prestazioni e ai servizi; garantire la continuità assistenziale attraverso il processo di programmazione e pianificazione.

CAPITOLO 17 IL PRESIDIO OSPEDALIERO.

17.1 Il Presidio Unico Ospedaliero (PUO).

Sul territorio di riferimento dell'Azienda USL di Ferrara insistono sei strutture ospedaliere (stabilimenti) che, aggregate funzionalmente, costituiscono il Presidio Unico Ospedaliero (P.U.O.) dell'Azienda.

Il P.U.O. è una struttura organizzativa dell'Azienda dotata di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, soggetta a rendicontazione analitica con contabilità separata per centri di costo e di responsabilità, all'interno del bilancio aziendale.

17.2 Le Aree ospedaliere.

Nell'ambito del P.U.O. sono individuate due aree di aggregazione di distinti stabilimenti ospedalieri:

AREA 1	AREA 2
Stabilimento ospedaliero di:	Stabilimento ospedaliero di:
CENTO	ARGENTA
BONDENO	COMACCHIO
COPPARO	LAGOSANTO

17.3 Articolazione delle direzioni.

La Direzione del Presidio Unico Ospedaliero è articolata per funzioni, e livelli di direzione in:

- Direttore responsabile della gestione complessiva del presidio;
- Direttore Amministrativo del PUO;
- Direttore Medico di Area ospedaliera;
- Responsabile Medico di stabilimento ospedaliero;
- Direzione infermieristica e tecnica di presidio, di stabilimento e di dipartimento.

17.4 Direttore Responsabile della gestione complessiva del PUO.

Il Direttore responsabile della gestione complessiva dirige il Presidio Unico Ospedaliero nel rispetto delle politiche e degli obiettivi aziendali, osservando le direttive impartite dalla Direzione Generale e presiede il Collegio di Presidio.

Supporta e armonizza il processo di programmazione annuale delle attività ospedaliere con la programmazione aziendale per la definizione del budget; è titolare del budget complessivo del Presidio Unico e ne è responsabile.

E' garante della coerenza dell'esercizio del potere igienico organizzativo e dell'erogazione integrata delle prestazioni sanitarie ospedaliere da parte dei Direttori di Area sui quali ha potere di indirizzo e di controllo.

Collabora con il Direttore Sanitario dell'Azienda alla progettazione organizzativa e alla pianificazione strategica; propone al Direttore Sanitario, d'intesa con i Direttori di Area e di Dipartimento, le misure organizzative relative all'assetto ospedaliero complessivo; sovrintende alla realizzazione, all'interno delle strutture ospedaliere, delle indicazioni aziendali di governo clinico.

Promuove la verifica e il miglioramento della qualità dei servizi e delle prestazioni.

Sovrintende il processo di accreditamento delle strutture e dei professionisti, nonché, in collaborazione con il competente servizio aziendale, le condizioni relative alla sicurezza delle strutture ospedaliere.

Concorre alla definizione delle politiche aziendali in materia di libera professione e ne garantisce l'attuazione nell'ambito ospedaliero.

Collabora con i Direttori di Distretto per quanto riguarda le relazioni istituzionali con la popolazione e per il monitoraggio della qualità e per ciò che concorre a definire i piani di "Committenza"

Il Direttore del PUO ha la responsabilità personale della gestione e del risultato complessivo del presidio unico ospedaliero.

17.5 Direttore dell'U.O. Servizi Amministrativi di Presidio Unico Ospedaliero.

Il Direttore Amministrativo del Presidio Unico Ospedaliero è responsabile e dirige i processi amministrativi delle varie articolazioni del Presidio Ospedaliero; è responsabile del personale amministrativo del presidio; sovrintende all'opera dei Referenti e dei Coordinatori degli Uffici dell'U.O. amministrativa anche delegando funzioni trasversali.

Intrattiene relazioni dirette con il Direttore amministrativo aziendale, con i Direttori dei Dipartimenti Amministrativi centrali e degli Uffici di staff; concorre al conseguimento degli obiettivi fissati dalla Direzione Aziendale.

Affianca e supporta il Direttore del PUO nella negoziazione del budget di presidio con la Direzione generale e nelle negoziazioni con i Direttori di Dipartimento.

17.6 Direttore Medico di Area ospedaliera.

Alle due aree di aggregazione degli stabilimenti ospedalieri sono preposte distinte direzioni di area:

- la Direzione dell'Area 1 (stabilimenti ospedalieri di Cento, di Bondeno, di Copparo);
- la Direzione dell'Area 2 (stabilimenti ospedalieri di Argenta, di Comacchio, di Lagosanto);

Il Direttore di Area svolge un ruolo centrale e di cerniera fra la Direzione del PUO e le direzioni di stabilimento; presiede il Collegio di Staff del Presidio; dà esecuzione alle decisioni assunte dal Collegio di Presidio, alle direttive emanate dal Direttore sanitario aziendale e dal Direttore del Presidio Unico Ospedaliero.

Ha la responsabilità diretta nell'ambito dell'Area di competenza per le materie che rivestono carattere di trasversalità quali l'igiene, l'organizzazione, la sicurezza, l'edilizia, il sistema informativo, la medicina legale.

Il Direttore di area ospedaliera intrattiene rapporti con le Direzioni di Distretto, dei Dipartimenti di Salute Mentale e di Sanità Pubblica per le problematiche inerenti il territorio su cui

insistono le strutture ospedaliere ed al fine di conseguire la massima integrazione dei percorsi assistenziali.

Partecipa alle attività in tema di accreditamento delle strutture ospedaliere ed adempie alle procedure previste in tema di autorizzazione e vigila affinché tali requisiti siano mantenuti; cura i rapporti con i Comitati Consultivi Misti, con le rappresentanze locali del personale, nel rispetto dei protocolli aziendali in materia di relazioni sindacali; esercita tutte le rimanenti funzioni e responsabilità insite nella funzione di direzione di igiene e organizzazione ospedaliera dell'area di riferimento.

Il Direttore di area è coadiuvato dai dirigenti degli stabilimenti ospedalieri della propria area ai quali potrà delegare parte delle proprie attribuzioni.

Il Direttore di area ha la responsabilità personale della gestione e del risultato complessivo dell'area ospedaliera a cui è preposto.

17.7 Direzione Medica di Stabilimento Ospedaliero.

Sono individuate le seguenti direzioni di stabilimento ospedaliero:

AREA 1:

– Direzione dello Stabilimento di Cento; Bondeno e Copparo;

AREA 2:

– Direzione degli Stabilimenti di Comacchio e del Delta

– Direzione dello Stabilimento di Argenta.

Le funzioni di Direzioni di Area e di Stabilimento ospedaliero sono compatibili e possono essere attribuite al medesimo dirigente.

Le predette direzioni sono attivate dal Direttore Generale che nomina i Direttori e fissa gli obiettivi relativi alla posizione.

Il Direttore responsabile di Stabilimento risponde al Direttore dell'Area di riferimento e lo coadiuva nell'esercizio delle attività di competenza; lo sostituisce in caso di assenza e/o di impedimento nell'ambito dello stabilimento a cui è preposto.

Il Direttore di stabilimento esercita il proprio ruolo in ambito di:

- Igiene Ospedaliera (infezioni Ospedaliere, Sterilizzazione, disinfezione, sanificazione)
- Medicina Legale (Riscontro a segnalazione eventi avversi, Medicina Necroscopica ospedaliera, documentazione clinica)
- Organizzazione Sanitaria (programmazione, gestione)
- Relazioni con Utenti, Istituzioni, e Servizi Aziendali
- Qualità ed Accreditamento
- Gestione Risorse Umane
- Verifica Servizi in Appalto
- Flussi Informativi

17.8 I Collegi.

Sono istituiti:

- Il Collegio di Presidio;
- Il Collegio di Staff del Presidio;
- Il Collegio di Stabilimento.

I Collegi hanno lo scopo di far partecipare i Dirigenti (di area, di stabilimento, di dipartimento, di unità operativa) ai momenti della raccolta e formulazione delle proposte, della programmazione, della negoziazione e di allargare la base e le modalità di circolazione delle informazioni.

17.9 Collegio di Presidio.

Il Collegio di Presidio è composto da:

- Il Direttore del P.U.O. che presiede il Collegio;
- Il Direttore dell'Area 1;
- Il Direttore dell'Area 2;
- I Direttori dei Dipartimenti ospedalieri;
- Il Responsabile della Direzione Infermieristica e Tecnica del P.U.O.;
- Il Direttore amministrativo del PUO.

Il Collegio di Presidio si riunisce di norma mensilmente, su convocazione formale del Responsabile del PUO. Il verbale delle riunioni è trasmesso ai componenti del Collegio, al Direttore Generale e al Direttore Sanitario aziendale. La funzione di componente del Collegio di Presidio non è delegabile.

Il Collegio coordina l'attività delle articolazioni organizzative che compongono il Presidio (aree, stabilimenti, dipartimenti ospedalieri, unità operative, moduli organizzativi); valuta e propone gli obiettivi della programmazione annuale e pluriennale, il piano della produzione, degli investimenti, della formazione; facilita l'attuazione della programmazione e delle linee d'indirizzo della Direzione Generale, la specializzazione, l'integrazione, il razionale uso delle risorse; valuta i motivi e propone la correzione delle divergenze fra programmazione e attuazione.

17.10 Collegio di Staff del Presidio.

Il Collegio di Staff del Presidio è composto da:

- Il Direttore responsabile del P.U.O. che presiede il Collegio;
- I Direttori responsabili di'Area.;
- I Direttori degli Stabilimenti Ospedalieri;
- Il Responsabile della Direzione infermieristica e tecnica del P.U.O. eventualmente coadiuvato dai Responsabili di Direzione Infermieristica e Tecnica di Stabilimento;
- Il Direttore amministrativo di Area.

Il Collegio di Staff del Presidio formula proposte al Collegio di Presidio nel campo della programmazione, degli investimenti, della formazione e della organizzazione complessiva dell'area; coordina e dirige le articolazioni organizzative che insistono nell'area ospedaliera di riferimento, con una visione complessiva ed in coerenza con le decisioni assunte dagli organismi del Presidio unico; dà esecuzione, nell'area di riferimento, alle determinazioni del Direttore del PUO e del Collegio di Presidio; indirizza le Direzioni di stabilimento dell'area.

17.11 Collegio di stabilimento.

Presso ogni struttura ospedaliera dotata di Direzione di stabilimento è istituito un Collegio di stabilimento.

Il Collegio è composto da:

- Il Direttore/Responsabile dello stabilimento;
- Il Direttore dell'Area ospedaliera di appartenenza che lo presiede;
- I Direttori di Dipartimento (eventualmente presenti nello stabilimento);
- I Direttori delle Unità Operative presenti;
- I Responsabili dei Moduli Organizzativi dello stabilimento;
- I Responsabili di Direzione infermieristica e tecnica di stabilimento;
- Il Referente amministrativo di stabilimento.

Il Collegio provvede ad armonizzare le linee di indirizzo dettate dalle Direzioni di Presidio e di Area con le disposizioni dei Capi di Dipartimento e di Unità Operativa presenti nello stabilimento; elabora le linee guida della funzione igienico organizzativa di Stabilimento; formula proposte alla Direzione di Area ospedaliera in materia di programmazione, investimenti e formazione riguardanti

lo stabilimento; assicura il razionale utilizzo delle risorse e della dotazione tecnologica di stabilimento.

17.12 I Dipartimenti ospedalieri.

Le funzioni di assistenza sono aggregate secondo il modello organizzativo dipartimentale, tenuto conto dell'affinità delle diverse discipline ovvero della complementarietà esistente fra le branche specialistiche. Sono collegate in rete in maniera da garantire, compatibilmente con le esigenze specifiche, integrazione funzionale, efficienza gestionale, qualità e sicurezza, elevata competenza tecnica ed efficacia delle prestazioni. I Dipartimenti travalicano i perimetri dei singoli stabilimenti ospedalieri.

Nell'ambito del Presidio Unico sono stati attivati i seguenti Dipartimenti:

Dipartimento ^{1[1]}	Sede della direzione del Dipartimento
Chirurgia	Ospedale "SS. Annunziata" di Cento
Emergenza	Ospedale del Delta di Lagosanto
Medicina	Ospedale del Delta di Lagosanto
Radiologia Clinica Diagnostica ed Interventistica e di Medicina di Laboratorio	Ospedale del Delta di Lagosanto
Materno-Infantile	Ospedale "SS. Annunziata" di Cento
Medicina di Comunità	Ospedale "S. Giuseppe" di Copparo

Il dettaglio delle strutture complesse e semplici appartenenti a ciascun Dipartimento è enucleabile dalle tavole allegate che descrivono gli organigrammi corrispondenti.

17.13 Direzione Infermieristica e Tecnica del PUO.

Il Responsabile della "Direzione Infermieristica e Tecnica" ha una duplice afferenza: appartiene agli Staff della Direzione Sanitaria Aziendale per la valenza strategica della funzione; afferisce alla Direzione del P.U.O. con compiti gestionali ed operativi di Presidio, Area e Stabilimento per l'impiego della risorsa umana dal medesimo diretta.

In quest'ultima posizione la Direzione Infermieristica organizza e gestisce i programmi e i progetti di area infermieristica ospedaliera; organizza e gestisce, in integrazione con le altre Direzioni Aziendali, le rimodulazioni e le riorganizzazioni aziendali; cura il conseguimento degli obiettivi prefissati a livello dell'Ufficio Centrale; partecipa, se delegato, alle trattative con le organizzazioni sindacali dell'area comparto per le questioni contrattuali relative al personale infermieristico.

Organizza e gestisce l'attività assistenziale dell'area assegnata; organizza e gestisce la mobilità interna del personale di riferimento dell'area assegnata; valuta l'applicazione ed il rispetto delle norme comportamentali e disciplinari e l'omogenea applicazione delle regole dell'area; organizza e gestisce modelli per l'omogeneizzazione delle procedure assistenziali; promuove la formazione e l'aggiornamento del personale.

17.14 Le soluzioni più innovative che modificano la organizzazione della "offerta" ospedaliera.

Attivazione di M.O. di Country Hospital nei Dip. di Cure Primarie del Distretto Centro-Nord e del Distretto Ovest finalizzati alla attivazione di tali funzioni negli stabilimenti ospedalieri di Copparo e di Bondeno.

Il Country Hospital, definizione di attività sanitaria residenziale a metà tra la struttura

^{1[1]} La disciplina dei Dipartimenti è indicata nel Cap. 2 della parte III e nell'apposito regolamento.

ospedaliera e la famiglia, caratterizzata dalla presenza del Medico di Medicina Generale che, in autonomia, gestisce iter terapeutici utilizzando una parte della struttura ospedaliera dedicata (presso la Lungodegenza) per gestire problemi usualmente affrontati in regime A.D.I., ma che per temporanea carenza di supporto assistenziale richiedono una gestione in struttura protetta. La definizione di Country Hospital fa riferimento ad esperienze di assistenza governata dai M.M.G. in strutture residenziali disattivate o riconvertite, inserire tale funzione in uno stabilimento ospedaliero assume particolare valore aggiunto, poiché esprime i valori dell'integrazione territoriale usufruendo delle opportunità diagnostiche ed assistenziali di una struttura ospedaliera.

M.O. di Cardiologia Territoriale nel Dipartimento di Medicina.

La costituzione di un livello organizzativo che coordina le attività ambulatoriali di cardiologia svolte sia dagli specialisti delle UU.OO. di Cardiologia che dagli specialisti convenzionati nelle numerose sedi ambulatoriali e presso alcune Medicine di Gruppo, assume valenza di governo clinico di una delle aree della Specialistica Ambulatoriale più consistenti per volumi prestazionali e complessità organizzativa.

Gli aspetti di integrazione tra le UU.OO. ospedaliere ed i nuclei delle cure primarie risultano altrettanto rilevanti, per consentire lo sviluppo di processi di presa in carico e di continuità assistenziale, funzionali sia al perseguimento dell'efficacia che della appropriatezza.

Costituzione di un M.O. di Degenza Integrata – Alta Rotazione nella U.O. Coordinamento e Integrazione Attività Mediche Internistiche e Specialistiche Comacchio / Delta (Dipartimento Medicina)

Da tempo si assiste negli stabilimenti ospedalieri ad una progressiva richiesta in urgenza di posti letto di area medica che molto di frequente produce occupazione di letti chirurgici, con riflessi sulla attività operatoria programmata e spesso necessità di attivare letti aggiuntivi. Tale fenomeno che appare motivato dall'incremento dell'età media e dalla notevole prevalenza di patologie croniche, può trovare risposta significativa nella costituzione di un'area di "degenza pluridisciplinare" ad elevato turn-over con prevalente orientamento a percorsi di medicina interna, ma anche con spazi di gestione per procedure diagnostico-terapeutiche di radiologia interventistica e per la gestione di percorsi di breve periodo di tutte le discipline specialistiche, nell'ottica di risolvere il persistente problema di carenza letti medici, ma anche di rendere più efficienti i percorsi che richiedono più di 24h di osservazione (O.B.I.), ma possono essere definiti nel breve termine verso percorsi elettivi in degenza o verso iter ambulatoriali programmati.

Riorganizzazione Area Specialistica di Pediatria

Anche nell'ambito specialistico di Pediatria risulta funzionale costituire un assetto provinciale "Hub & Spoke" in analogia a quanto realizzato in altre Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna ed in funzione sia dei volumi di attività specialistica osservati, che di strategie di centralizzazione delle tecnologie e delle funzioni specialistiche di secondo e terzo livello.

L'HUB si colloca all'interno dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria S.Anna e ad esso si collegano – con funzioni di "SPOKE" gli assetti organizzativi presenti sul territorio (Strutture Ospedaliere Aziendali, Pediatria di Comunità e P.d.L.S.). Per tali ragioni si ritiene di mantenere le funzioni di pediatria nei due ospedali che contengono un punto nascita, assegnando, in tali contesti, alla Pediatria la valenza organizzativa di "Modulo Dipartimentale" presso l'Ospedale del "Delta" e di "Modulo Organizzativo" presso l'Ospedale di Cento.

Il percorso riabilitativo all'interno delle Lungodegente Post Acuzie aziendali

In seguito alla ricognizione delle necessità riabilitative nell'Azienda USL di Ferrara si conviene di individuare posti letto dedicati alla riabilitazione estensiva da collocare all'interno delle LPA aziendali.

Le LPA aziendali sono riunite in un'unica U.O. complessa che permette di attuare processi di omogeneizzazione dei protocolli di accoglimento, gestione clinica e dimissione.

La funzione riabilitativa/riattivata costituisce a seconda dei bisogni del paziente un aspetto ancillare, rilevante o prevalente del Progetto Assistenziale Individualizzato (PAI) che rimane comunque unico, seppure con competenze professionali diverse che concorrono, con un'azione sinergica, a ottenere il miglior risultato possibile.

CAPITOLO 18 IL DIPARTIMENTO DI SANITÀ PUBBLICA.

18.1 Finalità e obiettivi del Dipartimento Sanità Pubblica

E' una struttura organizzativa aziendale dotata di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, soggetta a rendicontazione analitica, con contabilità separata all'interno del bilancio aziendale.

Il Dipartimento Sanità Pubblica costituisce il supporto tecnico alla Direzione Aziendale nella definizione delle strategie di promozione della salute, di prevenzione delle malattie e delle disabilità, nonché del miglioramento della qualità della vita, assicurando il proprio contributo al complesso sistema della sanità pubblica, garantendo sia l'esercizio delle funzioni di analisi, promozione, orientamento, assistenza e vigilanza sui problemi di salute ma anche sui fattori determinanti la salute di una collettività, privilegiando i temi caratterizzati da maggior diffusione, gravità e percezione e ricercando in tali ambiti il miglioramento continuo della qualità degli interventi, costruendo e/o partecipando ad alleanze ed integrazioni con tutti i soggetti coinvolti e rispondendo ai problemi della cronicità.

Tali obiettivi sono perseguiti mediante l'integrazione con tutti i soggetti presenti all'interno dell'organizzazione aziendale operanti nel Distretto e con tutte le realtà istituzionali presenti nella provincia ferrarese.

In uno scenario caratterizzato da forti cambiamenti etnici e sociali, il Dipartimento è tenuto dunque ad assicurare la massima attenzione ad una "nuova visione" della sanità pubblica, orientata a considerare la natura multifattoriale e multidimensionale della salute, oggi intesa come esito di fattori – i determinanti di salute – in parte modificabili come l'ambiente, i fattori socio-culturali, l'accesso ai servizi, lo stile di vita.

Per raggiungere tale obiettivo, il Dipartimento di Sanità Pubblica ed i suoi professionisti dovranno sviluppare competenza professionale, capacità di ascolto e orientamento alla partecipazione, capacità di lavorare in modo interdisciplinare oltre a capacità di comunicazione, di promozione, di azione, di collaborazione e di flessibilità.

L'ambito di intervento del Dipartimento è finalizzato da un lato al perseguimento degli obiettivi più tradizionali di sanità pubblica in ambiente di vita e di lavoro, quali:

- l'epidemiologia e la profilassi sanitaria delle malattie infettive e diffuse nei riguardi dell'intera collettività;
- la tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari negli ambienti di vita anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali;
- la tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi agli ambienti di lavoro;
- l'igiene e la sicurezza nelle strutture sanitarie, socio-assistenziali e scolastiche;
- la sanità pubblica veterinaria;
- la tutela igienico-sanitaria degli alimenti;
- la sorveglianza e la prevenzione nutrizionale;
- la medicina dello sport;
- gli screening oncologici

Dall'altro lato il Dipartimento dovrà riversare sempre più attenzione ai nuovi temi di sanità pubblica, affermati anche dagli ultimi indirizzi regionali, legati a:

- sviluppo competenze epidemiologiche al fine della realizzazione e valutazione di programmi di sanità pubblica;
- interventi volti alla modifica dei comportamenti individuali e collettivi in particolare per quanto riguarda la prevenzione e terapia delle patologie sensibili all'esercizio fisico;
- malattie infettive emergenti,
- nuovi problemi relativi all'organizzazione del lavoro ed alle nuove generazioni di lavoratori,
- politiche di sviluppo dei territori ed all'impatto sui rischi della salute in genere.

Tali ambiti di intervento dovranno dunque essere continuamente orientati al fine di intervenire in modo più efficace sui problemi specifici, tenendo conto:

- delle nuove evidenze scientifiche (le malattie infettive emergenti nell'uomo, il traffico e gli inquinanti ambientali, ecc);
- dello sviluppo della ricerca e della conoscenza di "Evidence based medicine" (EBM) e di "Evidence Based Prevention" (EBP);
- dei nuovi input normativi sul ruolo di valutatore e non più di mero controllore del Dipartimento sul sistema di responsabilizzazione dei titolari di aziende, sulla semplificazione amministrativa, sulla della definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza,
- della rivalutazione dei processi erogativi con acquisizione di modelli di lavoro più integrati ed interdisciplinari.

Il DSP costituisce supporto tecnico per la Direzione Aziendale, per gli enti locali e la Conferenza Socio Sanitaria Territoriale nella definizione delle politiche di sanità pubblica che si realizzano attraverso i Piani per la Salute, con particolare riferimento alla descrizione epidemiologica dei rischi sanitari e dei fenomeni patologici, nonché per l'educazione alla salute, l'informazione e la comunicazione del rischio.

Il Dipartimento di Sanità Pubblica fa parte della rete regionale della sanità pubblica insieme all'Agenzia Regionale Prevenzione Ambiente (ARPA) della Regione Emilia Romagna, all'Istituto Zooprofilattico Sperimentale ed ai laboratori di tossicologia umana di riferimento.

Mantiene rapporti istituzionali di valore strategico con l'Amministrazione Provinciale, le Amministrazioni Comunali, l'Università, l'Ufficio Scolastico Regionale per l'Emilia Romagna il Centro Servizi Amministrativi (C.S.A.) sede di Ferrara, la Prefettura, l'Autorità Giudiziaria, le Forze di Polizia, le Associazioni di Volontariato e di categoria sui temi di tutela della salute pubblica.

Sono organi del Dipartimento di Sanità Pubblica

- il Direttore del Dipartimento
- il Comitato di Dipartimento.

18.2 Il Direttore del Dipartimento di Sanità Pubblica

- rappresenta il Dipartimento nei rapporti con gli altri organi dell'Azienda e con gli interlocutori esterni;
- presiede e dirige il Comitato di Dipartimento;
- assicura la realizzazione della mission istituzionale attraverso la predisposizione dei piani di attività sulla base delle esigenze risultanti dalle diverse committenze e ne assicura la realizzazione;
- è garante del supporto del Dipartimento alla Direzione Aziendale ed alla Conferenza Socio Sanitaria Territoriale sui problemi prioritari di salute;
- assicura il governo clinico e l'integrazione fra le aree dipartimentali sui temi e problemi di natura trasversale;
- promuove la valorizzazione e la partecipazione degli operatori ai processi decisionali finalizzati al miglioramento della qualità dei servizi;
- fornisce alla comunità locale elementi e informazioni utili per la valutazione e la selezione degli interventi prioritari in tema di problemi di salute.

Il Direttore del Dipartimento di Sanità Pubblica è supportato dal Gruppo di Direzione Collegiale Ristretto (DCR), organismo ristretto di supporto per le funzioni di programmazione e governo composto dai Direttori di strutture complesse.

Il Direttore del Dipartimento, per l'esercizio delle funzioni di propria competenza, si avvale di uno staff costituito da:

- U.O. Servizi Amministrativi: struttura complessa che si occupa di fornire il supporto amministrativo a tutte le articolazioni dipartimentali; (sarà trasformata in M.O.)
- M.O. Epidemiologia: struttura semplice che fornisce supporto tecnico scientifico per l'attività di programmazione, di valutazione e di gestione dei rischi per la salute e la valutazione dei bisogni di salute della popolazione.
- M.O. Promozione salute
- Coordinamento interaziendale sperimentale di attività motoria per la prevenzione e terapia delle patologie sensibili all'esercizio fisico

18.3 Il Comitato di Dipartimento

È un organo collegiale di supporto al Direttore *con l'obiettivo di realizzare una forma di consultazione e partecipazione dei professionisti in particolare per l'integrazione fra le diverse unità organizzative, l'ottimizzazione dell'organizzazione e gestione delle risorse assegnate, l'uniformità delle procedure comuni, la predisposizione del budget, la verifica del raggiungimento degli obiettivi.*

È composto da

- Direttori delle strutture organizzative complesse
- Posizioni organizzative gestionali e professionali
- Referenti distrettuali
- Dirigenti sanitari medici e veterinari e operatori sanitari del comparto eletti in rappresentanza degli omologhi operanti nelle strutture organizzative del DSP .
- Coordinatori di area
- Responsabili di programma
- Responsabili Strutture Semplici

18.4 Organizzazione del Dipartimento

Il Dipartimento Sanità Pubblica è organizzato in strutture organizzative complesse e semplici.

Per contemperare le esigenze di specializzazione con la miglior efficienza ed efficacia degli interventi di sanità pubblica la scelta organizzativa è caduta su un modello strutturale a matrice con prevalenza delle strutture gestionali sulle strutture funzionali, modello ritenuto il più idoneo a garantire coerenza fra le azioni di governo del territorio e di governo clinico.

Pertanto l'organigramma del Dipartimento è basato su una struttura a matrice composta da:

- una linea gestionale coincidente con quella verticale rappresentata dalle strutture organizzative complesse (che sono di norma a valenza aziendale) e le strutture semplici dipendenti dalle singole strutture complesse (come da organigramma)
- L'Azienda ha individuato le seguenti strutture organizzative complesse con funzioni gestionali e tecniche:
 - U.O. Igiene Pubblica
 - U.O. Igiene Alimenti e nutrizione
 - U.O. organizzazione oncologica
 - U.O. Prevenzione Sicurezza Ambienti Lavoro
 - U.O. Impiantistica Antinfortunistica
 - U.O. Igiene allevamenti e produzioni zootecniche*

Sulla stessa linea insistono soluzioni organizzative distrettuali con funzioni di integrazione e coordinamento con i distretti denominate Nuclei Organizzativi Distrettuali: la linea organizzativa orizzontale è funzionale ed è rappresentata dalle aree disciplinari, e dai coordinamenti dei programmi.

18.5 Nuclei Operativi Distrettuali

Per soddisfare la contestuale esigenza di coniugare gli obiettivi di integrazione e uniformità con le esigenze di intervenire nel rispetto delle realtà territoriali nonché l'esigenza di maggior integrazione con il Distretto, il Dipartimento di Sanità Pubblica garantisce un interlocutore unitario a livello distrettuale, che rappresenti a livello distrettuale l'intero dipartimento e ne integri le diverse attività che fanno comunque riferimento alle singole unità operative. Tale funzione di coordinamento distrettuale (referente distrettuale) sarà esercitata da persona individuata in modo fiduciario dal Direttore Generale.

Il "referente distrettuale" deve essere in grado di:

- assicurare una visione unitaria e complessiva dei temi locali di sanità pubblica (identificazione di rischi legati al territorio ecc);
- esercitare funzioni di supporto e orientamento alla direzione distrettuale per la selezione dei problemi, la programmazione dei servizi (valutazione dei bisogni della popolazione residente, valutazione delle diseguità nell'accesso ai servizi, valutazione di impatto di efficacia e di efficienza, ecc);
- costituire Interlocazione unitaria con la direzione del Distretto e con il Comitato di distretto per la programmazione integrata delle attività del DSP con le altre attività territoriali per il raggiungimento degli obiettivi dei PAT.

L'integrazione riguarda sia le materie di tradizionale intervento dei servizi del Dipartimento di Sanità Pubblica, sia gli obiettivi e le azioni legati alla prevenzione collettiva e alla promozione della salute, che costituiscono il nuovo corso della sanità pubblica e che riguardano interventi da promuovere d'intesa con altri servizi sanitari distrettuali e all'interno dei Piani per la Salute.

18.6 Aree Dipartimentali

Il coordinamento funzionale delle strutture complesse dello stesso ambito disciplinare o afferenti alla medesima area di governo professionale, è assicurato dalle aree Dipartimentali, strutture di coordinamento tecnico-scientifico affidate dal Direttore del Dipartimento a dirigenti afferenti all'area, che realizzano il governo clinico sui temi propri dell'area, garantendo, in particolare il supporto specialistico, la supervisione tecnico professionale, la valutazione sulla omogeneità e qualità tecnica delle prestazioni.

Il Dipartimento di Sanità Pubblica prevede tre Aree Dipartimentali:

- AREA IGIENE SANITÀ PUBBLICA
- AREA TUTELA DELLA SALUTE IN AMBIENTI DI LAVORO
- AREA SANITÀ PUBBLICA VETERINARIA

All'AREA IGIENE E SANITÀ PUBBLICA fanno riferimento le Unità Operative:

- U.O. igiene pubblica
- U.O. igiene degli alimenti e nutrizione
- U.O. organizzazione oncologica

All'AREA TUTELA DELLA SALUTE IN AMBIENTI DI LAVORO fanno riferimento le Unità Operative:

- U.O. prevenzione sicurezza ambienti di lavoro
- U.O. impiantistica antinfortunistica

All'AREA SANITÀ PUBBLICA VETERINARIA fanno riferimento:

- Unità Operative complessa igiene allevamenti e produzioni zootecniche
- Modulo Organizzativo Dipartimentale (struttura semplice) sanità animale
- Modulo Organizzativo Dipartimentale (struttura semplice) igiene alimenti di origine animale

18.7 I Programmi

Il governo clinico della sanità pubblica è soddisfatto anche attraverso l'istituzione di Programmi su problemi prioritari di salute e orientati a obiettivi strategici di sanità pubblica.

In particolare saranno realizzati programmi interni al dipartimento di Sanità Pubblica finalizzati alla realizzazione di obiettivi integrati in materia di:

- sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria
- igiene sicurezza degli ambienti di vita e di lavoro

Il Dipartimento si riserva di proporre all'azienda ulteriori programmi qualora si evidenziassero la necessità di approfondire temi in materia di problemi di salute a forte rilevanza locale

Tenuto conto del piano regionale della prevenzione, il Dipartimento promuove e coordina i programmi inter-dipartimentali e/o interaziendali, finalizzati alla realizzazione di obiettivi integrati inerenti:

programmi inter-dipartimentali:

- screening oncologici
- sorveglianza e controllo delle malattie infettive
- promozione della salute
- programma interaziendale di attività motoria per la prevenzione e la cura delle patologie sensibili all'esercizio fisico

programmi interni al DSP:

- sicurezza alimentare
- Igiene sicurezza ambienti di vita e di lavoro

18.8 Specificità dell' area veterinaria

L'area veterinaria comprende:

- Unità Operativa Veterinaria;
- M.O.D. (struttura semplice) sanità animale;
- M.O.D. (struttura semplice) igiene alimenti di origine animale.

L'U.O. igiene allevamenti e produzioni zootecniche in quanto unica struttura complessa costituisce gerarchicamente anche la struttura gestionale di riferimento per tutte e tre le aree.

In staff all'Area Dipartimentale S.P.V. c'è il M.O. Responsabile Assicurazione Qualità (RAQ)

All'U.O. Igiene allevamenti e produzioni zootecniche afferiscono:

- M.O. Igiene delle produzioni animali;
- M.O. Benessere animale e igiene allevamenti;

Al MOD Sanità Animale afferiscono

- M.O. Piani di controllo e di eradicazione TBC BRC LEB
- M.O. Anagrafe Zootecnica

Al MOD Igiene Alimenti di origine animale*² afferiscono:

- M.O. Produzione e commercializzazione MEL
- M.O. Impianti di macellazione e lavorazione carni rosse e avicunicole
- M.O. Ispezione e vigilanza prodotti ittici
- M.O. Controllo fasi commercializzazione e somministrazione alimenti origine animale

CAPITOLO 19

IL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE (DSM. D.P.).

Il Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, struttura accreditata dell'Azienda U.S.L., e' un'articolazione gestionale organizzativa complessa a direzione unica deputata alla organizzazione ed alla produzione delle attività finalizzate:

- alla promozione della salute mentale, alle dipendenze patologiche della popolazione di riferimento, secondo una concezione allargata al benessere psicologico, relazionale e sociale;
- alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione del disagio psichico e del disturbo mentale per l'intero arco della vita.

Il DSM aggrega le UU.OO. di:

² AL momento della copertura del MOD Igiene Alimenti Origine Animale verrà soppresso il Modulo operativo attualmente ricoperto dal Veterinario a cui sarà data la responsabilità del MOD

- Salute Mentale Riabilitazione Infanzia e Adolescenza
- Sistema Dipartimentale Emergenza/urgenza a direzione universitaria
- Area territoriale Distretto Ovest
- Area Territoriale Distretto Centro Nord
- Area Territoriale Distretto Sud-Est
- Psicologia Clinica
- SERT ad indirizzo clinico-terapeutico;
- SERT ad indirizzo socio riabilitativo
- Servizi Amministrativi

La Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (N.P.I.A.) e la Psicologia Clinica Infanzia e Adolescenza (P.C.I.A.) sono aggregate in una U.O. denominata Salute Mentale e Riabilitazione Infanzia e Adolescenza (S.M.R.I.A.)

Il **D.S.M.D.P.** è costituito dai servizi e presidi dell'Azienda U.S.L. di Ferrara e dalla Cattedra di Psichiatria della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Ferrara convenzionata.

19.1 D.S.M. D.P. – D.A.I. (Dipartimento Assistenziale Integrato)

La **missione** del DSMDP consiste nella tutela della salute mentale di tutta la popolazione, in età evolutiva ed adulta.

Nel perseguire questa missione il DSMDP presta la propria attenzione al benessere psichico, fisico e sociale della persona, alla sua sofferenza, ai disagi ed alle sue aspettative, al rispetto della libertà, della dignità e dell'autodeterminazione.

In concreto il DSMDP declina la propria **missione** nei seguenti punti:

- Concorre a promuovere la salute mentale come aspetto della salute generale in ogni fascia di età, in collaborazione con tutte le altre agenzie sanitarie e sociali del territorio;
- Concorre a tutelare i diritti di effettiva cittadinanza delle persone con disagio psichico, e disturbo mentale che rischiano di produrre discriminazioni ed emarginazioni dal tessuto sociale;
- Garantisce l'accesso (libero e programmato) ai servizi del dipartimento favorendo il superamento di ogni forma di pregiudizio o disuguaglianza e favorendo la crescita di una cultura che elimini ogni forma di discriminazione;
- Produce prestazioni e servizi appropriati, qualificati e centrati sulla persona, favorendo la partecipazione dell'utente al proprio piano di trattamento ed assicurando l'unitarietà e continuità degli interventi con un uso razionale delle risorse, anche in collaborazione con il privato sociale ed imprenditoriale;
- Garantisce alla utenza di riferimento una presa in carico effettiva, comprendente le sfere sanitaria e sociale, provvedendo direttamente alla erogazione delle prestazioni di pertinenza del dipartimento ed organizzando, se necessario, l'integrazione con le prestazioni rese da altre UU.OO od enti;
- Garantisce la tutela della salute mentale e la cura dei disturbi mentali per la popolazione afferente agli istituti penitenziari esistenti nel territorio, sulla base degli accordi stipulati con la Direzione della Casa Circondariale e l'Amministrazione penitenziaria regionale;
- Garantisce, di concerto con gli altri Dipartimenti, con le altre Agenzie preposte all'assistenza socio-sanitaria e sotto il coordinamento del Distretto, la presa in carico di ogni cittadino portatore di bisogni sanitari o socio-sanitari, soprattutto di quello portatore di bisogni multipli o appartenente a nuclei familiari o sociali portatori di bisogni multipli;
- Valorizza come risorsa dei servizi la partecipazione delle Associazioni degli utenti, dei loro familiari, del volontariato.

Il Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche contribuisce alla costruzione e all'attuazione della Programmazione delle Attività Territoriali, dei Piani di Zona e dei Piani per la Salute, all'interno delle modalità predisposte dalla Direzione Aziendale.

19.2 Aree di responsabilità del D.S.M.D.P.

In concreto il **D.S.M.D.P.** assume le seguenti **aree di responsabilità**:

- individua le attività rese coerentemente agli indirizzi aziendali ed alle risorse assegnate;
- garantisce e coordina le funzioni assistenziali attraverso percorsi verificabili in ogni loro fase;
- nell'ambito delle indicazioni generali date dalla Direzione Sanitaria promuove il collegamento con servizi e presidi intra - ed extra-aziendali, per assicurare la continuità assistenziale e la globalità del trattamento terapeutico;
- promuove l'integrazione delle risorse professionali presenti nel DSM, con l'obiettivo di migliorare il rapporto efficacia/efficienza dei trattamenti;
- rende attività consulenziali e cliniche per gli altri servizi e dipartimenti nell'ambito della pianificazione distrettuale ed aziendale, con particolare riferimento ai servizi di emergenza urgenza, ai servizi di cure primarie, ai servizi sociali gestiti dagli EE.LL., nell'ottica di garantire una risposta integrata ed efficace all'utenza multiproblematica;
- adotta un piano di formazione permanente che preveda attività didattiche e di ricerca riferite alla popolazione che ha accesso ai servizi ed alle risposte fornite ai loro bisogni;
- garantisce, in collaborazione con altri presidi sanitari e l'Ufficio Relazioni con il Pubblico, una corretta informazione per l'accesso ai servizi dipartimentali;
- promuove l'educazione e l'informazione sulla salute mentale nelle sue articolazioni sociale e sanitaria;
- collabora con il Direttore del Distretto alle attività di programmazione territoriale;
- collabora con l'Ufficio Qualità e con il Controllo di Gestione dell'Azienda ai fini della valutazione e della verifica della quantità/qualità dell'assistenza fornita, con particolare attenzione alla soddisfazione delle persone assistite e dei loro familiari;
- collaborare con gli organi di committenza al coinvolgimento degli utenti, dei familiari e delle loro associazioni nella pianificazione delle strategie di intervento e nella loro valutazione.

19.3 L'integrazione del D.S.M.D.P. nel Distretto.

Il DSMDP garantisce la distinzione delle funzioni di gestione proprie dalla funzione di governo e di committenza del Distretto.

Il DSMDP garantisce la realizzazione efficiente del proprio piano di produzione ed individua modalità di corresponsabilizzazione sull'adeguatezza del quadro generale di assistenza definito per la popolazione.

La struttura organizzativa del DSMDP è strettamente collegata all'assetto territoriale aziendale e strutturalmente adeguata al DCP con il quale si interfaccia.

In questa cornice il DSMDP:

- partecipa alla programmazione locale tramite il Comitato di Distretto,
- negozia gli obiettivi e le risorse con la Direzione Generale a cui contribuiscono anche i Direttori di Distretto, secondo il principio di collegialità dell'esercizio delle funzioni della Direzione Generale prevista dagli indirizzi per il nuovo atto aziendale;
- gestisce la produzione sulla base dei principi di contestabilità e rendicontazione;

Per garantire l'integrazione il DSMDP esplicita la propria organizzazione attraverso il Documento di Presentazione previsto per l'Accreditamento istituzionale, definendo tra l'altro le

funzioni svolte in modo specialistico a livello aziendale e quelle svolte su base distrettuale, con particolare riguardo alla individuazione di riferimenti locali per le attività rese e le risorse destinate.

Il DSMDP si configura, quindi, come un contenitore nel quale vanno esercitate sintesi complesse in virtù delle quali il cittadino può ricevere risposte convincenti e qualificate ai propri bisogni, non contraddittorie o frammentate per quanto possano essere rese anche da soggetti diversi nel principio della continuità terapeutica.

19.4 Organi di governo del D.S.M.D.P.

Il governo del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche e' assicurato dai seguenti organismi:

- Direttore del DSMDP
- Comitato di Dipartimento

Il **Direttore del Dipartimento** rappresenta il DSMDP nei rapporti con gli altri organi dell'Azienda e con gli interlocutori esterni.

Il Direttore presiede e dirige gli organismi di governo del DSMDP al fine perseguire l'integrazione tra le diverse UU.OO., l'ottimizzazione dell'organizzazione e della gestione delle risorse assegnate, lo sviluppo e l'uniforme applicazione di procedure comuni e il raggiungimento degli obiettivi negoziati con la Direzione Generale.

Il Direttore di Dipartimento è sovraordinato ai Direttori di UU.OO. per gli aspetti di natura gestionale attinenti al DSMDP e mantiene la direzione della U.O. alla quale appartiene.

Il Direttore del DSMDP ha in staff:

- l'U.O. Funzioni Amministrative, diretta da un Dirigente Amministrativo, che fornisce il supporto amministrativo a tutte le strutture organizzative del DSMDP;
- il Servizio Informativo Sanitario (S.I.S.) dipartimentale.

Il Direttore del DSMDP è supportato dai Direttori delle UU.OO., dai Responsabili dei Programmi dipartimentali, dai Responsabili dei MM.OO., dal Dirigente dipartimentale della Direzione Infermieristica e Tecnica (R.A.D.) secondo la seguente modalità operativa:

1. gruppo di Direzione Collegiale ristretta (DCR) composto:

- dai Direttori delle UU.OO.,
 - dai Responsabili dei Programmi dipartimentali,
 - dal Dirigente dipartimentale della Direzione Infermieristica e Tecnica (R.A.D.),
- che si riunisce a cadenza quindicinale e si avvale di una segreteria verbalizzante.

2. gruppo di Direzione Collegiale allargata (DCA) composto:

- dai Direttori delle UU.OO.,
- dai Responsabili dei Programmi dipartimentali,
- dai Responsabili dei MM.OO.,
- dal Dirigente dipartimentale della Direzione Infermieristica e Tecnica (R.A.D.)

che si riunisce almeno quattro volte all'anno e si avvale di una segreteria verbalizzante.

- **Il Comitato di Dipartimento** è l'organismo collegiale di supporto al Direttore del DSMDP, che lo convoca e ne stabilisce l'ordine del giorno, secondo le modalità previste dal proprio Regolamento.

Il Comitato é composto:

- dai Direttori delle UU.OO.,
- dai Responsabili dei MM.OO.,
- dai Responsabili dei Programmi dipartimentali,
- dal Dirigente dipartimentale della Direzione Infermieristica e Tecnica,
- dai Dirigenti con incarico professionale di alta competenza,
- dal coordinatore infermieristico-tecnico di ogni UU.OO.,
- dal responsabile della Posizione Organizzativa funzioni amministrative

Fanno, inoltre parte del Comitato:

- dirigenti sanitari e medici ed operatori sanitari del comparto, eletti in rappresentanza degli omologhi operanti nelle UU.OO.,
- rappresentanti delle Associazioni di utenti e di familiari,
- rappresentanti del volontariato organizzato operante nel settore della salute mentale e delle dipendenze patologiche.

19.5 La articolazione organizzativa del DSMDP.

- **U.O. Sistema Dipartimentale Emergenza – Urgenza.**

Rappresenta il punto di risposta aziendale ai ricoveri urgenti e ai trattamenti sanitari obbligatori. Ha il compito di omogeneizzare a livello dipartimentale le risposte territoriali rivolte all'emergenza-urgenza.

Si articola in n° 3 Strutture Semplici:

- 1 – Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura nell'Arcispedale Sant'Anna
- 2 – Servizio di Psichiatria di consultazione
- 3 – Servizio di Psicocologia

- **U.O. Area Territoriale Distretto Ovest.**

Risponde alle richieste di intervento psichiatrico e psicologico per l'area territoriale del Distretto Ovest. Essa costituisce, attraverso le sue articolazioni interne, l'interfaccia operativa con l'Area consultoriale del D.C.P.

Risponde alle esigenze distrettuali di residenzialità per trattamenti psichiatrici intensivi e protratti.

Si articola in n° 2 Strutture Semplici:

- 1 – Servizio Psichiatrico Territoriale di Cento
- 2 - Residenza Psichiatrica per trattamenti intensivi e protratti

- **U.O. Area Territoriale Distretto Centro-Nord**

Risponde alle richieste di intervento psichiatrico e psicologico per l'area territoriale del Distretto Centro Nord. Essa costituisce, attraverso le sue articolazioni interne, l'interfaccia operativa con l'Area consultoriale del D.C.P.

Risponde alle esigenze distrettuali e provinciali di residenzialità per trattamenti psichiatrici intensivi e coordina gli interventi provinciali di lungoassistenza psichiatrica.

Si articola in n° 8 Strutture Semplici:

- 1 – Servizio psichiatrico territoriale e day hospital di Ferrara
- 2 – Servizio interventi psichiatrici integrati di Ferrara
- 3 – Consulenza specialistica ambulatoriale di Ferrara
- 4 – Servizio di psicologia clinica territoriale
- 5 – Servizio psichiatrico territoriale di Copparo
- 6 – Residenza psichiatrica per trattamenti intensivi “la Luna”

- 7 – Area San Bartolo (residenza psichiatrica per trattamenti protratti e centro diurno “il Convento “)
- 8 – Servizio gestione rete strutture psichiatriche per la lungo-assistenza “quality life”

- **U.O. Area Territoriale Distretto Sud-Est**

Risponde alle richieste di intervento psichiatrico e psicologico per l’area territoriale del Distretto Sud-Est.

Essa costituisce, attraverso le sue articolazioni interne, l’interfaccia operativa con l’Area consultoriale del D.C.P.

Risponde alle esigenze provinciali di ricovero ospedaliero volontario e distrettuali e provinciali di residenzialità per trattamenti psichiatrici intensivi.

Si articola in n° 4 Strutture Semplici:

- 1 – Servizio psichiatrico territoriale di Codigoro
- 2 – Servizio psichiatrico territoriale di Portomaggiore
- 3 – Servizio psichiatrico dell’ospedale del Delta
- 4 – Residenza psichiatrica per trattamenti intensivi “Franco Basaglia”

- **U.O. Salute Mentale Riabilitazione In infanzia e Adolescenza**

Ha la competenza sul territorio aziendale per tutti i problemi relativi alla salute mentale (tutela, promozione, prevenzione secondaria, diagnosi, trattamento e riabilitazione) dell’infanzia e dell’adolescenza.

Si articola in n° 4 Strutture Semplici:

- 1 – S.M.R.I.A. articolazione Distretto Ovest
- 2 – S.M.R.I.A. articolazione Distretto Centro-Nord
- 3 – S.M.R.I.A. articolazione Distretto Sud-Est
- 4 – Servizio consultazione ambulatoriale e continuita’ ospedale-territorio

e tre Moduli Funzionali:

- 1 – abuso
- 2 – adozioni
- 3 - affidi

L’Area delle Dipendenze Patologiche si compone di due strutture complesse:

- U.O. ad indirizzo clinico-terapeutico che si articola in 3 Strutture Semplici:
 - M.O. Attività Sanitarie Distretto Centro-Nord
 - M.O. Attività Sanitarie Distretto Sud-Est
 - M.O. Attività Sanitarie Distretto Ovest
- U.O. ad indirizzo socio-riabilitativo che si articola in 3 Strutture Semplici:
 - Attività Socio-riabilitative Distretto Centro-Nord e Ovest
 - Attività Socio-riabilitative Distretto Sud-Est
 - Osservatorio Epidemiologico e accreditamento istituzionale

Le UU.OO. SerT realizzano:

la corretta informazione e facilitazione dell’accesso alle prestazioni; la elaborazione dei programmi terapeutico personalizzati; agevolano gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione dei pazienti con problemi di abuso di sostanze legali e illegali; svolgono interventi di prevenzione nella scuola e sul territorio in tema di consumo di alcool e fumo.

Il SERT, pur essendo strutturalmente collocato all’interno dell’organigramma del D.S.M. D.P., sviluppa forme stabili di collaborazione e di integrazione con i Dipartimenti delle Cure Primarie. Ciò si realizza, attraverso un triplice approccio:

- il primo, attiene al realizzarsi di alcuni presupposti di natura processuale e, in particolare:

- la identificazione di una unica cornice programmatoria – il PAT di Distretto – in cui collocare i contenuti operativi sia delle alcooltossicodipendenze sia dei presidi distrettuali (C.S.M.) del D.S.M.D.P.;
 - la predisposizione di “protocolli” mediante i quali stabilire criteri comuni di presa in carico e di personalizzazione degli interventi a fronte delle situazioni caratterizzate da bisogni multi problematici (sanitari e sociali) nelle aree di intervento (minori, anziani, utenza “fragile”) su cui insistono anche i servizi distrettuali;
 - la identificazione di una figura di riferimento il cui compito consista nel tenere costanti rapporti di coordinamento con le Direzioni distrettuali.
- Il secondo approccio identifica, invece, alcuni contenuti operativi – soprattutto connotati da finalità di natura preventiva e da interdipendenze con i Servizi Sociali comunali e/o con altre amministrazioni pubbliche – per i quali il coinvolgimento dei servizi distrettuali socio sanitari appare indispensabile.

Va, infine, sottolineato come il percorso di incardinamento della struttura organizzativa del SERT all'interno del Dipartimento di Salute Mentale non può prescindere dallo sviluppo di una serie di contenuti operativi metodologici e culturali che orientino il D.S.M.D.P. verso una visione più integrata del proprio agire in termine sia progettuali che assistenziali. In particolare si tratta di mantenere e valorizzare la dimensione unitaria del lavoro delle equipe dei Sert Distrettuali per favorire l'integrazione fra le diverse professionalità che operano a livello territoriale.

Tutto ciò che attiene, inoltre alla definizione di momenti di consulenza e di supporto a favore dei M.M.G.; alla strutturazione di percorsi di continuità assistenziale fra servizi - interni ed esterni al Dipartimento - allorché si modificano le condizioni patologiche oppure si superino prefissati limiti di età; allo sviluppo di azioni volte ad intercettare i disagi di situazioni border-line in area adolescenziale e giovanile; etc..., non può prescindere dalla conquista, da parte del D.S.M.D.P., di un atteggiamento più aperto, pro-attivo, finalizzato a cogliere i margini positivi di una collaborazione coordinata, piuttosto che a riaffermare i confini stretti di una competenza esclusiva.

Questo sforzo di implementazione culturale appare utile ed opportuno – nell'ambito di un cammino comune progettato ed attuato in collaborazione con i Distretti – per far sì che la prassi operativa già maturata dal SERT ed improntata da tempo a realizzare plurimi approcci di integrazione gestionale e professionale, possa costituire un ulteriore, fecondo contributo ad un cambiamento non marginale delle prassi operative del D.S.M.D.P..

- **U.O. Psicologia Clinica**
- **U.O. Funzioni amministrative.**
- **Programma Dipartimentale di Psicologia Clinica.**

CAPITOLO 20 LA TECNOSTRUTTURA.

20.1 Il significato attribuito al termine.

Con il termine “Tecnostruttura” si fa riferimento a quella parte dell'organizzazione preposta all'esercizio di funzioni generali, trasversali all'Azienda, suddivise in aree omogenee nei settori dell'amministrazione, dei servizi tecnici, della tecnologia per la comunicazione e l'informazione (ICT).

La Tecnostruttura quindi comprende funzioni centrali, amministrative e tecniche, le funzioni amministrative dedicate all'area socio-sanitaria ed agli staff.

Le funzioni centrali, amministrative e tecniche, hanno competenza generale e producono servizi raggruppati per competenze omogenee, quali:

- la gestione acquisti e logistica; la gestione economico-finanziaria;
- le attività tecniche;
- la gestione, amministrazione e sviluppo delle risorse umane;

L'organizzazione aziendale contempla, inoltre, funzioni amministrative dell'area socio-sanitaria e degli staff complessi, quali:

- la funzione "Tecnologie delle Comunicazione e della Informazione" (I.C.T. – Information, Communication, Technology);
- gli Affari Istituzionali e gli Affari Legali;
- I Servizi Amministrativi Distrettuali;
- I Servizi Amministrativi del Presidio Ospedaliero Unico;
- I Servizi Amministrativi del Dipartimento Sanità Pubblica;
- I Servizi Amministrativi del Dipartimento Salute Mentale

20.2 Dipartimento Contratti, Logistica; Risorse Economico-finanziarie.

Il Dipartimento è istituito allo scopo di creare coordinamento ed integrazione fra funzioni amministrative complementari, raggruppate e organizzate in distinte aree per competenze omogenee:

- Area Dipartimentale "Acquisti e Logistica".
- Area Dipartimentale "Risorse economico-finanziarie".

a) Area Dipartimentale "Acquisti e Logistica"

L'area dipartimentale cura la programmazione e lo svolgimento delle procedure per l'acquisto dei beni e dei servizi, anche tramite CONSIP, Intercent-ER, in unione d'acquisto in Area Vasta; gestisce il budget trasversale per l'approvvigionamento dei beni e dei servizi; esercita funzioni di coordinamento di formalizzazione dei contratti di approvvigionamento di beni e servizi anche quando siano di competenza di altre strutture dell'organizzazione aziendale.

Cura l'esecuzione dei contratti, incluso il contratto di assicurazione ed i rapporti con le relative compagnie, la gestione del parco automezzi, dei magazzini e la tenuta degli inventari dei beni mobili nonché le procedure di dismissione; gestisce le "casse economali". L'area dipartimentale di cui sopra, negozia direttamente il proprio budget con il Direttore Generale.

L'area Contratti e Logistica è così articolata:

- **U.O. Acquisizioni beni;**
M.O. Acquisizioni beni
- **U.O. Acquisizione servizi, logistica e coordinamento contratti:**
M.O. Acquisizione servizi, gestione dei servizi logistici

L'Area è inserita con l'analoga organizzazione dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria "S. Anna" di Ferrara nel "Programma sperimentale funzionale, interaziendale degli Approvvigionamenti" che partecipa alle unioni di acquisto dell'Area Vasta Centro Emilia della Regione Emilia-Romagna.

b) Area Dipartimentale "Risorse Economico-finanziarie"

Le funzioni amministrative dell'area comprendono la redazione del bilancio annuale di previsione, gli atti di verifica periodica e le variazioni degli atti previsionali; la redazione del bilancio di esercizio e pluriennale; la gestione delle risorse economico-finanziarie, ripartita nei cicli attivi e passivi; la gestione dei rapporti con l'Istituto Tesoriere e l'istruttoria degli atti per i finanziamenti di medio e lungo periodo (mutui, leasing, ecc.); l'esercizio del controllo interno sui funzionari delegati e sugli agenti incaricati del maneggio del denaro, gli adempimenti fiscali (tenuta dei registri IVA e degli altri libri obbligatori previsti da norme e regolamenti), l'esercizio dell'attività di vigilanza sui centri incaricati della riscossione delle entrate. L'area dipartimentale di cui sopra, negozia direttamente il proprio budget con il Direttore Generale.

L'area è così articolata :

- **U.O. Programmazione, bilancio, contabilità generale:**
M.O. Bilancio, contabilità generale e fiscale
- **U.O. Gestione cicli economico-finanziari attivi e passivi.**

20.3 Dipartimento Attività Tecnico-Patrimoniali e Tecnologiche.

Il Dipartimento è istituito per creare coordinamento e sinergie nella gestione delle attività tecniche e delle tecnologie con l'amministrazione del patrimonio.

Le funzioni attribuite al dipartimento comprendono la programmazione, l'istruttoria e la gestione di tutti i servizi inerenti sia la costruzione di nuove opere pubbliche che la manutenzione ordinaria e straordinaria degli immobili e delle attrezzature tecnologiche, lo svolgimento di tutte le procedure di appalto inerenti la progettazione di opere con risorse interne e/o con acquisizione di servizi esterni, l'acquisizione, l'amministrazione, la gestione e l'alienazione del patrimonio immobiliare, nonché l'attività di manutenzione degli immobili, delle attrezzature e dell'impiantistica.

Il dipartimento è articolato in Unità operative e Moduli Organizzativi ed è dotato di un adeguato staff amministrativo a cui è attribuita l'amministrazione del patrimonio.

Le Unità Operative del Dipartimento sono:

- U.O. Programmazione, Direzione Interventi Strategici, Tecnologie Biomediche ;
- U.O. Impianti Elettrici e Speciali; Gestione Fonti Energetiche;

Sono Moduli del Dipartimento:

- M.O. Ingegneria clinica;
- M.O. Interventi edili;
- M.O. Attività amministrative da trasformare in U.O. all'atto della costituzione del Dipartimento Interaziendale.

20.4 Dipartimento Sviluppo e Amministrazione Risorse Umane.

Il Dipartimento cura la gestione, l'amministrazione, lo sviluppo e la valutazione di tutte le risorse umane, qualunque sia la natura del rapporto che lega la risorsa all'Azienda (contratto di lavoro dipendente, autonomo e/o convenzione).

Il Dipartimento è articolato nelle Unità Operative e Moduli Organizzativi di seguito specificati:

- U.O. "Sviluppo risorse umane - personale dipendente e convenzionato" organizzato nei moduli:
 - M.O. "Gestione normativa personale dipendente e convenzionato"
 - M.O. "Affari giuridici"

L'Unità Operativa valuta la dotazione complessiva in riferimento all'organizzazione dei servizi ed alle esigenze delle strutture produttive; cura le procedure di reclutamento dall'esterno e di mobilità interna delle risorse umane, di conferimento degli incarichi.

Concorre alla determinazione del budget trasversale consolidato delle risorse umane e ne controlla l'attuazione.

Applica gli istituti giuridici, i CC.CC.NN.LL. relativi ai diversi rapporti di lavoro dipendenti; cura le relazioni sindacali secondo gli indirizzi della direzione.

Istruisce i procedimenti disciplinari e gestisce il contenzioso del personale dipendente.

Gestisce i procedimenti inerenti la costituzione, lo sviluppo, la cessazione a qualsiasi titolo del rapporto di lavoro.

Cura gli adempimenti in materia di valutazione del personale appartenente alle aree della dirigenza e del comparto, fornendo il supporto amministrativo all'attività dei Collegi Tecnici; a tal fine si avvale degli atti prodotti dagli staff "Controllo di gestione", "Area Programma strategie di valutazione degli obiettivi e delle performances" (Nucleo di valutazione aziendale), dei "Collegi tecnici per la valutazione periodica della dirigenza" e dei "Collegi di valutazione per il comparto".

In particolare, il M.O "Affari Giuridici" gestisce il contenzioso aziendale, incluso l'affidamento dello stesso a legali esterni; cura i rapporti con gli avvocati designati e l'istruttoria dei casi; costituisce il supporto tecnico- legale alla Direzione circa l'opportunità o meno di una costituzione in giudizio o in ordine alla promozione o estinzione dello stesso e attività connesse;

- partecipa alle sedute dell'Ufficio Gestione Sinistri presso la Medicina Legale per la trattazione delle pratiche assicurative in franchigia e/o con rischio a totale ritenzione a carico dell'Azienda, sulla base delle relative polizze di assicurazione;
 - esperisce le azioni di recupero di somme indebitamente percepite da terzi per trattamenti pensionistici pagati, spese legali, risarcimento danni, recupero crediti derivanti da infortunio in itinere e infermità dei dipendenti per responsabilità di terzi;
 - svolge l'azione di rivalsa per spese di ospedalità imputabili al comportamento di terzi.
- U.O. "Amministrazione personale dipendente e convenzionato" è articolata in:
- M.O. "Gestione rapporto di lavoro personale dipendente e convenzionato"
 - M.O. "Gestione stipendiale personale dipendente e convenzionato"
- L'Unità Operativa applica gli accordi relativi al personale convenzionato, espleta gli adempimenti di determinazione dei trattamenti economici e pensionistici spettanti al personale, i conseguenti adempimenti assistenziali, fiscali, contributivi.

Servizio Ispettivo aziendale

Presso il Dipartimento è istituito il Servizio Ispettivo aziendale con il compito di esercitare le funzioni di controllo in via amministrativa di tutte le situazioni di incompatibilità del personale dipendente, comprese quelle in tema di espletamento dell'attività libero professionale intra ed extra muraria.

E' composto da personale dell'Area della Dirigenza rappresentativo delle diverse aree di attività presenti in Azienda.

E' collocato all'interno del Dipartimento Sviluppo e Amministrazione Risorse Umane con il quale collabora mantenendo però una posizione di assoluta autonomia collegata alla propria funzione di controllo.

CAPITOLO 21 ALTRI ORGANISMI PREVISTI DALLE NORME.

21.1 Comitato Etico-scientifico Interaziendale.

Ai fini della promozione della ricerca scientifica nel contesto delle attività aziendali, viene costituito un Comitato Etico-Scientifico interaziendale al quale partecipano sinergicamente l'Azienda USL Ferrara, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara e l'Università degli Studi di Ferrara.

Il Comitato Etico-Scientifico interaziendale agisce sulla base di linee di comportamento dettate da apposito regolamento concordato tra le Aziende Sanitarie e l'Università.

Il Comitato formula suggerimenti, raccomandazioni ed esprime pareri su fondamentali e specifiche problematiche di natura etica, con peculiare riguardo alle seguenti tematiche:

- a) ricerca biomedica: sperimentazione clinica sul paziente e consenso di quest'ultimo, secondo l'inderogabile principio dell'invulnerabilità della vita e dell'integrità psico-fisica del soggetto in esperimento;
- b) obiezione di coscienza del medico nei confronti di trattamenti sanitari che contrastino con il suo convincimento clinico o con i suoi principi morali;
- c) assistenza al paziente in condizioni terminali ed eventuali problematiche relative all'accertamento della realtà della morte ai fini del prelievo di parti del cadavere a scopo di trapianto terapeutico e, in genere, alla trapiantologia; ai trattamenti che possono incidere sulla resistenza fisica o psichica, alla rianimazione ed alla terapia intensiva;
- d) procreazione assistita, interruzione della gravidanza, manipolazione genetica, assistenza al neonato malformato;
- e) assistenza del paziente geriatrico non autosufficiente, del portatore di handicap fisico e/o psichico, del tossicodipendente, del paziente affetto da AIDS, da infermità mentale e del

paziente recluso in casa circondariale o sottoposto a misure giuridiche di limitazione della libertà personale;

- f) organizzazione e pratica attuazione dell'assistenza sanitaria con particolare riguardo al rapporto medico-paziente e paziente-struttura sanitaria, nonché sicurezza ed igiene ambientale;
- g) ogni altra problematica socio-sanitaria con riflessi etici significativi.

Nel caso di sperimentazione clinica dei farmaci, il Comitato si occupa di:

- valutare gli aspetti etici della ricerca biologica e clinica, nel rispetto delle norme di legge e delle dichiarazioni di Helsinki, Tokio, Vienna, Venezia e successive modificazioni;
- assicurare la tutela della vita, della sua qualità e della dignità del malato anche in relazione al suo diritto ad una informazione chiara e comprensibile;
- promuovere gli interessi etici delle ricerche sperimentali e cliniche connesse al crescente sviluppo delle scienze biomediche e dell'applicazione delle relative tecnologie.

La valutazione del Comitato relativa alla sperimentazione clinica considera, anche alla luce delle vigenti disposizioni di legge, aspetti di metodologia ed etica generale.

Ai fini dell'applicazione delle sperimentazioni approvate dal Comitato Etico Provinciale Interaziendale afferenti all'Azienda, è istituito il Comitato Tecnico Aziendale. Il Comitato è composto da tre Dirigenti Medici dipendenti dell'Azienda, di cui due membri ed un coordinatore, individuati dalla Direzione Generale.

Il Comitato Etico Aziendale ha il compito di rendere attuative, le sperimentazioni di competenza della AUSL di Ferrara, di volta in volta approvate dal Comitato Etico Provinciale, con particolare riguardo:

- al riconoscimento di idoneità strutturale e professionale delle Unità Operative/Sezioni candidate allo sviluppo di programmi sperimentali;
- alla verifica della copertura assicurativa;
- all'accertamento degli oneri economici richiesti per la sperimentazione, con individuazione delle spese sostenute/sostenute dai singoli Enti istitutivi;

il funzionamento del Comitato è disciplinato da un Regolamento interno approvato dalla Direzione Generale.

21.2 Comitato per la prevenzione ed il controllo delle infezioni in ambito sanitario.

In conformità con la direttiva del Ministero della Sanità ("Campagna contro le infezioni associate all'assistenza sanitaria lanciata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità", vincolata al "Global Patient Safety Challenge 2005-2006"), nonché col programma aziendale di Gestione del Rischio Clinico, è costituito un "Comitato per la Prevenzione ed il Controllo delle Infezioni contratte in ambito sanitario".

Il Comitato ha come principale finalità il contenimento delle infezioni, soprattutto in ambito nosocomiale, in considerazione del notevole impatto sulla salute dei cittadini e delle relative ricadute economiche.

Il Comitato agisce in sintonia con il documento dell'Organizzazione Mondiale della Sanità ("WHO's World Alliance for Patient Safety", con particolare riguardo per le "WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care"), strategie peraltro riproposte nel Piano Sanitario Nazionale.

Il Comitato, presieduto dal Direttore Sanitario, è coordinato dal Dirigente a cui è affidato il programma di Gestione del Rischio, che si avvale di due responsabili, rispettivamente per il Presidio Unico Ospedaliero e per le attività territoriali, e di figure professionali altamente specializzate in materia.

21.3 Commissione provinciale terapeutica del farmaco.

In conformità a quanto previsto dalla normativa della Regione Emilia Romagna, è istituita la Commissione Provinciale Terapeutica del farmaco a composizione mista con diverse

professionalità sanitarie dell'Azienda USL Ferrara e dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara.

È presieduta dal Direttore del Dipartimento Farmaceutico Interaziendale ed ha la propria sede presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara.

La Commissione Provinciale Terapeutica del farmaco, al fine di razionalizzare e qualificare l'uso del farmaco, disciplina le modalità di approvvigionamento delle preparazioni farmaceutiche e provvede alla formulazione di un elenco di specialità medicinali, di prodotti galenici e di presidi medico chirurgici da impiegare negli ospedali, nei presidi e nelle strutture delle due Aziende sanitarie.

21.4 Comitato per le pari opportunità.

In esecuzione dei CC.CC.NN.LL. delle Aree della Dirigenza Medico-Veterinaria e della Dirigenza Sanitaria, Professionale, Tecnica e Amministrativa e dell'Area Comparto, è istituito il Comitato delle Pari Opportunità.

Il Comitato è presieduto da un rappresentante dell'Azienda ed è costituito da un componente designato da ciascuna delle organizzazioni sindacali firmatarie dei CC.CC.NN.LL. e da un pari numero di rappresentati dell'Azienda. Per ogni componente effettivo è previsto un componente supplente.

Al Comitato sono attribuiti compiti di approfondimento di specifiche problematiche concernenti, in particolare, l'organizzazione del lavoro in relazione ai processi di riorganizzazione, riconversione o disattivazione delle strutture sanitarie, l'ambiente, l'igiene e la sicurezza del lavoro e le attività di formazione.

21.5 Comitati paritetici sul fenomeno del Mobbing (CfM)

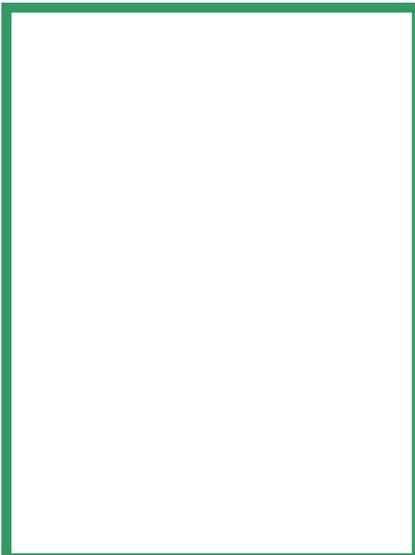
In esecuzione dei CC.CC.NN.LL. delle Aree della Dirigenza Medico-Veterinaria, della Dirigenza Sanitaria, Professionale, Tecnica, Amministrativa e dell'Area Comparto, della risoluzione del Parlamento Europeo del 20 settembre 2001, della Direttiva 2000/78/CE del Consiglio, recepita dal D. lgs. n.216/2003, sono istituiti i Comitati paritetici sindacali sul fenomeno del mobbing con la finalità di prevenire, rilevare e contrastare il fenomeno del mobbing, inteso come forma di violenza morale o psichica nei confronti dei lavoratori e delle lavoratrici. Le azioni dei CfM consistono nella individuazione delle possibili cause del fenomeno e nella formulazione di proposte sia in merito ad azioni positive per la prevenzione e repressione delle situazioni di criticità, sia in merito alla definizione dei codici di condotta, di sportelli di ascolto e l'istituzione della figura del/della consigliere/a di fiducia.

21.6 Uffici per i procedimenti disciplinari.

Presso il Dipartimento Gestione Sviluppo e Amministrazione delle Risorse Umane sono istituiti:

- l'Ufficio per i procedimenti disciplinari del personale dell'Area Comparto che svolge la propria attività integrandosi con gli Uffici Istruttori istituiti a livello di macrostrutture.
- l'Ufficio per i procedimenti disciplinari del personale dell'Area della Dirigenza Medico-Veterinaria
- l'Ufficio per i procedimenti disciplinari del personale dell'Area della Dirigenza Sanitaria
- l'Ufficio per i procedimenti disciplinari del personale dell'Area della Dirigenza Professionale, Tecnica, Amministrativa.

Il funzionamento degli uffici è disciplinato da apposito regolamento.



PARTE QUARTA

GOVERNO; GESTIONE AZIENDALE. COMMITTENZA; PRODUZIONE. LE RISORSE

CAPITOLO 22

SEPARAZIONE DELLE FUNZIONI.

- 22.1 Le funzioni di governo e di gestione.
- 22.2 Le funzioni di committenza e le funzioni di produzione.

CAPITOLO 23

GOVERNO CLINICO ASSISTENZIALE. GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO.

- 23.1 Il Governo clinico.
- 23.2 La gestione del rischio clinico.

CAPITOLO 24

LA PROGRAMMAZIONE.

- 24.1 L'Atto di coordinamento e indirizzo provinciale (triennale).
- 24.2 Il Piano per la Salute.
- 24.3 Il Piano di Zona distrettuale per la salute e per il benessere sociale (P.d.Z.).
- 24.4 Il Programma attuativo annuale (PAA).
- 24.5 Il Sistema dei Budget.
- 24.6 Il Piano degli investimenti.
- 24.7 Il bilancio economico preventivo annuale e pluriennale.
- 24.8 Il bilancio di esercizio.
- 24.9 Il bilancio di missione.

CAPITOLO 25

LA RISORSA UMANA.

- 25.1 Criteri per il conferimento di incarichi di dirigente nell'area medica, veterinaria e sanitaria non medica.
- 25.2 Criteri per il conferimento di incarichi di direzione nell'area tecnica, amministrativa, professionale.
- 25.3 Contratto individuale di lavoro dei dirigenti.
- 25.4 Incarichi conferibili a dipendenti dell'area del comparto.
- 25.5 Esercizio della libera professione.

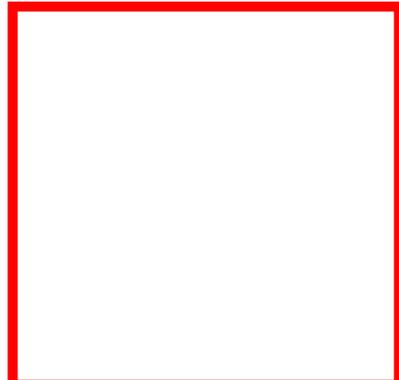
CAPITOLO 26

LE RISORSE ECONOMICHE.

- 26.1 Criteri e modalità per l'acquisizione di beni e servizi.
- 26.2 Utilizzazione del patrimonio immobiliare, mobiliare, delle tecnologie mobili e degli impianti e reti.

CAPITOLO 27

ORGANISMI DI CONTROLLO INTERNO E DI VALUTAZIONE DEI DIRIGENTI.



PARTE QUARTA

GOVERNO; GESTIONE AZIENDALE. COMMITTENZA; PRODUZIONE. LE RISORSE.

CAPITOLO 22

SEPARAZIONE DELLE FUNZIONI.

L'Azienda persegue gli obiettivi di efficienza allocativa delle risorse, appropriatezza delle prestazioni, equità di accesso ai servizi, efficacia dei servizi erogati; riserva particolare attenzione all'obbligo di trasparenza e di partecipazione dei cittadini, degli utenti e delle loro organizzazioni per favorire la valutazione dei servizi ed il loro coinvolgimento nelle scelte assistenziali.

L'attività di gestione dell'Azienda è informata a criteri di programmazione coerenti con il Piano Sanitario e Sociale Regionale, in conformità alle linee adottate dalla Conferenza Socio-Sanitaria Territoriale.

L'organizzazione dell'Azienda USL di Ferrara si ispira alla separazione delle funzioni di governo dalle funzioni di gestione da un lato, ed alla separazione delle funzioni di committenza dalle funzioni di produzione delle prestazioni dall'altro.

22.1 Le funzioni di governo e di gestione.

La distinzione fra funzioni di "Governo" o di "Gestione" deriva, sostanzialmente, dalla revisione che il D. Leg.vo 80/1998 ha apportato sia al D. Leg.vo 29/93, sia alla interpretazione ministeriale (circolare 1996) del D Leg.vo 502/92 e smi.

Dalla lettura del testo si deduce che:

- si opera una distinzione netta fra responsabilità di governo e responsabilità di gestione;
- queste ultime configurano l'impegno diretto della dirigenza pubblico amministrativa a conseguire risultati di "buona gestione e di buona amministrazione" (il cui non raggiungimento comporta l'applicabilità di sanzioni);
- tali risultati devono essere prefigurati programmaticamente;
- la funzione di "governo" spetta, invece, a coloro che ricoprono ruoli politico-istituzionali (la giunta, nei comuni; le direzioni generali nelle AUSL, pur nella distinzione fra eletti e nominati, con tutta la valenza tecnica riconosciuta a questi ultimi);
- la funzione di "governo" assorbe la "responsabilità complessiva di gestione" nei termini enunciati, riguardo al D.G., dal D. Lgvo 517/93;
- tale funzione si articola nelle fasi del processo di pianificazione/programmazione specificandolo in:
 - ✓ fase di previsione progettuale;
 - ✓ fase di indirizzo;
 - ✓ fase di controllo.
- tutto ciò che non rientra nella esplicitazione operativa delle suddette fasi, configura – per definizione negativa – la funzione e la responsabilità gestionale.

22.2 Le funzioni di committenza e le funzioni di produzione.

La funzione di committenza, interprete dei bisogni del cittadino, definisce i servizi necessari ed appropriati per rispondere ai bisogni di salute della popolazione.

E' esercitata dalla direzione di Distretto sulla base degli obiettivi/bisogni fissati nei Piani per la Salute e compatibilmente alle risorse disponibili, nei confronti di tutti i produttori dei servizi sanitari, interni ed esterni, pubblici e privati mediante la definizione degli accordi di fornitura. La stessa esegue la verifica dei risultati nei confronti di ciascun soggetto erogatore.

I Piani per la Salute selezionano i bisogni di salute prioritari in un territorio: la selezione è fatta dalle comunità locali con il supporto tecnico dell'Azienda Sanitaria e la partecipazione di associazioni, organizzazioni sindacali, terzo settore e di tutti coloro che nell'esercizio delle proprie competenze e delle proprie attività effettuano scelte che influenzano direttamente o indirettamente le condizioni di salute della popolazione, definendo un piano poliennale di azioni volte al miglioramento della salute della popolazione portate avanti da più attori.

La funzione di produzione, intesa come produzione di prestazioni e servizi, è di competenza del Presidio Unico Ospedaliero (Dipartimenti, Unità Operative Ospedaliere e Moduli Organizzativi), dei Dipartimenti delle Cure Primarie, dei Dipartimenti di Sanità Pubblica e di Salute Mentale, degli Ambulatori specialistici. Le prestazioni e i servizi possono essere acquistati anche all'esterno dell'Azienda presso soggetti sia pubblici che privati accreditati, nel rispetto della normativa vigente, in virtù di accordi di fornitura.

Tra i soggetti committenti e i soggetto erogatori accreditati si instaura un nesso di servizio pubblico che abilita un servizio o una struttura, dotato di una specifica competenza tecnico professionale, organizzativa ed imprenditoriale, qualificata sulla base di criteri e requisiti, "certificati" proprio attraverso l'accreditamento, ad erogare attività in nome e per conto del titolare del servizio pubblico.

L'accreditamento funge pertanto anche da selettore degli erogatori e rappresenta uno strumento regolatore del mercato dell'offerta dei servizi, correlata al fabbisogno assistenziale e alla domanda di interventi sociali e sanitari.

CAPITOLO 23

GOVERNO CLINICO ASSISTENZIALE. GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO.

23.1 Il Governo clinico.

Il "Governo Clinico" si esprime, in estrema sintesi, nella ricerca di quelle forme organizzative, gestionali o operative che perseguono l'obiettivo di assistere ciascun utente in modo appropriato, in termini sia clinici che organizzativi e di farlo sviluppando approcci – in ordine tanto ai processi da praticare quanto agli esiti da raggiungere – che garantiscano il massimo di qualità possibile.

Il "Governo Clinico" non si realizza se non attraverso la collaborazione sinergica fra "management" aziendale e competenza clinico-professionali diffuse all'interno delle articolazioni organizzative della AUSL..

Peraltro, se il connettersi e l'integrarsi di distinte visioni culturali e dei rispettivi punti di vista appaiono essere i presupposti indispensabili per ottenere una rilevante declinazione della modalità attraverso cui realizzare, con continuità e ampia diffusione, il "governo clinico", occorre riconoscere come l'incipit ad affrontare – in chiave di miglioramento continuo – una consistente serie di problemi ad elevata complessità clinica, organizzativa e gestionale, non può che essere dato dal vertice strategico aziendale.

Così, ad esempio, per quanto concerne:

- **l'organizzazione programmata della "offerta" di servizi e attività in rapporto alla stima di un fabbisogno assistenziale valutato come indispensabile in rapporto ad un dato bacino di utenza/target.** Solo così si evita, infatti, la moltiplicazione autarchica ed anarchica di strutture e di responsabilità dirigenziali frutto più di interessi

particolari che di una visione razionalmente standardizzata del rapporto domanda/”offerta”.

- **La moltiplicazione delle forme della integrazione gestionale e professionale.** Integrazione ad ampio spettro che comprenda tutte le necessarie interconnessioni, coordinamenti, cooperazioni: fra servizi ospedalieri e territoriali, allo scopo di garantire la continuità della assistenza; fra servizi territoriali e medici di m.m.g. per strutturare percorsi assistenziali a favore di pazienti affetti da patologie croniche; fra tutti i servizi diagnostici e terapeutici, per assicurare il massimo di efficacia alla prevenzione secondaria; fra i servizi sanitari e quelli sociali al fine di ottenere più efficacia ed efficienza nel trattamento dei bisogni multimodali; etc..
- **La strutturazione** – in omaggio alla ricerca di una sempre maggiore appropriatezza organizzativa – di forme assistenziale alternative al ricovero ospedaliero. Lo sviluppo di varie formule di presa in carico dell’utente, allo scopo di garantirgli un trattamento – diagnostico e terapeutico – organico in ambito non ospedaliero (Day service; PAC; PAF) derivano da una progettazione orientata ad una nutrita serie di specialità mediche e chirurgiche il cui “incipit” difficilmente nasce da una spontanea autorganizzazione delle Unità Operative ospedaliere..
- **Lo sviluppo della attenzione strategica** che deve essere data al “**Risk-management**” considerato come processo diffuso di identificazione preventiva dei comportamenti professionali e delle soluzioni tecnologico/ambientali che possono ridurre in misura significativa il verificarsi di eventi pericolosi e di esiti non voluti. Questo approccio ai processi che possono garantire la riduzione del rischio clinico necessita di momenti formativi e informativi, nonché di progettazioni mirate ad interventi organizzativi e strutturali che devono essere realizzati da specifiche responsabilità aziendali, autorevoli e coinvolgenti, capaci di sviluppare con incisività e ampia diffusione gli in-put metodologici e tecnici necessari per dare continuità e spessore ad una azione che va a vantaggio di tutti: utenti, professionisti e Azienda.
- La creazione dei **presupposti informativi** che consentano ai clinici (nei dipartimenti, nei N.C.P.; nel Collegio di Direzione; etc..) di valutare la congruità (alias, appropriatezza relativa) dei consumi di prestazioni – farmaceutiche; di diagnostica; di ricovero e di visite ambulatoriali – afferenti alla popolazione residente nel territorio aziendale. La misurazione di tali consumi deve essere calibrata in rapporto alla popolazione residente in ciascun comune – allo scopo di consentirne una valutazione comparativa – e confrontabile con medie significative (distrettuali, aziendali, regionali) assunte come parametri di confronto. Ovviamente i dati di consumo possono essere forniti come base di riflessione (auditing specifici) ai clinici (negli assetti organizzativi di appartenenza) solo se vengono raccolti e tabulati con sistematicità periodica da un sistema informativo aziendale adeguatamente attrezzato allo scopo.
- **La progressiva omogeneizzazione delle condizioni di accesso e di quelle assistenziali** sull’intero territorio provinciale, con riferimento, quindi sia all’AUSL che all’Azienda ospedaliera. Lasciata alla spontaneità dei servizi la situazione si caratterizza da sempre, per una forte disomogeneità. Dai criteri di richiesta di ricovero da Pronto Soccorso a quelli che connotano l’utilizzo delle lungodegenti post-acuzie; dalla presa in carico dei pazienti diabetici da parte dei M.M.G. all’accesso ai D.H. oncologici per i trattamenti post-chirurgici; etc..; la elaborazione di condizioni di uguaglianza di trattamento a parità di bisogno consegue solo alla predisposizione di protocolli che siano il frutto di una risposta tecnica richiesta dalla direzione aziendale a gruppi di progettazione composti dai clinici appartenenti sia alla AUSL che alla Azienda Ospedaliera e a servizi tanto territoriali quanto ospedalieri.
- Tutto lo sforzo, sempre più consistente, teso a sviluppare le **varie forme** della **prevenzione secondaria** (screening) e di quella **primaria** (comportamenti individuali e collettivi che riducono i fattori di rischio) può essere garantito solo attraverso una programmazione mirata (interaziendale e collegata a obiettivi di salute) che sia il frutto di un preciso orientamento strategico aziendale.

Sul fronte della prevenzione secondaria si tratta, infatti, di costituire stabilmente reti di servizi ed attività appartenenti ad entrambe le aziende e coinvolgenti professionisti sia ospedalieri che territoriali sulla base di precise modalità di gestione ed operative.

Sul versante della prevenzione primaria risulta indispensabile, invece, predisporre campagne mirate di informazione e incentivazione orientate a favorire stili di vita "sani" raggiungendo e coinvolgendo il maggior numero possibile di cittadini. Oltre a ciò occorre anche supportarli con interventi appositamente strutturati in chiave di contrasto e dissuasione (centri antifumo, ad esempio) o di stimolazione personalizzata (programmi di motricità per target di utenti affetti da particolari patologie, ad esempio).

Tutto ciò trascende completamente la capacità auto organizzativa dei singoli clinici.

- La **predisposizione dei sistemi valutativi** che consentano di oggettivizzare e di comparare le "performance" cliniche realizzate dalle varie strutture erogative e dai singoli professionisti.

La tendenza alla autoreferenzialità è molto forte. Servizi e singoli professionisti tendono, con facilità, a rappresentarsi come fornitori di prestazioni eccellenti non gradendo i confronti né esercitando con strumentazione informativa sistematizzata, qualche forma di valutazione critica.

Il sistema aziendale, per migliorarsi, deve invece stimolare il confronto – interno ed esterno - in una logica di bench – marking allo scopo di abbinare efficacia, qualità ed efficienza; ridurre i rischi e creare condizioni assistenziali sempre più attente allo sviluppo degli aspetti relazionali, di umanizzazione e di confort. Ciò presuppone che la Direzione Generale promuova la predisposizione di un segmento di sistema informativo aziendale dedicato alla elaborazione e applicazione di indicatori di qualità di performance utilizzabili tanto in sede di valutazione periodica dei processi e dei prodotti assistenziali quanto in riferimento alle selezioni concorsuali della dirigenza.

In conclusione, dalle limitate ma significative esemplificazioni sopra espresse si evince come il "governo clinico" rappresenti una funzione strategica aziendale il cui impulso nasce fundamentalmente dalla "visione di governo" (organizzativa, gestionale e operativa) espressa dalla Direzione Generale ma che può sostanziarsi in azioni concrete solo attraverso il ..coinvolgimento, in sede elaborativa, delle competenze tecnico – professionali dei clinici impegnati all'interno della organizzazione aziendale. Occorre strutturare questo coinvolgimento e renderlo penetrante e diffuso in modo tale che tutti i punti sensibili del sistema di "offerta" possano divenirne partecipi.

Se il "Collegio di Direzione", nella sua nuova veste di "organo" aziendale, è il primo depositario della esplicazione.. di un buon governo clinico, appare però necessario sfruttare tutte le opportunità - insite nella strutturazione delle forme - della "partecipazione organizzativa" (vedi sopra) al fine di sviluppare – attraverso una informazione serrata e tempestiva e un coinvolgimento in sede progettuale e applicativa - la condivisione da parte di tutti i professionisti aziendali delle idee e dei comportamenti dettati dalle linee portanti del governo clinico. Le principali modalità esplicative del governo clinico si sostanziano, poi, in una serie di procedure rappresentate dalla definizione di linee guida e protocolli basati sull'evidenza scientifica, la verifica degli "outcome", l'aggiornamento permanente, l'accreditamento istituzionale, la leadership dei dirigenti, il feedback degli utenti e la gestione del rischio.

Soccorrono l'azione di governo clinico appropriati sistemi di monitoraggio della pratica clinica, della qualità delle cure da confrontare con gli standard di qualità dell'assistenza, quali:

- **la pratica clinica basata sulle evidenze (Evidence Based Medicine);**
- **lo sviluppo di linee guida e protocolli;**
- **l'aggiornamento permanente (credito formativo) e lo sviluppo professionale continuo;**
- **l'accreditamento degli ospedali e di tutte le strutture sanitarie;**
- **il feedback del cliente (comprese le check-list e la gestione dei reclami);**

- **Lo sviluppo delle capacità di realizzare una leadership clinica;**
- **la gestione del rischio (Risk Management);**
- **l'attenzione al rispetto della privacy degli utenti.**

Le procedure di attuazione del Governo clinico sono specificate nei regolamenti dei dipartimenti ospedalieri e delle articolazioni territoriali. La Direzione Infermieristica e Tecnica, supporta il governo clinico attraverso i propri referenti professionali, ed assicura la collaborazione con i Dipartimenti e le Unità Operative e le articolazioni territoriali.

23.2 La gestione del rischio clinico.

L'esercizio dell'attività clinica comporta l'assunzione di rischi il cui manifestarsi può produrre eventi negativi sugli esiti: la gestione del rischio clinico è introdotta come strumento del governo clinico, finalizzato alla riduzione degli eventi indesiderati, prevedibili e delle conseguenze che ne derivano, quali incidenti, lesioni, malattie o morte di persone, perdite economiche derivanti da azioni legali e reclami, danno all'immagine aziendale o alla reputazione professionale.

L'attuazione delle procedure di gestione del rischio clinico, contestualmente e ad integrazione delle procedure di governo clinico, prevede l'analisi delle criticità, anche utilizzando le esperienze derivanti dall'andamento del contenzioso, l'implementazione delle procedure di Incident Reporting, anche in collaborazione con l'Agenzia Sanitaria Regionale, la rielaborazione e l'omogeneizzazione, a livello dipartimentale, della modulistica inerente l'acquisizione del consenso, la cartella clinica e la lettera di dimissione, la formazione del personale medico e infermieristico, l'allestimento di linee-guida, protocolli e algoritmi nelle procedure organizzative, diagnostiche e terapeutiche, con integrazioni multidisciplinari, il monitoraggio e il controllo delle infezioni ospedaliere, la prevenzione delle complicanze infettive correlate alle pratiche assistenziali.

Sono previsti programmi aziendali di prevenzione del rischio legato al farmaco attraverso la prevenzione degli errori di terapia, l'adozione nelle strutture ospedaliere di metodi di ricerca per la rilevazione dell'entità e della tipologia degli errori farmacologici, l'adozione della prescrizione informatizzata, l'attivazione di sistemi di preparazione centralizzata e la distribuzione personalizzata.

Nell'ambito del più generale sviluppo di una effettiva partnership con il paziente nella valutazione congiunta di rischi e vantaggi dei trattamenti e della collaborazione con le organizzazioni collettive, quali il Tribunale dei Diritti del Malato e di organismi aziendali come i Comitati Consultivi Misti, ha inoltre carattere prioritario lo sviluppo da parte dell'Azienda della funzione di mediazione, inclusa la capacità di condurre attività di conciliazione precoce del contenzioso.

Il programma di gestione del rischio clinico integra le procedure di governo clinico e Gestione del Rischio.

L'organizzazione della funzione gestione del rischio è ricompresa nella "Medicina legale" in Staff alla Direzione Sanitaria.

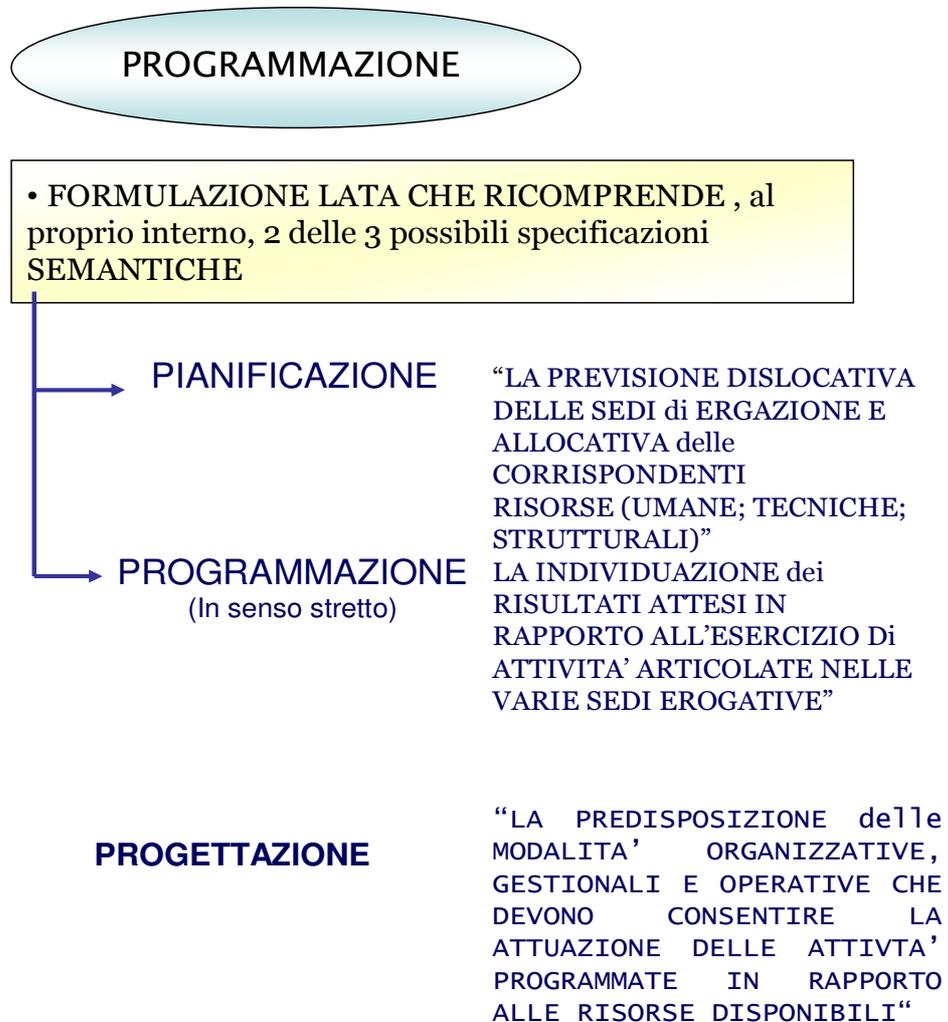
CAPITOLO 24 LA PROGRAMMAZIONE.

La funzione programmatoria rappresenta il cuore strategico della responsabilità di governo definendone gli obiettivi di fondo nel medio e lungo periodo e sviluppando quella declinazione operativa che a tali obiettivi deve dare concretezza.

Affinché meglio si comprenda la rilevanza della funzione programmatoria è opportuno distinguerla concretamente in tre articolazioni: pianificazione; programmazione in senso stretto e progettazione.

Si intende per:

(segue schema)

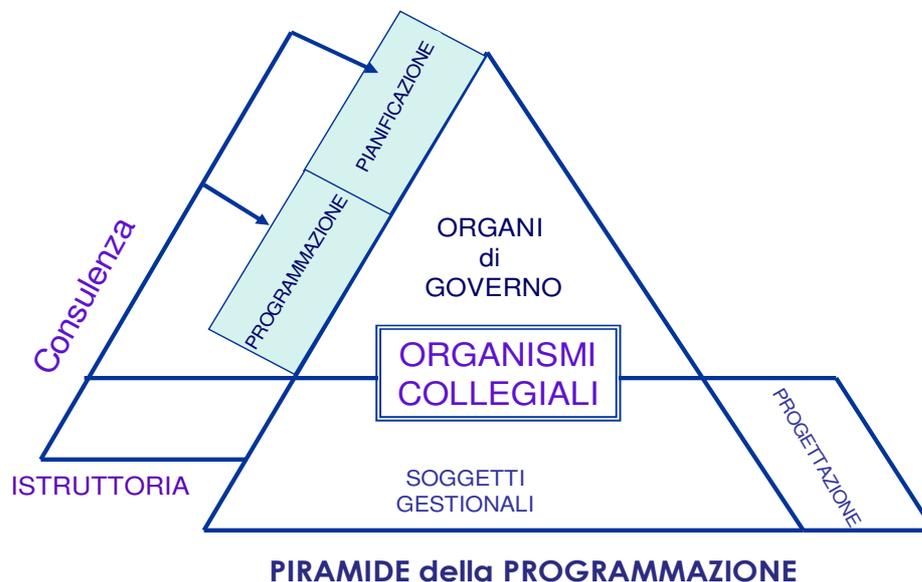


Si colloca nell’AREA delle **COMPETENZE GESTIONALI**

Pianificazione e programmazione in senso stretto attengono alla responsabilità di “governo”; al contrario, la progettazione si colloca nell’area delle competenze gestionali

Lo sviluppo complessivo della funzione dà luogo ad un concorrere di responsabilità sia di “governo”, sia gestionali che viene chiaramente esplicitata nella sottostante figura: La piramide della programmazione (in senso lato):

- CIO' NON TOGLIE CHE ALLA CONCRETA ESPLICAZIONE della PIANIFICAZIONE/PROGRAMMAZIONE CONCORRANO – IN FASE ISTRUTTORIA e PROPOSITIVA – “ SOGGETTI” GESTIONALI RIMANENDO, COMUNQUE AGLI “ORGANI di GOVERNO” LA COMPETENZA DECISIONALE.



Naturalmente, la definizione dei contenuti dei diversi livelli di programmazione deve discendere dal dipanarsi di quella ricca serie di coinvolgimenti, confronti, integrazioni, elaborazioni comuni, etc... che connotano, abbiamo visto, i caratteri fondamentali della partecipazione organizzativa.

Altra premessa essenziale per poter garantire l'esercizio corretto di una buona funzione programmatoria consiste nel saper garantire il **massimo di coerenza** fra i **vari prodotti** di programmazione. Ne esistono, infatti, nella dimensione locale (Aziendale e non solo) in misura assai consistente e per poter assicurare un quadro programmatorio organico è necessario che, per larghissima parte, i singoli contenuti si fondino, si sommino, si integrino, siano frutto di sintesi e di complementarietà, si articolino in specificazioni di dettaglio contenutistico e temporale.

Le tipologie della programmazione locale sono contenute nelle normative nazionali (D.Leg.vo 229/99 e Lg 328/2000) e regionali (L.R. 50/94) fino a giungere al recentissimo schema del futuro “Piano sociale e sanitario regionale”.

In estrema sintesi, tali tipologie sono:

24.1 L’Atto di coordinamento e indirizzo provinciale (triennale).

Costituisce il quadro di riferimento per la programmazione distrettuale.

Tale atto:

- raccorda i diversi livelli di programmazione (regionale, provinciale, aziendale e distrettuale);
- raccorda i diversi strumenti e i diversi ambiti di pianificazione locali (PdZ, PPS, Agenda 21, PTCP...);
- adotta le indicazioni strategiche, incluse quelle attualmente contenute nel Piano Attuativo Locale (PAL), sull’Area dei servizi socio sanitari e sanitari territoriali, ferma restando la responsabilità dell’Azienda USL nelle scelte sull’offerta della rete dei servizi sanitari;
- indica gli ambiti dell’integrazione, compresa l’area della non autosufficienza;
- fornisce, nel quadro degli obiettivi regionali approvati annualmente dall’Assemblea legislativa regionale, indirizzi e strumenti di coordinamento, monitoraggio e valutazione anche in relazione ai contenuti socio assistenziali della programmazione di ambito distrettuale.

24.2 Il Piano per la Salute.

Definisce i profili di salute della popolazione a livello sia provinciale che si ambito distrettuale.

Entrambe le tipologie programmatiche sopra citate vengono approvate dalla “Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria”, che si caratterizza in ragione di ciò, come organo istituzionale di “governo” della Salute. Gli è affidato infatti, in particolare, il compito di assicurare la interazione e la coerenza fra l’atto di coordinamento e indirizzo e i “Piani per la Salute” assumendo come presupposto che questi ultimi siano uno strumento di “Politica di Salute”, perciò generale e di ampio respiro, che si colloca a monte rispetto agli altri strumenti di “politica dei servizi” (le singole programmazioni sanitarie socio sanitarie e sociali, dei servizi)

24.3 Il Piano di Zona distrettuale per la salute e per il benessere sociale (PdZ).

Ha durata triennale; costituisce il Piano sociale di zona rafforzandone il raccordo con il Piano per la salute in quanto:

- fa riferimento, per l’ambito sociale e socio-sanitario, al Profilo di comunità elaborato nel Piano per la Salute, comprensivo dell’analisi dei bisogni della popolazione del territorio;
- Individua, in coerenza con l’atto triennale della CTSS, le priorità strategiche di salute e di benessere sociale nelle diverse aree d’intervento: sociale; sociosanitaria, compresa l’area della non autosufficienza, sanitaria relativa ai servizi territoriali;
- definisce la programmazione finanziaria triennale relativa agli interventi sociali, sociosanitari e sanitari;
- specifica le integrazioni, e i relativi strumenti, con le politiche che concorrono a realizzare gli obiettivi di benessere sociale e salute individuati

24.4 Il Programma Attuativo Annuale (PAA).

Costituisce la declinazione annuale del Piano di zona distrettuale per la Salute e il benessere sociale sostituendo gli strumenti attualmente utilizzati (e cioè il Programma attuativo del piano sociale di zona, il Programma delle attività territoriale (PAT) del Distretto, il Patto per il Piano per la Salute):

- Specifica gli interventi di livello distrettuale in area sociale, sociosanitaria, compreso il Piano annuale delle attività della non autosufficienza e sanitaria;
- Individua le specifiche risorse che Comuni, AUSL/Distretto; Provincia, impegnano per l'attuazione degli interventi;
- Approva progetti o programmi specifici d'integrazione con le politiche educative, della formazione e lavoro, della casa, dell'ambiente, della mobilità.

Il Programma attuativo annuale viene approvato tramite Accordo di Programma sottoscritto anche dai soggetti responsabili sul territorio di specifici interventi o programmi operativi che concorrono al raggiungimento degli obiettivi di salute e benessere.

In questo disegno – provinciale e distrettuale – previsto del “Piano Regionale sociale e sanitario” si interconnettono programmazioni triennali (“atto di coordinamento e indirizzo”; P.P.S.; piano di zona per la salute e per il benessere sociale) con una sola programmazione annuale, distrettuale (il Programma attuativo Annuale) che figura come sintesi integrata e coerente di tutto ciò che i macro – processi triennali hanno preliminarmente delineato.

E' evidente che la elaborazione tecnica di tali processi/prodotti programmatori si sviluppa nel solco già tracciato dai precedenti P.d.Z., PAT, P.P.S. confermando la costituzione di “tavoli di lavoro tecnici integrati” cui afferiscono dirigenti e professionisti provenienti sia dai servizi AUSL, sia comunali che del 3° settore (o di altre amministrazioni e soggetti non istituzionali, come nel caso dei P.P.S.).

Nel Piano Regionale, anche in ordine agli strumenti della programmazione, si contempla – peraltro, uno sforzo semplificativo, riconducendo la congeria degli ambiti tecnico/istruttori con una sintesi organico e organizzata per il tramite dei “**nuovi uffici di Piano**”. Tale struttura è costituita sulla base di una **convenzione** tra i **comuni di ogni ambito distrettuale e l'AUSL** e ricomprende le funzioni già proprie dell'Ufficio di Piano dei P.d.Z. Oltre a svolgere anche una nutrita serie di nuovi compiti; quali:

- a) Attività istruttoria, di supporto all'elaborazione e valutazione della programmazione in area sociale e socio sanitaria (Piano di zona distrettuale per la salute e per il benessere sociale, e Programmi attuativi annuali comprensivi del Piano della attività per la non autosufficienza);
- b) Attività istruttoria e di monitoraggio per la definizione di regolamenti distrettuali sull'accesso e sulla compartecipazione degli utenti alla spesa;
- c) Attività istruttoria e di monitoraggio per la costituzione delle ASP;
- d) Gestione delle attività attuative della programmazione sociale e socio sanitaria:
 - Utilizzo delle risorse, monitoraggio e verifica in itinere dei risultati del Piano annuale per la non autosufficienza e dell'equilibrio del Fondo distrettuale per la non autosufficienza;
 - Gestione e monitoraggio delle risorse per l'attuazione in forma associata dei Programmi finalizzati, e per la gestione di alcuni servizi comuni, nella prospettiva della costituzione del Fondo sociale locale;
 - Gestione dei rapporti con i fornitori, pubblici e privati, comprese le ASP;
 - Gestione di progetti integrati sociosanitari e con altre politiche (funzione di raccordo per inserimento lavorativo disabili e fasce deboli, figura di sistema nell'area minori....);
 - Raccordo e utilizzo delle rilevazioni sulla domanda e sull'offerta (anche con riferimento all'attività degli sportelli sociali);
 - Definizione e gestione di percorsi di formazione comuni tra i servizi della zona

L'AUSL si trova, quindi impegnata nel garantire il costituirsi dei nuovi processi programmatori (in particolare, il PAA, che assorbe anche il PAT e i contenuti progettuali di Distretto del P.P.S.) e nell'essere parte pro-attiva nel creare e regolare il funzionamento del "nuovo ufficio di Piano".

Peraltro, in tutto ciò **non si esaurisce la responsabilità pianificatoria, programmatica e progettuale della Azienda USL di Ferrara.**

Le compete, infatti, garantire altri **due prodotti** che sono istituzionalmente essenziali al suo sviluppo e alla sua gestione.

Il primo, deve elaborare il disegno ri-organizzativo e allocativo della "offerta" (tipologica e quantitativa) dei servizi – ospedalieri e territoriali – in una prospettiva poliennale (3/5 anni) definendo, in tal modo, uno scenario di fondo che funge da "piano regolatore" delle condizioni strutturali dell'assistenza. Il **PAL** viene predisposto da una commissione tecnica inter-aziendale (AUSL e Az. Ospedaliera) allo scopo di costruire insieme linee integrate di evoluzione del sistema provinciale di "offerta" dei servizi e delle attività ospedaliere.

Il PAL è approvato dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria.

Il secondo prodotto fornisce il supporto di contenuto programmatico alla previsione annuale di bilancio.

Contempla tutti quegli interventi, attività, relazioni organizzative e gestionali, condizioni operative vecchie e nuove la cui valorizzazione finanziaria sottende il "bilancio di previsione".

Il "**Piano annuale delle attività aziendali**"(PAAA) rappresenta, peraltro, la sintesi – a dimensione di AUSL - dei contenuti programmatori previsti per la parte sanitaria e socio-sanitaria a carico della AUSL – dai "Programmi attuativi annuali" di ogni, singola dimensione distrettuale.

Anche il PAAA viene approvato dalla "Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria".

E' del tutto ovvio come le programmazioni annuali – sia di Distretto (PAA), sia Aziendali (PAAA) – debbano garantire un duplice, ulteriore approccio integrato e coerente: con le linee poliennali del PAL, da un lato, e il "particolare" di ciascun prodotto distrettuale e il complessivo della dimensione aziendale, dell'altro.

24.5 Il sistema dei budget.

E' l'insieme degli strumenti con cui la Direzione negozia e assegna obiettivi e risorse ai Centri di responsabilità, formula il programma annuale delle risorse impiegate per espletare le attività e per raggiungere gli obiettivi previsti per il periodo di riferimento. Il documento che riassume il risultato della negoziazione dei budget delle articolazioni aziendali e dei dipartimenti costituisce un allegato del bilancio economico di previsione.

24.6 Il Piano degli investimenti.

E' il documento che raccoglie gli atti della programmazione, sulla base di un programma triennale e dei suoi aggiornamenti annuali:

a) dei lavori straordinari sugli immobili e delle opere pubbliche da realizzare (programma degli investimenti in opere pubbliche ex art. 128 D Lgs 163/06);

b) degli acquisti di beni mobili e attrezzature di uso durevole, necessari per assicurare la conservazione del patrimonio strumentale e lo sviluppo del parco tecnologico delle attrezzature sanitarie.

Il processo di programmazione è sostenuto da un'efficace attività di comunicazione interna volto a far conoscere le strategie perseguite in coerenza con la programmazione degli obiettivi, a cui partecipa il Collegio di Direzione.

24.7 Il bilancio pluriennale di previsione e il Bilancio economico preventivo.

Il Bilancio pluriennale di previsione esprime in termini economico-finanziari e patrimoniali le scelte operate nel piano programmatico dell'Azienda evidenziando in particolare gli investimenti e la loro copertura finanziaria; ha la durata del piano programmatico, in conformità al quale è redatto ed a cui deve riferirsi per la formulazione dei valori aziendali.

Il Bilancio economico preventivo esprime analiticamente il risultato economico dell'Azienda previsto per il successivo anno solare. E' redatto conformemente al Bilancio pluriennale di previsione, deve essere formulato in base allo schema di Bilancio obbligatorio approvato dalla Regione. E' corredato da una relazione illustrativa del Direttore Generale, che ne costituisce parte integrante.

24.8 Il bilancio di esercizio.

Rende conto della gestione economico-patrimoniale e finanziaria.

La gestione economica, patrimoniale e finanziaria dell'Azienda USL di Ferrara è informata ai principi previsti dal Codice Civile in materia di contabilità e bilancio. Il Bilancio di Esercizio è sottoposto al parere obbligatorio della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria

24.9 Il bilancio di missione.

Risponde alle esigenze conoscitive dei diversi interlocutori, a cui rende conto del perseguimento degli obiettivi di salute assegnati all'Azienda in termini di trasparenza dell'azione e dei risultati in modo accessibile, trasparente e valutabile.

Lo strumento è stato introdotto per migliorare e ampliare la funzione del bilancio, non più e non solo limitata alla visione economica della gestione, ma anche estesa ed attenta alla valutazione della responsabilità, al funzionamento dell'Azienda, alla visione strategico-organizzativa per riorientare i processi di pianificazione, programmazione e controllo, all'efficacia della comunicazione.

Il bilancio di missione viene presentato sia alla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria che alla Regione..

CAPITOLO 25 LA RISORSA UMANA.

La risorsa umana rappresenta il fattore di successo della missione aziendale. I dirigenti sono titolari della gestione e rispondono dell'uso delle risorse loro affidate con il budget.

25.1 Criteri per il conferimento di incarichi di dirigente nell'area medica, veterinaria e sanitaria non medica.

a) Incarichi di struttura complessa

Rivestono natura di incarichi di struttura complessa gli incarichi di:

- Direttore di Dipartimento;
- Direttore del Presidio Unico Ospedaliero;

- Direttore di Distretto;
- Direttore di Unità Operativa.

L'incarico di DIRETTORE DI DIPARTIMENTO è conferito per un periodo di tre anni ad un Direttore di struttura complessa nominato dal Direttore Generale, entro una terna di candidati indicata dal Comitato di Dipartimento, con scelta motivata e secondo criteri predefiniti nello specifico regolamento da approvarsi con le modalità previste dalla contrattazione collettiva.

L'incarico di DIRETTORE DEL PRESIDIO UNICO OSPEDALIERO è conferito dalla Direzione Aziendale per un periodo di tre anni ad un Dirigente medico di struttura complessa in possesso di specifiche attitudini di managerialità atte ad assumere funzioni di coordinamento e di raccordo interdipartimentale e responsabilità complessive riguardo le linee produttive nonché l'integrazione dei percorsi clinico-assistenziali.

L'incarico di DIRETTORE DI DISTRETTO è conferito ad un Dirigente che abbia maturato una specifica esperienza nei servizi territoriali e un'adeguata formazione nella loro organizzazione oppure ad un medico convenzionato da almeno dieci anni ovvero ad un dirigente di struttura complessa del Servizio sanitario nazionale con esperienza almeno quinquennale. Nel conferimento dell'incarico dovranno essere valutate adeguatamente le capacità di relazione nei confronti degli Enti Locali. L'incarico ha durata di tre anni.

L'incarico di DIREZIONE DI UNITA' OPERATIVA delle Aree Medica, Veterinaria e Sanitaria non medica, è conferito dal Direttore Generale con le modalità previste dall'art. 15-ter del D. Lgs n. 502/92 e s.m.i., dal DPR 10 dicembre 1997, n° 484, dalla Legge della Regione Emilia-Romagna 23 dicembre 2004, n° 29, nonché dalle linee di indirizzo approvate con delibera di Giunta Regionale n. 1722 del 16/11/2007, sulla base di una terna di candidati selezionati fra i soggetti dichiarati idonei dalla Commissione prevista dalla normativa suddetta.

Gli incarichi di direzione di struttura complessa sono conferiti solo ai Dirigenti con rapporto di lavoro esclusivo e per un periodo di cinque anni.

b) Incarichi di struttura semplice

Gli incarichi di responsabilità di struttura semplice dell'Area Sanitaria, Medica e Veterinaria, sono conferiti dalla Direzione Generale per un periodo di tre anni ai Dirigenti, dopo cinque anni di servizio a tempo indeterminato, previa valutazione positiva.

L'incarico è conferito con atto della Direzione Aziendale su proposta del Direttore dell'Unità Operativa di appartenenza. La proposta dovrà evidenziare anche, in riferimento all'eventuale presenza di più candidati, le attitudini funzionali e le capacità professionali del singolo Dirigente sia in relazione alle conoscenze specialistiche nella disciplina di competenza, sia all'esperienza già acquisita in precedenti incarichi svolti, anche in altre aziende o esperienze documentate di studio e ricerca, nonché le precedenti valutazioni del Collegio Tecnico oltre all'eventuale espletamento di altri incarichi.

All'atto della proposta di conferimento dell'incarico, il Direttore proponente deve precisare altresì la natura e le caratteristiche dell'incarico da espletare, nonché gli obiettivi specifici da realizzare nel periodo di validità del contratto.

Costituisce criterio preferenziale nel conferimento dell'incarico il rapporto di lavoro esclusivo.

L'incarico è conferito con l'assenso del Dirigente che deve sottoscrivere il contratto entro il termine massimo di trenta giorni.

c) Altri incarichi non comportanti la direzione di struttura

Posso inoltre essere attribuiti altri incarichi non comportanti direzione di struttura, quali:

- incarichi di natura professionale, anche di alta specializzazione;
- incarichi della direzione di programmi;
- incarichi della direzione di aree di programma;

- incarichi della direzione di progetti (a termine);
- incarichi di coordinamento di funzioni.

Nel conferimento degli incarichi di cui al precedente comma si opera con le medesime modalità previste per gli incarichi di direzione di struttura con esclusione del criterio della preferenza da accordarsi al rapporto di lavoro esclusivo.

Oltre a quelli sopradescritti, sono conferibili incarichi dirigenziali per periodi da due a cinque anni con le modalità previste dall'art.15-septies, commi 1 e 2 del D. Lgs n. 502/92 e successive modificazioni.

25.2 Criteri per il conferimento di incarichi di direzione nell'area tecnica, amministrativa, professionale.

a) Incarichi di struttura complessa

Per quanto attiene all'area Amministrativa, Tecnica e Professionale possono essere attribuiti i sotto elencati incarichi di direzione:

- Direttore di Dipartimento;
- Direttore di Distretto;
- Direttore di Unità Operativa.

L'incarico di DIRETTORE DI DIPARTIMENTO e di DIRETTORE DI DISTRETTO segue le norme previste per la dirigenza sanitaria.

L'incarico di DIRETTORE DI UNITÀ OPERATIVA è conferito dal Direttore Generale ai dipendenti in possesso di esperienza professionale non inferiore a cinque anni ovvero, fatti salvi i processi di mobilità di dirigenti di altre Aziende o di Enti pubblici in possesso dei requisiti richiesti e della medesima esperienza, a dipendenti dirigenti con un'anzianità di almeno tre anni nella qualifica dirigenziale congiunta al possesso di certificati di frequenza a "Master di 2° livello" a specifico orientamento manageriale in ambito sanitario, di durata biennale, rilasciati da Università Statale o legalmente riconosciuta o dalle Regioni ovvero congiunta al possesso di certificati di frequenza ad altri corsi di formazione a contenuto manageriale di durata almeno biennale. Detti corsi dovranno essere svolti prima del conferimento dell'incarico stesso. Il Dirigente deve aver superato positivamente la verifica anticipata del Collegio Tecnico.

L'incarico di struttura complessa è conferito per un periodo di 5 anni.

b) Incarichi di struttura semplice

L'incarico di responsabile di struttura semplice è conferito dalla Direzione Generale,

per un periodo di tre anni, su proposta del Direttore dell'U.O. di appartenenza, al Dirigente in possesso dei previsti requisiti normativi e professionali nonché attitudini personali, sia in relazione alle conoscenze specialistiche nella disciplina o professione di competenza, sia all'esperienza già acquisita in precedenti incarichi svolti anche in altre aziende o esperienze documentate di studio, ricerca ecc., dei risultati conseguiti in rapporto agli obiettivi assegnati nonché alle valutazioni riportate.

All'atto della proposta di conferimento dell'incarico, il Direttore proponente deve precisare altresì la natura e le caratteristiche dell'incarico da espletare, nonché gli obiettivi specifici da realizzare nel periodo di validità del contratto.

c) Incarichi non comportanti direzione di struttura

Oltre a quelli sopradescritti, sono conferibili incarichi dirigenziali per periodi da due a cinque anni con le modalità previste dall'art.15-septies, commi 1 e 2 del D. Lgs n. 502/92 e s.m.i. Vale quanto previsto per la dirigenza sanitaria.

25.3 Contratto individuale di lavoro dei dirigenti.

All'atto di affidamento degli incarichi anzi descritti e ad integrazione del contratto individuale di lavoro il dirigente sottoscrive specifico contratto integrativo che deve prevedere :

- la tipologia di incarico;
- gli obiettivi generali e specifici da conseguire;
- la durata dell'incarico;
- le modalità di effettuazione delle verifiche e i soggetti deputati alle stesse;
- il trattamento economico corrispondente all'incarico conferito;
- la sede di destinazione.

Nel caso di conferimento di struttura complessa o di incarico ai sensi dell'art.15-septies, co. 1 e 2 D.Lgs.502/92 e s.m., il conferimento dell'incarico coincide con la sottoscrizione del contratto individuale di lavoro stesso, entro i termini di legge e previa informativa alle OO.SS..

Annualmente la Direzione potrà integrare o modificare gli obiettivi già assegnati ai dirigenti in relazione ai piani programmatici aziendali o a particolari ed urgenti necessità sopravvenute.

25.4 Incarichi conferibili a dipendenti dell'area del comparto.

Al personale dell'area del comparto sono conferibili gli incarichi previsti dalla contrattazione collettiva del Comparto denominati "Incarichi di posizione organizzativa" e "Incarichi di coordinamento".

a) Incarichi di posizione organizzativa

Gli Incarichi di posizione organizzativa di tipo gestionale sono conferibili a dipendenti in possesso di requisiti di inquadramento in categoria D da almeno due anni, anzianità di servizio a tempo indeterminato di almeno cinque anni in categoria C/D che svolgono la funzione di coordinamento da almeno un anno (solo per l'area sanitaria).

Gli Incarichi di posizione organizzativa di tipo professionale sono conferibili a dipendenti in possesso di requisiti di inquadramento in categoria D ed anzianità di servizio a tempo indeterminato di almeno 10 anni in categoria C/D.

b) Incarichi di coordinamento

Gli incarichi sono conferibili a dipendenti in possesso dei requisiti professionali e di anzianità previsti dalla Legge 1 febbraio 2006 n. 43.

25.5 Esercizio della libera professione.

I Regolamenti attuativi relativi allo svolgimento dell'attività libero-professionale intramuraria delle aree dirigenziali e dell'area del comparto sono state adottati dall'Azienda USL con deliberazioni:

- n. 841 del 22/05/2002 "Regolamento aziendale delle attività libero-professionale del personale dirigente";
- n. 1087 del 10/07/2002 "Accordo aziendale dell'attività libero-professionale del personale dell'area comparto".

Il Collegio di Direzione formula proposte in materia di libera professione riguardanti specificatamente gli obiettivi inerenti:

il superamento delle liste di attesa; il miglioramento continuo della qualità delle prestazioni e dei servizi e dell'efficienza generale del servizio; la definizione del rapporto che deve intercorrere fra l'attività istituzionale e l'attività svolta in libera professione; i rapporti fra le diverse tipologie di attività professionali; l'utilizzo degli spazi e degli studi professionali;

l'impiego e la remunerazione dei costi di ammortamento delle dotazioni strumentali e delle risorse umane impiegate; l'individuazione di strumenti e modalità per il monitoraggio costante di tali attività; le modalità e le condizioni di attuazione dell'attività e le responsabilità e le tutele assicurative.

Presso il "Dipartimento Sviluppo e Amministrazione Risorse Umane" è istituito l'"Ufficio Libera Professione" con compiti di supporto tecnico alla Direzione sanitaria aziendale e al Collegio di Direzione nella formulazione di soluzioni organizzative per la gestione dell'attività libero professionale.

CAPITOLO 26

LE RISORSE ECONOMICHE.

Le risorse economico-finanziarie aziendali sono rappresentate prevalentemente da trasferimenti di quota-parte del Fondo Sanitario Regionale a destinazione indistinta ovvero vincolata alla realizzazione di progetti o programmi specifici di attività, di norma definiti nel Piano Sanitario Nazionale o in quello Regionale. Nell'ambito delle risorse finanziarie regionali, particolare rilevanza assume il Fondo Regionale per la non autosufficienza.

Le risorse del Fondo Regionale per la non autosufficienza sono destinate al finanziamento di servizi e prestazioni per le persone disabili, non autosufficienti, per il raggiungimento di un elevato grado di integrazione sociale e sanitaria. Tali risorse sono assegnate all'Azienda USL di Ferrara e distribuite tra i Distretti secondo definiti criteri di riparto approvati dalla Conferenza Socio-Sanitaria Territoriale e finalizzati all'equilibrio dell'offerta provinciale rispetto al fabbisogno.

Alle risorse predette si aggiungono i ricavi direttamente percepiti dall'Azienda per le quote di compartecipazione alla spesa a carico dei cittadini, i ricavi per prestazioni sanitarie erogate a favore di cittadini non residenti nel territorio dell'Azienda, i ricavi per le prestazioni a pagamento e per le entrate derivanti dalla gestione del patrimonio da reddito, i ricavi per sanzioni, ecc..

26.1 Criteri e modalità per l'acquisizione di beni e servizi.

L'acquisizione di beni e servizi, tesa alla razionalizzazione dei processi, è principalmente garantita attraverso le diverse forme di collaborazione tra le Aziende, quali le unioni d'acquisto nell'ambito dell'area vasta stabilita dalla Regione e attraverso le convenzioni stipulate dalla Agenzia Intercent-Er ai sensi della legge regionale dell'Emilia Romagna n. 11/2004 "Sviluppo Regionale della società dell'informazione".

Al fine di garantire la più ampia correttezza ed efficienza nell'acquisizione dei materiali e delle tecnologie nell'ambito del percorso assistenziale, i processi di acquisizione devono vedere coinvolti gli esperti utilizzatori finali.

26.2 Utilizzazione del patrimonio immobiliare, mobiliare, delle tecnologie mobili e degli impianti e reti.

Per lo svolgimento dell'attività istituzionale e per la erogazione di prestazioni sanitarie l'Azienda USL di Ferrara utilizza il proprio patrimonio, costituito da beni mobili e immobili, che ai sensi dell'art. 828 comma 2 del C.C. formano il patrimonio indisponibile.

Gli atti di trasferimento a terzi di diritti reali su beni immobili sono soggetti ad autorizzazione della Regione, sulla base di un analitico programma di riqualificazione dei servizi sanitari.

Il corretto uso del patrimonio aziendale è affidato ai dirigenti con l'inventario dei consegnatari dei beni immobili, mobili e delle attrezzature tecnologiche da redigersi a cura dell'Area Tecnico-Patrimoniale.

CAPITOLO 27

ORGANISMI DI CONTROLLO INTERNO E DI VALUTAZIONE DEI DIRIGENTI.

L'Azienda USL di Ferrara, nell'ambito della propria autonomia, si dota di strumenti atti a controllare la legittimità amministrativa e contabile dell'azione amministrativa (controllo interno amministrativo), verificare l'efficacia, l'efficienza, l'economicità dell'azione amministrativa al fine di ottimizzare il rapporto costi/risultati (controllo di gestione) nonché a valutare le prestazioni e la professionalità del personale (Nucleo di Valutazione e Collegi Tecnici).

Il controllo di gestione e l'attività di valutazione sono svolte da strutture che rispondono direttamente al Direttore Generale (U.O. Programmazione e Controllo di Gestione, Area Programma Strategie di valutazione degli obiettivi (Nucleo di Valutazione) nonché i Collegi tecnici.

L'attività di valutazione, pur utilizzando i risultati del controllo di gestione, è svolta da strutture e soggetti diversi da quelli cui è demandato il controllo di gestione.

Detta attività, oltre che dal Nucleo di valutazione aziendale è posta in essere da:

Collegi Tecnici per la valutazione periodica della Dirigenza che verificano le attività professionali, le prestazioni e le competenze organizzative di tutti i dirigenti ai fini dell'attribuzione o rinnovo degli incarichi e per la loro valorizzazione economica. La composizione, le modalità di svolgimento delle attività sono definite in apposito regolamento.

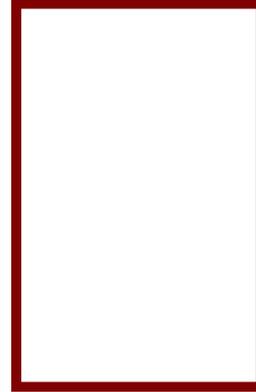
Collegi di valutazione per il Comparto che verificano le attività professionali, gestionali ed organizzative degli operatori a cui sono attribuite funzioni di Coordinamento e incarichi di Posizione Organizzativa ai fini dell'attribuzione o rinnovo degli incarichi e per la loro valorizzazione economica.

Le attività di valutazione nel loro complesso, intese come processo di analisi delle competenze raggiunte in relazione agli obiettivi professionali e gestionali attesi, si considerano leva per il miglioramento dell'organizzazione, della qualità del servizio reso nonché fattore di riconoscimento dell'apporto individuale dei professionisti. La composizione, le modalità di svolgimento delle attività sono definite in apposito regolamento.



PARTE QUINTA

L'ORGANIZZAZIONE INTERAZIENDALE E DI AREA VASTA.



CAPITOLO 28 L'ORGANIZZAZIONE INTERAZIENDALE E DI AREA VASTA.

- 28.1 Dipartimenti, Programmi e Coordinamenti Interaziendali. Le Aree Vaste.
- 28.2 Il Dipartimento Interaziendale.
- 28.3 Il Programma Interaziendale.
- 28.4 Il Coordinamento Interaziendale.
- 28.5. L'Area Vasta.



PARTE QUINTA

L'ORGANIZZAZIONE INTERAZIENDALE E DI AREA VASTA.

CAPITOLO 28

L'ORGANIZZAZIONE INTERAZIENDALE E DI AREA VASTA

28.1 Dipartimenti, Programmi e Coordinamenti Interaziendali. Le Aree Vaste.

Al fine di garantire la appropriatezza e la qualità delle prestazioni, la continuità assistenziale anche fra i diversi livelli di HUB e SPOKE e/o di realizzare economie di gestione sono sviluppate forme strutturate di integrazione e/o di coordinamento fra le attività e/o funzioni dell'Azienda Ospedaliero Universitaria, quelle della Azienda USL di Ferrara e quelle dell'Area Vasta Emilia centrale, comprendente le Aziende sanitarie delle province di Ferrara e Bologna.

Le forme di coordinamento e/o di integrazione fra funzioni dell'Azienda Ospedaliero Universitaria con quelle della Azienda USL di Ferrara sono rappresentate dai Dipartimenti Interaziendali, dai Programmi Interaziendali e dal Coordinamento Interaziendale.

Il Dipartimento interaziendale, fatta eccezione per la eventuale costituzione di quello di Emergenza-Urgenza o per la attivazione di specifiche sperimentazioni, può essere costituito solo per funzioni organizzative, gestionali e sanitarie che non coinvolgano attività cliniche di diagnosi, cura e riabilitazione; in questo ultimo caso le forme di integrazione e/o coordinamento si attuano con i Programmi ed i Coordinamenti Interaziendali.

I Dipartimenti, i Programmi ed i Coordinamenti Interaziendali possono essere attivati a seguito di decisioni assunte su base consensuale e concordata dalle Direzioni Generali aziendali, secondo le procedure definite dalla deliberazione G.R. 86/2006.

I Direttori Generali dell'Azienda USL e dell'Azienda Ospedaliero Universitaria stabiliscono di concerto con le Organizzazioni Sindacali, sentiti i Collegi di direzione delle rispettive aziende, i Dipartimenti ed i Programmi da attivare e approvano l'Atto costitutivo e regolamentare.

L'atto costitutivo ed il regolamento definiscono gli obiettivi, stabiliscono i criteri di scelta e di nomina del Direttore del Dipartimento e/o del Programma e del Comitato direttivo, le procedure per la nomina dei membri elettivi del Comitato e le norme di funzionamento.

Gli organi del dipartimento e/o programma sono disciplinati per quanto concerne individuazione, nomina, e funzionamento dal regolamento e non si discostano dagli organi indicati nel precedente paragrafo 22.1.

Il Direttore di Programma/Dipartimento interaziendale è nominato congiuntamente con atti separati dei Direttori Generali dell'Azienda USL e dell'Azienda Ospedaliero Universitaria, con scelta motivata e secondo criteri predeterminati, su base consensuale concordata e partecipa agli Uffici di direzione di entrambe le aziende.

Tali strutture integrate sono valutate al termine del periodo di sperimentazione relativamente ai loro risultati clinico - assistenziali, di gradimento per i destinatari dei servizi e per gli operatori e per le loro ricadute economiche e gestionali sulle aziende interessate.

28.2 Il Dipartimento Interaziendale.

Il Dipartimento Interaziendale è articolazione organizzativa derivante dall'integrazione delle strutture complesse, strutture semplici, dei settori operativi, appartenenti ad un ambito operativo sanitario omogeneo dell'Azienda USL di Ferrara e dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Ferrara, in un organismo unitario dal punto di vista gestionale sui cui le Direzioni Generali esercitano in modo paritetico e cooperativo il ruolo di organi di governo, programmazione e controllo, affidandone la conduzione a un Direttore unico che risponde ugualmente ad entrambe.

La costituzione del Dipartimento Interaziendale è finalizzata a sviluppare tutte le soluzioni possibili orientate ad un uso integrato delle risorse e alla loro ottimizzazione, valorizzando, nel

contempo e sulla base delle caratteristiche che lo contraddistinguono, il patrimonio professionale, tecnologico e strutturale reso disponibile dalle singole realtà organizzative delle Aziende USL e Ospedaliero - Universitaria.

Sono organi del Dipartimento Interaziendale:

- il Direttore di Dipartimento Interaziendale;
- il Comitato Direttivo di Dipartimento Interaziendale;
- l'Assemblea Generale di Dipartimento Interaziendale.

Le strutture, le specificità e competenze degli Organi, il sistema delle relazioni e le modalità organizzative del Dipartimento Interaziendale sono individuate in un apposito Atto Costitutivo e Regolamento, che devono essere approvati di intesa fra i due Direttori Generali.

28.3 Il Programma Interaziendale.

Il Programma interaziendale costituisce la forma ordinaria di coordinamento e di integrazione funzionale fra attività delle due Aziende sanitarie, laddove le attività siano garantite da Strutture Complesse presenti in entrambe le Aziende.

Nei Programmi Interaziendali possono essere aggregate funzionalmente Unità Operative e altre articolazioni organizzative già afferenti a specifici Dipartimenti ad Attività Integrata dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria o Aree Aziendali Funzionali ed articolazioni dell'Azienda USL, allo scopo di raggiungere obiettivi comuni fra le due Aziende.

La costituzione del Programma Interaziendale è finalizzata a sviluppare tutte le soluzioni possibili orientate all'uso coordinato ed appropriato dei servizi e all'ottimizzazione delle risorse impiegate, valorizzando nel contempo il patrimonio professionale, tecnologico e strutturale reso disponibile dalle singole realtà organizzative delle Aziende USL e Ospedaliero Universitaria.

Il Programma Interaziendale Sanitario si connota per l'esercizio delle funzioni di progettazione, organizzazione e implementazione, governo clinico, valutazione e controllo.

Organi del Programma Interaziendale Sanitario sono:

- il Direttore di Programma
- il Comitato Direttivo di Programma
- la Conferenza Generale di Programma.

Le specificità e competenze degli Organi, il sistema delle relazioni e le modalità organizzative dei Programmi Interaziendali sono individuate in apposito schema di Atto Costitutivo e Regolamento.

28.4 Il Coordinamento Interaziendale.

Il Coordinamento Interaziendale rappresenta la forma di coordinamento volto a favorire, per specifiche funzioni od attività non rientranti in Dipartimenti o Programmi Interaziendali, l'adozione di procedure comuni fra le due Aziende e/o la definizione dei percorsi diagnostico – terapeutici e riabilitativi, la appropriatezza e la programmazione delle prestazioni.

E' prevista la identificazione di un Referente di ogni Coordinamento Interaziendale.

Il sistema delle relazioni e le modalità organizzative dei Coordinamenti Interaziendali, nonché la loro durata, sono individuate in apposito schema di Atto Costitutivo e Regolamento.

Sono stati costituiti al momento:

- il Dipartimento interaziendale - Farmaceutico;
- il Dipartimento interaziendale - Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale (SPPA);
- il Programma interaziendale - Approvvigionamenti;
- il Programma interaziendale - Geriatria e Lungodegenza;
- il Programma interaziendale – Oncologia.

28.5 L' Area Vasta.

L'integrazione interaziendale attraverso le Aree Vaste si realizza per raggiungere ulteriori obiettivi di efficienza, qualità ed appropriatezza nel SSR sia nel campo delle funzioni amministrative e tecnico - logistiche di supporto alla funzione sanitaria, sia nella organizzazione e gestione dei servizi sanitari.

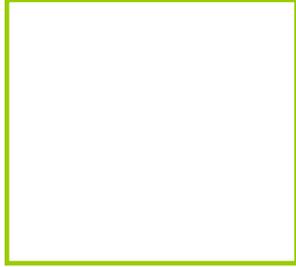
L'Azienda USL e l' Azienda Ospedaliero - Universitaria di Ferrara partecipano all'Area Vasta Emilia centrale, comprendente le Aziende sanitarie delle province di Ferrara e Bologna.

L'Area Vasta persegue obiettivi di:

- coordinamento delle funzioni di approvvigionamento di beni e servizi e ricerca di soluzioni innovative per la loro acquisizione, nell'ottica di conseguire economie di scala, di procedura, di qualità e di riduzione della variabilità;
- studio per la realizzazione di forme unificate interaziendali nell'ambito della logistica e dei servizi amministrativi e tecnico professionali;
- sviluppo di strategie e di percorsi di omogeneizzazione – razionalizzazione dell' ICT;
- programmazione integrata delle funzioni HUB & SPOKE e delle alte tecnologie per le funzioni con bacino ottimale di dimensioni superiori a quelle della popolazione di una singola Azienda e sviluppo del modello delle "reti cliniche integrate";
- miglioramento della accessibilità ai servizi ed alle tecnologie sanitarie.

La natura dell'Area Vasta Emilia centrale, nonché l'oggetto e gli eventuali organi saranno disciplinati con lo specifico Statuto delle Associazioni "Area Vasta Emilia Centrale".

E' stato costituito il Dipartimento Interaziendale di Area Vasta relativo alla funzione di Approvvigionamento.



Il forte legame dell’Azienda con il territorio ed il patrimonio storico, artistico, culturale ed architettonico è il principio ispiratore che ha guidato la redazione dell’Atto Aziendale dell’Azienda USL Ferrara.

Si ringraziano:

- Il Direttore dei Musei Civici di Arte Antica di Ferrara**
- Il Direttore delle Gallerie di Arte Moderna e Contemporanea di Ferrara**
- Il Presidente dell’"Istituzione Castello" di Ferrara**
- Il Presidente della Fondazione Cassa di Risparmio di Ferrara**
- Il Direttore della Pinacoteca di Cento**
- Il Presidente della Fondazione Cassa di Risparmio di Cento**

per aver acconsentito all’utilizzo delle immagini dei dipinti qui riprodotti.

