



Atto Aziendale dell'Azienda Sanitaria Regionale del Molise

L'articolato delle norme costitutive, gli organi, la mission ed i principi fondamentali dell'organizzazione

AZIENDA SANITARIA REGIONALE DEL MOLISE

Dicembre 2016

Autore: Direzione Strategica dell'ASReM

Indice

L'AZIENDA SANITARIA REGIONALE DEL MOLISE

PREMESSA	4
TITOLO PRIMO	5
ELEMENTI IDENTIFICATIVI E CARATTERIZZANTI L'AZIENDA	5
Art. 1 Sede Legale e Territorio	5
Art. 2 Logo Aziendale	21
Art. 3 Patrimonio	21
Art. 4 Scopo e missione dell'Azienda	21
Art. 5 Dichiarazioni Etiche	23
TITOLO SECONDO	25
ASSETTO ISTITUZIONALE: ORGANI AZIENDALI, ORGANISMI COLLEGIALI E RELATIVE ATTRIBUZIONI	25
Capo I – ORGANI AZIENDALI	25
Art. 6 Organi dell'Azienda	25
Art. 7 Direttore Generale	25
Art. 8 Collegio Sindacale	26
Art. 9 Collegio di Direzione	26
Capo I I – ALTA DIREZIONE E ORGANISMI COLLEGIALI AZIENDALI	27
Art. 10 Direzione Aziendale	27
Art. 11 Direttore Sanitario	27
Art. 12 Direttore Amministrativo	28
Art. 13 Consiglio dei Sanitari	28
Art. 14 Organismo Indipendente di Valutazione	29
Art. 15 Comitato Unico di Garanzia (C.U.G.)	29
Capo I I I – ORGANISMI POLITICO – ISTITUZIONALI: CONFERENZA E RAPPRESENTANZA DEI SINDACI, COMITATO DEI SINDACI DI DISTRETTO	30
Art. 16 Conferenza dei Sindaci	30
Art. 17 Comitato dei Sindaci di Distretto	31
Art. 18 Rapporti con l'Università	31
CAPO IV - ORGANISMI DI PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI AL GOVERNO DELL'AZIENDA E ORGANISMI DI TUTELA DEL DIRITTO ALL'ASSISTENZA	32
Art. 19 Conferenze, Comitati e Commissioni	32
TITOLO TERZO	34
ASPETTI ORGANIZZATIVI DELL'AZIENDA	34
Capo I – LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA	34
Art. 19 Principi generali	34
Art. 20 Piano di Organizzazione	34

Art. 21 Livelli organizzativi aziendali	34
Capo I I – ORGANIZZAZIONE DIPARTIMENTALE	35
Art. 22 Definizione di Dipartimento	35
Art. 23 Finalità dei Dipartimenti	36
Art. 24 Direttore del Dipartimento	37
Art. 25 Comitato di Dipartimento	37
Capo I II – ORGANIZZAZIONE DISTRETTUALE	37
Art. 26 Il Distretto Socio-Sanitario	37
Art. 27 Il Direttore del Distretto	39
Art. 28 Ufficio di Direzione Distrettuale	40
Art. 29 Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali (UCAD)	42
Art. 30 Il Regolamento di Distretto	42
Art. 31 Il programma delle attività territoriali – distrettuali (PAT)	43
Capo IV – LA PREVENZIONE	43
Art. 32 Ruolo della Prevenzione	43
Art. 33 Prevenzione Oncologica secondaria	44
Art. 34 Il Dipartimento di Prevenzione	44
Capo V – IL PRESIDIO OSPEDALIERO	45
Art. 35 Il Presidio Ospedaliero Regionale	45
Art. 36 Le strutture sanitarie accreditate	46
Capo VI – LE STRUTTURE DI SUPPORTO	47
Art. 37 Principi generali	47
Capo VII – DECENTRAMENTO DI POTERI	47
Art. 38 Distinzione tra attività di indirizzo, programmazione e controllo ed attività gestionale	47
Art. 39 Autonomia e responsabilità dei dirigenti	48
Capo VIII – TIPOLOGIE DI STRUTTURE	48
Art. 40 Strutture Complesse	48
Art. 41 Strutture Semplici a Valenza Dipartimentale	48
Art. 42 Strutture Semplici	49
Capo IX – LE RISORSE	49
Art. 43 Gestione risorse umane	49
Art. 44 La dotazione organica	49
Art. 45 Valorizzazione delle risorse umane	50
Art. 46 Rapporto con le Organizzazioni Sindacali	50
Capo X – TIPOLOGIE DI INCARICHI	50
Art. 47 Tipologie di incarico dirigenziale	50
Art. 48 Tipologie affidamento e revoca	51

Art. 49 Verifica dei risultati delle attività dei dirigenti	51
Art. 50 Il Collegio Tecnico	51
Art. 51 Posizioni organizzative e funzioni di coordinamento	52
 Capo XI – FUNZIONI AZIENDALI	 52
Art. 52 Il Responsabile della prevenzione, della corruzione e della trasparenza	52
Art. 53 Il Servizio Ispettivo	52
Art. 54 Funzione di gestione dei sinistri	53
 TITOLO QUARTO	 53
MODALITA' DI GESTIONE, CONTROLLO E VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE	53
 Capo I – LA PROGRAMMAZIONE AZIENDALE	 53
Art. 55 La pianificazione strategica: il piano della performance	53
Art. 56 La Direzione per obiettivi: il ciclo di gestione della performance	53
Art. 57 Processo di budget e Direttiva Annuale del Direttore Generale	53
Art. 58 Procedure di consultazione al fine della predisposizione degli atti di programmazione	55
 Capo I I – IL SISTEMA DEI CONTROLLI	 55
Art. 59 Disciplina dei controlli interni	55
Art. 60 Disciplina della Funzione Qualità	56
 Capo I II – REGOLAMENTAZIONE INTERNA	 57
Art. 61 Regolamenti Aziendali	57
Art. 62 Altri Regolamenti	58
 Capo IV – AZIONI DI INFORMAZIONE, ACCOGLIENZA, TUTELA E PARTECIPAZIONE DEGLI UTENTI	 58
Art. 63 Principi generali	58
Art. 64 Ufficio Relazioni con il Pubblico	59
Art. 65 Lo sviluppo delle competenze e la formazione	59

L'AZIENDA SANITARIA REGIONALE DEL MOLISE

PREMESSA

L'Azienda Sanitaria Regionale del Molise – ASREM - è stata istituita con la Legge Regionale n. 9 del 1 aprile 2005 e deriva dall'accorpamento delle disciolte 4 ASL di Campobasso, Isernia, Termoli ed Agnone.

Per effetto dell'art. 3, comma 1 bis, del D. Lgs. 502/92 e ss.mm.ii., ha personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale tale per cui l'organizzazione e il funzionamento sono disciplinati con il presente atto di diritto privato, nel rispetto dei principi e dei criteri stabiliti con la Legge Regionale n. 9 del 1 aprile 2005, così come modificata dalla Legge Regionale n. 34 del 26.11.2008 e ss.mm.ii.

Il perseguimento di una efficace razionalizzazione della spesa sanitaria - intesa non già come mera riduzione dei costi per l'erogazione dei servizi sanitari, ma piuttosto come l'ideale equilibrio cui tendere tra un adeguato livello prestazionale in grado di rendere effettiva la tutela della salute ed il contenimento delle relative risorse finanziarie, non può prescindere da un efficiente modello organizzativo.

In tale ottica non può sottacersi che l'atto aziendale, quale strumento di autorganizzazione del funzionamento delle AA.SS.LL., è destinato inevitabilmente ad assumere un ruolo primario nella politica sanitaria, in quanto chiamato a tradurre in scelte concrete gli indirizzi di programmazione tracciati a livello nazionale e regionale

Il presente atto aziendale, pur tenendo conto del decreto del commissario ad acta n. 7 del 20 marzo 2013, concernente la "Approvazione definitiva della direttiva per la redazione dell'Atto aziendale dell'ASREM", ha dovuto necessariamente adeguare il modello organizzativo agli effetti scaturenti dall'applicazione del POS 2015-2018 - DCA n.52 del 12 settembre 2016 – "Accordo sul Programma Operativo Straordinario 2015-2018 della Regione Molise. (Rep. Atti n. 155/CSR del 03/08/2016). Provvedimenti", che offre un quadro di riferimento circa le linee generali della programmazione sanitaria regionale.

TITOLO I

ELEMENTI IDENTIFICATIVI E CARATTERIZZANTI L'AZIENDA

Art. 1

Sede Legale e Territorio

La sede legale dell'Azienda sanitaria è in Campobasso alla via Ugo Petrella n. 1 - Codice Fiscale e Partita Iva 01546900703.

Le sedi operative aziendali sono individuate con il presente atto in funzione delle necessità organizzative e dei bisogni sanitari e sociali della popolazione

Il Direttore Generale pro - tempore è il legale rappresentante dell'Azienda.

CODICE AZIENDALE 140/201

Il territorio



L'ambito territoriale di competenza dell'ASReM, coincide con il territorio della regione Molise, che con una superficie di 4.425 Km² è la seconda regione più piccola d'Italia e anche la meno abitata (dopo la Valle d'Aosta). Confina ad est con il Mare Adriatico e la provincia di Foggia, a ovest con la provincia di Frosinone, a nord con le provincie di Chieti e L'Aquila e a sud con le provincie di Benevento e Caserta.

La riorganizzazione sanitaria del territorio

Per quanto concerne il riordino dell'assistenza distrettuale il POS 2015-2018 prevede che:

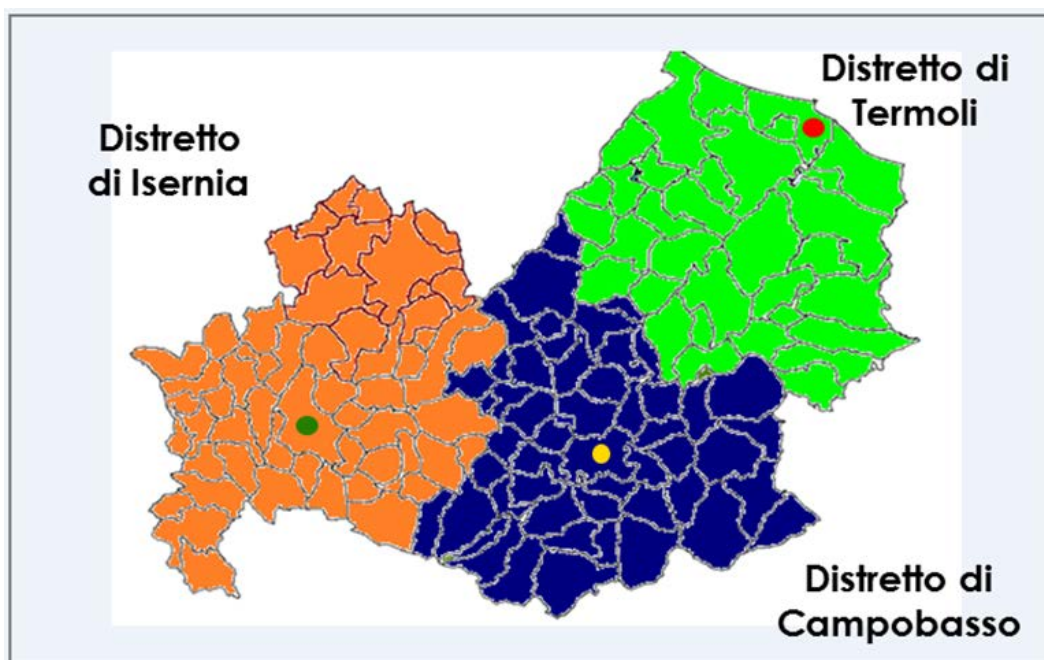
- il distretto rappresenta l'articolazione territoriale in cui si realizza l'integrazione complessa delle attività sanitarie e sociali, ed il coordinamento e raccordo tra l'Ospedale e il Territorio;
- il distretto esercita la funzione di tutela della salute dei cittadini attraverso il ruolo di garante dell'accesso ottimale alle prestazioni, dell'appropriatezza della risposta nell'offerta di servizi, della qualità ed unitarietà dei percorsi assistenziali ;
- il rafforzamento dei compiti del Distretto, e in particolare lo svolgimento della funzione di governo del sistema territoriale, implica la riconsiderazione delle attuali articolazioni prevedendo l'individuazione di aree territoriali più ampie delle attuali. Si prevede, quindi, un ambito distrettuale che dovrà adeguarsi alla soglia minima degli 80.000 residenti, ai sensi dell'art. 8 della legge 328/2000 e in coerenza con le indicazioni regionali in materia;
- in ragione delle indicazioni sopra indicate si prevede di procedere alla razionalizzazione dei distretti sanitari dagli attuali 7 a un totale di 3. Tale processo di riordino dovrà essere integrato all'interno del documento di programmazione aziendale ASReM (Atto Aziendale ASReM), in ogni caso si dovrà procedere alla razionalizzazione dei distretti entro 60 giorni dalla data di approvazione del POS.

Il DCA n. 46 del 28/07/2016, avente per oggetto "Riordino e nuova articolazione dei Distretti sanitari dell'Azienda Sanitaria Regionale del Molise - A.S.Re.M. .. Provvedimenti." ha decretato:

- di ridurre il numero dei distretti sanitari regionali da n. 7 a n. 3, funzionalmente ai bacini di popolazione individuati e, quindi, in coerenza con le complessive scelte di programmazione sanitaria regionale di cui al Programma Operativo Straordinario 2015-2018;
- di dare mandato al Direttore Generale A.S.Re.M. ad assicurare tutti gli adempimenti necessari e consequenziali finalizzati all'attuazione di quanto previsto dal presente provvedimento in ossequio alla normativa nazionale e regionale di riferimento;
- che il Programma Operativo Straordinario prevede la rimodulazione complessiva della rete dell'offerta ospedaliera, tenuto conto dell'analisi del contesto demografico e socio-economico regionale, sulla base della quale è possibile individuare tre distinti bacini territoriali con "una popolazione minima di almeno sessantamila abitanti ": Campobasso/Bojano ; Isernia/Venafro/Agnone e Termoli/Larino;

Pertanto gli ambiti distrettuali della Azienda Sanitaria Regionale del Molise sono ridefiniti secondo l'aggregazione dei territori comunali, così come riportati nelle sottostanti TAV 1, TAV 2 e TAV 3, ove sono indicati i comuni appartenenti a ciascun nuovo ambito distrettuale con la relativa popolazione residente (dati ISTAT 01/01/2015).

L'individuazione effettuata delle nuove sedi distrettuali, riportata nel sopracitato Allegato 1, sono stati impiegati criteri congiunti del baricentro della popolazione, della preesistenza di adeguate strutture sanitarie pubbliche e della presenza di relazioni cinematiche favorevoli.



TAV 1 Distretto Socio-sanitario n. 1 di Campobasso

Comuni	Popolazione
Campobasso (*)	49.434
Baranello	2.687
Bojano	8.071
Busso	1.306
Campochiaro	659
Campodipietra	2.606
Campolieto	860
Casalciprano	571
Castelbottaccio	321
Castellino del Biferno	556
Castropignano	972
Cercemaggiore	3.813
Cercepiccola	684
Colle d'Anchise	815
Duronia	424
Ferrazzano	3.315
Fossalto	1.365
Gambatesa	1.485
Gildone	822
Guardiaregia	812
Jelsi	1.769
Limosano	778
Lucito	719
Macchia Valfortore	590
Matrice	1.109
Mirabello Sannitico	2.179
Molise	172
Monacilioni	539
Montagano	1.100
Oratino	1.668
Petrella Tifernina	1.197
Pietracatella	1.375
Pietracupa	219
Riccia	5.326
Ripalimosani	3.121
Roccavivara	737
Salcito	692

(*) Sede del Distretto Socio Sanitario

TAV 1 Distretto Socio-sanitario n. 1 di Campobasso

Comuni	Popolazione
San Biase	194
San Giovanni in Galdo	594
San Giuliano del Sannio	1.033
San Massimo	853
San Polo Matese	473
Sant'Angelo Limosano	353
Sant'Elia a Pianisi	1.853
Sepino	1.966
Spinete	1.345
Torella del Sannio	796
Toro	1.397
Trivento	4.756
Tufara	942
Vinchiaturò	3.301
Totale Distretto Socio-sanitario n. 1	124.724

TAV 2 Distretto Socio-sanitario n. 2 di Termoli

Comuni	Popolazione
Termoli (*)	33.576
Acquaviva Collecroce	663
Bonefro	1.419
Campomarino	7.701
Casacalenda	2.127
Castelmauro	1.543
Civitacampomarano	424
Colletorto	1.982
Guardialfiera	1.075
Guglionesi	5.380
Larino	6.861
Lupara	515
Mafalda	1.228
Montecilfone	1.364
Montefalcone nel Sannio	1.586
Montelongo	374
Montemitro	414

(*) Sede del Distretto Socio Sanitario

TAV 2 Distretto Socio-sanitario n. 2 di Termoli

Comuni	Popolazione
Montenero di Bisaccia	6.778
Montorio nei Frentani	439
Morrone del Sannio	612
Palata	1.753
Petacciato	3.679
Portocannone	2.569
Provvidenti	120
Ripabottoni	517
Rotello	1.192
San Felice del Molise	657
San Giacomo degli Schiavoni	1.427
San Giuliano di Puglia	1.060
San Martino in Pensilis	4.803
Santa Croce di Magliano	4.498
Tavenna	734
Ururi	2.726
Totale Distretto Socio-sanitario n. 2	101.796

TAV 3 Distretto Socio-sanitario n. 3 di Isernia

Comuni	Popolazione
Isernia (*)	21.981
Acquaviva d'Isernia	437
Agnone	5.125
Bagnoli del Trigno	734
Belmonte del Sannio	777
Cantalupo nel Sannio	756
Capracotta	915
Carovilli	1.377
Carpinone	1.184
Castel del Giudice	343
Castel San Vincenzo	534
Castelpetroso	1.673
Castelpizzuto	158
Castelverrino	124
Cerro al Volturno	1.300

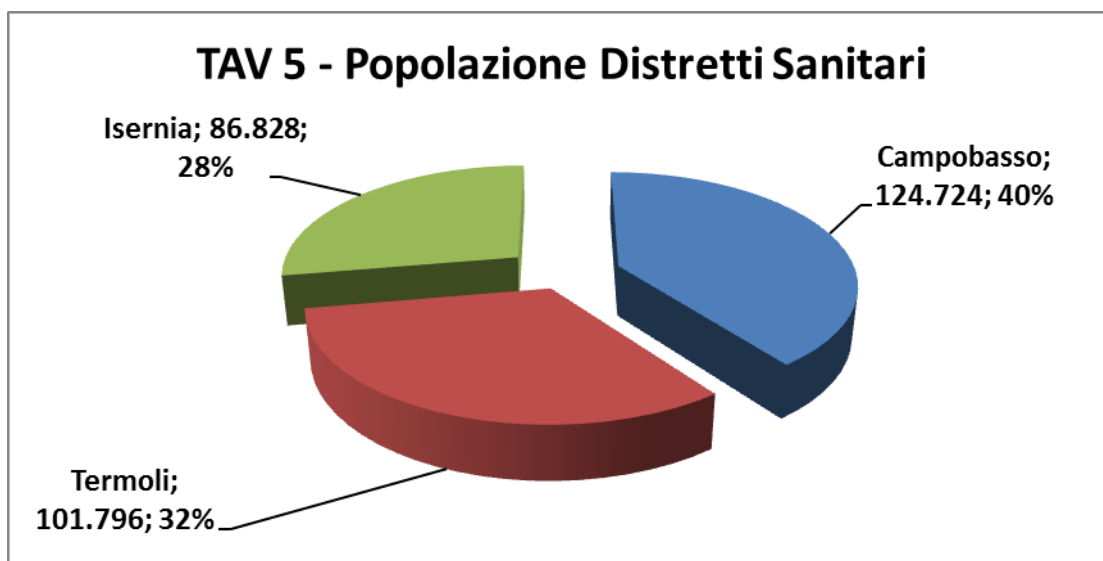
(*) Sede del Distretto Socio Sanitario

TAV 3 Distretto Socio-sanitario n. 3 di Isernia	
Comuni	Popolazione
Chiauci	244
Civitanova del Sannio	951
Colli a Volturno	1.364
Conca Casale	202
Filignano	652
Forlì del Sannio	673
Fornelli	1.940
Frosolone	3.185
Longano	699
Macchia d'Isernia	1.024
Macchiagodena	1.825
Miranda	1.066
Montaquila	2.465
Montenero Val Cocchiara	556
Monteroduni	2.206
Pesche	1.645
Pescolanciano	860
Pescopennataro	288
Pettoranello del Molise	455
Pietrabbondante	774
Pizzone	332
Poggio Sannita	725
Pozzilli	2.407
Rionero Sannitico	1.113
Roccamandolfi	944
Roccasicura	554
Rocchetta a Volturno	1.095
San Pietro Avellana	521
Santa Maria del Molise	668
Sant'Agapito	1.464
Sant'Angelo del Pesco	368
Sant'Elena Sannita	275
Scapoli	699
Sessano del Molise	724
Sesto Campano	2.400
Vastogirardi	718
Venafro	11.329
Totale Distretto Socio-sanitario n. 3	86.828
Totale ASReM	313.348

La popolazione

Le TAV 1 e 5 riportano la popolazione dei 3 DDSa, con il 40% presente nel DSoSa n. 1 di Campobasso, il 32% nel DSoSa n. 2 di Termoli ed il 28% nel DSoSa di Isernia

TAV 1 - Popolazione totale ASReM					
Distretti Sociosanitari	Maschi	Femmine	Totale	% della Regione	% Maschi
Campobasso	60.543	64.181	124.724	40%	48,5%
Termoli	49.997	51.799	101.796	32%	49,1%
Isernia	42.719	44.109	86.828	28%	49,2%
Totale ASReM	153.259	160.089	313.348	100%	48,9%



Le TAV 2,3 e 4 mostrano la distribuzione della popolazione per DSoSa, sesso e fascia di età

TAV 2 - Popolazione maschile ASReM per fasce di età					
Distretti Sociosanitari	Anni 0 - 6	Anni 7 - 18	Anni 19 - 65	Anni > 65	Totale
Campobasso	3.309	6.753	38.620	11.861	60.543
Termoli	2.859	5.832	31.819	9.487	49.997
Isernia	2.338	4.335	27.768	8.278	42.719
Totale ASReM	8.506	16.920	98.207	29.626	153.259

TAV 3 - Popolazione femminile ASReM per fasce di età					
Distretti Sociosanitari	Anni 0 - 6	Anni 7 - 18	Anni 19 - 65	Anni > 65	Totale
Campobasso	3.092	6.332	38.667	16.090	64.181
Termoli	2.618	5.416	31.524	12.241	51.799
Isernia	2.130	4.089	26.924	10.966	44.109
Totale ASReM	7.840	15.837	97.115	39.297	160.089

TAV 4 - Popolazione totale ASReM per fasce di età

Distretti Sociosanitari	Anni 0 - 6	Anni 7 - 18	Anni 19 - 65	Anni > 65	Totale
Campobasso	6.401	13.085	77.287	27.951	124.724
Termoli	5.477	11.248	63.343	21.728	101.796
Isernia	4.468	8.424	54.692	19.244	86.828
Totale ASReM	16.346	32.757	195.322	68.923	313.348

TAV 5 - % Popolazione ASReM per fasce di età

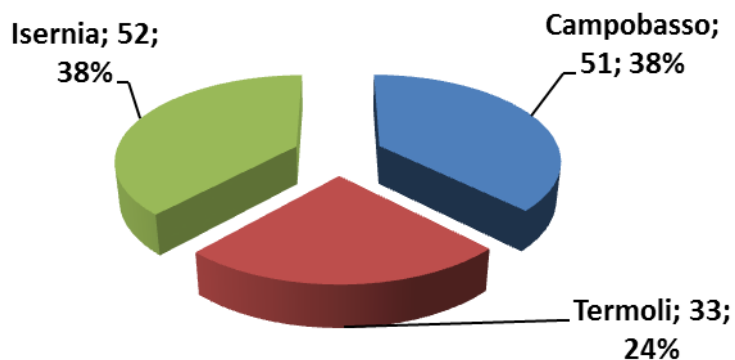
Distretti Sociosanitari	Anni 0 - 6	Anni 7 - 18	Anni 19 - 65	Anni > 65	Totale
Campobasso	5%	10%	62%	22%	100%
Termoli	5%	11%	62%	21%	100%
Isernia	5%	10%	63%	22%	100%
Totale ASReM	5%	10%	62%	22%	100%

Gli aspetti

Le TAV 6 e 6 bis documentano che il numero dei comuni fra i 3 DDSa è sovrapponibile per il DSoSa n. 1 di Campobasso e per il DSoSa n. 2 e il DSoSa n. 3 di Termoli, mentre il DSoSa n. 2 di Termoli ha il 24% del numero dei comuni.

TAV 6 -Numero Comuni dell'ASReM classificati per zona altimetrica

Distretti Sociosanitari	Collina litoranea	Collina interna	Montagna interna	Totale	% dei Comuni sul totale
Campobasso		14	37	51	38%
Termoli	11	18	4	33	24%
Isernia		9	43	52	38%
Totale	11	41	84	136	100%

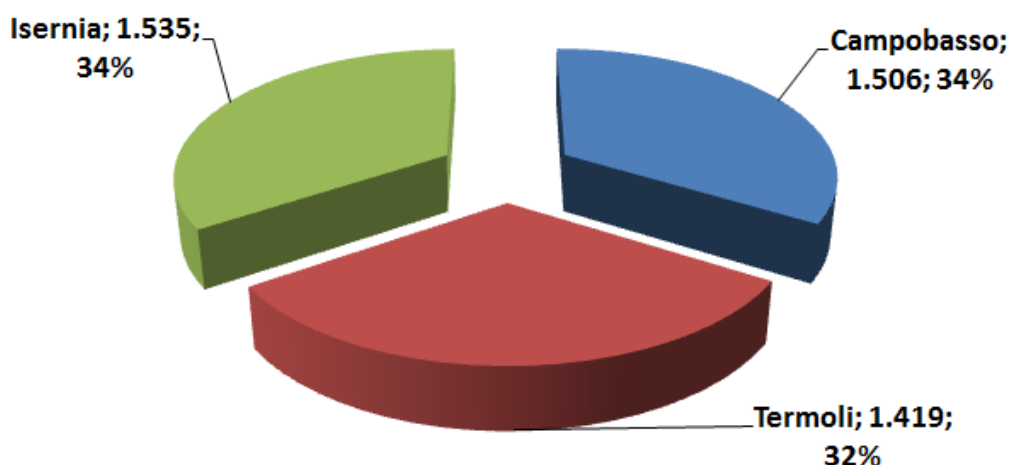
TAV 6 bis - Numero Comuni per Distretto Socio Sanitario

L'estensione territoriale è abbastanza uniforme nei 3 DDSa (TAV 7 e 7 bis), mentre da un punto di vista altimetrico i DDSa di Campobasso ed Isernia sono prevalentemente montuosi, con rispettivamente il 71% e l'81% di "montagna interna".

TAV 7 - Superficie totale (Kmq) dei Comuni dell'ASRM classificati per zona altimetrica

Distretti Sociosanitari	Collina litoranea	Collina interna	Montagna interna	Totale	% superficie dei Comuni sul totale
Campobasso		431	1.075	1.506	34%
Termoli	564	708	147	1.419	32%
Isernia		292	1.244	1.535	34%
Totale	564	1.431	2.466	4.461	100%

TAV 7 bis - Superficie (Kmq) dei Distretti Socio-sanitari



TAV 8 - % Superficie dei Comuni dell'ASRM classificati per zona altimetrica

Distretti Sociosanitari	Collina litoranea	Collina interna	Montagna interna	Totale complessivo
Campobasso	0%	29%	71%	100%
Termoli	40%	50%	10%	100%
Isernia	0%	19%	81%	100%
Totale complessivo	13%	32%	55%	100%

Il grado di urbanizzazione

Il grado di urbanizzazione è stato determinato usando la classificazione di Eurostat 2006, che prevede che il grado di urbanizzazione la presenza di tre livelli:"

- 1) **ALTO.** Si tratta di zone densamente popolate, ottenute dalla aggregazione di unità locali territoriali contigue di densità superiore ai 500 abitanti per chilometro quadrato ed un ammontare complessivo di popolazione di almeno 50 mila abitanti.
- 2) **MEDIO.** Sono le zone ottenute per aggregazione di unità locali territoriali, non appartenenti al gruppo precedente, con una densità superiore ai 100 abitanti per chilometro quadrato, che in più o presentano un ammontare complessivo di popolazione superiore ai 50 mila abitanti o risultano adiacenti a zone del gruppo precedente.
- 3) **BASSO.** si tratta delle aree rimanenti, che non sono state classificate nei precedenti due gruppi.

Le unità territoriali locali di base utilizzate dall'ISTAT per la identificazione delle tre diverse tipologie di aree sono i comuni.

TAV 9 - Distribuzione del numero dei Comuni dell'ASRM in relazione al grado di urbanizzazione

Distretti Sociosanitari	Densamente popolato	Densità intermedia	Scarsamente popolato	Totale
Campobasso	1	1	49	51
Termoli		1	32	33
Isernia		2	50	52
Totale	1	4	131	136

TAV 10 - Distribuzione della % dei Comuni dell'ASRM in relazione al grado di urbanizzazione

Distretti Sociosanitari	Densamente popolato	Densità intermedia	Scarsamente popolato	Totale
Campobasso	2%	2%	96%	100%
Isernia	0%	4%	96%	100%
Termoli	0%	3%	97%	100%
Totale	1%	3%	96%	100%

TAV 11 - Distribuzione della superficie territoriale (in Km²) dei Comuni della ASRM in relazione al grado di urbanizzazione

Distretti Sociosanitari	Densamente popolato	Densità intermedia	Scarsamente popolato	Totale
Campobasso	56	53	1.398	1.506
Isernia		116	1.420	1.535
Termoli		56	1.363	1.419
Totale	56	224	4.181	4.461

TAV 12 - Distribuzione della % della superficie territoriale dei Comuni della ASRM in relazione al grado di urbanizzazione

Distretti Sociosanitari	Densamente popolato	Densità intermedia	Scarsamente popolato	Totale
Campobasso	4%	3%	93%	100%
Isernia	0%	8%	92%	100%
Termoli	0%	4%	96%	100%
Totale	1%	5%	94%	100%

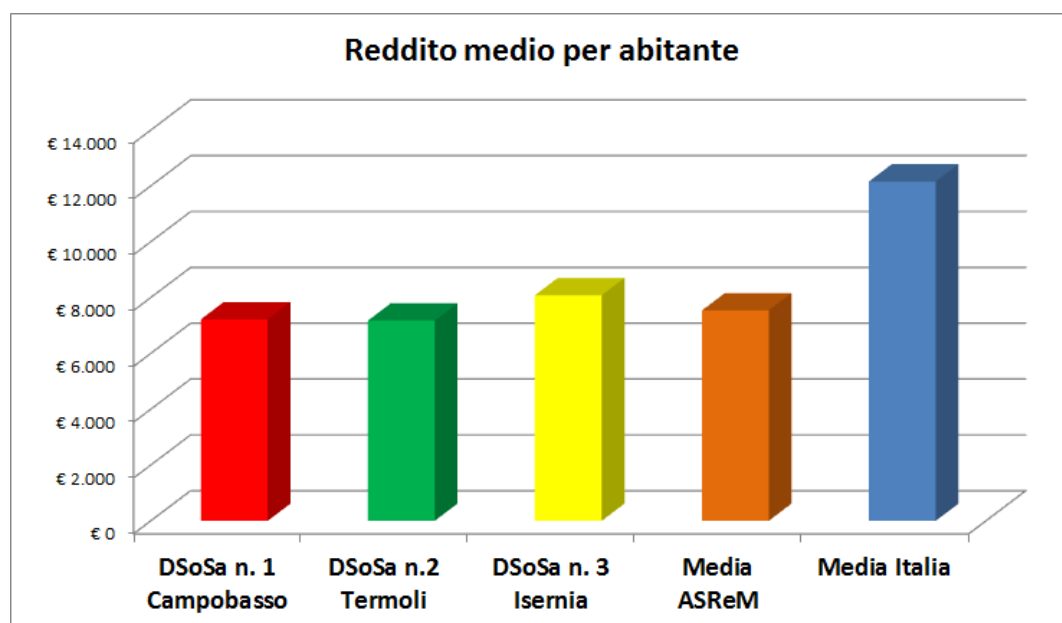
Le aree comunali afferiscono in modo uniforme in tutti e tre i DDSa al grado di urbanizzazione “scarsamente popolato, mentre solo il 5% afferisce alla “densità intermedia, ed il solo Comune dei Campobasso presenta un grado di urbanizzazione “densamente popolato”.

Reddito medio per abitante

Il reddito medio per abitante dei DDSa della Regione Molise presenta livelli molto bassi, con la punta minima nel DSoSa n.2 di Termoli con € 7.174 annuo e il maggior valore nel DSoSa n. 3 di Isernia, con € 8.084 annuo. Tali valori presentano considerevoli scostamenti con il valore medio nazionale, dal 41% al 34%. Tale indicatore incrementa la fragilità sociale e costituisce un determinante negativo sullo stato di salute.

TAV 13 - Reddito medio per abitante dei Distretti Sanitari dell'ASReM (anno 2011)

Distretti Sociosanitari	Reddito medio per abitante	Scostamento % da media ASReM	Scostamento % da media Italia
Campobasso	€ 7.220	-4%	-41%
Termoli	€ 7.174	-12%	-41%
Isernia	€ 8.084	7%	-34%
Media ASReM	€ 7.539	0%	-38%
Media Italia	€ 12.159		



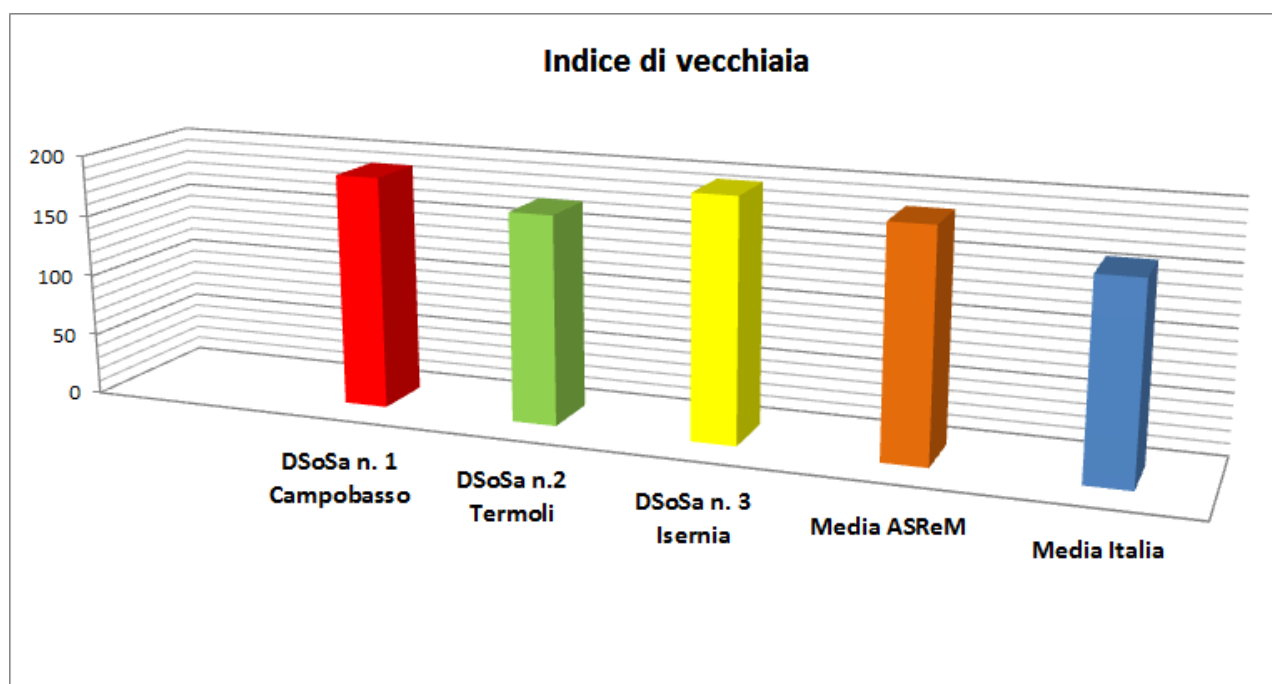
Indice di vecchiaia

Rappresenta il grado di invecchiamento di una popolazione. È il rapporto percentuale tra il numero degli ultrasessantacinquenni ed il numero dei giovani fino ai 14 anni. Ad esempio, nel 2015 l'indice di vecchiaia per il Molise dice che ci sono 184,6 anziani ogni 100 giovani.

TAV 14 - Distribuzione dell'Indice di vecchiaia nella popolazione dei Distretti Sanitari dell'ASReM

Distretti Sociosanitari	Densamente popolato	Densità intermedia	Scarsamente popolato	Totale	Var media regionale	Var media italiana
Campobasso	180,3	137,2	203,8	189,7	3%	20%
Termoli		135,9	188,9	170,2	-8%	8%
Isernia		144,6	235,5	195,6	6%	24%
Totale ASReM	180,3	139,8	206,2	184,6	0%	17%
			Italia	157,7		

La popolazione dei DDSa del Molise è quindi mediamente più anziana rispetto al resto dell'Italia, ad eccezione del DSoSa di Termoli, dove lo scostamento è del solo 8%. La popolazione è, quindi, più anziana nei DDSa prevalentemente montuosi, e più giovane nelle aree a densità intermedia.



Indice di dipendenza strutturale

Rappresenta il carico sociale ed economico della popolazione non attiva (0-14 anni e 65 anni ed oltre) su quella attiva (15-64 anni). Ad esempio, teoricamente, in Molise nel 2015 ci sono 54,5 individui a carico, ogni 100 che lavorano.

TAV 15 - Distribuzione dell'Indice di dipendenza strutturale della ASReM in relazione alla densità di popolazione

Distretti Sanitari	Densamente popolato	Densità intermedia	Scarsamente popolato	Totale
Campobasso	54,0	45,3	57,2	55,1
Termoli		49,7	57,1	54,5
Isernia		49,3	56,3	53,6
Totale ASReM	54,0	49,0	56,9	54,5
			Italia	55,1

Indice di ricambio della popolazione attiva

Rappresenta il rapporto percentuale tra la fascia di popolazione che sta per andare in pensione (55-64 anni) e quella che sta per entrare nel mondo del lavoro (15-24 anni). La popolazione attiva è tanto più giovane quanto più l'indicatore è minore di 100. Ad esempio, in Italia nel 2015 l'indice di ricambio è 126,8 e significa che la popolazione in età lavorativa è molto anziana.

TAV 16 - Distribuzione dell'Indice di ricambio della popolazione attiva della ASReM in relazione alla densità di popolazione

Distretti Sanitari	Densamente popolato	Densità intermedia	Scarsamente popolato	Totale
Campobasso	129,9	102,5	127,8	126,7
Termoli		125,6	131,1	129,3
Isernia		129,6	149,5	141,4
Totale ASReM	129,9	129,9	129,9	129,9
			Italia	126,8

Indice di struttura della popolazione attiva

Rappresenta il grado di invecchiamento della popolazione in età lavorativa. È il rapporto percentuale tra la parte di popolazione in età lavorativa più anziana (40-64 anni) e quella più giovane (15-39 anni).

TAV 17 - Distribuzione dell'Indice di struttura della popolazione in età lavorativa della ASReM in relazione alla densità di popolazione

Distretti Sanitari	Densamente popolato	Densità intermedia	Scarsamente popolato	Totale
Campobasso	125,6	112,5	126,8	125,2
Termoli		124,9	126,2	125,7
Isernia		119,8	128,8	125,2
Totale ASReM	125,6	121,2	127,1	125,4
			Italia	129,3

Carico di figli per donna feconda

È il rapporto percentuale tra il numero dei bambini fino a 4 anni ed il numero di donne in età feconda (15-49 anni). Stima il carico dei figli in età prescolare per le mamme lavoratrici.

TAV 18 - Distribuzione dell'Indice del carico di figli per donna feconda della ASReM in relazione alla densità di popolazione

Distretti Sanitari	Densamente popolato	Densità intermedia	Scarsamente popolato	Totale
Campobasso	16,7	16,4	16,9	16,8
Termoli		18,0	16,9	17,3
Isernia		18,0	16,5	17,1
Totale ASReM	16,7	17,8	16,8	17,0
			Italia	21,4

Indice di natalità

Rappresenta il numero medio di nascite in un anno ogni mille abitanti. Nel grafico sotto riportato si evidenzia una maggiore natalità nel DSoSa n. 3 di Termoli. Complessivamente il Molise ha rispetto alla media nazionale una riduzione della natalità del 12,5%, con punte più basse, del 15%, nei DDSa di Campobasso e Termoli.

TAV 19 - Distribuzione dell'Indice di natalità nei Distretti Socio-Sanitari della ASReM anno 2015

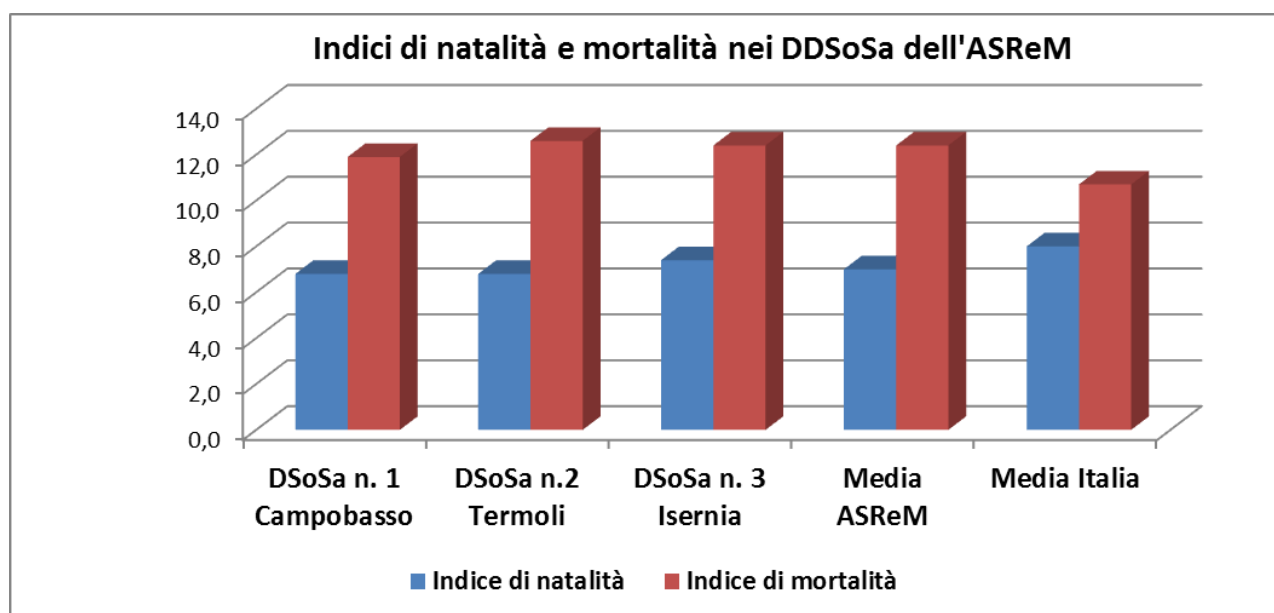
Distretti Sanitari	Indice di natalità	Scostamento media ASReM	Scostamento media Italia
Campobasso	6,8	-2,9%	-15,0%
Termoli	6,8	-2,9%	-15,0%
Isernia	7,4	5,7%	-7,5%
Media ASReM	7,0	0,0%	-12,5%
Italia	8,0		

Indice di mortalità

Rappresenta il numero medio di decessi in un anno ogni mille abitanti. Nell'anno 2014 l'indice di mortalità in Italia è stato del 9,8, mentre nel 2015 si è attestato al 10,7 con un incremento del 9,2%. Nel 2015 tale indice ha raggiunto nel Molise il valore di 12,4, con uno scostamento dalla media nazionale di circa il 16%, con punte maggiori di scostamento di circa il 18% nel DSoSa n. 2 di Termoli.

TAV 20 - Distribuzione dell'Indice di mortalità nei Distretti Socio-Sanitari della ASReM anno 2015

Distretti Sociosanitari	Indice di mortalità	Scostamento media ASReM	Scostamento media Italia
Campobasso	11,9	-4,0%	11,2%
Termoli	12,6	1,6%	17,8%
Isernia	12,4	0,0%	15,9%
Media ASReM	12,4	0,0%	15,9%
Italia	10,7		



Età media

È la media delle età di una popolazione, calcolata come il rapporto tra la somma delle età di tutti gli individui e il numero della popolazione residente.

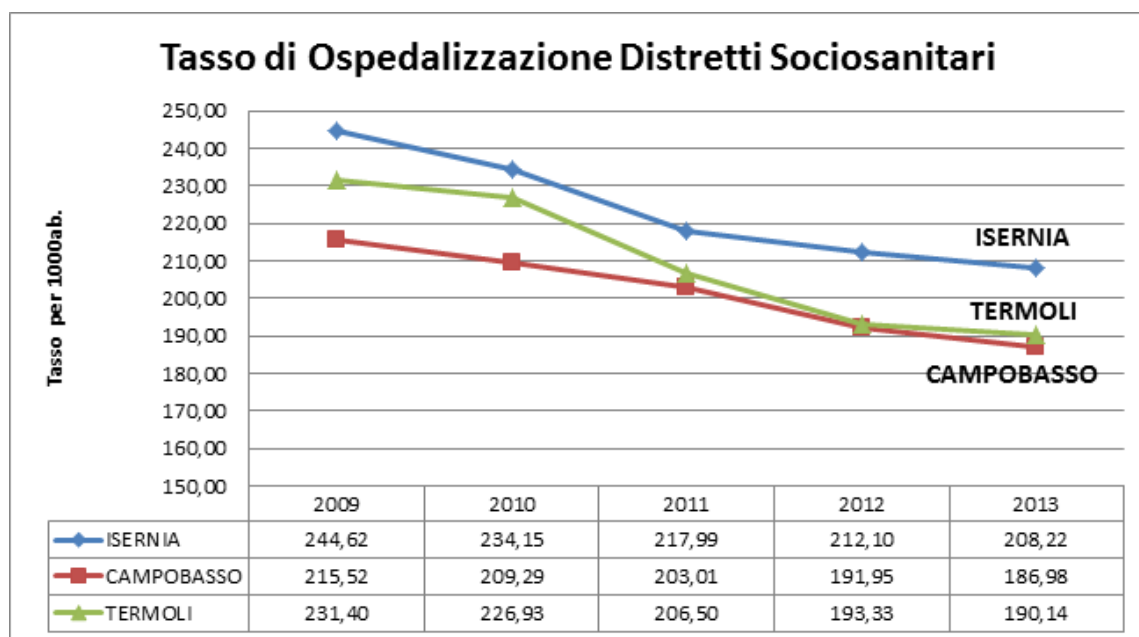
TAV 21 - Distribuzione dell'età media nell' ASReM in relazione alla densità di popolazione

Distretti Sanitari	Densamente popolato	Densità intermedia	Scarsamente popolato	Totale	Scostamento media Italia
Campobasso	45,0	42,6	46,1	45,4	3%
Termoli		43,4	47,1	45,6	4%
Isernia		43,1	45,6	44,7	2%
Totale ASReM	45,0	43,1	46,2	45,3	3%
			Italia	43,9	

Tasso di ospedalizzazione

L'andamento della ospedalizzazione ha visto una progressiva tendenza alla riduzione del numero dei ricoveri. Il tasso complessivo è passato da 223,41 del 2009 al 190,40 del 2013, con evidenti riduzioni soprattutto dei ricoveri ordinari rispetto a quelli diurni che hanno subito un incremento di oltre 10 punti percentuali.

Analizzando le diverse aree territoriali si evidenzia che la riduzione non ha interessato in maniera omogenea i tre Distretti Sociosanitari. Infatti la popolazione del DSoSa n.2 di Isernia presenta un maggior ricorso al ricovero ospedaliero, mentre il minor tasso di ospedalizzazione si evidenzia nel DSoSa n. 1 di Campobasso.



La viabilità

Nella tabella sotto riportata sono state calcolate le distanze chilometriche ed i tempi di percorrenza medi fra i principali presidi sanitari dell'ASReM.

Il Plesso Ospedaliero di Campobasso presenta la minore differenza fra il valore della distanza massima e della distanza minima (range) e del correlato valore di percorrenza, rappresentando il baricentro assistenziale della regione Molise.

		Arrivo											
Partenza	Localita	PO Campobasso		PO Isernia		Casa della Salute Venafro		Casa della Salute Larino		PO Agnone		PO Termoli	
	PO Campobasso	-	-	52 Km	46 min	68 Km	66 min	63 Km	52 min	60 Km	55 min	64 Km	61 min
	PO Isernia	52 Km	46 min	-	-	21 Km	26 min	105 Km	86 min	49 Km	48 min	102 Km	60 min
	Casa della Salute Venafro	68 Km	66 min	21 Km	26 min	-	-	123 Km	106 min	69 Km	68 min	122 Km	109 min
	Casa della Salute Larino	63 Km	52 min	105 Km	86 min	123 Km	106 min	-	-	88 Km	79 min	26 Km	23 min
	PO Agnone	60 Km	55 min	49 Km	48 min	69 Km	68 min	88 Km	78 min	-	-	87 Km	75 min
	PO Termoli	64 Km	61 min	102 Km	60 min	122 Km	109 min	26 Km	23 min	87 Km	75 min	-	-
	Valore minimo	52 Km	46 min	21 Km	26 min	21 Km	26 min	26 Km	23 min	49 Km	48 min	26 Km	23 min
	Valore massimo	68 Km	66 min	105 Km	86 min	123 Km	109 min	123 Km	106 min	88 Km	79 min	122 Km	109 min
Range	16 Km	20 min	84 Km	60 min	102 Km	83 min	97 Km	83 min	39 Km	31 min	96 Km	86 min	

Art. 2

Logo Aziendale

Il logo aziendale riporta nel campo superiore la scritta “AZIENDA SANITARIA REGIONALE MOLISE” in basso la scritta ASREM ed al centro il simbolo dell’ASL,.

La scritta “AZIENDA SANITARIA REGIONALE del MOLISE” è di colore nero su sfondo bianco, mentre il logo è di colore bianco su sfondo azzurro e la scritta ASREM è di colore azzurro su fondo bianco..



Art.3

Patrimonio

Il patrimonio dell’Azienda sanitaria regionale è costituito da tutti i beni mobili ed immobili ad essa appartenenti, nonché i beni derivanti dall’esercizio di specifiche attività o da atti di liberalità effettuati o trasferiti dalle disciolte aziende sanitarie in applicazione dell’articolo 13 della Legge Regionale 9/2005 e s.m.i. e risultanti dallo stato patrimoniale allegato al bilancio d’esercizio.

L’Azienda sanitaria, ai sensi e per gli effetti dell’art. 5, comma 2, del D. Lgs. 502/92 e ss.mm.ii. dispone del proprio patrimonio secondo il regime della proprietà privata, fermo restando che i beni mobili e immobili utilizzati per il perseguimento dei fini istituzionali costituiscono patrimonio indisponibile e, pertanto, non possono essere sottratti alla loro destinazione, se non nei modi stabiliti dalla legge.

Art. 4

Scopo e missione dell’Azienda

L’Azienda Sanitaria Locale ASReM ha come scopo principale quello di rispondere alla tutela della salute dei cittadini con un’organizzazione efficace ed efficiente, in attuazione delle disposizioni regionali e nazionali, attraverso il sistema e gli strumenti per la prevenzione della malattia ed una adeguata analisi dei bisogni di salute, in acuzie e cronicità, della popolazione affidatale ed appartenente ad un territorio vasto che intende gestire, per quanto di competenza, in un’ottica di miglioramento continuo.

L’Azienda ritiene quindi sostanziali il coinvolgimento e l’integrazione di tutti gli attori del processo di governo del sistema sanitario del territorio (istituzioni locali, professionisti sanitari, Organizzazioni Sindacali, Associazioni del Volontariato) indispensabili nel definire e realizzare il difficile ma auspicabile equilibrio tra costi e benefici per la popolazione servita.

La missione istituzionale dell’ASReM consiste quindi nel farsi carico, in modo costante e uniforme, dei bisogni di salute dei residenti e nel garantire ai predetti l’erogazione delle prestazioni inserite nei livelli essenziali di assistenza, assicurando risposte qualificate, appropriate e tempestive, su più livelli di complessità.

A tale scopo, l'ASReM organizza le proprie strutture e l'attività per individuare e soddisfare i bisogni e le aspettative di salute della popolazione del proprio territorio, garantendo i livelli essenziali di assistenza (LEA) e le prestazioni stabilite dalla Regione MOLISE, secondo principi di universalità ed equità nell'accesso, appropriatezza e tempestività delle cure, sicurezza, rispetto della dignità umana ed economicità nell'impiego delle risorse, nell'osservanza delle misure di contenimento della spesa sanitaria e di riequilibrio economico finanziario previsto dai Piani Nazionali e Regionali.

L'Azienda assicura la più ampia integrazione dei processi assistenziali e organizzativi con gli altri attori istituzionali, sociali ed economici interessati al buon funzionamento delle attività.

Ai fini del perseguimento delle citate finalità, l'ASReM definisce la propria visione strategica strutturando un impianto organizzativo improntato ai seguenti principi:

- analisi epidemiologica e valutazione dello stato di salute della popolazione;
- razionalità e adeguatezza delle risorse da impiegare;
- metodo della programmazione, della pianificazione e valutazione delle attività;
- continuità e qualità dei servizi da offrire.

Ne scaturisce una serie di interventi, diretti a perseguire:

- l'unitarietà dell'intervento ospedaliero, attraverso la creazione di un modello di rete coordinato dei presidi ospedalieri esistenti;
- lo sviluppo e la qualificazione del sistema delle cure primarie, quale risposta appropriata ed alternativa ai ricoveri ospedalieri, da realizzare con un rafforzamento del ruolo del Distretto, a garanzia del coordinato e continuativo svolgimento dei percorsi di salute;
- la continuità assistenziale che garantisca un percorso di presa in carico e di assistenza socio/sanitaria, senza soluzioni di continuità;
- la prevenzione e la promozione della salute, anche attraverso progetti di collaborazione intersettoriali;
- il rafforzamento degli autentici valori aziendali quali il senso d'identità, la meritocrazia, la responsabilizzazione, la valorizzazione, la formazione e il costante aggiornamento dei professionisti e degli operatori sanitari;
- il consolidamento di un'organizzazione capace di coniugare i principi dell'etica pubblica, "trasparenza e centralità del cittadino" con l'efficienza economica;
- la collaborazione con le Istituzioni locali, le Agenzie formative, le Organizzazioni Sindacali, le Associazioni rappresentative dei cittadini e del terzo settore.

Inoltre l'Azienda promuove:

Integrazione Ospedale - Territorio

L'Azienda persegue l'obiettivo della migliore integrazione tra Ospedale - Territorio secondo modelli che consentano la continuità e l'integrazione assistenziale, la razionalizzazione nell'uso delle risorse umane ed economiche, la riduzione degli sprechi, l'eliminazione delle inefficienze.

La riorganizzazione del percorso di continuità assistenziale nasce dalla necessità di migliorare ed ottimizzare l'assistenza al paziente nel passaggio dalla fase acuta alla fase sub – acuta/cronica, in relazione ai suoi bisogni e al tipo di patologia, razionalizzando l'organizzazione a livello aziendale, indirizzata a:

- ridurre i tempi di degenza ed i relativi costi per eventi morbosi a lenta e/o complessa evoluzione permettendo un utilizzo più congruo dei posti letto evitando ospedalizzazioni protratte e quindi inappropriate;
- utilizzare al meglio le risorse esistenti all'interno del sistema Ospedale - Territorio e favorire un più congruo utilizzo delle cure domiciliari;
- incentivare la collaborazione e l'integrazione tra operatori ospedalieri – territoriali – medici di medicina generale / pediatri di libera scelta, mediante la costituzione di team multiprofessionali che lavorano per obiettivi comuni e condivisi.

Comunicazione e informazione

L'Azienda riconosce la valenza strategica del sistema di comunicazione e informazione rivolto agli utenti esterni ed interni, con la finalità di illustrare le attività e il loro funzionamento, favorire l'accesso ai pubblici servizi promuovendone la conoscenza, nonché ampliare il coinvolgimento e la motivazione degli operatori, contribuendo a rafforzare il senso di appartenenza e il senso di realizzazione personale e professionale, anche agevolando processi interni di semplificazione delle procedure.

Governo clinico

L'Azienda adotta il governo clinico come strategia gestionale per rendere ogni azione clinica, assistenziale, organizzativa, economico-finanziaria e gestionale coerente e finalizzata alla qualità dell'assistenza. Attraverso il governo clinico l'Azienda intende consentire all'organizzazione di evolvere, sviluppando meccanismi di feed-back che le permettano di apprendere continuamente dalle proprie esperienze (gestione del rischio, audit a seguito di implementazione di linee guida, innovazione tecnologica ed organizzativa, valutazione dell'appropriatezza).

A tal fine, si tende alla costruzione di un sistema di relazioni per la gestione dell'obiettivo di governance, attraverso un'integrazione anche con il sistema di qualità aziendale.

Il Risk Management

La gestione del Rischio, inteso come processo sistematico di identificazione, valutazione e trattamento dei rischi attuali e potenziali, riveste un ruolo decisivo nell'ambito del Governo Clinico, e di particolare significato, sia per la sicurezza dei cittadini, sia per la corretta erogazione di servizi sanitari di qualità, ma anche per il delicato equilibrio tra l'Azienda e gli altri Enti Assicurativi.

L'ASReM adotta un approccio organico di azione teso a conoscere, prevenire e ridurre i rischi nelle varie attività, compresa quella di radioprotezione in ottemperanza al DLgs n. 187/2000.

Il Risk Manager si coordina con le altre Unità Operative aziendali che a vario titolo si occupano di rischio al fine di implementare un sistema di gestione aziendale integrato.

Governance del farmaco

L'Azienda persegue lo sviluppo di politiche del farmaco volte a garantire il buon uso dello stesso, in particolare sul versante del governo clinico della prescrizione, del potenziamento dei sistemi di responsabilizzazione dei medici rispetto ad obiettivi di appropriatezza, delle modalità distributive dei farmaci, della prescrizione, consumo e dispensazione di farmaci generici, assicurando un graduale miglioramento delle condizioni operativo-gestionali di supporto attraverso un adeguato sistema informativo (PDTA, procedure di controllo di gestione, etc.).

Il perseguimento degli obiettivi indicati avviene attraverso lo sviluppo di politiche di razionalizzazione della spesa farmaceutica, l'implementazione di sistemi di governo clinico della prescrizione e il rafforzamento della collaborazione tra la funzione di governo in materia e le strutture operative ospedaliere e territoriali.

Art.5

Dichiarazioni Etiche

Centralità del cittadino-utente

L'Azienda privilegia scelte organizzative atte a garantire come riferimento strategico la centralità del cittadino-utente, il soddisfacimento dei suoi bisogni di salute e la personalizzazione ed umanizzazione delle cure.

A tal fine, risulteranno prioritari per l'Azienda lo sviluppo di adeguati percorsi di

partecipazione democratica dei cittadini-utenti e lo sviluppo di processi di comunicazione ed informazione finalizzati a facilitare l'accesso dei cittadini alle prestazioni sanitarie e a garantire la qualità delle prestazioni erogate, attivando processi di rilevazione della soddisfazione dei cittadini e azioni di miglioramento.

L'Azienda, nella consapevolezza del profondo mutamento dello scenario socio-demografico e della transizione epidemiologica in corso (invecchiamento della popolazione, aumento della prevalenza delle malattie cronico-degenerative e delle disabilità, nuove povertà, etc.), intende mettere in atto adeguate azioni di riorganizzazione con particolare riguardo allo sviluppo della rete territoriale, alla riqualificazione della rete ospedaliera (anche tramite modalità di collaborazione interaziendale) e all'avvio di una innovativa rete della prevenzione e della promozione della salute per la programmazione di efficaci iniziative.

Miglioramento della qualità

L'Azienda persegue gli obiettivi specifici correlati alla propria mission, orientando le priorità e risorse alla definizione ottimale dei percorsi diagnostico-terapeutici e al miglioramento continuo della qualità professionale e organizzativa.

L'Azienda definisce "di qualità" la prestazione sanitaria *"efficace"*, che ottimizza il rapporto tra risultato raggiunto ed obiettivo prefissato e condiviso dall'utente informato, compatibilmente con le conoscenze scientifiche attuali, *"appropriata"*, cioè indicata per il paziente, *"sicura"*, tale da comportare il minimo rischio per il paziente, *"tempestiva"* ovvero erogata nel momento del bisogno e facilmente *"accessibile"*.

Definisce altresì di *"qualità"* la prestazione che armonizzi le tre dimensioni: organizzativo/gestionale, tecnica e percepita.

A tale scopo l'Azienda progetta e realizza un sistema qualità in cui:

- sia garantita l'esplicitazione dell'organizzazione e delle responsabilità nell'ambito del sistema;
- vengano descritti e attuati sistemi di normazione della misura dei processi e di rilevazione dei risultati con particolare riguardo a quelli ad elevato impatto sui servizi resi;
- vengano organicamente individuati progetti e obiettivi di innovazione e miglioramento della qualità organizzativa, tecnico-professionale e percepita, da inserire **nella Direttiva annuale del Direttore Generale**.

L'Azienda adotta un sistema di monitoraggio della qualità per realizzare, attraverso specifiche metodologie, il miglioramento continuo della qualità ritenuto indispensabile per la gestione di un'azienda sanitaria.

Responsabilità diffusa

L'Azienda adotta uno stile di direzione che promuove la responsabilità diffusa, con l'utilizzo dell'istituto della delega o della responsabilizzazione.

L'Azienda intende perseguire la semplificazione amministrativa, in conformità al disposto di cui all'art. 97 della Costituzione, rendendo celere e snella l'azione amministrativa.

L'Azienda, in ossequio al principio del decentramento e della distinzione tra funzioni di indirizzo e controllo, da un lato, e gestionali, dall'altro, valorizza il ruolo dei dirigenti secondo le modalità di cui al successivo art. 39.

Trasparenza ed anticorruzione

Il perseguimento della trasparenza e la prevenzione, vigilanza e repressione di possibili fenomeni corruttivi rappresentano caratteristiche primarie dell'operato dell'Azienda, che informa la sua organizzazione e le sue procedure interne ed esterne al rispetto e valorizzazione di tali principi.

In particolare l'intervento legislativo avviato con la Legge 6 novembre 2012 n. 190 e s.m.i. e con il Decreto Legislativo 14 marzo 2013 n. 33, impegnano l'Azienda nel porre in essere le azioni di riordino e revisione dei modelli organizzativi e dei procedimenti amministrativi indirizzati alla qualità dei provvedimenti agevolandone la diffusione e controllandone l'effettiva applicazione.

TITOLO II

ASSETTO ISTITUZIONALE: ORGANI AZIENDALI, ORGANISMI COLLEGIALI E RELATIVE ATTRIBUZIONI

CAPO I – ORGANI AZIENDALI

Art. 6 **Organi dell'Azienda**

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

Art. 7 **Direttore Generale**

Il Direttore Generale è nominato dalla Regione ed è l'organo cui competono tutti i poteri di gestione, rappresenta legalmente l'Azienda ed è responsabile della gestione complessiva della stessa, nonché delle relazioni istituzionali esterne, rispondendo alla Regione del proprio operato, svolto nell'ambito della programmazione regionale e sulla base delle indicazioni, valutazioni e proposte espresse dagli organismi locali di riferimento politico – istituzionale.

Attua il proprio mandato con autonomia nell'organizzazione e allocazione delle risorse produttive a disposizione dell'Azienda, assicura il perseguimento della missione avvalendosi dell'attività degli organi e delle strutture organizzative aziendali.

Esercita funzioni di governo, di programmazione e pianificazione delle attività di alta amministrazione e di indirizzo gestionale, ordinariamente non ascrivibili ad aspetti di amministrazione attiva e rilevanza gestionale/operativa immediata, nel rispetto peraltro dell'autonomia della funzione dirigenziale, alla quale riconosce piena competenza e responsabilità nell'assunzione degli atti concreti di amministrazione e di gestione.

Individua e distribuisce tra le varie strutture le risorse umane, materiali ed economiche da destinare alle diverse funzioni.

Controlla e verifica la corretta ed economica gestione delle risorse disponibili e la conformità della gestione, mediante valutazione comparativa dei costi, dei rendimenti, dei risultati, ai criteri di efficacia, efficienza ed economicità.

Verifica l'imparzialità ed il buon andamento dell'azione amministrativa.

Garantisce la gestione del personale in conformità a quanto stabilito dal codice civile, dalle leggi sul lavoro dei dipendenti pubblici e dai contratti collettivi nazionali di lavoro.

Adotta i regolamenti di organizzazione e di funzionamento delle strutture interne.

Assume gli atti ed i provvedimenti amministrativi a lui espressamente riservati dalla normativa vigente in materia di nomine.

Le funzioni di governo del Direttore Generale si esplicano mediante l'adozione di atti e provvedimenti emanati nella forma delle deliberazioni e mediante l'emanazione di ordini, direttive e raccomandazioni.

Nello svolgimento dei propri compiti, il Direttore Generale è coadiuvato dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo, ciascuno per le proprie competenze e con essi costituisce la Direzione Generale dell'Azienda che garantisce, nella sua collegialità, l'unitarietà delle funzioni di indirizzo, programmazione e controllo dell'Azienda.

Art. 8

Collegio Sindacale

Il Collegio Sindacale è organo dell'Azienda previsto dall'art. 3 ter del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. E' nominato dal Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria, dura in carica tre anni ed è composto da tre membri designati rispettivamente dalla Regione, dal Ministero dell'Economia e delle Finanze e dal Ministero della Salute.

Sono attribuite al Collegio Sindacale ai sensi del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i., del D.Lgs. n. 286/1999 e del D.Lgs. n. 123/2011 le seguenti funzioni:

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

I componenti del Collegio Sindacale possono procedere ad atti di ispezione e controllo anche individualmente presso gli uffici e le Strutture dell'Azienda.

I componenti del Collegio Sindacale, in quanto organi istituzionali esclusivi dell'Azienda, fermo restando il diverso livello di responsabilità e competenza a essi assegnato dalla normativa, ispirano l'esercizio delle rispettive funzioni al principio della massima collaborazione e della sinergia operativa con la Direzione Aziendale, favorendo costanti e reciproche forme di coinvolgimento e di consultazione con particolare riferimento alla fase istruttoria dei provvedimenti di particolare incidenza sul processo di programmazione e di gestione dell'Azienda.

Art. 9

Collegio di Direzione

Il Collegio di Direzione è organo dell'Azienda previsto dagli artt. 3 comma 1-quater e 17 D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i., modificato dal D.L. n. 158/2012, convertito in Legge n. 189/2012.

E' nominato dal Direttore Generale dell'Azienda, con proprio provvedimento.

Il Direttore Generale, nell'espletamento delle funzioni di governo e di direzione strategica dell'Azienda, si avvale del Collegio di Direzione, nel quale sono rappresentate le articolazioni organizzative dell'Azienda.

Il Collegio di Direzione supporta il Direttore Generale:

- nel governo delle attività cliniche, nella programmazione e valutazione delle attività tecnico - sanitarie e di quelle ad alta integrazione sanitaria;
- nell'organizzazione e nello sviluppo dei servizi;
- nell'utilizzazione delle risorse umane.

Il Collegio di Direzione concorre alla formulazione dei programmi di formazione, alle soluzioni organizzative per l'attuazione dell'attività libero-professionale intramuraria e alla valutazione dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi prefissati.

Il Collegio di Direzione esprime pareri su tutti gli atti di programmazione dell'Azienda (Atti Aziendali, Piani di attività, delibere di settore).

Il Collegio di Direzione è convocato e presieduto dal Direttore Generale.

Il Collegio di Direzione dell'Azienda è così composto:

- Direttore Sanitario;
- Direttore Amministrativo;
- Direttori di Dipartimento;
- Direttori di Distretto ;

- Direttori di Presidio Ospedaliero;
- Direttore del Struttura Governance del Farmaco
- Direttore delle Professioni Sanitarie

Integrano la composizione del Collegio, nella funzione di Comitato Budget:

- Dirigente Responsabile UOC Contabilità e Bilancio
- Dirigente Responsabile UOC Gestione Risorse Umane
- Dirigente Responsabile UOC Gestione Acquisti e Logistica
- Dirigente Responsabile UOC Controllo di Gestione
- Dirigente Responsabile UOC Tecnico Manutentiva

Ai componenti del predetto Collegio non è corrisposto alcun emolumento, compenso, indennità o rimborso spese.

Il funzionamento e l'organizzazione sono disciplinati da apposito Regolamento aziendale.

CAPO II - ALTA DIREZIONE E ORGANISMI COLLEGIALI AZIENDALI

Art. 10

Direzione Aziendale

La Direzione Aziendale è costituita dal Direttore Generale, dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo.

Il Direttore Sanitario e il Direttore Amministrativo partecipano con il Direttore Generale alla Direzione dell'Azienda, assumono responsabilità diretta delle funzioni attribuite alla loro competenza e concorrono al processo decisionale della Direzione Aziendale con proposte e pareri.

In caso di vacanza dell'ufficio o nei casi di assenza o di impedimento del Direttore Generale, le relative funzioni sono svolte dal Direttore Sanitario o dal Direttore Amministrativo su delega del Direttore Generale o, in mancanza di delega, dal Direttore più anziano per età.

Art. 11

Direttore Sanitario

Il Direttore Sanitario è nominato in via fiduciaria dal Direttore Generale con provvedimento motivato fra gli aventi i requisiti di legge, dirige i servizi sanitari a fini organizzativi ed igienico-sanitari.

Il Direttore Sanitario:

- coadiuva il Direttore Generale nel governo dell'Azienda e partecipa ai processi di pianificazione strategica e di programmazione annuale;
- svolge attività di indirizzo, coordinamento e supporto nei confronti dei responsabili delle strutture dell'Azienda, con riferimento agli aspetti organizzativi e igienico-sanitari e ai programmi di intervento di area specifica a tutela della salute, al fine di garantire l'integrazione fra le stesse;
- assicura l'integrazione fra le attività ospedaliere e territoriali;
- presiede il Consiglio dei Sanitari, la Conferenza di partecipazione, la Commissione Farmaceutica aziendale e, se delegato dal Direttore Generale, il tavolo di coordinamento funzionale dei Distretti;
- è componente di diritto del Collegio di Direzione;
- promuove le attività relative al governo clinico, inteso come insieme di attività volte ad assicurare la qualità clinica delle prestazioni erogate, avvalendosi dei Responsabili delle strutture di produzione dei servizi sanitari e di tutela della salute nell'ambito delle disponibilità finanziarie;

- promuove l'attuazione dei principi aziendali di accessibilità, equità, appropriatezza e qualità dei servizi, nonché l'integrazione dei percorsi assistenziali Ospedale - Territorio;
- individua, nel quadro delle compatibilità finanziarie, le modalità più efficaci ed appropriate per concretizzare le funzioni assistenziali proprie dell'Azienda;
- promuove l'adozione di processi clinici basati sulle evidenze (evidence based medicine), anche attraverso adeguati programmi e percorsi assistenziali;
- partecipa al Comitato Etico Interaziendale e ne cura gli adempimenti;
- promuove lo sviluppo della qualità e della efficienza tecnica e operativa della produzione sanitaria, anche attraverso delega;
- è componente della delegazione di parte pubblica nelle trattative per la stipulazione dei contratti integrativi aziendali, che sottoscrive unitamente al Direttore Generale e al Direttore Amministrativo;
- promuove il processo di valutazione di tecnologie sanitarie (health technology assessment) e ne verifica l'applicazione;
- svolge, altresì, ogni altra funzione, ivi compresa l'adozione di atti a rilevanza esterna attribuiti dalla legislazione vigente o dai regolamenti anche aziendali ovvero su delega del Direttore Generale.

Gli atti posti in essere dal Direttore Sanitario possono assumere la forma di Decreti.

Art. 12

Direttore Amministrativo

Il Direttore Amministrativo è nominato in via fiduciaria dal Direttore Generale con provvedimento motivato fra gli aventi i requisiti di legge, dirige i servizi amministrativi.

Il Direttore Amministrativo:

- coadiuva il Direttore Generale nel governo dell'Azienda e partecipa ai processi di pianificazione strategica e di programmazione annuale;
- svolge attività di indirizzo, coordinamento e supporto nei confronti dei Responsabili delle strutture dell'Azienda con riferimento agli aspetti amministrativi, tecnici e logistici;
- concorre alla definizione e alla direzione del sistema di governo economico – finanziario aziendale;
- garantisce la funzione tecnico-amministrativa nel suo complesso valutando la compatibilità e la congruenza tra attività e risorse;
- stimola lo sviluppo dei processi di riorganizzazione e miglioramento nelle procedure di natura amministrativa;
- è componente di diritto del Collegio di Direzione;
- è componente della delegazione di parte pubblica nelle trattative per la stipulazione dei contratti integrativi aziendali, che sottoscrive unitamente al Direttore Generale e al Direttore Sanitario;
- garantisce la legittimità delle attività e degli atti della Direzione Generale;
- svolge, altresì, ogni altra funzione, ivi compresa l'adozione di atti a rilevanza esterna attribuiti dalla legislazione vigente o dai regolamenti anche aziendali ovvero su delega del Direttore Generale.

Gli atti posti in essere dal Direttore Amministrativo possono assumere la forma di Decreti.

Art. 13

Consiglio dei Sanitari

Il Consiglio dei Sanitari è costituito ai sensi dell'art. 3 comma 12 del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i.

E' organismo elettivo del personale dipendente e convenzionato dell'Azienda, con funzioni di consulenza tecnico sanitaria.

Il Consiglio dei Sanitari è convocato e presieduto dal Direttore Sanitario d'Azienda.

Le modalità di elezione, la composizione, l'organizzazione e il funzionamento del Consiglio dei Sanitari sono disciplinati dalla normativa regionale e da Regolamento aziendale, adottato su proposta del Direttore Sanitario.

Detto organismo fornisce, nei casi previsti dalla legge, parere obbligatorio al Direttore Generale per le attività tecnico-sanitarie, anche sotto il profilo organizzativo e per gli investimenti ad esse attinenti.

Il Consiglio dei Sanitari si esprime altresì sulle attività di assistenza sanitaria.

Art. 14

Organismo Indipendente di Valutazione

E' costituito presso l'Azienda l'Organismo Indipendente di Valutazione della performance (OIV), di cui all'art. 14 del D.Lgs. n. 150/2009 e s.m.i., come richiamato dalla D.G.R. n. 25-6944 del 23.12.2013.

Esso sostituisce i servizi di controllo interno, comunque denominati, di cui al D.Lgs. n. 286/1999 e s.m.i.

Esercita, altresì, le attività di controllo strategico di cui all'art. 6 comma 1, del suddetto D.Lgs. n. 286/1999 e s.m.i.

Esso svolge le seguenti funzioni:

- propone alla Direzione Generale il sistema di misurazione e valutazione della performance;
- controlla il funzionamento complessivo del sistema ed elabora una relazione annua sullo stato di attuazione della performance;
- garantisce la correttezza e l'equità dei processi di misurazione e valutazione;
- valuta, direttamente, il raggiungimento degli obiettivi con riferimento a quelli assegnati ai Direttori di Struttura e di Dipartimento;
- valida la relazione sulla performance, predisposta dal Direttore Generale;
- promuove ed attesta l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità previsti dal D.Lgs. n. 150/2009 e dal D.Lgs. n. 33/2013.

In particolare, l'OIV ha composizione collegiale, è costituito da tre membri, di cui due esterni ed uno interno all'organizzazione dell'Azienda e dura in carica tre anni.

La nomina viene effettuata dal Direttore Generale, secondo specifica procedura.

I componenti dell'OIV devono possedere "elevata capacità ed esperienza maturata nel campo del management, della valutazione della performance e della valutazione del personale delle amministrazioni pubbliche" (art. 14 c. 7 D.Lgs. 150/2009).

L'Organismo Indipendente di Valutazione si avvale, per lo svolgimento delle funzioni assegnate dal D.Lgs.150/2009, del supporto di una struttura tecnica permanente per la misurazione della performance, come previsto ai commi 9 e 10 dell'art. 14 del medesimo Decreto, dotata delle risorse necessarie all'esercizio delle relative funzioni.

L'OIV opera in posizione di completa autonomia e risponde esclusivamente al Direttore Generale.

La composizione ed il funzionamento sono definiti da Regolamento aziendale adottato in armonia con le specifiche disposizioni di indirizzo degli organismi nazionali e attuative regionali.

Art. 15

Comitato Unico di Garanzia (C.U.G.)

Il Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni, è istituito ai sensi dell'art. 21 della Legge n. 183 del 04/11/2010.

Il Comitato è composto, in misura paritaria, da componenti nominati dalle Organizzazioni Sindacali e dai

componenti di nomina aziendale.

Nel Comitato sono rappresentati sia gli operatori appartenenti al comparto che quelli riguardanti la dirigenza.

Ai sensi della Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri *“Linee guida sulle modalità di funzionamento dei Comitati Unici di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni”* al Comitato sono assegnati i compiti propositivi, consultivi e di verifica.

I compiti propositivi possono esplicitarsi nella collaborazione alla predisposizione dei Piani di Azioni Positive, in iniziative volte ad attuare le Direttive comunitarie per l’affermazione di pari dignità delle persone sul lavoro, nella diffusione di conoscenze ed esperienze, nella proposta di progetti formativi.

I compiti consultivi sono tesi alla formulazione di pareri (non vincolanti) in materia di progetti di riorganizzazione dell’ente, piani di formazione del personale, orari di lavoro, forme di flessibilità, interventi di conciliazione, criteri di valutazione del personale, interventi di contrattazione integrativa nelle materie di competenza.

I compiti di verifica sono intesi come un’analisi ex-post sui risultati delle azioni positive dell’Amministrazione, sugli esiti delle azioni di contrasto al mobbing e al disagio lavorativo.

Inoltre, il C.U.G. può intraprendere azioni ricognitive sull’assenza di ogni forma di discriminazione, diretta o indiretta, relativa al proprio ambito di competenza.

CAPO III - ORGANISMI POLITICO – ISTITUZIONALI E RAPPORTI CON L’UNIVERSITA’

Art. 16

LA CONFERENZA DEI SINDACI

Il Regolamento Regionale del 20 aprile 2010 n. 2 (pubblicato nel BURM n. 14 del 30.04.2010) disciplina il funzionamento della Conferenza dei Sindaci in attuazione dell’art. 3, comma 14, del D. Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modifiche ed integrazioni.

La Conferenza dei Sindaci dei Comuni, il cui territorio costituisce l’ambito dell’Azienda, è l’organismo rappresentativo delle Autonomie Locali.

La Conferenza dei Sindaci esercita le funzioni di cui all’art. 3, comma 14. del D. Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modifiche ed integrazioni, tramite il Comitato di rappresentanza, organismo ristretto, nominato dalla Conferenza.

La Conferenza esercita le proprie funzioni generali di indirizzo e verifica, assicurando l’effettiva partecipazione di tutti i Comuni del territorio di riferimento e l’integrato e coerente sviluppo, negli ambiti di propria competenza, degli indirizzi generali e dei contenuti specifici dei piani regionali, formulando proposte di indirizzo per la programmazione dell’Azienda e della Regione.

Alla Conferenza sono attribuiti, inoltre, compiti consultivi nel settore dell’integrazione tra i servizi sanitari e i servizi socio – assistenziali. In particolare alla Conferenza compete:

- promuovere l’integrazione tra i servizi sanitari e socio – assistenziali;
- esprimere pareri sul programma delle attività distrettuali.

La Conferenza ha sede presso la sede legale dell’Azienda, che mette a disposizione idonei locali per le riunioni e quanto occorra per l’espletamento delle funzioni ad essa attribuite, assicurando, altresì, il servizio segreteria.

Art. 17

IL COMITATO DEI SINDACI DI DISTRETTO

L'efficace esercizio della funzione del Distretto quale centro di riferimento sanitario della comunità locale, presuppone una completa e costante valorizzazione del ruolo delle autonomie locali.

In tale ottica, il Comitato dei Sindaci di Distretto previsto dall'art. 3-quater, comma 4 del decreto legislativo 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni, esplica funzioni consultive e propositive sulla programmazione distrettuale delle attività.

In particolare, il citato art. 3-quater del decreto D.Lgs. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni stabilisce che compete al Comitato dei Sindaci di Distretto, quale organismo rappresentativo di tutte le amministrazioni comunali presenti nell'ambito territoriale del Distretto, l'espressione del parere sulla proposta, formulata dal Direttore del distretto, relativa al Programma delle attività territoriali-distrettuali.

Ai fini dell'espressione dei pareri previsti dalla legge, il Comitato dei Sindaci è da intendersi come rappresentativo degli indirizzi relativi alle politiche sociali propri di ciascun Comune e dell'Ente gestore delle funzioni socio-assistenziali esistenti nell'ambito territoriale del Distretto, dei quali ciascun Sindaco fa parte in qualità di membro dell'organo di indirizzo politico.

Il Comitato è presieduto da un Presidente eletto nel suo seno a maggioranza assoluta dei componenti a scrutinio segreto.

Fino alla nomina del Presidente, le sedute del Comitato sono presiedute dal Sindaco del Comune sede di Distretto.

Alle sedute del Comitato partecipano, senza diritto di voto, il Direttore generale o suo delegato e il Direttore del distretto.

Il Comitato dei Sindaci, entro 30 gg. dall'insediamento, approva il regolamento relativo alla propria organizzazione e funzionamento, sentito il parere del Direttore Generale e del Direttore del Distretto.

Art. 18

RAPPORTI CON L'UNIVERSITÀ

Storicamente le Università hanno sempre avuto un ruolo rilevante nel determinare le dinamiche di crescita della società. Le Università, infatti, hanno il ruolo, da un lato, di interpretare e comprendere le tendenze evolutive della società e, dall'altro, di favorire tale cambiamento, andando ad incidere nel contesto sociale in termini di cambiamento della cultura.

Le Università, per loro natura portate alla ricerca, all'analisi critica e dalla diffusione delle idee e delle pratiche, favoriscono il miglioramento della società e la crescita culturale del paese, concorrendo alla formazione della nuova classe dirigente e professionale.

Tale ruolo diventa particolarmente rilevante nel caso della Facoltà di Medicina per la quale, oltre al ruolo di formazione degli specialisti della sanità del futuro, acquista importanza quello che le stesse rappresentano nel saper trasferire nella pratica clinica corrente i risultati dell'attività di ricerca, che costituisce precipua attività dei docenti universitari.

Nel far ciò la Facoltà di Medicina svolge una continua azione di aggiornamento professionale per quanto attiene alla implementazione, sia in ambito ospedaliero che territoriale, delle migliori pratiche cliniche basate sulla evidenza scientifica.

Sul tema si è pronunciata a più riprese la Corte Costituzionale sancendo il principio della necessaria inscindibilità fra l'attività didattica e ricerca tipica dell'Università e quella assistenziale.

Didattica frontale, didattica professionalizzante, ricerca traslazionale, sono tutte attività indispensabili al miglioramento continuo della qualità in medicina e ad una sempre più qualificata crescita professionale dei suoi protagonisti, medici e operatori delle altre professionalità sanitarie.

Ma è di tutta evidenza che tali attività non sarebbero possibili senza un diretto impegno dei professori e ricercatori della Facoltà di Medicina nelle attività assistenziali di prevenzione, cura e riabilitazione proprie delle strutture del SSR.

Tale intimo rapporto tra le tre attività, fra loro inscindibili, che rappresentano la sintesi dell'impegno professionale e scientifico dei docenti e dei ricercatori della Facoltà di Medicina, sono state legislativamente sancite con il D.lgs 517/99, che ha demandato ai Protocolli di intesa da stipularsi fra gli Atenei e le Regioni la definizione delle modalità con le quali le seconde assicurano alle prime l'effettività del diritto/dovere dei medici universitari all'espletamento delle attività assistenziali.

E' infatti di tutta evidenza che Regione, ASREM ed Unimol, hanno interessi convergenti che si sintetizzano nella possibilità di offrire agli studenti in professioni sanitarie ed ai medici in formazione specialistica la possibilità di poter partecipare alla indispensabile attività "professionalizzante" all'interno delle strutture regionali e di realizzare, con la collaborazione dell'Ateneo, le condizioni per il miglioramento della qualità assistenziale per gli utenti della Regione.

L'ASREM valuta positivamente la possibilità di una concreta collaborazione con la Facoltà di Medicina dell'Università degli Studi del Molise, i cui termini generali devono essere definiti con lo strumento del richiamato Protocollo d'Intesa, in particolare per quanto attiene la possibilità dell'avvio in ambito regionale di corsi di specializzazione oggi mancanti, mettendo a disposizione le strutture ospedaliere e territoriali che saranno individuate nella richiamate intese fra Regione e Unimol.

CAPO IV - ORGANISMI DI PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI AL GOVERNO DELL'AZIENDA E ORGANISMI DI TUTELA DEL DIRITTO ALL'ASSISTENZA

Art. 19

Conferenze, Comitati e Commissioni

L'Azienda promuove forme di partecipazione e collaborazione, nella definizione delle scelte e nella valutazione dei risultati, attraverso il coinvolgimento dei cittadini e dei vari portatori di interesse, attraverso:

- A. Conferenza di servizio** Il Direttore Generale assicura annualmente una apposita Conferenza dei Servizi, come previsto dal D.Lgs. n. 502 del 30 dicembre 1992 e s.m.i., a cui partecipano anche rappresentanti dell'associazionismo che collabora con la ASReM in virtù di protocolli di intesa o di convenzioni. Nell'annuale Conferenza dei Servizi viene resa nota la programmazione aziendale, con riferimento agli obiettivi ed ai risultati raggiunti, con particolare riferimento alle azioni realizzate di tutela degli utenti.
- B. Comitato Consultivo Paritario**, tra azienda ed associazioni di volontariato o di tutela e promozione dei diritti dei cittadini/utenti del SSN presenti ed operanti sul territorio di competenza della ASReM, per proporre interventi di miglioramento organizzativo e funzionale in presenza di aree critiche, ed eliminare eventuali disfunzioni che limitassero o negassero di fatto il diritto all'assistenza.
- C. Comitato etico**, istituito in attuazione del Decreto del Ministero della Salute 8 febbraio 2013 emanato ai sensi dell' articolo 12 della Legge n. 189 dell'08/11/2012, ed in conformità alle Linee di indirizzo approvate con la Deliberazione di Giunta Regionale del Molise n. 34 del 10/02/2014, è organismo consultivo, stabilmente costituito per la valutazione degli aspetti etici, scientifici e metodologici delle proposte di sperimentazioni cliniche dei farmaci da svolgersi presso le strutture aziendali.
Del Comitato Etico ASReM, secondo quanto disposto con le Linee di indirizzo approvate con la D.G.R. n. 34/2014, si avvale anche la Fondazione di Ricerca e Cura "Giovanni Paolo II" di Campobasso per l'approvazione delle sperimentazioni cliniche di propria pertinenza, anche nell'attuale assetto organizzativo, ove ricorrano condizioni di reale e comprovata urgenza, nelle more del perfezionamento del processo di riorganizzazione ai sensi di legge.
- D. Comitato Ospedale Senza Dolore**, istituito presso l'Azienda conformemente ai criteri di cui al documento dal titolo "Linee guida per la realizzazione dell'Ospedale senza dolore", emanato dal

Ministero della Salute in data 24 maggio 2001 nell'ambito della Conferenza permanente tra Stato e Regioni, ha il compito di promuovere protocolli di trattamento dei diversi tipi di dolore, coordinare l'azione delle differenti equipe e formare il personale medico e non medico, allo scopo di soddisfare in maniera adeguata le esigenze dei pazienti. Il COSD è coordinato dal Direttore Generale ed è composto dal Direttore Sanitario Aziendale, dai referenti indicati nel Regolamento del COSD da approvare con separato atto.

Il COSD ha i seguenti obiettivi:

- sviluppare le conoscenze finalizzate ad aumentare e/o migliorare le competenze di tutti gli operatori, favorendo la crescita di una mentalità di servizio al controllo del dolore;
- avviare il confronto culturale tra ambienti e culture diverse con la finalità di coinvolgere i pazienti e il loro entourage, e il pubblico;
- proporre dei modelli organizzativi per garantire la qualità dell'assistenza sanitaria e favorire il dialogo, superando i limiti della mera tecnica e comprendendo al meglio la realtà;
- ricercare i luoghi e tutte le situazioni dove il dolore potrà essere evitato, o meglio alleviato;
- predisporre pubblicazioni, poster e materiale informativo per l'utente, la sua famiglia ed i cittadini;
- sviluppare atteggiamenti e competenze favorevoli l'attenzione e l'ascolto del sintomo dolore;
- sviluppare atteggiamenti e meccanismi operativi per la creazione di equipe team (tra personale medico, infermieristico e di supporto), finalizzato alla soddisfazione dei bisogni e delle richieste dell'utenza verso il sintomo dolore;
- utilizzare gli strumenti per il sintomo del dolore;
- porre in atto tutte le strategie farmacologiche, invasive ed atte a controllare il dolore;
- sostenere ed assicurare la continuità terapeutica del controllo del dolore tra ospedale e domicilio;
- identificare un referente per ogni profilo sanitario in ciascuna Unità Operativa;
- attuare la carta dei diritti e dei doveri del malato sulla base di informazioni sul dolore;
- formare i professionisti sanitari che conoscano i meccanismi base del dolore, in modo che possano rispondere adeguatamente alle richieste del paziente.

E. Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, garantisce la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro discriminazioni, istituito con Provvedimento del Direttore Generale n. 607 del 25/05/2012 .

F. Il responsabile della Prevenzione della Corruzione e della trasparenza

L'ASReM in attuazione dell'art. 1, comma,7 della Legge n. 190 del 6 novembre 2012 recante *"Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione"* ha provveduto a nominare il responsabile della Prevenzione della Corruzione , con le modalità ed i criteri stabiliti nella Circolare n.1 del 2013 del Dipartimento della Funzione Pubblica.

Il responsabile della Prevenzione della Corruzione assicura le funzioni ed i compiti indicati nella predetta circolare n.1/2012 ed i compiti di vigilanza previsti dalla vigente normativa

Il responsabile della Prevenzione della Corruzione svolge nell'ambito dell'ASReM le funzioni di Responsabile per la trasparenza; in tale veste assicura le funzioni ed i compiti previsti dall'art. 43 del D.Lgs.n. 33/2013.

L'incarico può essere aggiuntivo a Dirigente già titolare di altro incarico dirigenziale non gestionale.

TITOLO III

ASPETTI ORGANIZZATIVI DELL'AZIENDA

CAPO I – LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA

Art. 19

Principi generali

L'organizzazione dell'ASReM è strutturata, pur garantendo l'unitarietà nella sua declinazione, assumendo a riferimento la distinzione tra funzioni strategiche e di governo poste in capo alla Direzione Aziendale e compiti gestionali ed operativi attribuiti ai vari livelli organizzativi aziendali.

Il modello organizzativo dell'Azienda è fondato sulla distinzione tra le macro funzioni di:

- a) governo, intendendosi per tali l'insieme delle attività di Direzione strategica concernenti la pianificazione, la programmazione, l'alta amministrazione, il controllo strategico e la vigilanza;
- b) supporto, intendendosi per tali quelle deputate a supportare la Direzione Aziendale e le strutture con funzioni di tutela e produzione nell'espletamento dei propri compiti istituzionali;
- c) tutela, intendendosi per tali l'insieme delle attività finalizzate a garantire lo stato di salute dei cittadini attraverso l'analisi e il governo della domanda sanitaria;
- d) produzione, intendendosi per tali l'insieme delle attività volte alla produzione di servizi sanitari, in ambito ospedaliero e territoriale, unitamente a quelle di prevenzione, diagnosi e cura, finanche alle attività in regime di libera professione

Art. 20

Piano di Organizzazione

Il Piano di Organizzazione Aziendale (P.O.A.) è parte integrante del presente Atto Aziendale ed è rivedibile e modificabile in funzione delle strategie e delle attività aziendali.

In particolare l'organizzazione aziendale può modificarsi in relazione ai cambiamenti che intervengano nel sistema sanitario, determinati dalla trasformazione dei bisogni assistenziali della popolazione, dall'innovazione tecnologica, dallo sviluppo professionale e dai cambiamenti normativi.

Il P.O.A. disciplina in sintesi:

- a) l'individuazione delle strutture organizzative delle reti assistenziali;
- b) la declaratoria delle loro competenze;
- c) la dotazione organica complessiva;
- d) l'articolazione complessiva delle strutture stesse (Organigramma).

Art. 21

Livelli organizzativi aziendali

All'interno dell'Azienda sono previste le seguenti macro-aree:

- a) area della prevenzione
- b) area territoriale
- c) area ospedaliera

le quali includono, secondo il criterio strutturale, le singole strutture operative.

L'organizzazione aziendale è articolata in Dipartimenti, Strutture Complesse, Strutture Semplici Dipartimentali e Strutture Semplici.

Attraverso tali articolazioni l'ASReM esercita la propria attività.

Il **Dipartimento** rappresenta il modello ordinario di gestione operativa delle attività aziendali.

Esso costituisce tipologia organizzativa e gestionale volta a dare risposte unitarie, flessibili, tempestive, razionali ed esaustive rispetto ai compiti assegnati, nell'ottica di comunanza delle risorse.

Le **Strutture Complesse**, pur conservando ciascuna la propria autonomia, sono ordinariamente collocate all'interno di un Dipartimento, tranne che per scelta strategica siano poste in staff alla Direzione Aziendale ovvero in casi eccezionali previsti per legge.

I Direttori delle stesse fanno riferimento al Direttore del Dipartimento per tutti gli aspetti organizzativo-gestionali e tecnico-professionali.

Il Direttore della Struttura Complessa dipende gerarchicamente dalla Direzione Generale e ad essa, oltre che al Direttore di Dipartimento, risponde dei risultati ottenuti.

Le **Strutture Semplici Dipartimentali/Aziendali** sono articolazioni organizzative con specifiche responsabilità di gestione di risorse umane, tecniche e finanziarie e dispongono, pertanto, di un proprio budget.

Le **Strutture Semplici** sono articolazioni organizzative delle Strutture Complesse.

Nel caso in cui non esistano i requisiti per l'organizzazione dipartimentale ma sia opportuno il coordinamento di attività, anche di più Strutture Complesse, si potrà ricorrere, quale modalità organizzativa, ai **Gruppi di Progetto**, anche per l'attuazione di programmi nazionali o regionali, oltre che aziendali.

I Responsabili dei Gruppi di Progetto possono partecipare, senza diritto di voto, alle riunioni del Collegio di Direzione.

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

CAPO II – ORGANIZZAZIONE DIPARTIMENTALE

Art. 22

Definizione di Dipartimento

Il Dipartimento è costituito dalla aggregazione di strutture organizzative complesse o semplici analoghe, omogenee, affini o complementari che perseguono comuni finalità e, pur conservando ciascuna la propria autonomia e responsabilità professionale, sono tra loro interdipendenti.

Nella individuazione e realizzazione dei Dipartimenti l'ASReM si attiene a quanto previsto dalla normativa nazionale e regionale di riferimento.

I Dipartimenti possono essere definiti strutturali, funzionali e trasversali :

- **Dipartimenti strutturali**, caratterizzati dall'omogeneità, sotto il profilo dell'attività, delle risorse umane o tecnologiche impiegate o delle procedure operative adottate.

Sono costituiti al loro interno da strutture organizzative complesse, semplici o semplici a valenza dipartimentale, caratterizzati da strutture organizzative proprie e chiamati a svolgere attività di produzione (a livello ospedaliero e/o territoriale) o attività di supporto all'Azienda per la gestione tecnica, logistica e amministrativa.

- **Dipartimenti funzionali**, che aggregano strutture operative non omogenee, interdisciplinari, al fine di coordinarne l'azione per realizzare obiettivi interdipartimentali e/o programmi di rilevanza strategica.
Sono caratterizzati ugualmente da un'aggregazione di strutture, ma tale forma dipartimentale nasce dall'esigenza di costituire un dipartimento finalizzato al raggiungimento di uno specifico obiettivo individuato da norme nazionali, dalle esigenze della singola Azienda o dall'opportunità di aggregare strutture complesse, semplici o semplici a valenza dipartimentale totalmente indipendenti fra loro, al fine di raggiungere un determinato obiettivo o assicurare in modo ottimale la continuità diagnostica e terapeutica ai pazienti.
- **Dipartimenti trasversali**, costituiti da unità intra ed extra ospedaliere.
- **Dipartimenti trasversali misti**, costituiti da unità operative ospedaliere integrate per la parte strutturale e funzionalmente collegate con le unità operative territoriali, omogenee e non, per finalità comuni.

Una struttura può afferire ad un solo Dipartimento strutturale, ma può essere configurata in uno o più dipartimenti funzionali

Organizzazione dipartimentale dell'area ospedaliera

L'aggregazione dipartimentale dell'area ospedaliera è caratterizzata dai seguenti criteri:

- ✓ intensità e gradualità delle cure;
- ✓ aree funzionali omogenee;
- ✓ integrazione disciplinare e multiprofessionale;

Art. 23

Finalità dei Dipartimenti

La finalità dei Dipartimenti si esplica nello sviluppo e governo unitario delle prestazioni e dei servizi; essi possono comprendere strutture e servizi dislocati in sedi erogative differenti al fine di favorire l'integrazione e l'omogeneizzazione su scala aziendale dei processi di produzione, erogazione, accesso ai servizi nonché la definizione di modalità operative interne unitarie.

I Dipartimenti hanno specifica autonomia tecnico-professionale e gestionale, nei limiti degli obiettivi assegnati e delle risorse attribuite ed operano secondo il piano annuale di attività, gestendo le risorse loro assegnate.

Le finalità che si intendono perseguire attraverso la realizzazione dell'organizzazione dipartimentale sono:

- il coordinamento delle attività di tutte le strutture che ne fanno parte e l'organizzazione dei servizi in rete;
- il coordinamento e la razionalizzazione dell'utilizzo delle risorse umane e tecnologiche, dei posti letto, dei materiali di consumo e dei servizi intermedi;
- il miglioramento dell'efficienza gestionale, della qualità delle prestazioni erogate, del livello di umanizzazione delle strutture;
- la gestione del budget legato agli obiettivi dipartimentali, attribuiti, sentito il Comitato di Dipartimento, dal Direttore di Dipartimento ai Responsabili delle Strutture Complesse;
- il monitoraggio sull'andamento dei risultati di budget;
- il miglioramento e l'integrazione dell'attività di formazione e aggiornamento;
- il coordinamento, la razionalizzazione e lo sviluppo dei percorsi diagnostici e terapeutici e di quelli volti a garantire la continuità assistenziale anche all'esterno dei Dipartimenti;

- la riduzione delle liste di attesa perseguendo interventi di appropriatezza e di selezione temporale di risposta o priorità cliniche.

Per ogni Dipartimento sono individuate le risorse da assegnare in termini di posti letto, personale, strutture edilizie, attrezzature, risorse economico-finanziarie.

Art. 24

Direttore del Dipartimento

Il Direttore di Dipartimento è nominato dal Direttore Generale tra i Direttori delle Strutture Complesse afferenti al Dipartimento stesso e mantiene la titolarità della Struttura Complessa cui è preposto.

Il Direttore è responsabile dei risultati complessivi del Dipartimento, assicura il coordinamento fra le strutture organizzative che lo compongono, è responsabile del governo clinico e dell'innovazione, favorisce lo sviluppo di progetti trasversali alle diverse strutture operative e valuta le performance delle strutture afferenti al Dipartimento, in relazione agli obiettivi di budget.

Art. 25

Comitato di Dipartimento

Il Comitato di Dipartimento è costituito dai Direttori/Responsabili delle Strutture Complesse e dai Responsabili delle Strutture Semplici a valenza Dipartimentale appartenenti a ciascun Dipartimento.

Secondo la tipologia del Dipartimento e l'organizzazione dell'Azienda possono essere invitati, senza diritto di voto:

- a) i Responsabili di Strutture Semplici facenti parte di Strutture Complesse appartenenti al Dipartimento stesso;
- b) i Responsabili di Strutture, Semplici o Complesse, anche non appartenenti al Dipartimento, ma con esso interagenti;

Le funzioni del Comitato di Dipartimento sono, essenzialmente, di natura propositiva e consultiva, e organizzativa per quanto concerne le attività del Dipartimento stesso.

Il modello del Regolamento per il funzionamento del Comitato sarà conforme allo schema tipo aziendale specificatamente predisposto per rendere omogenei i Regolamenti dipartimentali, sulla base delle vigenti disposizioni regionali.

Il Regolamento viene approvato dal Direttore Generale.

CAPO III – ORGANIZZAZIONE DISTRETTUALE

Art. 26

Il Distretto Socio-Sanitario

L'Azienda Sanitaria Regionale del Molise è articolata in Distretti Socio-Sanitari, i quali sono macrostrutture dotate di autonomia economico-finanziaria e gestionale, con l'attribuzione di specifico budget e con contabilità separata all'interno del bilancio dell'Azienda. Il Distretto è organizzato in centri di costo e di responsabilità.

Al Distretto competono l'analisi del bisogno di salute e la promozione di corretti stili di vita della popolazione, l'erogazione delle prestazioni di diagnosi e cura, nonché il soddisfacimento di tutti gli adempimenti burocratici ed amministrativi legati alla erogazione dei servizi sanitari territoriali.

Il bacino del Distretto Socio-Sanitario si identifica con l'area territoriale dove sono presenti i punti di erogazione delle prestazioni socio sanitarie sia pubbliche che private accreditate. Esso adotta soluzioni che vanno verso l'integrazione delle risposte assistenziali erogate in ambito sanitario con le risposte assistenziali erogate in ambito sociale o da soggetti terzi.

È strutturato sul modello della "presa in carico", che prevede un rapporto continuo tra Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e Specialisti Ambulatoriali che presidiano sia la funzione di accoglienza e prima valutazione (PUA) sia la valutazione funzionale Multidimensionale e la definizione di Progetti Assistenziali Individuali.

I Distretti Sanitari individuati all'interno dell'ASReM, sulla base del DCA n. 46 del 28.07.2016, sono:

- **Distretto Socio-Sanitario n.1 di Campobasso (Territorio di Campobasso, Boiano, Riccia);**
- **Distretto Socio-Sanitario n.2 di Termoli (Territorio di Termoli e Larino);**
- **Distretto Socio-Sanitario n.3 di Isernia (Territorio di Isernia, Agnone e Venafro);**

Il distretto assicura:

- l'assistenza sanitaria di base, ivi compresa la continuità assistenziale, attraverso il necessario coordinamento multidisciplinare, in ambulatorio e a domicilio, tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, servizi di guardia medica notturna e festiva e presidi specialistici ambulatoriali e presidi ospedalieri;
- il coordinamento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con le strutture operative a gestione diretta, nonché con i servizi specialistici ambulatoriali e le strutture ospedaliere ed extraospedaliere accreditate;
- raccordo e coordinamento tra i servizi del territorio ed i servizi ospedalieri;
- servizi di attuazione di programmi vaccinali sulla base della programmazione del Dipartimento Unico di Prevenzione;
- l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, connotate da specifica ed elevata integrazione, nonché l'erogazione delle attività socio - assistenziali in accordo di programma con i Piani di Zona degli ambiti sociali locali garantendone l'integrazione con le attività di assistenza sanitaria; attività finalizzate alla promozione alla salute;
- Assistenza primaria specialistica (che comprende la Specialistica Ambulatoriale, la Specialistica in Accreditamento esterno in regime ambulatoriale e residenziale, l'assistenza integrativa, l'assistenza riabilitativa, l'assistenza protesica);
- l'attività di medicina dello sport;
- l'attività o i servizi consultori per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia, nonché l'attività ed i servizi di salute mentale nell'età evolutiva;
- l'attività o i servizi rivolti a disabili e anziani;
- l'attività o i servizi di assistenza domiciliare integrata;
- l'attività o i servizi per le patologie da HIV e per patologie in fase terminale;
- l'attività medico legale;
- l'attività di sanità penitenziaria (distretti di Campobasso, Isernia, Termoli);
- l'attività, integrata con il Dipartimento Unico di Prevenzione, di sorveglianza sindromica ed assistenza sanitaria agli stranieri migranti (STP-ENI) (distretti di Campobasso, Isernia, Termoli);
- l'attività di assistenza penitenziaria;
- l'Integrazione socio-sanitaria.

Le azioni attraverso le quali si articola la committenza distrettuale sono:

- valutare e definire in modo partecipato il bisogno di salute della popolazione;
- definire le priorità nel rispetto degli obiettivi, dei compiti e delle risorse assegnate all'Azienda;
- elaborare il Programma delle Attività Territoriali;
- promuovere la multidisciplinarietà tra i ruoli professionali e le strutture di produzione;
- valutare l'appropriatezza dei servizi offerti;

- monitorare, controllare e verificare i risultati di ciascun erogatore ed il rispetto degli obiettivi assegnati con particolare riguardo alle diverse dimensioni dell'appropriatezza;
- erogare prestazioni e servizi sanitari inerenti l'assistenza primaria, l'assistenza per le tossicodipendenze e l'assistenza socio-sanitaria;
- concorrere alla realizzazione di un sistema integrato di interventi e servizi sanitari e sociali attraverso la forte integrazione tra soggetti pubblici e privati e tra servizi sociali e sanitari, in grado di affrontare i bisogni complessi che richiedono unitarietà di intervento, progetti personalizzati, continuità assistenziale, valutazione multi professionale del bisogno, condivisione degli obiettivi, progettazione integrata delle risposte, valutazione partecipata degli esiti.

Il Distretto è responsabile delle risorse assegnate. Al fine di dare attuazione alle necessità dei territori i Direttori dei Dipartimenti territoriali e ospedalieri e i direttori dei Distretti Sanitari concordano tipologie, volumi e modalità di erogazione delle prestazioni per le attività proiettate sui territori di competenza distrettuale. Il Direttore del Distretto è responsabile della gestione funzionale e realizza gli indirizzi e le linee operative formulate dal Direttore del Dipartimento senza alcuna dipendenza gerarchica tra il Direttore del Distretto ed il Direttore del Dipartimento.

Al fine di garantire una uniforme e facile fruizione dei servizi distrettuali integrati nella rete dei servizi sanitari e sociosanitari, si conferisce un ruolo cruciale all'organizzazione delle Porte Uniche di Accesso, le quali sono strategicamente allocate in ogni Distretto per meglio rappresentare l'interfaccia diretta per il cittadino-utente.

Mediante la Porta Unica di Accesso (PUA) si garantisce:

- **la funzione di accoglienza e informazione;**
- **la funzione di valutazione di primo livello;**
- **lo smistamento dell'utenza ai servizi sanitari o sociali;**
- **l'attivazione della valutazione multidimensionale finalizzata ad una presa in carico integrata;**
- **la attivazione di tutte le risposte necessarie a soddisfare la richiesta ed il bisogno del cittadino in relazione alle risorse disponibili.**

Il Direttore del Distretto si avvale del supporto di una U.O. Amministrativa.

L'articolazione organizzativa ed, in particolare, la distribuzione nell'ambito dei tre Distretti dell'erogazione dei servizi, ha tenuto conto della densità di popolazione di ciascun ambito territoriale.

Sono previste forme di collaborazione e di correlazione/integrazione funzionale tra il Distretto Sociosanitario, il Dipartimento di Prevenzione ed il Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze.

Art. 27

Il Direttore del Distretto

Il Direttore del Distretto è responsabile della realizzazione, nell'ambito territoriale di competenza, degli indirizzi strategici della Direzione dell'ASReM.

Il conferimento dell'incarico di Direttore del Distretto è effettuato mediante procedure pubbliche di selezione, secondo quanto previsto dalla vigente normativa nazionale e regionale.

Compete al Direttore l'attuazione della programmazione distrettuale, promuovendo la rete di risposte sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private accreditate, al fine di soddisfare i bisogni di assistenza primaria della popolazione.

Il Direttore del Distretto, svolge prioritariamente le seguenti funzioni:

- coordina le attività produttive gestite direttamente o indirettamente dal Distretto;
- promuove e presidia l'integrazione organizzativa tra le strutture territoriali per la garanzia di un coordinato svolgimento dei percorsi di presa in carico e di continuità assistenziale. Trattasi delle

strutture competenti nelle diverse aree di attività rispetto alle quali il Distretto si configura quale committente, nell'esercizio della funzione di analisi/valutazione del fabbisogno del proprio territorio, programmazione e controllo.

Tra i principali compiti della Direzione del Distretto si individuano i seguenti:

- Elaborazione del Piano delle attività territoriali (PAT), avendo attenzione al sistema delle compatibilità in termini di risorse e di bisogni;
- Garanzia del presidio permanente dell'attività (verifica e valutazione) assicurando il continuo adeguamento quali-quantitativo ai bisogni e all'andamento delle risorse disponibili;
- Garanzia, in collaborazione con le funzioni di staff di programmazione e controllo, del buon funzionamento del sistema informativo, e il puntuale ed esaustivo assolvimento dei debiti informativi e, attraverso il controllo di budget, l'efficacia e l'efficienza d'uso delle risorse;
- Redazione della relazione annuale di Distretto. In tale ambito, in attuazione del Programma delle attività territoriali-distrettuali, effettua il monitoraggio dei dati di attività e dei risultati conseguiti in termini qualitativi e quantitativi, anche ai fini della descrizione dell'attività svolta, delle risorse impiegate, dei relativi costi e ricavi. La relazione annuale di Distretto, deve essere predisposta, a consuntivo, quale parte integrante della relazione di A.S.L.;
- Partecipazione al processo di budget nell'ambito della Direzione aziendale presidiando gli obiettivi di competenza;

Al Direttore del Distretto sono attribuite le risorse definite in rapporto alle funzioni assegnate ed agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento definiti nel Programma delle attività territoriali distrettuali approvato dal Direttore Generale.

Egli presiede l'Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali concepito come strumento tecnico di elaborazione delle scelte aziendali, di coordinamento ed integrazione progettuale e organizzativa di tutte le attività, rappresenta il Direttore Generale nel Comitato di Distretto, promuove l'informazione e l'immagine dell'azienda nel proprio ambito distrettuale.

Al Direttore di Distretto infine compete la costruzione di un sistema improntato all'orientamento delle competenze professionali e di équipe al risultato di salute, alla massima integrazione operativa e alla più ampia flessibilità, favorendo il formarsi di strutture e meccanismi operativi fondati su processi da presidiare o problemi da risolvere, piuttosto che su una rigida definizione di funzioni ed atti.

Il Direttore del Distretto si avvale dell'Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali (UCAD), come previsto e disciplinato dall'art. 3-sexies, comma 2 del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. e dall'Ufficio di Direzione Distrettuale, di cui al successivo art.28

Art. 28

Ufficio di Direzione Distrettuale

L'Ufficio di Direzione Distrettuale (DGR n. 2011/2007) è la funzione organizzativa dove si progetta e valuta il livello di integrazione definito necessario e auspicabile per l'erogazione dei servizi, si sviluppano le relazioni tra distretto e dipartimenti, e si promuove l'integrazione organizzativa e professionale. La distinzione tra questi due aspetti dell'integrazione non è superflua, come potrebbe apparire qualora, in termini generali, si consideri che in una organizzazione professionale l'integrazione organizzativa consiste in quella garantita dall'armonizzazione degli apporti professionali.

Dell'UDD si avvale il Direttore di Distretto per l'esercizio della funzione di programmazione e di integrazione dei servizi territoriali. Le sue 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.

Le funzioni generalmente rappresentate nell'UDD sono:

- a) Direttore di Distretto, con funzione di coordinamento.
- b) Dirigente responsabile delle Cure Primarie.
- c) Direttore di Dipartimento di Prevenzione.
- d) Direttore di Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze.
- e) Referente centrale delle attività socio-sanitarie.
- f) Referente distrettuale delle attività socio-sanitarie.
- g) Dirigenti responsabili delle UU.OO. del Distretto Socio-Sanitario.
- h) Referente per la medicina generale, secondo quanto indicato nell'Accordo regionale per la disciplina con i medici di medicina generale.
- i) Referente per la Pediatria di libera scelta.
- j) Direzione medica di Presidio Ospedaliero.
- k) Uno specialista ambulatoriale interno con funzioni di supporto alla definizione degli obiettivi e dei programmi di attività scelto tra gli specialisti convenzionati che ricoprano un ruolo organizzativo.
- l) Le Direzioni Infermieristica e Tecnica e della Governance del Farmaco, nelle loro articolazioni territoriali, partecipano a tale Ufficio. Le forme della loro partecipazione, ove possibile e coerente con le funzioni dell'UDD, assicurano la sintesi distrettuale delle problematiche relative alle linee di servizio supportate da queste direzioni nei dipartimenti e servizi territoriali.

Specifiche esigenze locali possono determinare composizioni diverse da quella qui indicata, purché funzionali alla realizzazione degli obiettivi di adeguatezza dell'offerta dei servizi in relazione ai bisogni, di riequilibrio tra i costi per funzioni identiche tra territori diversi, di continuità e coerenza delle pratiche assistenziali e cliniche garantite dalle diverse articolazioni organizzative dei servizi sanitari e sociali.

Relativamente al rapporto distretto/ospedali/dipartimenti ospedalieri, l'area dell'integrazione è rappresentata prioritariamente dalla definizione dei percorsi assistenziali ai fini della continuità assistenziale e della presa in carico. In questo ambito vanno definiti, tra l'altro, i protocolli di accesso alle strutture ambulatoriali e diagnostiche ospedaliere, le modalità di valutazione multidimensionale in sede di pre e post

Dimissione e i percorsi congiunti finalizzati a perseguire l'appropriatezza prescrittiva. Devono inoltre essere promosse iniziative di integrazione attraverso la partecipazione di medici ospedalieri ad attività distrettuali e viceversa, mediante il sistema di reti professionali e i gruppi operativi interdisciplinari. Per quanto attiene al rapporto distretto/dipartimento di prevenzione, l'area di integrazione riguarda i programmi e le iniziative di prevenzione primaria e di promozione di stili di vita salutari; a questo livello occorre definire le modalità di coordinamento tra il dipartimento, che detiene la responsabilità tecnica delle stesse, ed il distretto che, con la sua organizzazione ed i suoi operatori, in particolare i medici di medicina generale, le deve realizzare.

Relativamente al rapporto distretto/dipartimento di salute mentale e dipendenze vanno in particolare definite le modalità di integrazione professionale per quanto attiene la valutazione e la progettazione congiunta degli interventi per i pazienti con problemi psichiatrici di particolare rilievo.

L'UDD incorpora le funzioni dell'Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali (UCAD), di cui al comma 2 dell'art. 3 sexies del D.lgs. n. 502/92 e s.m.i. e delle funzioni ad esso demandate dagli ACNL dei medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e specialisti ambulatoriali. In tal caso opera con composizione ridotta, secondo specifiche disposizioni della Direzione Strategica.

L'UDD è costituito dagli stessi componenti dell'UCAD, a cui si aggiungono gli altri profili professionali previsti nel presente articolo.

Art. 29

Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali (UCAD)

L'Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali (UCAD), costituito ai sensi dell'art. 3 sexies, comma 2 D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i., è presieduto dal Direttore di Distretto e svolge le funzioni attribuite dalla normativa vigente.

Tale ufficio, presieduto dal Direttore di Distretto, è composto dai Responsabili di ciascuna area di attività del Distretto, da un rappresentante dei M.M.G., da un rappresentante dei P.L.S., da un rappresentante dei medici specialisti, dal Responsabile dell'Ufficio Socio-sanitario, dal dirigente farmacista distrettuale, tutti afferenti l'ambito distrettuale.

Competono all'Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali le funzioni propositive e tecnico - consultive relative alle seguenti attività:

- supporto alle competenze assegnate al Direttore del Distretto, in particolar modo all'elaborazione della proposta annuale relativa al programma delle attività distrettuali;
- coordinamento funzionale, operativo e gestionale di tutte le attività distrettuali, nell'ambito degli indirizzi strategici della Direzione Aziendale, del programma delle attività territoriali - distrettuali e del budget attribuito per l'espletamento di tali attività;
- coordinamento tecnico - operativo fra le attività socio - sanitarie di competenza dell'ASL e quelle socio - assistenziali di competenza dei Comuni, svolte nell'ambito territoriale del Distretto;
- supporto al Direttore del Distretto ai fini dell'analisi del fabbisogno di salute della popolazione, mediante la definizione di un unico piano di rilevamento, avvalendosi dei dati epidemiologici e degli indicatori di processo, di risultato e di qualità;
- promozione di strategie operative condivise fra i fattori produttivi e territoriali, finalizzate a soddisfare il bisogno reale di salute, sempre nell'ambito della programmazione aziendale e del budget assegnato, in raccordo con la rete degli ospedali;
- sviluppo di strategie, di progetti e di interventi di promozione ed educazione alla salute secondo gli indirizzi nazionali e regionali;
- monitoraggio e valutazione di tutte le attività nonché dei relativi costi indotti dai M.M.G. e dai P.L.S.;
- definizione dei presupposti tecnico - operativi per la stipulazione delle convenzioni per l'esercizio delle attività socio - assistenziali a livello sanitario;
- determinazione, nell'ambito del budget assegnato, delle risorse da destinare all'integrazione socio - sanitaria e delle quote rispettivamente a carico dell'ASL e degli Enti gestori delle funzioni socio - assistenziali;
- individuazione delle procedure di raccordo fra la rete produttiva territoriale, i servizi socio - assistenziali, i M.M.G., i P.L.S. al fine di garantire modalità condivise nell'offerta dei servizi (sportelli unici, modulistica unica, formazione congiunta, ecc.).

Art. 30

Il Regolamento di Distretto

Il Direttore Generale approva un Regolamento che disciplina il funzionamento dei Distretti, redatto sulla base di quanto previsto dal presente Atto Aziendale e dal Piano di Organizzazione.

Art. 31

Il Programma delle Attività Territoriali - Distrettuali (PAT)

Nell'ambito delle risorse assegnate in relazione agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento ed al fabbisogno rilevato sul proprio territorio, il Distretto definisce il Programma delle Attività Territoriali – Distrettuali (PAT), coerentemente con gli indirizzi della programmazione strategica aziendale e regionale e con le risorse assegnate.

Tale Programma, di norma, ha durata coincidente con quella del P.S.S.R. e comunque non inferiore ad un triennio; è aggiornato ogni anno contestualmente alla definizione del bilancio ed è redatto secondo i criteri e le modalità di cui all'art. 3-quater del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i.

Il PAT individua gli obiettivi da perseguire, in attuazione delle strategie aziendali, come definite nei relativi atti di programmazione e sulla base del fabbisogno rilevato nell'area di riferimento, definendo le attività da svolgere per conseguirli e la relativa distribuzione delle risorse assegnate.

Costituiscono obiettivi strategici del Distretto che necessitano di programmazione e di un costante monitoraggio nell'ambito del PAT:

- rendere esplicita la definizione della rete di offerta dei servizi sanitari e socio sanitari per pazienti fragili, cronici e disabili;
- adottare un modello di presa in carico al fine di aumentare l'appropriatezza del contesto di cura;
- sviluppare percorsi strutturati per pazienti fragili e disabili volti a superare le disuguaglianze di accesso

E' proposto dal Direttore del Distretto, sulla base delle risorse assegnate, previa negoziazione e coordinamento con i responsabili delle strutture territoriali ed ospedaliere competenti nelle diverse aree di attività e sentito l'ufficio di coordinamento delle attività distrettuali (UCAD) di cui all'art. 3-sexies, comma 2 del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i.

CAPO IV - LA PREVENZIONE

Art. 32

Ruolo della prevenzione

Per prevenzione si intende il complesso delle azioni rivolte a promuovere e tutelare la salute tramite:

- lo sviluppo delle capacità individuali e sociali atte a garantire stili di vita e comportamenti adeguati a migliorare le proprie condizioni di salute;
- l'identificazione e la rimozione delle condizioni di rischio negli ambienti di vita e di lavoro;
- la valorizzazione dei fattori protettivi;
- l'organizzazione di interventi di diagnosi precoce sulla popolazione.

L'attività di prevenzione si esplica in particolar modo negli interventi diretti sulla popolazione agendo sui problemi di salute più diffusi rispetto ai quali gli interventi messi in atto garantiscano, sulla base delle conoscenze scientifiche, l'efficacia delle azioni.

Gli interventi di prevenzione sulla popolazione si esplicano con progetti di lavoro atti a garantire il seguente percorso:

- analisi della situazione epidemiologica locale per la rilevazione dei bisogni di salute anche attraverso le istanze sociali presenti nel territorio;
- definizione delle priorità di intervento in termini di diffusione, gravità e possibilità di intervenire positivamente sugli eventi morbosi;
- formulazione e proposta di progetti correttivi o migliorativi delle condizioni di salute attraverso il coinvolgimento sia delle strutture aziendali sia di quelle esterne che possono contribuire positivamente al superamento dei problemi evidenziati;
- monitoraggio nella fase attuativa dei progetti e verifica dei risultati ottenuti.

L'attività di prevenzione primaria e secondaria è esercitata principalmente tramite il Dipartimento di Prevenzione che partecipa anche alle iniziative di prevenzione che possono attuare tutte le articolazioni con modalità ed impegno differenziati rispetto ai progetti di intervento.

Art. 33

Prevenzione oncologica secondaria

La prevenzione oncologica secondaria è garantita attraverso un'apposita U.O. denominata "Governance delle Rete Territoriale Consultoriale e degli screening oncologici", collocata all'interno del Dipartimento di Staff.

Art. 34

Il Dipartimento di Prevenzione

Il Dipartimento di Prevenzione è dotato di autonomia tecnico – professionale ed economico-finanziaria, nei limiti delle risorse assegnate, soggetto a rendicontazione analitica con contabilità separata all'interno del bilancio Aziendale, come disciplinato dagli artt. 7 bis e ss. del D. Lgs. 502/92 ss.mm.ii.. E' deputato all'erogazione dei livelli essenziali di assistenza di Prevenzione Collettiva (assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro), come individuati dal DPCM 22 novembre 2001, " Definizione dei livelli essenziali di assistenza", e successive modifiche e integrazioni, di supporto alla Direzione generale e che partecipa alla programmazione Aziendale.

Il Dipartimento di prevenzione ASREM, garantisce gli interventi sul territorio regionale finalizzati alla tutela della salute collettiva perseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e delle disabilità, miglioramento della qualità della vita, verificandone l'omogeneità sul territorio regionale.

A tal fine il Dipartimento promuove azioni di interesse generale volte ad individuare e rimuovere le cause di nocività e malattia di origine ambientale, umana ed animale ed è organizzato sulla base dei principi definiti dalla normativa sanitaria vigente, dagli obiettivi di razionalizzazione organizzativa e funzionale, nonché dai vincoli di contenimento e razionalizzazione della spesa sottoscritti dalla Regione.

Il Dipartimento Unico della Prevenzione è costituito da una pluralità di strutture, complesse e semplici, di particolare specificità che, per omogeneità, affinità e complementarietà, richiedono una programmazione ed un coordinamento unitario, con risultati in termini di efficienza ed efficacia misurabili ed hanno finalità aziendali comuni, quali assicurare la buona gestione amministrativa e finanziaria, nonché dare concreta attuazione alle politiche di governo clinico.

Nell'ambito del Dipartimento, la prevenzione e la promozione della salute devono essere vissuti come un investimento fondamentale per affrontare al meglio le malattie croniche e dare maggiore qualità alla vita delle persone, non ancorando più il Dipartimento ad un ruolo meramente ispettivo e certificativo. In tal senso, il Dipartimento di Prevenzione deve divenire propulsore e coordinatore di interventi di promozione della salute e di prevenzione sul territorio..

È necessario tenere conto che le prestazioni di competenza delle articolazioni organizzative del Dipartimento, in quanto discendenti dall'applicazione di normative di settore specifiche e cogenti, sono erogate in via diretta, non delegabile a soggetti terzi non afferenti al Dipartimento di Prevenzione. Saranno previsti adeguati meccanismi idonei ad assicurare l'integrazione funzionale per le prestazioni che coinvolgono, in maniera trasversale, altre articolazioni organizzative dell'Azienda.

L'assetto organizzativo del dipartimento di prevenzione è delineato dal D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. e dal D.P.C.M. 29.11.2001.

Ai sensi degli artt. 7 ss. del D.lgs 502/92 s.m.i. il Dipartimento di Prevenzione aggrega le funzioni specificamente dedicate a:

- a) igiene e sanità pubblica - epidemiologia;
- b) igiene degli alimenti e della nutrizione;
- c) prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro;

- d) sanità animale;
- e) igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati;
- f) igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche.

Gli organi del Dipartimento Unico della Prevenzione sono:

- Il Direttore del Dipartimento che può avvalersi di un Referente per l'Area Medica e un Referente per l'Area Veterinaria, senza oneri aggiuntivi;
- Il Comitato di Dipartimento.

Le funzioni del Direttore e del Comitato di Dipartimento, le modalità di funzionamento ed i compiti delle singole strutture ad esso afferenti, nonché i collegamenti con le altre strutture aziendali e con i soggetti istituzionali esterni all'Azienda, saranno disciplinati dal regolamento del Dipartimento.





CAPO V – IL PRESIDIO OSPEDALIERO

Art. 35

Il Presidio Ospedaliero Regionale

- Il Presidio Ospedaliero, anche attraverso i Dipartimenti interpresidio che include UU.OO. appartenenti a più Presidi (Stabilimenti o Plessi Ospedalieri), favorisce l'unitarietà del sistema erogativo aziendale, l'integrazione funzionale, il raggiungimento di elevati livelli di omogeneità nell'accesso e nella qualità dei servizi sanitari erogati attraverso la rete aziendale.
- Il modello organizzativo di Presidio Ospedaliero che si intende promuovere e progressivamente implementare con il presente Atto, converge verso il modello di riferimento cosiddetto patient-focused o care-focused (focalizzato sul paziente o sulla cura) e si basa su principi di:
 - centralità del paziente,
 - multidisciplinarietà clinica,
 - appropriatezza dei regimi assistenziali in relazione alla gravità delle patologie ed all'intensità delle cure,
 - integrazione delle risorse.
- Il modello organizzativo di Presidio Ospedaliero poggia altresì sul principio della separazione del "controllo" delle risorse strutturali e logistiche dal "controllo" del processo clinico, al fine di rifocalizzare le professionalità mediche sull'efficacia della cura e sul rapporto con il paziente.
- Il modello organizzativo di Presidio Ospedaliero è quindi orientato a garantire, da un lato la migliore e più appropriata risposta assistenziale al paziente e, dall'altro, una gestione efficiente delle risorse produttive disponibili all'interno della rete ospedaliera. La realizzazione di tale modello prevede tre principali linee di intervento/cambiamento organizzativo:
 - l'organizzazione della rete ospedaliera secondo un approccio Hub & Spoke;
 - lo sviluppo di soluzioni basate sul principio dell'intensità di cura;
 - l'adozione di sistemi di programmazione e di integrazione funzionale per Linee di Produzione.
- In ciascuna struttura ospedaliera possono essere previste piattaforme logistico-produttive (ad es. aree di degenza, ambulatori, sale operatorie) comuni ad UU.OO. appartenenti allo stesso o a diversi Dipartimenti ospedalieri. In particolare, le attività di degenza possono essere strutturate "per intensità di cura", in relazione a criteri quali: il grado di urgenza, l'assorbimento di tecnologie, la complessità assistenziale o l'instabilità clinica. La struttura dell'Ospedale è quindi articolata su un modello organizzativo in cui le piattaforme produttive sono sviluppate orizzontalmente mentre le specialità mediche sono organizzate verticalmente. Ogni specialità medica utilizza le le piattaforme produttive in relazione alla programmazione operativa, che può variare nel tempo.
- Coerentemente all'impostazione di fondo di cui ai precedenti commi, i principali ruoli organizzativi possono essere configurati secondo la matrice delle responsabilità.

Le Piattaforme di ricovero a ciclo continuo sono così definite:

-  **Area di ricovero ad alta intensità (o delle intensive)**, comprendente la Rianimazione, l'UTIC, la Stroke Unit in cui sono assistiti pazienti critici e instabili. La Medicina d'Urgenza rientra in questo livello dell'alta intensità nell'ambito del DEA;
-  **Area di ricovero a media – bassa intensità**, comprendente prevalentemente pazienti acuti monospecialistici e pazienti polipatologici, plurispecialistici in condizioni di maggior complessità assistenziale. L'organizzazione delle degenze a medio-bassa intensità per aree omogenee funzionali riguarda essenzialmente:
 - Area medica;
 - Area chirurgica con separazione del percorso dell'urgenza dal percorso di ricovero elettivo (Long Surgery e Week Surgery);
 - Area materno-infantile, degenze ciclo continuo e ciclo diurno (servizio IVG).
-  **Area post acuzie**, comprendente la riabilitazione, la riabilitazione specialistica e la lungodegenza.
-  **Aree di degenza Diurna Multidisciplinare**. Tali aree comprendono i servizi di Day Hospital, Day Surgery, Pre-ospedalizzazione e Day Service.

L'intensità di cura e la complessità assistenziale

L'intensità di cura è determinata sulla base della patologia e di specifiche alterazioni di parametri fisiologici. Il livello di cura richiesto dal singolo caso conseguente ad una valutazione di instabilità clinica, associata a determinate alterazioni dei parametri fisiologici”.

La complessità assistenziale è orientata ai bisogni e all'autonomia del paziente piuttosto che alla patologia. Per complessità assistenziale si intende l'insieme di interventi che si riferiscono alle diverse dimensioni dell'assistenza infermieristica espressi in termini di intensità di impegno e quantità di lavoro dell'infermiere. Pazienti classificati a bassa intensità di cura possono presentare condizioni di alta complessità assistenziale. Pazienti classificati ad alta intensità di cura possono presentare condizioni di bassa complessità assistenziale.

Una corretta valutazione della domanda assistenziale, intesa come adeguamento delle prestazioni infermieristiche alle necessità del paziente, non può prescindere dall'utilizzo di strumenti e metodi mirati alla rilevazione dell'impegno infermieristico correlato alla complessità delle situazioni assistenziali.

Il Livello di complessità assistenziali è valutato mediante l'impiego di “*Schede di rilevazione dei Livelli di Complessità Assistenziale*” (LCA).

Art. 36

Le strutture sanitarie accreditate

Nell'ambito del territorio dell'ASL AL sono presenti n. 5 strutture ospedaliere accreditate:

C.d C. VILLA MARIA Campobasso
C.d C. VILLA ESTHER Boiano
GEA MEDICA Isernia
I.R.C.C.S. NEUROMED
FONDAZIONE G.P. II Campobasso

Le attività delle strutture accreditate sono regolate da accordi regionali.

Nell'ambito degli accordi regionali le attività di ricovero delle strutture accreditate vanno considerate a carattere integrativo rispetto a quanto svolto nelle strutture pubbliche.

CAPO VI - LE STRUTTURE DI SUPPORTO

Art. 37 **Principi generali**

E' stato ritenuto necessario prevedere e procedere ad una forte riorganizzazione dell'area organizzativa / gestionale di supporto, utilizzando in particolare le seguenti linee di indirizzo:

- individuazione e definizione di aree interaziendali di coordinamento quali ambiti ottimali per attuare la cooperazione interaziendale;
- possibilità di prevedere forme di collaborazione, regolate attraverso specifici atti, che consentano riduzioni di spesa razionalizzando il modello organizzativo.

In linea con gli indirizzi succitati, il presente documento riorganizza l'area in questione secondo tre direttrici, tenuto conto delle dimensioni dell'Azienda, del rispetto degli standard nazionali nonché delle specificità e complessità delle funzioni assegnate in tale ambito alle articolazioni aziendali:

- riconduzione all'interno di una "governance" unica delle numerose funzioni esercitate in altrettante strutture riconducibili all'area della direzione strategica;
- ricostruzione del processo fondamentale di pianificazione, programmazione e controllo delle attività svolte all'interno dell'organizzazione;
- raccordo delle strutture tecnico-amministrativo, che tenga conto e consenta di adeguarle il relativo crono programma all'atto del completamento del processo in essere di ridefinizione degli assetti relativi all'organizzazione delle strutture amministrative e di supporto.

CAPO VII - DECENTRAMENTO DI POTERI

Art. 38 **Distinzione tra attività di indirizzo, programmazione e controllo ed attività gestionale**

L'ASReM, in attuazione delle indicazioni normative di cui al D.Lgs n. 165/2001 e s.m.i. e al D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i., informa il proprio modello organizzativo alla distinzione fra:

- potere di indirizzo, programmazione e controllo
- compiti e responsabilità gestionali

Il potere di indirizzo, programmazione e controllo fa capo alla Direzione Strategica dell'Azienda, costituita dal Direttore Generale, dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario, che operano unitariamente pur nella distinzione di relativi ruoli e responsabilità.

Al Direttore Generale compete la responsabilità complessiva della gestione aziendale, che egli esercita con atti e decisioni di rilevanza interna ed esterna di indirizzo, programmazione e controllo, con particolare riguardo alle strategie per la realizzazione della missione aziendale, alla definizione degli obiettivi gestionali, all'allocazione delle risorse e alla valutazione dei risultati.

Il potere gestionale e di direzione delle strutture aziendali, nell'ambito dei compiti assegnati e della relativa area di competenza, spetta alla Dirigenza, cui è devoluta la responsabilità del raggiungimento degli obiettivi aziendali e l'attuazione degli specifici atti amministrativi e/o di diritto privato.

Il Direttore Generale, ferme restando le competenze previste dall'art. 7 del presente Atto, può delegare al Direttore Sanitario e al Direttore Amministrativo funzioni di sua competenza.

Il Direttore Sanitario e il Direttore Amministrativo esercitano i poteri delegati mediante adozione di atti di diritto privato e di diritto pubblico negli specifici ambiti di attività.

Il soggetto delegato ha piena responsabilità degli atti compiuti, nei limiti dei poteri conferiti a qualsiasi effetto interno ed esterno all'Azienda.

Art. 39 **Autonomia e responsabilità dei dirigenti**

Gli atti di indirizzo e di programmazione, adottati dal Direttore Generale con la collaborazione del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo, sono assunti dallo stesso con la forma della **deliberazione**.

I Dirigenti Responsabili di Struttura e di Dipartimento, anche in attuazione di quanto previsto dall'art. 4, comma 2, del D. Lgs. 30 marzo 2001, n. 165, hanno il potere di adottare atti denominati *determinazioni*, nell'ambito della programmazione aziendale e delle specifiche materie di competenza, secondo le direttive e gli indirizzi impartiti dalla Direzione Aziendale e nel rispetto del "budget" assegnato.

La Direzione Aziendale, nell'ambito dei poteri di indirizzo e controllo, ha facoltà di rilevare la non conformità della determinazione con gli obiettivi e la programmazione aziendale e può, nell'esercizio del potere di autotutela, annullare l'atto dirigenziale per vizi di legittimità, revocarlo per ragioni di merito, oppure invitare il Dirigente al riesame motivato, sulla scorta di nuovi elementi di valutazione.

La Direzione Generale, nei casi in cui lo ritenga necessario per ragioni di opportunità o di garanzia della conformità degli atti amministrativi adottati dai Dirigenti con gli indirizzi strategici, così come nei casi di manifesta inerzia, può esercitare le funzioni di tutela aziendale previste, subentrando nella responsabilità diretta dell'atto amministrativo specifico.

CAPO VIII - TIPOLOGIE DI STRUTTURE

Art. 40 **Strutture Complesse**

Costituiscono articolazioni organizzative alle quali è attribuita la responsabilità di gestione di risorse umane, tecniche e finanziarie (budget) caratterizzate da un elevato grado di autonomia gestionale, da piena responsabilità nella realizzazione di processi integrati, nel rispetto dei limiti delle risorse economiche assegnate e con le risorse umane attribuite e possono essere costituite dall'aggregazione di Strutture Semplici, anche di settori di attività o sezioni funzionali.

Le Strutture Complesse devono possedere i seguenti requisiti:

- dimensioni organizzative rilevanti
- dotazione di personale specialistico dedicato
- aree fisiche assegnate e dedicate
- attrezzature dedicate
- budget assegnato.

Art. 41 **Strutture Semplici a valenza Dipartimentale**

Sono articolazioni organizzative con specifiche responsabilità di gestione di risorse umane, tecniche e finanziarie (budget negoziato con il Direttore del Dipartimento) istituite per garantire il coordinamento interdisciplinare di particolari processi trasversali rispetto a più Strutture Complesse, anche appartenenti a Dipartimenti diversi.

Le Strutture Semplici a valenza Dipartimentale possono essere istituite per l'esercizio di funzioni la cui complessità organizzativa o la presenza di vincoli normativi non giustificano l'attivazione di Strutture Complesse.

Sono caratterizzate da autonomia operativa che comporta la gestione di risorse umane, strutturali o strumentali dedicate o condivise con altre Strutture; sono tipicamente organizzate per valorizzare le

articolazioni interne ad alta specificità e professionalità.

Dipendono gerarchicamente, da un punto di vista organizzativo, dal Direttore del Dipartimento.

Art. 42 **Strutture Semplici**

Costituiscono articolazioni organizzative interne delle Strutture Complesse alle quali è attribuita responsabilità di gestione di risorse umane, tecniche e finanziarie (budget negoziato con il Direttore della Struttura Complessa); devono svolgere un'attività specifica e pertinente a quelle della Struttura Complessa di cui costituiscono articolazione, ma non complessivamente coincidente con le attività di questa.

Sono dotate di propria autonomia funzionale e operativa e di risorse finalizzate allo svolgimento dei processi e delle funzioni di competenza assegnate, nell'ambito dei principi e delle direttive generali formulate dalla Struttura Complessa sovraordinata, di cui rappresentano organizzazione interna.

Dipendono gerarchicamente dal Direttore della Struttura Complessa di appartenenza.

CAPO IX – LE RISORSE

Art. 43 **Gestione Risorse Umane**

L'insieme delle risorse umane operanti nell'ASReM rappresentano il nucleo essenziale per garantire il miglior raggiungimento della mission aziendale ossia il soddisfacimento della domanda qualitativa di salute del cittadino.

La gestione delle risorse umane è pertanto orientata alla capacità di coniugare la scelta strategica di sviluppo e trasformazione dell'Azienda con la condivisione degli obiettivi e l'attenzione al benessere collettivo.

La complessità di tale processo si articola in specifiche fasi:

- a) pianificazione
- b) reclutamento
- c) allocazione
- d) formazione
- e) valorizzazione
- f) valutazione

Art. 44 **La dotazione organica**

La dotazione organica è costituita dal personale, articolato per profilo professionale, nel rispetto dei vincoli numerici e finanziari definiti in sede di programmazione dalle norme nazionali e regionali di riferimento.

In tal senso periodicamente principi e criteri che presiedono alla sua definizione possono essere oggetto di revisione.

Art. 45

Valorizzazione delle risorse umane

Il perseguimento della mission e lo svolgimento dei compiti primari dell'Azienda, il livello di complessità dell'organizzazione e della gestione, le specificità del suo sistema produttivo e le scelte di decentramento e di coinvolgimento gestionale dei professionisti, definiscono la risorsa umana fattore strategico del sistema azienda.

L'ASReM si pone quindi l'obiettivo di sviluppare le capacità professionale di ciascun operatore per mettere a disposizione dei cittadini un sistema di competenze in grado di tutelare al meglio i diritti e i bisogni della persona.

Obiettivo dell'ASReM è quello di creare un sistema condiviso di valori etico-professionali, di logiche e di metodiche operative che costituiscano terreno comune per le differenti culture tecnico-specialistiche e ne favoriscano l'integrazione lungo i processi di assistenza, per un proficuo raggiungimento di obiettivi comuni.

Sono quindi messe in atto tutte le iniziative e le azioni possibili utili alla crescita nei livelli di qualità professionale di tutte le risorse umane della struttura; per questo particolare attenzione viene posta all'addestramento, all'aggiornamento e alla formazione del personale.

Art. 46

Rapporto con le Organizzazioni Sindacali

L'Azienda riconosce alle OO.SS. e alle relative rappresentanze un ruolo di attori importanti nella gestione aziendale e nelle tematiche organizzative aventi riflessi, in particolare, su tutto quanto inerente il rapporto di lavoro.

Conseguentemente, oltre a seguire le prassi di informazione, consultazione, concertazione e contrattazione, alla luce delle disposizioni normative e contrattuali vigenti, l'Azienda si impegna a ricercare il coinvolgimento delle OO.SS. nei processi di miglioramento aziendali.

CAPO X - TIPOLOGIE DI INCARICHI

Art. 47

Tipologie di incarico dirigenziale

L'Azienda può procedere al conferimento delle seguenti tipologie di incarichi dirigenziali:

- incarichi di Direzione Sanitaria di Presidio;
- incarichi di Direzione di Dipartimento;
- incarichi di Direzione di Distretto;
- incarichi di Direzione di Struttura Complessa;
- incarichi di responsabilità di Struttura Semplice a valenza Dipartimentale;
- incarichi di responsabilità di Struttura Semplice;
- incarichi di natura professionale, anche di elevata specializzazione, di consulenza, di studio e ricerca, ispettivi, di verifica e di controllo;
- incarichi di natura professionale conferibili ai dirigenti con meno di cinque anni di attività, che richiedono una competenza specialistica e funzionale di base nella disciplina di appartenenza;
- incarichi dirigenziali ex art. 15 septies comma 1 D:Lgs. N. 502/1992 e ss.mm.ii.;
- incarichi dirigenziali ex art. 15 septies comma 2 D:Lgs. N. 502/1992 e ss.mm.ii.;
- incarichi ex art. 15 octies D:Lgs. N. 502/1992 e ss.mm.ii.;

I criteri per la graduazione delle funzioni sono definiti dall'Azienda con apposito Regolamento negoziato con le OO.SS. aziendali in sede di contrattazione integrativa.

Tali criteri vanno aggiornati e modificati in sintonia con l'evoluzione del quadro contrattuale.

Le modalità di conferimento degli incarichi di cui al presente articolo saranno oggetto di specifico atto regolamentare, in cui si terrà conto dei riferimenti normativi, anche contrattuali, nazionali e regionali.

Art. 48 **Tipologie affidamento e revoca**

All'atto della prima assunzione sono conferibili ai Dirigenti incarichi di natura professionale delimitati da precisi ambiti di autonomia e nel rispetto degli indirizzi del responsabile della struttura di appartenenza; tali incarichi sono conferiti, decorso il periodo di prova, con provvedimento scritto e motivato ad integrazione del contratto individuale di lavoro.

Gli incarichi di dipartimento, di responsabilità di struttura e gli incarichi di natura professionale, anche di elevata specializzazione, di consulenza, di studio e ricerca, ispettivi, di verifica e di controllo, possono essere conferiti solo ai dirigenti con cinque anni di anzianità, previa verifica delle attività professionali svolte nel periodo e dei risultati conseguiti.

Il conferimento di tutti gli incarichi dirigenziali di cui all'articolo precedente è di competenza del Direttore Generale.

La revoca degli incarichi avviene con atto scritto e motivato secondo le procedure e nei casi previsti dalle disposizioni normative, dai contratti collettivi nazionali di lavoro.

Art. 49 **Verifica dei risultati delle attività dei dirigenti**

La verifica dei risultati delle attività dei dirigenti viene effettuata secondo i criteri e le modalità previste ai sensi dell'art. 15, commi 5 e 6 D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. e dai contratti collettivi nazionali di lavoro.

Gli organismi preposti al processo di valutazione sono:

- Organismo Indipendente di Valutazione
- Collegio Tecnico

L'Azienda, nel rispetto dei criteri riportati nei contratti collettivi nazionali di lavoro, definisce e mette in opera specifiche metodologie e strumenti di supporto al processo valutativo.

Art. 50 **Il Collegio Tecnico**

Ai sensi dell'art. 15, comma 15 del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. e dell'art. 5 comma 13 D.Lgs. n. 517/1999 e dall'art. 26 CC.CC.NN.L. del 03.11.2005 della dirigenza medica e veterinaria e della dirigenza sanitaria, professionale, tecnica ed amministrativa, viene individuato il Collegio Tecnico che procede alla verifica e alla valutazione:

- di tutti i dirigenti, alla scadenza dell'incarico loro conferito in relazione alle attività professionali svolte e ai risultati raggiunti;
- dei dirigenti di nuova assunzione al termine del primo quinquennio di servizio;
- dei dirigenti che raggiungono l'esperienza professionale ultraquinquennale in relazione all'indennità di esclusività (dirigenza medico - veterinaria e dirigenza sanitaria);

Il Collegio Tecnico, nominato dal Direttore Generale, è un organismo a composizione variabile che deve essere strutturato di volta in volta.

La composizione e il funzionamento del Collegio Tecnico sono definiti da apposito Regolamento aziendale.

Art. 51 **Posizioni organizzative e funzioni di coordinamento**

L'assetto organizzativo aziendale prevede, in aggiunta agli incarichi dirigenziali, l'attivazione di posizioni organizzative che richiedono lo svolgimento di funzioni con assunzione diretta di elevata responsabilità.

Le posizioni organizzative possono riguardare settori che richiedono lo svolgimento di funzioni di direzione di servizi, dipartimenti, piattaforme assistenziali, uffici o unità organizzative di particolare complessità, caratterizzate da un elevato grado di esperienza e autonomia gestionale ed organizzativa o lo svolgimento di attività con contenuti di alta professionalità e specializzazione, quali ad esempio, i processi assistenziali, oppure lo svolgimento di attività di staff o studio, ispettive di vigilanza e controllo.

Tali incarichi sono riservati al personale non dirigenziale di tutti i ruoli appartenente alla categoria D.

Per le aree professionali di cui alla L. 251/2000 sono inoltre previsti specifici incarichi con funzioni di coordinamento, che si caratterizzano per gli stessi elementi che costituiscono l'incarico di posizione organizzativa ma con minor autonomia e complessità delle risorse gestite o diverso grado di specializzazione.

Le funzioni correlate alle posizioni organizzative e ai coordinamenti saranno ulteriormente articolati in coerenza con l'organigramma aziendale con separato atto.

L'Azienda stabilisce i criteri generali per la graduazione delle posizioni organizzative e di coordinamento nonché per l'assegnazione, valutazione e verifica delle stesse e per l'attribuzione del relativo trattamento economico accessorio correlato alle funzioni attribuite e alle connesse responsabilità del risultato, nell'ambito della disponibilità dei fondi contrattuali, nel rispetto delle norme contenute nei contratti collettivi di lavoro, con specifiche relazioni sindacali, ed altresì in conformità ai principi e alle disposizioni della legislazione vigente.

L'attribuzione dell'incarico avviene, previa idonea selezione, con atto formale che ne specifica l'oggetto, il contenuto, la durata e il compenso

CAPO XI - FUNZIONI AZIENDALI

Art. 52 **Il Responsabile della prevenzione, della corruzione e della trasparenza**

Il Responsabile della prevenzione della corruzione, nominato ai sensi dell'art. 1 comma 7 L. n. 190/2012 con le modalità ed i criteri stabiliti nella circolare n. 1 del 25/01/2013 della Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della Funzione Pubblica, svolge i compiti indicati nella predetta circolare ed i compiti di vigilanza sul rispetto delle norme in materia di inconfiribilità e incompatibilità (art. 1 L. n. 190/2012; art. 15 D. Lgs. n. 39/2013); elabora la relazione annuale sull'attività svolta e ne assicura la pubblicazione (art. 1, comma 14, L. 190/2012).

Il Responsabile per la prevenzione della corruzione svolge le funzioni di Responsabile per la trasparenza; in tale veste svolge i compiti previsti dall'art. 43 del D.Lgs. n. 33/2013.

Forniscono supporto alla funzione il Servizio Ispettivo aziendale (art. 1 comma 62, Legge n. 662 del 23/12/1996) e l'Ufficio procedimenti disciplinari.

Art. 53 **Il Servizio Ispettivo**

Per gli accertamenti delle disposizioni di cui ai commi da 56 a 65, dell'articolo 1, della L. n. 662/1996 è istituito il Servizio Ispettivo. A tale servizio possono essere attribuite ulteriori funzioni ispettive con atto del Direttore Generale.

La composizione del Servizio Ispettivo garantisce la presenza delle diverse aree professionali e l'apporto multidisciplinare.

Il servizio Ispettivo è costituito con provvedimento del Direttore Generale.

Art. 54

Funzione di gestione dei sinistri

La funzione di gestione dei sinistri avviene tramite il Comitato Valutazione Sinistri ASREM, la cui composizione e finalità sono definite con il Prov. del D.G. n. 722 del 02.09.2016

In base a necessità che potranno evidenziarsi, il Direttore Generale potrà emettere specifici ulteriori provvedimenti di modifica/integrazione.

TITOLO IV

MODALITA' DI GESTIONE, CONTROLLO E VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE

CAPO I - LA PROGRAMMAZIONE AZIENDALE

Art. 55

La pianificazione strategica: il piano della performance

La pianificazione strategica si realizza attraverso un processo di riflessione svolto dal vertice aziendale con lo scopo di definire gli obiettivi strategici che l'Azienda intende perseguire e le decisioni che devono essere adottate per raggiungere tali obiettivi, attraverso l'elaborazione di programmi attuativi articolati tra le varie funzioni aziendali.

Il processo di pianificazione aziendale è finalizzato, in particolare, a dare attuazione al POS 2015/2018 atto di programmazione adottato dalla Regione Molise ed approvato dalla Conferenza Stato Regioni

Il Direttore Generale approva ogni anno il Piano della performance.

Art. 56

La Direzione per obiettivi: il ciclo di gestione della performance

Il ciclo di gestione della performance si articola nelle seguenti fasi:

- 1) definizione e assegnazione degli obiettivi
- 2) monitoraggio in corso di esercizio ed attivazione di eventuali correttivi
- 3) misurazione e valutazione della performance, ovvero del grado di raggiungimento degli obiettivi
- 4) collegamento tra risultati raggiunti e retribuzione di risultato
- 5) rendicontazione dei risultati al vertice dell'Azienda e al Collegio Sindacale.

Art. 57

Processo di budget e Direttiva Annuale del Direttore Generale

Il sistema di budget rappresenta lo strumento direttamente connesso alla funzione manageriale di pianificazione, programmazione e controllo che ciascuna Azienda deve porre in essere.

La formulazione del budget costituisce una fase del controllo direzionale, finalizzato

all'implementazione delle strategie ed alla verifica del raggiungimento degli obiettivi.

Il processo di budgeting permette di definire obiettivi di carattere operativo per centro di responsabilità che rappresentano tappe intermedie in un arco temporale dato – di solito a cadenza annuale – rispetto ai programmi di azione formulati in sede di piano strategico.

Il processo di budget ha, altresì, l'obiettivo di condurre ad unitarietà i molteplici processi operativi ed organizzativi e guidare le Strutture verso il raggiungimento della mission aziendale.

Il processo di budget si articola nelle seguenti fasi:

- 1) definizione delle strategie,
- 2) definizione della programmazione,
- 3) definizione delle risorse di budget, con attenzione alle aree critiche,
- 4) negoziazione tra Direzione Aziendale e centri di responsabilità,
- 5) assegnazione del budget,
- 6) fase gestionale,
- 7) momento valutativo,
- 8) interventi correttivi sulla base degli spostamenti emersi.

Le prime tre fasi sono esplicitate nella Direttiva Annuale del Direttore Generale.

La Direttiva Annuale del Direttore Generale

La Direttiva Annuale del Direttore Generale è lo strumento di programmazione, attraverso la quale l'Azienda definisce e determina gli obiettivi generali per l'anno di riferimento, rispetto ai quali tutti gli operatori sono vincolati, in quanto individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi.

Essa è emanata in continuità ed in armonia con il piano triennale della performance di riferimento e fornisce indirizzi ed obiettivi specifici per la predisposizione del Piano annuale delle attività e, conseguentemente, al fine di assicurare il conseguimento dei risultati previsti, costituisce linea guida nell'attuazione dei processi aziendali.

La Direttiva identifica i principali risultati da realizzare e determina, in relazione alle risorse assegnate, gli obiettivi di miglioramento, indicando progetti speciali e scadenze intermedie, nel rispetto della compatibilità finanziaria ed economica aziendale.

Al fine di cogliere in una visione integrata la complessità che caratterizza le strategie, i programmi e l'organizzazione aziendale, la Direttiva individua gli obiettivi strategici aziendali per le seguenti prospettive delineate dal "balanced scorecard":

- prospettiva economico-finanziaria;
- prospettiva dei processi interni aziendali;
- prospettiva del cliente/utente;
- prospettiva dell'apprendimento e della crescita;

Gli obiettivi strategici aziendali contenuti nella Direttiva Annuale del Direttore Generale di budget vengono presi come riferimento per l'elaborazione, la modifica e l'integrazione del Bilancio Economico di Previsione che, conseguentemente, deve essere coerente con la predetta Direttiva in quanto entrambi i documenti, da punti di vista diversi, delimitano le azioni da svolgere nell'ambito di un quadro di compatibilità economica aziendale.

Nella Direttiva Annuale devono essere esplicitati gli obiettivi di salute che l'Azienda intende annualmente perseguire e devono essere coerenti con gli obiettivi di salute indicati dal PSN e dal PSR. Pertanto la Direttiva deve orientare a:

- raggiungere gli obiettivi di salute definiti dalla Regione e dal P.S.N.;
- migliorare la qualità dei servizi;
- migliorare l'efficienza;
- ridurre i costi migliorando le sinergie interne ed innovando i processi e le tecnologie adottate;
- contenere i costi e governare la spesa sanitaria in coerenza con gli obiettivi economici definiti dalla Regione.

Tutte le strutture produttive dell'Azienda, ciascuna nell'area di competenza, sono impegnate a perseguire gli obiettivi indicati Direttiva.

La Direttiva Annuale del Direttore Generale prevede uno sviluppo degli obiettivi di attività e di costi, distinti in comuni e specifici, per le diverse articolazioni aziendali e contiene gli obiettivi della qualità, di cui al successivo art.59.

Art. 58

Procedure di consultazione al fine della predisposizione degli atti di programmazione

Le procedure di consultazione per la programmazione corrispondono a momenti di incontro con:

- Collegio di Direzione per le funzioni di direzione strategica, di governo clinico e di programmazione aziendale;
- Conferenza dei Sindaci e Rappresentanza dei Sindaci dell'ASReM per la definizione degli indirizzi generali di programmazione socio-sanitaria;
- Consiglio dei Sanitari per acquisizione di pareri sull'organizzazione delle attività tecnico-sanitarie;
- Organizzazioni Sindacali per consultazioni previste dai contratti collettivi di lavoro;
- Conferenza Aziendale di Partecipazione per consultazione alla fase di elaborazione degli atti di organizzazione / riorganizzazione dei servizi e delle attività.

CAPO II - IL SISTEMA DEI CONTROLLI

Art. 59

Disciplina dei controlli interni

L'Azienda adotta un modello e modalità attuative dei controlli interni finalizzati all'attuazione dei principi, dei valori e degli obiettivi fissati dalla normativa statale e regionale, nonché dalla stessa ASReM. Il sistema dei controlli interni è articolato nelle seguenti funzioni, svolte dagli organi, strutture ed uffici previsti dalla legge:

- la valutazione ed il controllo strategico
- il controllo e la regolarità amministrativa e contabile
- il controllo di gestione
- la valutazione del personale.

La progettazione d'insieme dei controlli interni rispetta i seguenti principi generali:

- l'attività di valutazione e controllo strategico supporta l'attività di programmazione strategica e di indirizzo politico-amministrativo;
- l'attività di valutazione dei dirigenti utilizza anche i risultati del controllo di gestione, ma è svolta da strutture o soggetti diverse da quelle cui è demandato il controllo di gestione medesimo;
- le funzioni di cui i precedenti punti sono esercitate in modo integrato;
- è fatto divieto di affidare verifiche di regolarità amministrativa e contabile a strutture addette al controllo di gestione, alla valutazione dei dirigenti, al controllo strategico.

L'articolazione delle specifiche strutture identificate dall'Azienda per la conduzione dei processi indicati nel presente articolo è identificata nel Piano di Organizzazione allegato al presente Atto.

Valutazione e controllo strategico

L'attività di valutazione e controllo strategico mira a verificare, in funzione dell'esercizio dei poteri di indirizzo da parte dei competenti organi, l'effettiva attuazione delle scelte contenute nelle direttive ed altri atti di indirizzo politico.

L'attività stessa consiste nell'analisi, preventiva e successiva, della congruenza e/o degli eventuali scostamenti tra le missioni affidate dalle norme, gli obiettivi operativi prescelti, le scelte operative effettuate e le risorse umane, finanziarie e materiali assegnate, nonché nella identificazione

degli eventuali fattori ostativi, delle eventuali responsabilità per la mancata o parziale attuazione, dei possibili rimedi.

Tali funzioni sono esercitate dalla Direzione generale, conformemente alle linee guida di indirizzo regionali, sulla base delle risultanze dell'attività dell'Organismo Indipendente di Valutazione della *performance* e con il supporto delle strutture organizzative che operano a livello centrale e del Collegio di Direzione.

Controllo regolarità amministrativa e contabile

Il controllo sulla regolarità amministrativa e contabile è esercitato dal Collegio Sindacale.

Controllo di Gestione

Il sistema del controllo di gestione supporta la Direzione Generale nell'attività di valutazione dell'andamento della gestione dell'Azienda mediante l'utilizzo di strumenti gestionali quali il processo di *budget* e il sistema di *reporting*.

In particolare, tramite il sistema di *budget*, partecipa alla declinazione a livello di singole strutture operative, degli obiettivi aziendali e, attraverso la produzione della reportistica, monitora l'andamento della gestione confrontandolo con gli obiettivi prefissati al fine di porre in essere tempestivamente eventuali interventi correttivi in caso di criticità e/o scostamento dai programmi.

Un ulteriore supporto alla Direzione Generale consiste nelle analisi di valutazioni di convenienza economica, costi/benefici di specifiche attività esistenti o da porre in essere, nonché nella definizione/coordinamento di progetti *ad hoc* che riuniscono l'interesse di aree aziendali diverse.

Il sistema del controllo di gestione supporta la funzione dirigenziale dei responsabili delle strutture dell'azienda e fornisce elementi all'Organismo Indipendente di Valutazione della *performance* per le attività dello stesso.

Valutazione del personale ed organismi di valutazione

L'Azienda utilizza un sistema di valutazione permanente che si rivolge a tutti i dipendenti in coerenza a quanto stabilito a riguardo dal D.Lgs. n. 150/2009 e dai contratti collettivi di lavoro.

La valutazione è riferita per tutti i dipendenti alle prestazioni professionali, ai comportamenti organizzativi e agli obiettivi raggiunti. I dirigenti a cui è assegnato un incarico di direzione di struttura vengono valutati sul raggiungimento dei risultati della gestione.

Il procedimento per la valutazione è ispirato ai principi della diretta conoscenza dell'attività del valutato da parte dell'organo proponente (o valutatore di prima istanza), dell'approvazione o verifica della valutazione da parte dell'organo competente (o valutatore di seconda istanza), della partecipazione al procedimento e del diritto al contraddittorio garantiti al valutato.

Gli organismi aziendali preposti alla verifica e valutazione sono l'Organismo Indipendente per la Valutazione della *performance* e il Collegio Tecnico, quest'ultimo con funzioni di valutatore di seconda istanza relativamente alle attività professionali svolte dai dirigenti nell'ambito dell'incarico dirigenziale attribuito.

Per la disciplina di tali procedure si fa riferimento alla regolamentazione aziendale adottata a conclusione di idonee procedure di confronto e partecipazione sindacale.

Art. 60

Disciplina della funzione Qualità

L'ASReM eroga le proprie prestazioni e i propri servizi secondo modalità che promuovano la salute e il miglioramento della qualità e assicurino la partecipazione della popolazione.

A tale scopo l'Azienda progetta e realizza un sistema qualità in cui:

- sia garantita l'esplicitazione dell'organizzazione e delle responsabilità nell'ambito del sistema;
- vengano descritti e attuati sistemi di normazione e misura dei processi e di monitoraggio dei risultati, con

particolare riguardo ai processi che hanno impatto sull'insieme delle prestazioni rese agli utenti;

- vengano organicamente individuati progetti e obiettivi di innovazione e miglioramento della qualità organizzativa, tecnico-professionale e percepita.

Tale sistema di obiettivi mira al miglioramento delle seguenti dimensioni da presidiare:

- umanizzazione/qualità percepita, che comprende obiettivi finalizzati al miglioramento delle condizioni di accesso, di fruizione dei servizi e di relazioni interpersonali;
- qualità tecnico-professionale, che individua obiettivi relativi al miglioramento ed alla razionalizzazione dei processi sanitari e amministrativi gestiti;
- qualità organizzativa, che utilizza strumenti di valutazione dei processi organizzativi aziendali interdisciplinari ed interprofessionali;
- equilibrio economico finanziario, che comprende obiettivi di perseguimento di condizioni di compatibilità economico finanziaria con il budget assegnato all'Azienda.

Tali obiettivi vengono assegnati a tutte le Strutture aziendali attraverso una fase di concertazione ed approfondimenti con tutti i Responsabili e Direttori.

Ambiti di riferimento prevalente:

- rapporti con soggetti esterni;
- sviluppo nuovi servizi e attività sanitarie;
- innovazioni tecnologiche;
- innovazioni nei meccanismi operativi;
- innovazioni organizzative e logistiche;

La Direzione Generale stabilisce l'organizzazione del sistema di gestione per la qualità, con specifica regolamentazione sui processi di Certificazione di Bilancio, analisi del Sistema di Gestione della Qualità, sulle articolazioni aziendali coinvolte in Certificazione di Qualità, sul sistema di valutazione e miglioramento della Qualità. Per altri adempimenti, quali Accreditamento Professionale Accreditamento Istituzionale, Sistema di Budget, Valutazione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Aziendali e Valutazione del sistema di obiettivi la Direzione Generale sviluppa percorsi basati su modelli dimostrati efficaci dalla Letteratura Scientifica.

CAPO III - REGOLAMENTAZIONE INTERNA

Art. 61

Regolamenti Aziendali

Viene rinviata ad atti di regolamentazione interna la disciplina, tra le altre, nelle seguenti materie:

- graduazione degli incarichi,
- sistema di valutazione,
- diritto di accesso,
- gestione e amministrazione del patrimonio,
- attività libero professionale,
- funzionamento Organi e Organismi aziendali,
- adozione delle determinazioni dirigenziali,
- manuale di gestione dei documenti ai sensi del DPR 445/2000 e DPCM 31/10/2000,
- mobilità Dirigenza e Comparto,
- conferimento incarichi,
- conferimento di borse di studio
- formazione e aggiornamento professionale
- orario di lavoro personale del comparto
- trattamento di missione
- accesso al servizio mensa aziendale
- utilizzo automezzi aziendali
- frequenza volontaria presso strutture dell'Azienda

- ufficio tutele
- spese in economia
- emergenza/urgenza sulla base delle indicazioni regionali
- altre reti assistenziali previste dai Piani Regionali.

Art. 62 **Altri Regolamenti**

Il Direttore Generale può infine disciplinare con atto regolamentare di diritto privato ogni altro aspetto dell'attività aziendale.

CAPO IV - AZIONI DI INFORMAZIONE, ACCOGLIENZA, TUTELA E PARTECIPAZIONE DEGLI UTENTI

Art. 63 **Principi generali**

La filosofia e il metodo che orienta l'attività dell'ASReM è la centralità del Cittadino Utente.

Nelle scelte gestionali l'attenzione all'utente è posta come perno attorno a cui far ruotare le decisioni organizzative ed operative.

Lo stesso accesso ai servizi e la loro utilizzazione sono fortemente condizionati dal grado di conoscenza che i cittadini hanno circa le loro caratteristiche e il loro funzionamento.

Pertanto la centralità del cittadino assume valore strategico per l'Azienda ed è perseguita mediante specifiche politiche della comunicazione tese all'informazione, all'educazione sanitaria ed alla partecipazione. L'informazione, sistematica e tempestiva, anche attraverso il sito internet aziendale, ha lo scopo di favorire un utilizzo appropriato dei servizi e delle prestazioni sanitarie, così come di indurre un consenso effettivamente informato ai trattamenti e permettere l'esercizio della facoltà di scelta nel rispetto delle regole del gioco.

In merito a quanto sopra l'Azienda, tende ad assicurare:

- l'orientamento ai servizi in funzione del conseguimento della soddisfazione dei cittadini utenti, promuovendo indagini sul gradimento dei servizi offerti;
- il controllo dei percorsi di accesso ai servizi;
- la raccolta e l'analisi dei "segnali di disservizio";
- la garanzia che l'operato dei propri dipendenti sia sempre improntato ai principi dell'etica pubblica, alla trasparenza, all'imparzialità e alla centralità del cittadino;
- la "de burocratizzazione" nel rapporto con gli utenti, riducendo gli accessi alle strutture sanitarie per l'acquisizione o consegna di documenti;
- la circolazione delle informazioni sull'accesso ai servizi e alle prestazioni.

L'Azienda tramite l'**Ufficio di Comunicazione, operativo nell'ambito delle attività dell'URP**, provvede ad una capillare e tempestiva informazione alla popolazione sulle variazioni intervenute nell'erogazione dei servizi sia attraverso l'emanazione di articoli e comunicati stampa che con il continuo e costante aggiornamento del sito internet aziendale; a rilevare il grado di soddisfazione dei cittadini rispetto ai servizi offerti nell'ottica del miglioramento del prodotto/servizio offerto; ad assicurare la partecipazione dei cittadini con il coinvolgimento dei rappresentanti delle Associazioni di Volontariato e di tutela dei diritti nella Conferenza Aziendale di Partecipazione condividendo le fasi di programmazione delle attività e di valutazione della qualità dei servizi.

Art. 64
Ufficio Relazioni con il Pubblico

Le mansioni specifiche dell'URP si svolgono attraverso attività di front office e back office per i presidi ospedalieri e per il territorio.

E' un servizio di comunicazione che riconosce e valuta il diritto del cittadino all'informazione, all'ascolto e alla risposta. L'obiettivo a cui lavora è rendere l'Azienda più trasparente, più efficiente e più attenta ai bisogni delle persone che ogni giorno usufruiscono dei suoi servizi.

Art. 65
Lo sviluppo delle competenze e la formazione

Strettamente collegata al Sistema di Valutazione aziendale, la formazione del personale è finalizzata a promuovere la valorizzazione, crescita ed effettivo sviluppo delle competenze. L'Azienda infatti intende orientare lo sviluppo delle competenze attraverso percorsi formativi ad hoc che mirano all'acquisizione di nuove tecniche, metodiche e manualità da misurare **attraverso la Scheda di Addestramento**.

L'attività di aggiornamento e formazione non si esaurisce però, in una sequenza, anche organizzata, di momenti puntuali di acquisizione di conoscenze o competenze ma, piuttosto, è da intendere come programma sistematico e continuativo di sviluppo delle professionalità che coinvolge tutti gli operatori interessati durante l'intera durata della loro carriera lavorativa.

L'attuazione del sistema descritto è oggetto di specifica pianificazione aziendale. A tal fine si dota di un Piano Formativo Aziendale sulla base di obiettivi formativi nazionali, regionali ed aziendali, nonché sulla base della rilevazione di fabbisogni formativi trasversali strategici.

La funzione formativa deve essere, altresì, promossa per l'attuazione della L. 251/2000, nell'area delle professioni infermieristiche e delle aree sanitarie tecniche, della prevenzione e della riabilitazione.



Atto aziendale

Piano di Organizzazione Aziendale

Le strutture organizzative

I Dipartimenti

Le reti assistenziali

Le Case della Salute

Macrostrutture

Le macro-strutture organizzative, di tutela e di produzione, sono dotate di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria con contabilità separata all'interno del bilancio dell'Azienda e sono la Rete Ospedaliera, la Rete Territoriale e la Funzione di Staff

Dipartimento strutturale

Il Dipartimento è costituito da Strutture Complesse e Semplici omogenee, omologhe, affini o complementari che perseguono comuni finalità e sono quindi fra loro interdipendenti pur mantenendo le rispettive autonomie e responsabilità professionali.

Il Dipartimento strutturale le UOC sono gerarchicamente dipendenti dal Direttore del Dipartimento ed un primo livello di budget è assegnato al Direttore del Dipartimento

Dipartimento funzionale

Il Dipartimento funzionale è un dipartimento finalizzato al raggiungimento di uno specifico obiettivo individuato da norme nazionali o dalle esigenze della singola Azienda o dall'opportunità di aggregare strutture complesse, semplici o semplici a valenza dipartimentale totalmente indipendenti fra loro, al fine di raggiungere un determinato obiettivo o assicurare in modo ottimale la continuità diagnostica e terapeutica ai pazienti.

Nel Dipartimento funzionale le UOC non sono gerarchicamente dipendenti dal Direttore del Dipartimento ed un primo livello di budget è assegnato al Macrocentro di appartenenza.

Dipartimento trasmurale

Nel Piano Organizzativo Aziendale il Dipartimento trasmurale è un dipartimento strutturale costituito da UU.OO. intra ed extra ospedaliera.

Dipartimento misto trasmurale

Nel Piano Organizzativo Aziendale il Dipartimento misto trasmurale è un dipartimento strutturale per la quota di UU.OO. intraospedaliere e funzionale per le UU.OO. extraospedaliere.

Struttura Complessa

Le Strutture Complesse (SC) si qualificano per funzioni atte a governare o attuare processi complessi che richiedono un elevato grado di autonomia gestionale e che comportano la gestione di risorse umane, tecnologiche o finanziarie rilevanti per Professionalità, entità o diversità.

Struttura Semplice Dipartimentale

Le Strutture Semplici Dipartimentali (SSD) sono strutture attivate per funzioni attribuite all'Azienda non esercitabili da Strutture Complesse o per attività svolte a favore di una pluralità di Strutture Complesse.

Struttura Semplice

Le Strutture Semplici (SS) rappresentano l'unità organizzativa minima; sono inserite all'interno di Strutture Complesse nei confronti delle quali godono di propria autonomia tecnica-organizzativa.

Incarichi di alta specializzazione

Gli Incarichi di Elevata Specializzazione comportano competenze tecnico- professionali specialistiche riferite a prestazioni quali/quantitative complesse e l'affidamento di un centro di responsabilità professionale.

Settori e sezioni funzionali

Articolazioni operative in staff alla Direzione Generale o a Strutture Complesse / Strutture Semplici / Strutture Semplici Dipartimentali



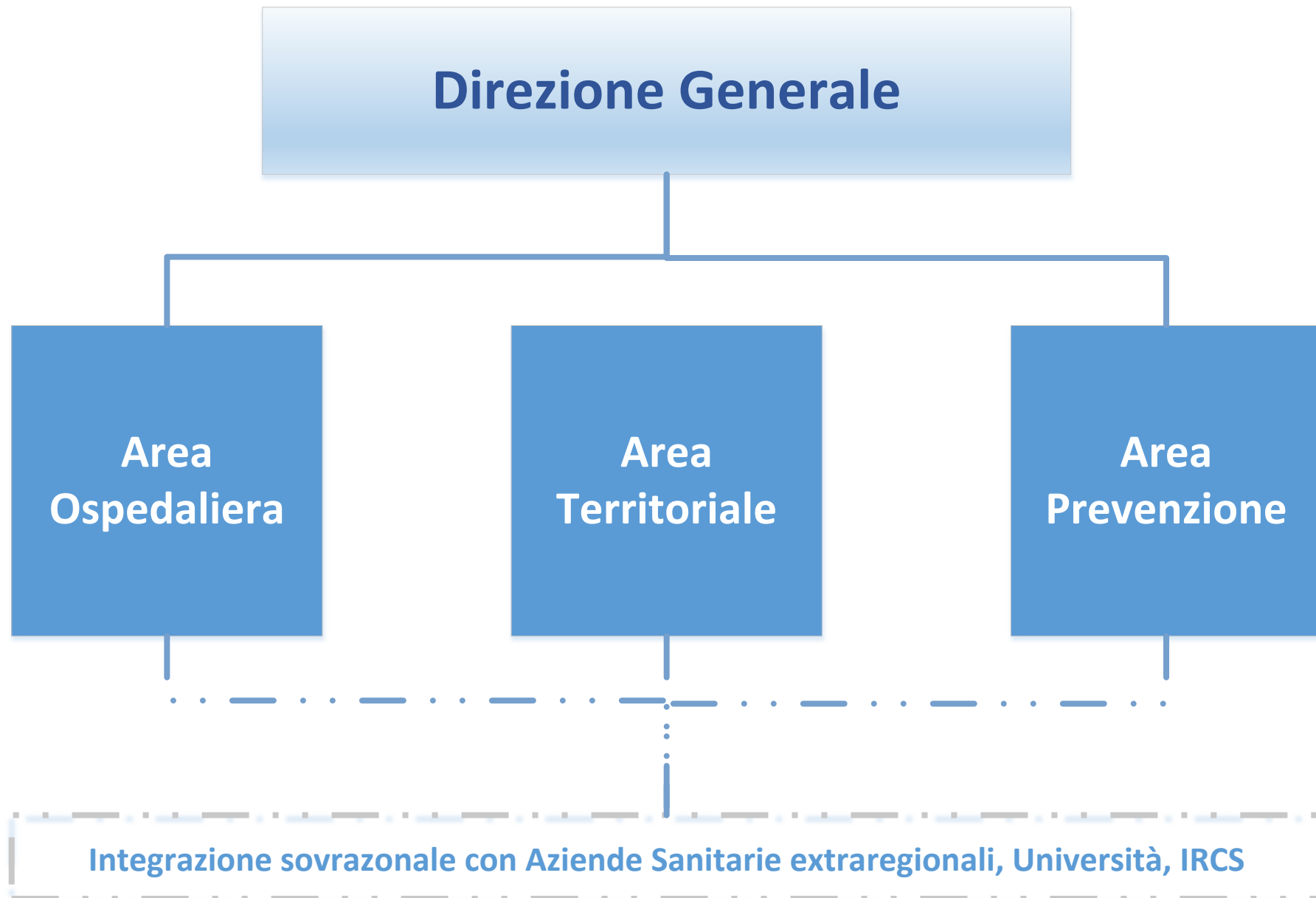
Rapporto gerarchico

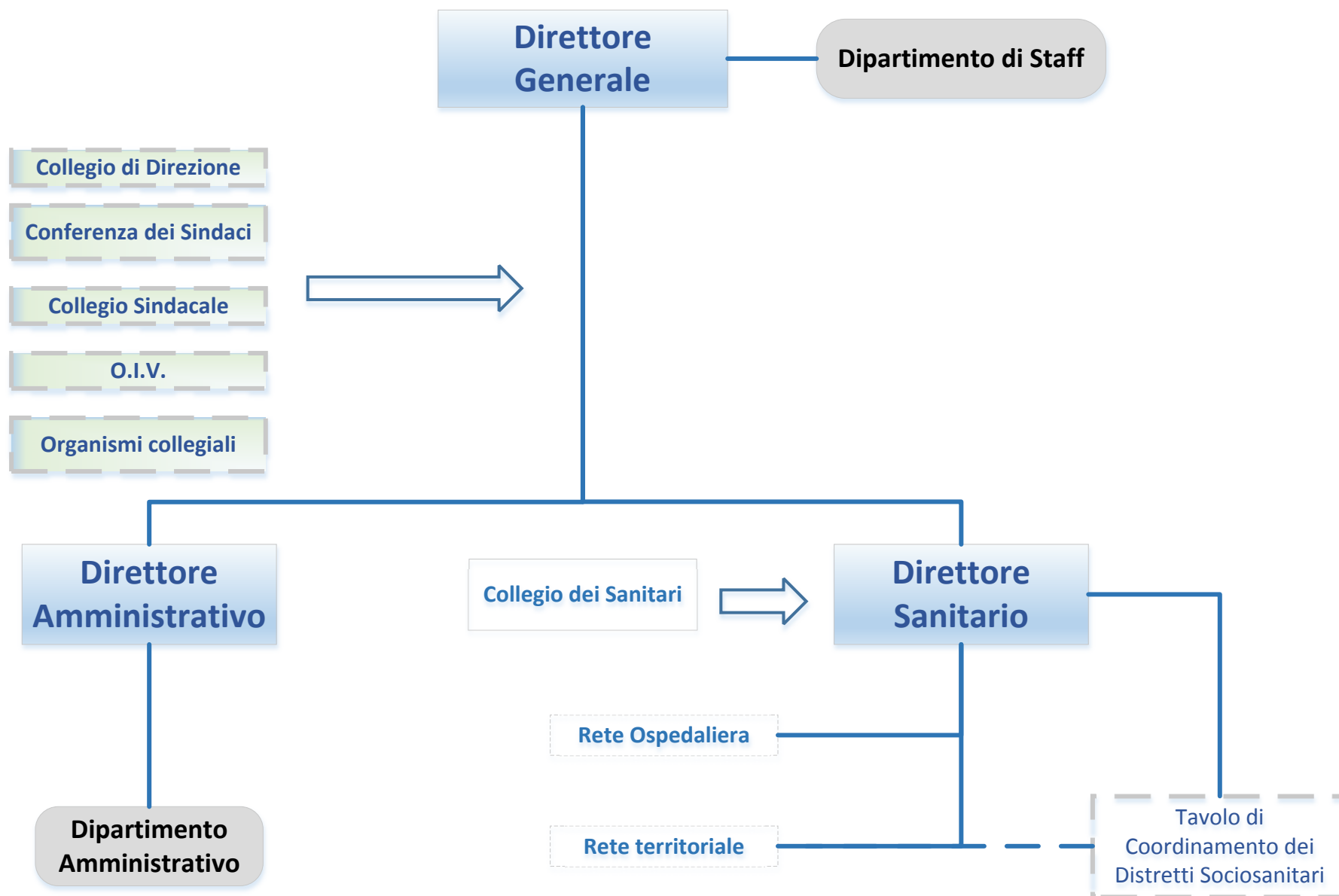


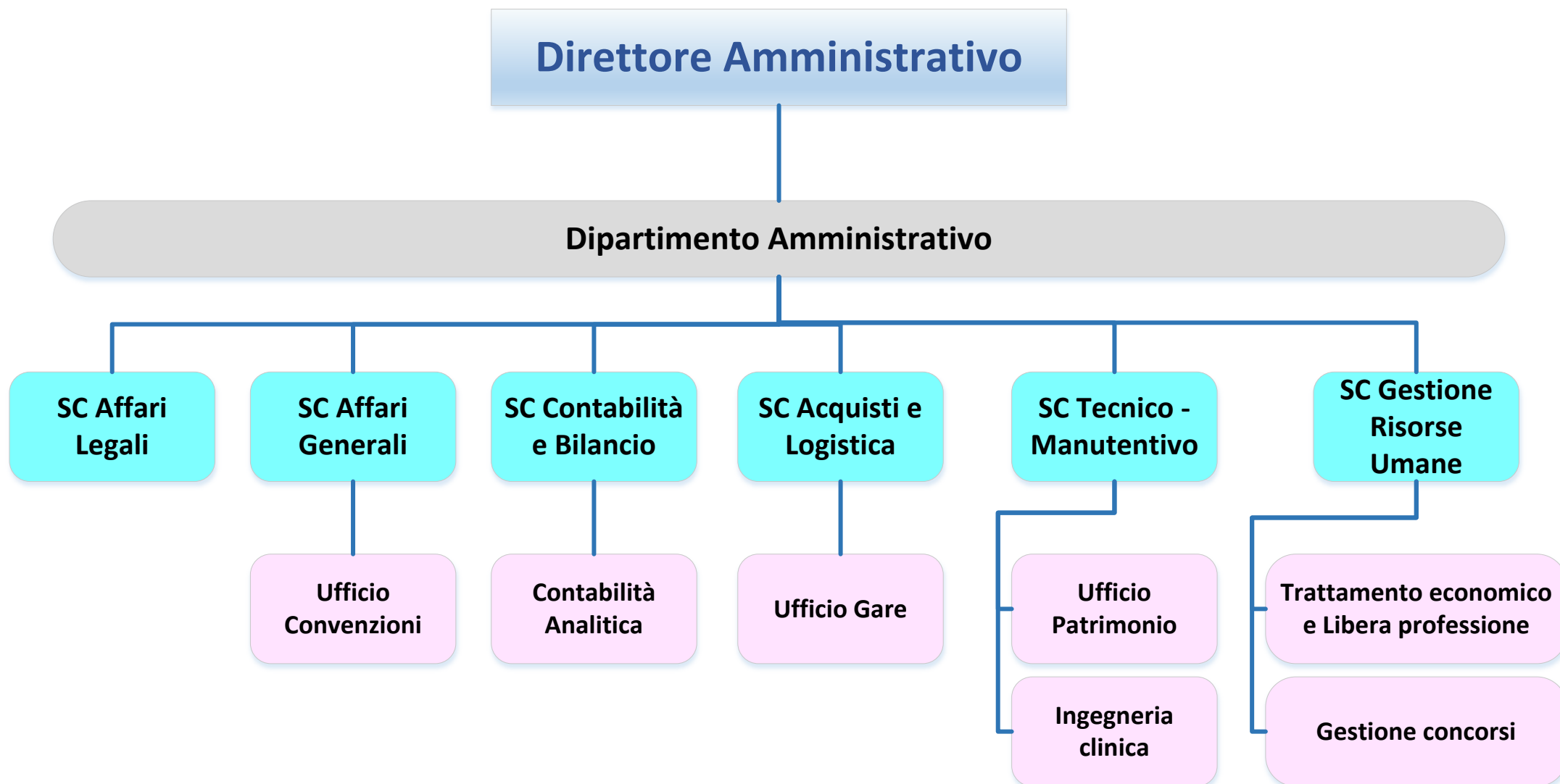
Rapporto funzionale



Rapporto di integrazione interaziendale

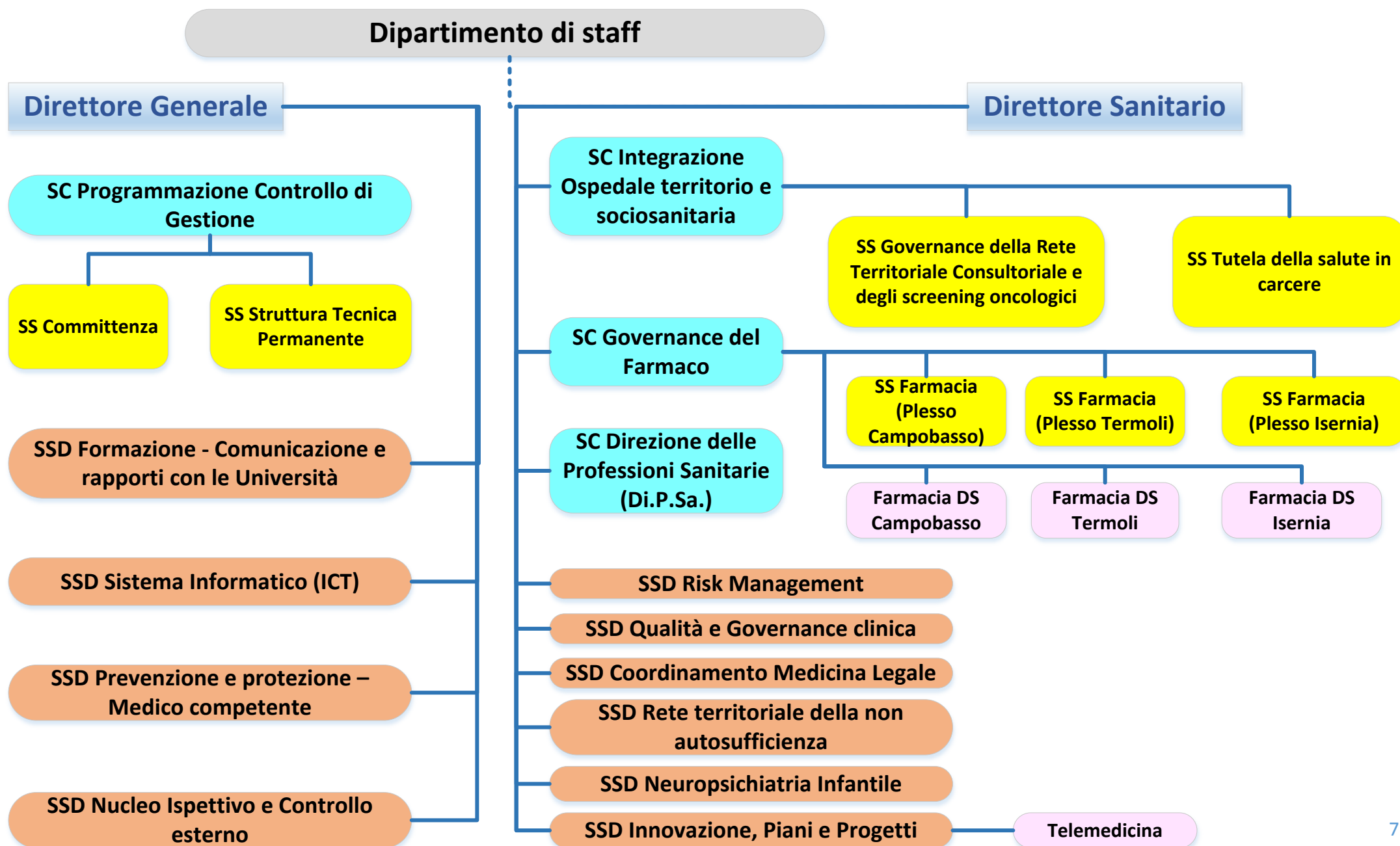






Piano di Organizzazione Aziendale – Le strutture organizzative

Area delle strutture Centrali – Dipartimento di staff



Dipartimento di staff

SC Direzione delle Professioni Sanitarie (Di.P.Sa.)

Servizio
Infermieristico
ed Ostetrico

Servizio Tecnico
Sanitario

Servizio Tecnico
Riabilitativo

Servizio Tecnico
della
Prevenzione

Servizio Sociale
Professionale



Posizioni Organizzative Sanitarie dei Macrocentri / Strutture



Coordinamenti Sanitari dei Macrocentri / Strutture

Dipartimenti Funzionali

Dipartimento di staff

Dipartimento Amministrativo

Rete Ospedaliera

Dipartimento strutturale medico

Dipartimento strutturale chirurgico

Dipartimento strutturale dei servizi

Transmurale

Dipartimento transmurale strutturale dell'emergenza

Dipartimento misto transmurale della donna e del bambino

Dipartimento misto transmurale della Riabilitazione – Fragilità – Continuità Assistenziale

Rete Territoriale

Dipartimento strutturale di Prevenzione

Dipartimento strutturale di Salute Mentale

Piano di Organizzazione Aziendale – Le strutture organizzative La Rete Ospedaliera

Direttore Sanitario Aziendale

SC Direzione Medica del Presidio Ospedaliero Regionale del Molise

SS UO Amministrativa

Posizione Organizzativa Sanitaria

Posizione Organizzativa
Amministrativa

SS Direzione Medica del Plesso di Termoli

Posizione Organizzativa Sanitaria

Posizione Organizzativa
Amministrativa

SS Direzione Medica del Plesso di Isernia

Posizione Organizzativa Sanitaria

Posizione Organizzativa
Amministrativa

SS Direzione Medica del Plesso di Agnone

Posizione Organizzativa Sanitaria

Posizione Organizzativa
Amministrativa

Dipartimento strutturale medico

Dipartimento strutturale chirurgico

**Dipartimento transmurale strutturale
dell'emergenza**

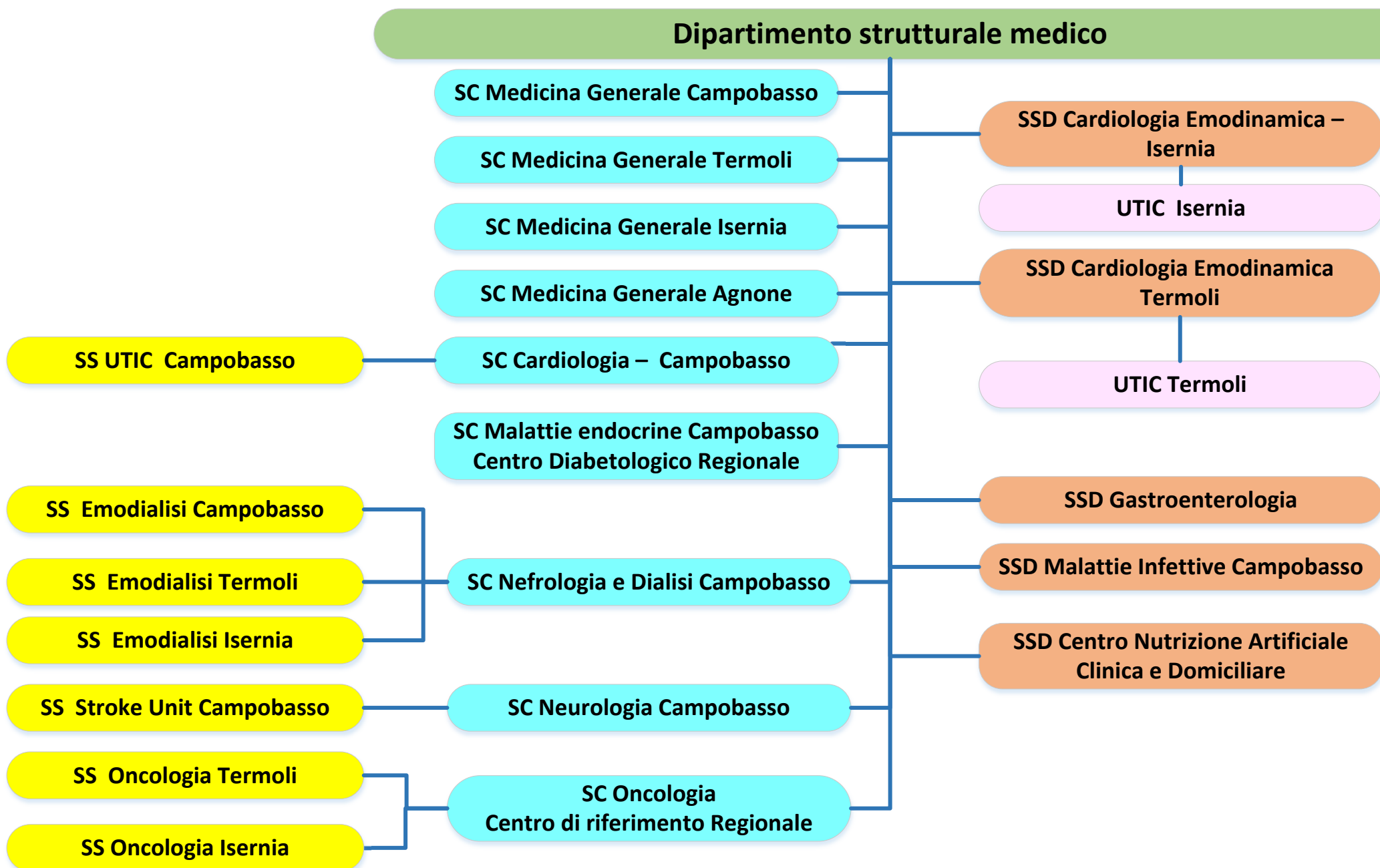
Dipartimento strutturale dei servizi

**Dipartimento misto transmurale della
donna e del bambino**

**Dipartimento misto transmurale
della Riabilitazione – Fragilità –
Continuità Assistenziale**

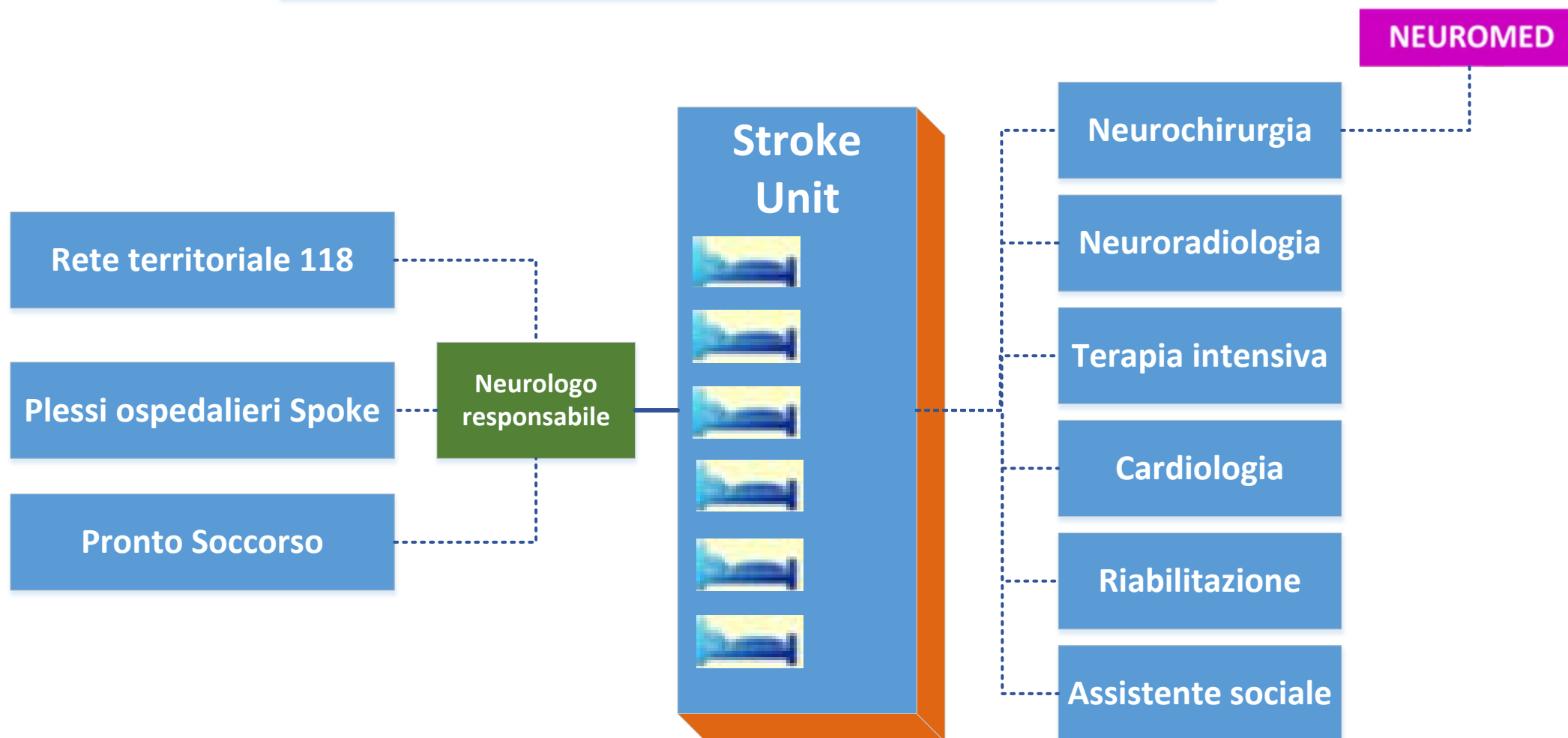
Piano di Organizzazione Aziendale – Le strutture organizzative

Il Dipartimento strutturale medico



SS Stroke Unit Plesso di Campobasso

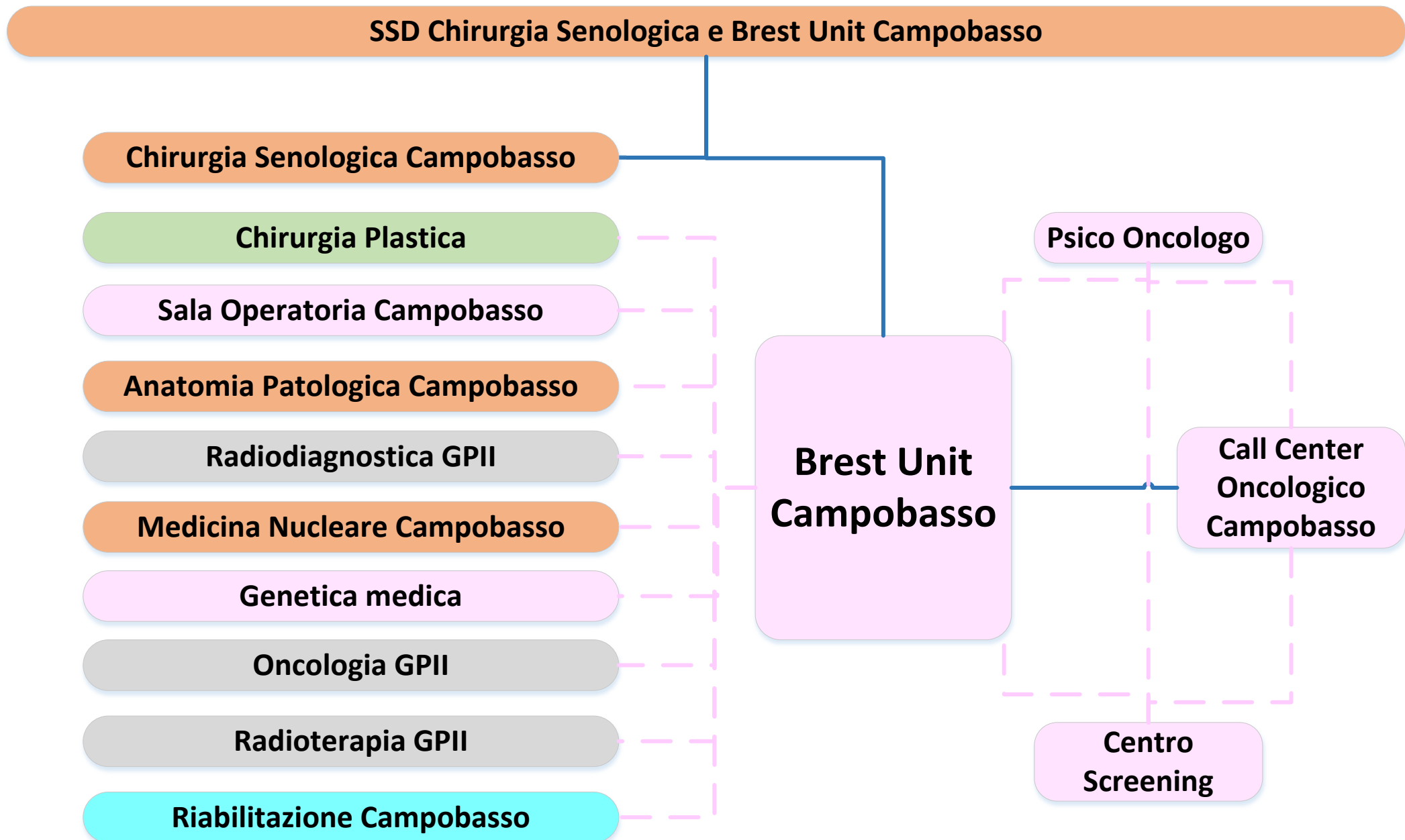
Correlazioni funzionali



Piano di Organizzazione Aziendale – Le strutture organizzative

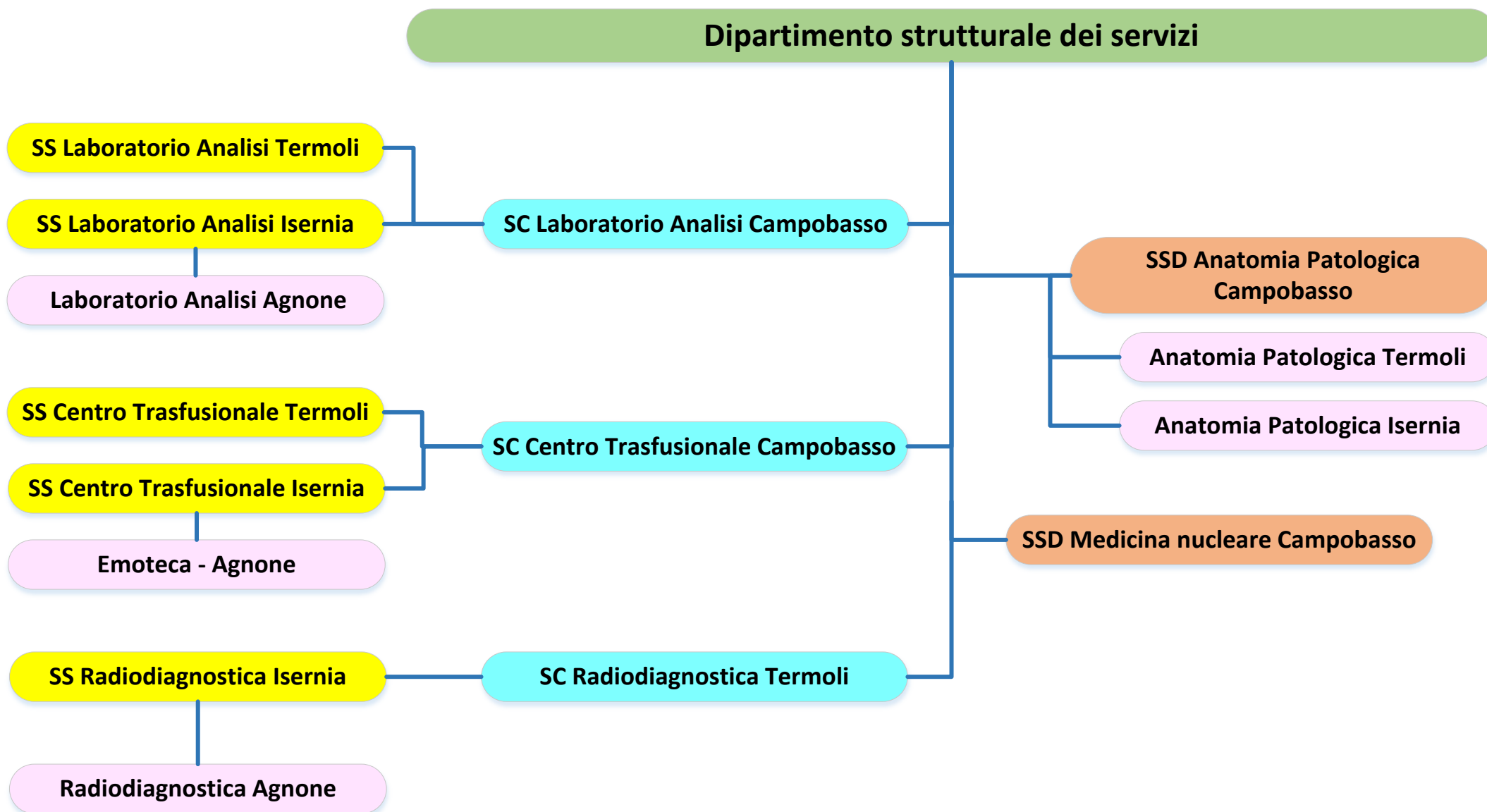
Il Dipartimento strutturale chirurgico





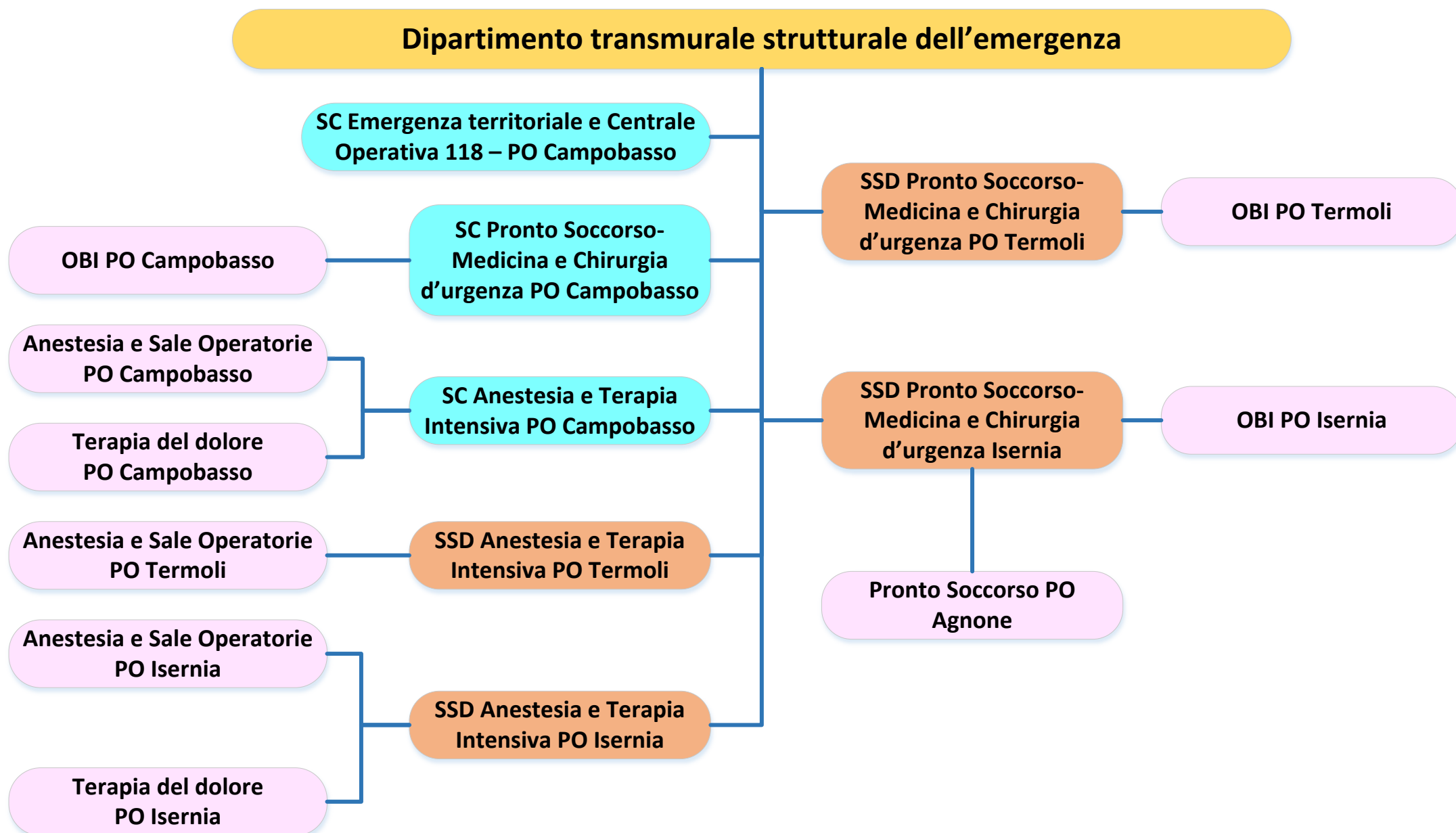
Piano di Organizzazione Aziendale – Le strutture organizzative

Il Dipartimento Strutturale dei servizi



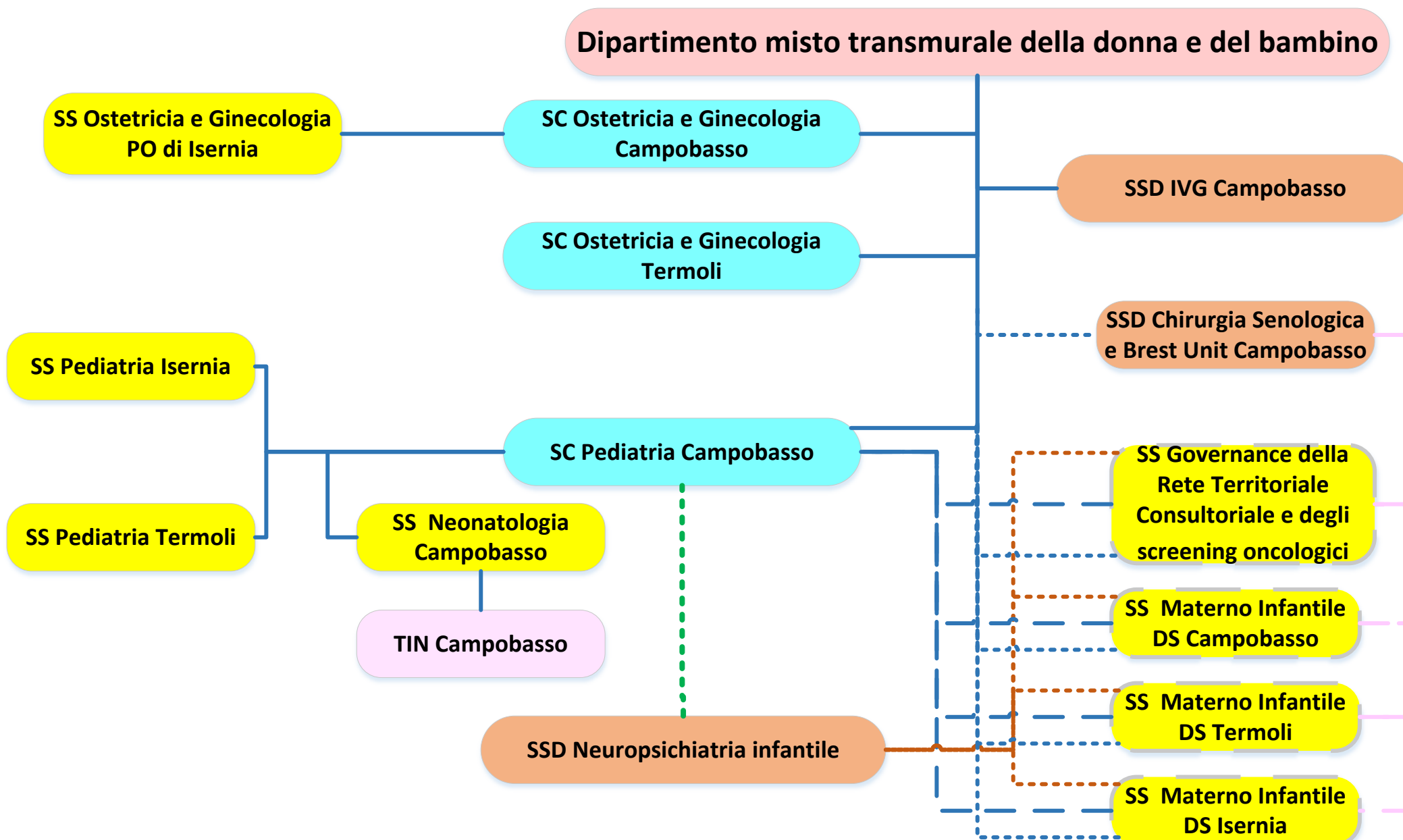
Piano di Organizzazione Aziendale – Le strutture organizzative

Il Dipartimento transmurale strutturale dell'emergenza

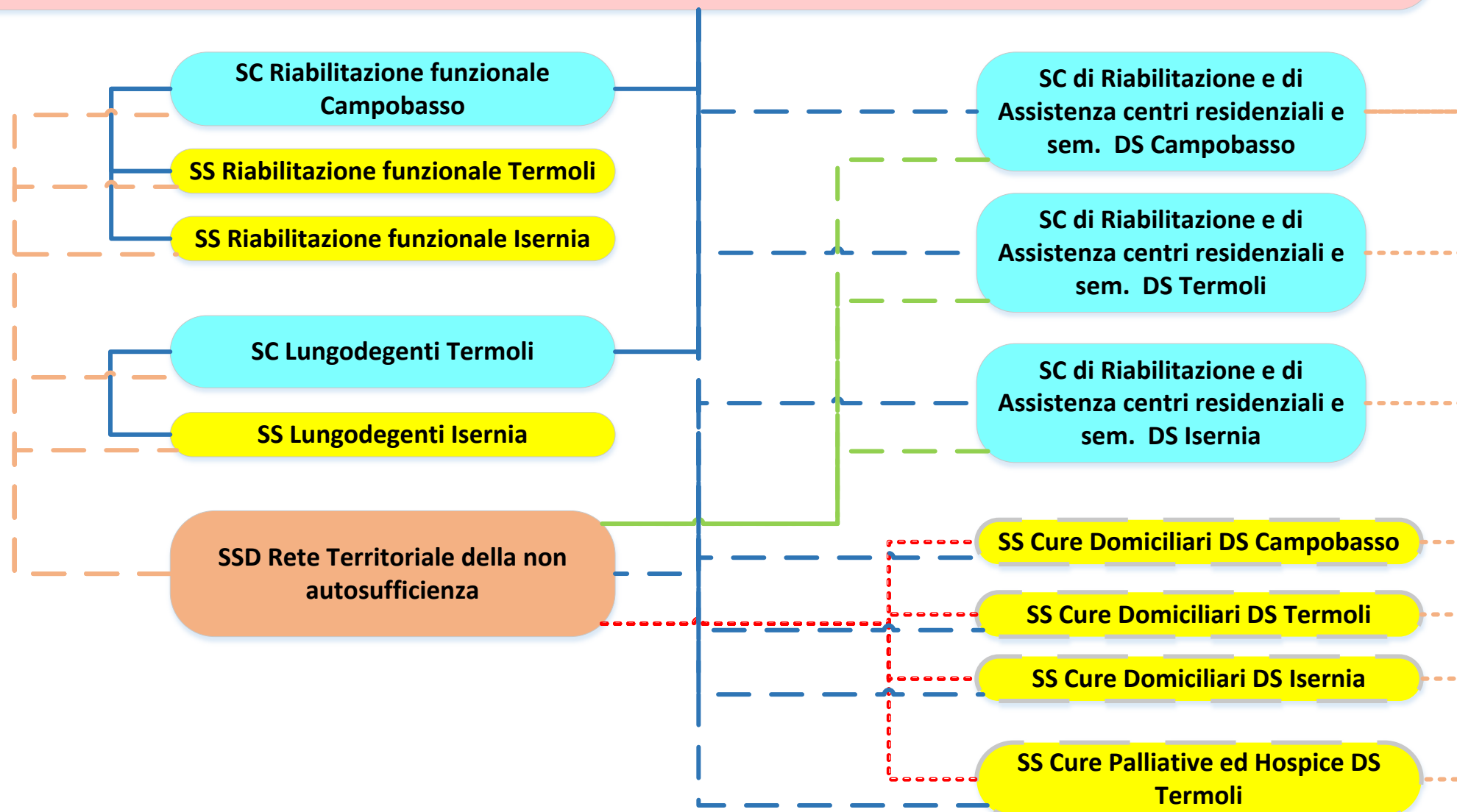


Piano di Organizzazione Aziendale – Le strutture organizzative

Il Dipartimento misto transmurale della donna e del bambino



Dipartimento misto transmurale della Riabilitazione – Fragilità – Continuità Assistenziale



Piano di Organizzazione Aziendale

La rete di assistenza ospedaliera

Plessi Ospedalieri Pubblici

a	PLESSO OSP. CARDARELLI	Campobasso
f	PLESSO OSP. VENEZIALE	Isernia
i	PLESSO OSP. SAN TIMOTEO	Termoli
h	PLESSO OSP. CARACCIOLO	- Agnone

DEA I Livello

Strutture Private Accreditate

c	C.d C. VILLA MARIA	Campobasso
d	C.d C. VILLA ESTHER	Boiano
e	GEA MEDICA	Isernia
g	I.R.C.C.S. NEUROMED	
b	FONDAZIONE G.P. II	Campobasso



	R.O.	D.H.	Totale PL
<i>Plessi Ospedalieri Pubblici</i>	531	69	600
<i>Strutture Private Accreditate</i>	357	23	380
Totale Posti Letto Molise	888	92	980

Piano di Organizzazione Aziendale

La rete di assistenza ospedaliera



Plesso CARDARELLI Campobasso

Plesso SAN TIMOTEO Termoli

Plesso VENEZIALE Isernia

Plesso CARACCILO Agnone

Cod. Ricovero	Reparto	Ospedale Regionale del Molise - Totali PL		
		PL RO	PL DH+DS	Totale PL
02	Day hospital	0	3	3
08	Cardiologia (Gestione emergenze)	9	1	10
08	Cardiologia con Emodinamica	16	2	18
09	Chirurgia Generale	58	10	68
14	Chirurgia Vascolare	6	0	6
19	Malattie endocrine, nutrizione e ricamb.	0	3	3
24	Malattie Infettive e Tropicali	2	0	2
26	Medicina Generale	102	6	108
29	Nefrologia ed Emodialisi	8	2	10
31	Nido	20	0	20
32	Neurologia	6	2	8
34	Oculistica	0	6	6
36	Ortopedia e Traumatologia	44	4	48
37	Ostetricia e Ginecologia	44	5	49
38	Otorinolaringoiatria	4	2	6
39	Pediatria	16	1	17
40	Psichiatria	16	3	19

Cod. Ricovero	Reparto	Ospedale Regionale del Molise - Totali PL		
		PL RO	PL DH+DS	Totale PL
43	Urologia	20	1	21
49	Terapia Intensiva	19	0	19
50	Unità coronarica nell'ambito della Cardio	15	0	15
51	Medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza	20	0	20
56	Recupero e riabilitazione funzionale	58	2	60
60	Lungodegenti	36	0	36
62	Neonatologia	7	1	8
64	Oncologia	8	11	19
73	Terapia Intensiva Neonatale	5	0	5
97	Detenuti	4	0	4
98	Day Surgery	0	3	3
49	Terapia del dolore	0	2	2
09	Chirurgia senologica e Brest Unit	2	1	3
37	IVG	0	2	2
32	Stroke Unit	6	0	6
Totali posti letto		527	73	600

Piano di Organizzazione Aziendale

La rete di assistenza ospedaliera – Le strutture private accreditate



**FONDAZIONE
GIOVANNI PAOLO II
Campobasso**



I.R.C.C.S. NEUROMED Pozzillo



VILLA MARIA Campobasso



VILLA ESTHER Bojano



GEA MEDICA Isernia

**POS 2015-2018 - DCA n.52 del 12 settembre 2016
+ Primo Documento di programma di integrazione
con Fondazione GPII (da definire entro 31/12/2016)**

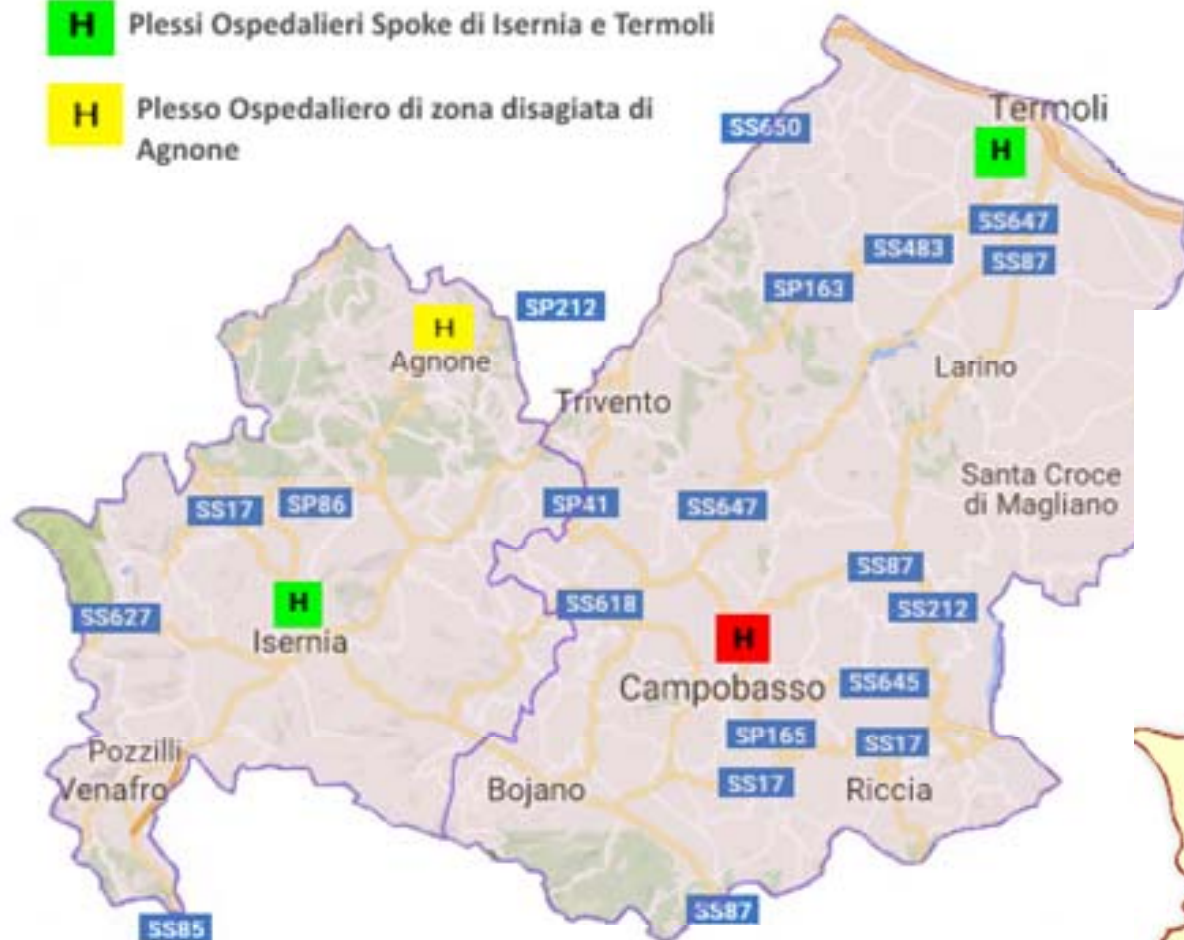
Discipline	PL R.O.	PL D.H.	Totali PL
02 D.H.	0	6	6
07 Cardiochirurgia	20	0	20
08 Cardiologia	18	2	20
10 Chirurgia generale	53	7	60
14 Chirurgia Vascolare	6	0	6
21 Geriatria	20	0	20
27 Medicina Generale	36	4	40
30 Neurochirurgia	35	0	35
32 Neurologia	46	0	46
36 Ortopedia	10	0	10
50 Terapia Intensiva	9	0	9
57 Riabilitazione	40	0	40
64 Oncologia	8	2	10
66 Oncoematologia	8	2	10
70 Radioterapia	3	0	3
75 Neuroriabilitazione	45	0	45
Totali posti letto accreditati	357	23	380

Piano di Organizzazione Aziendale

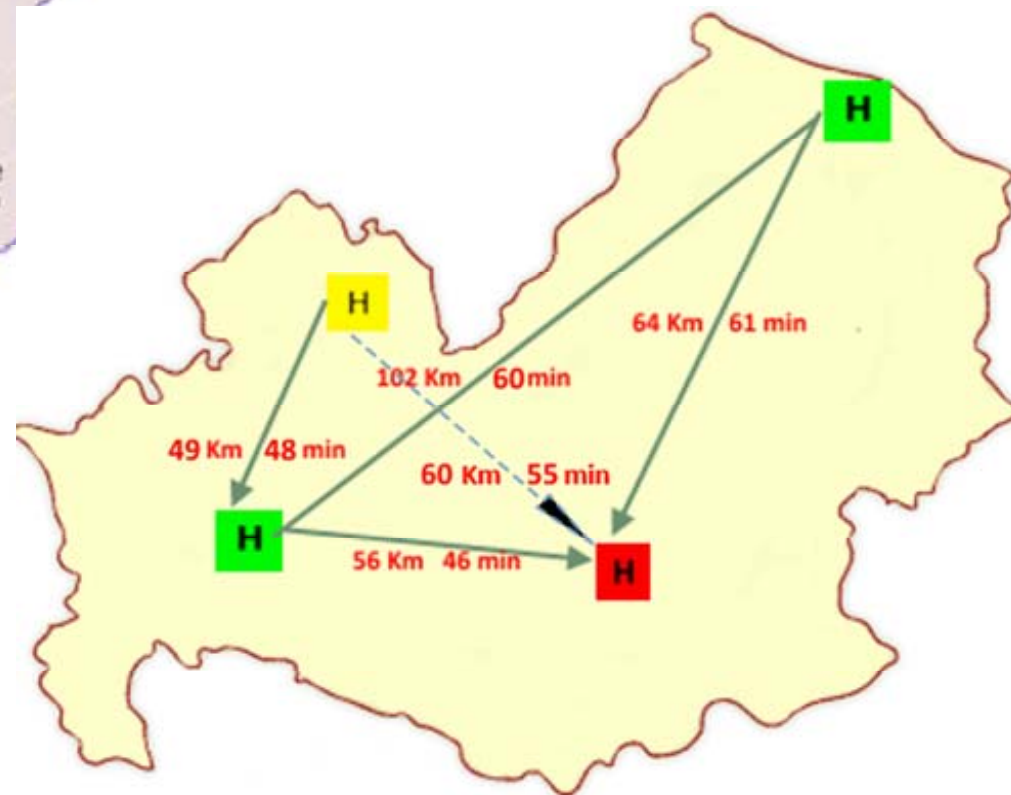
La rete ospedaliera Hub & Spoke dell'emergenza

I Plessi Ospedalieri della Rete dell'emergenza

- H** Plesso Ospedaliero Hub di Campobasso
- H** Plessi Ospedalieri Spoke di Isernia e Termoli
- H** Plesso Ospedaliero di zona disagiata di Agnone



Distanze chilometriche e tempi di percorrenza fra i Plessi Ospedalieri

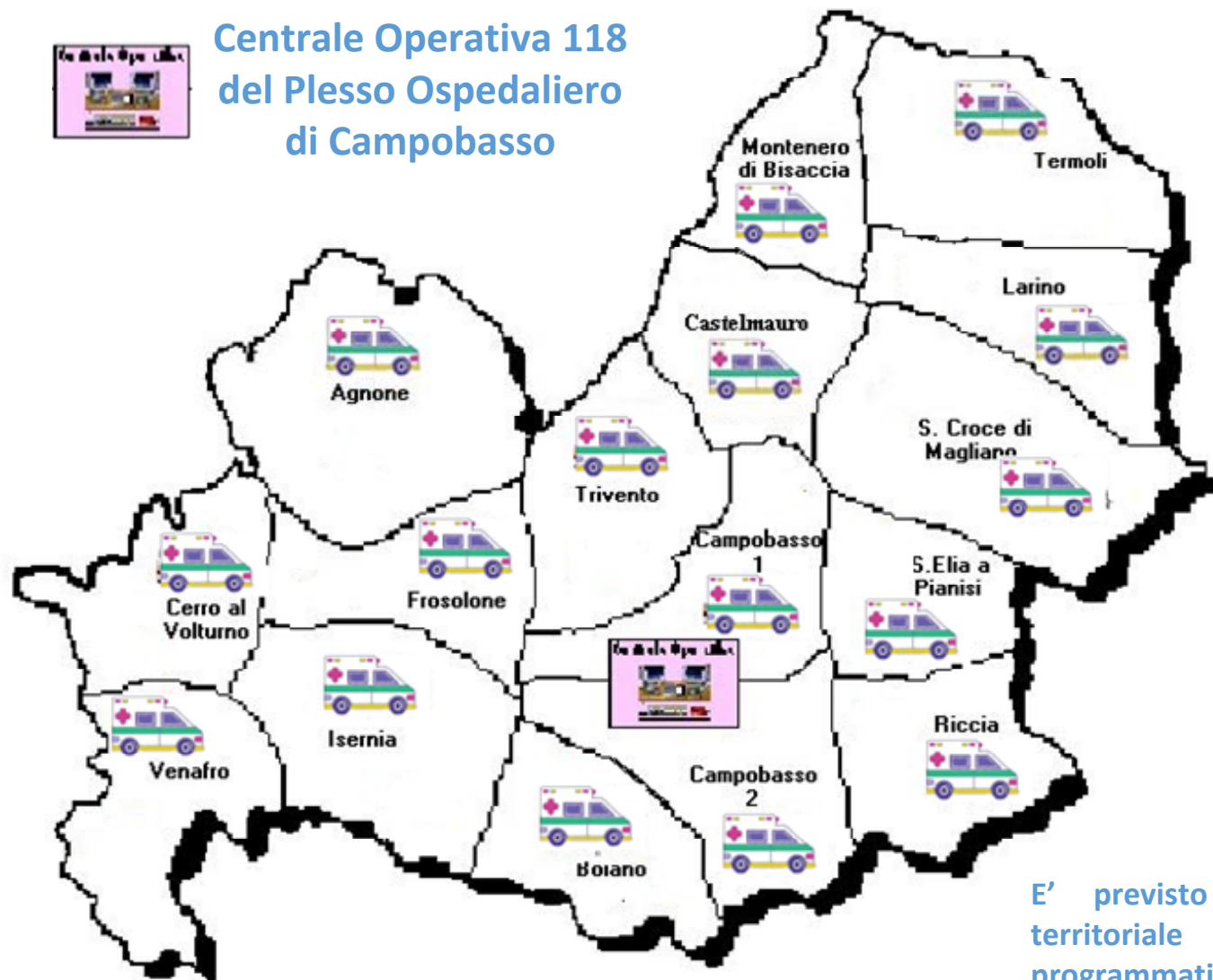


Piano di Organizzazione Aziendale

La Rete dell'Emergenza Territoriale



Centrale Operativa 118
del Plesso Ospedaliero
di Campobasso



16 postazioni ALS



da aggiungere



postazioni BLS



Automedica

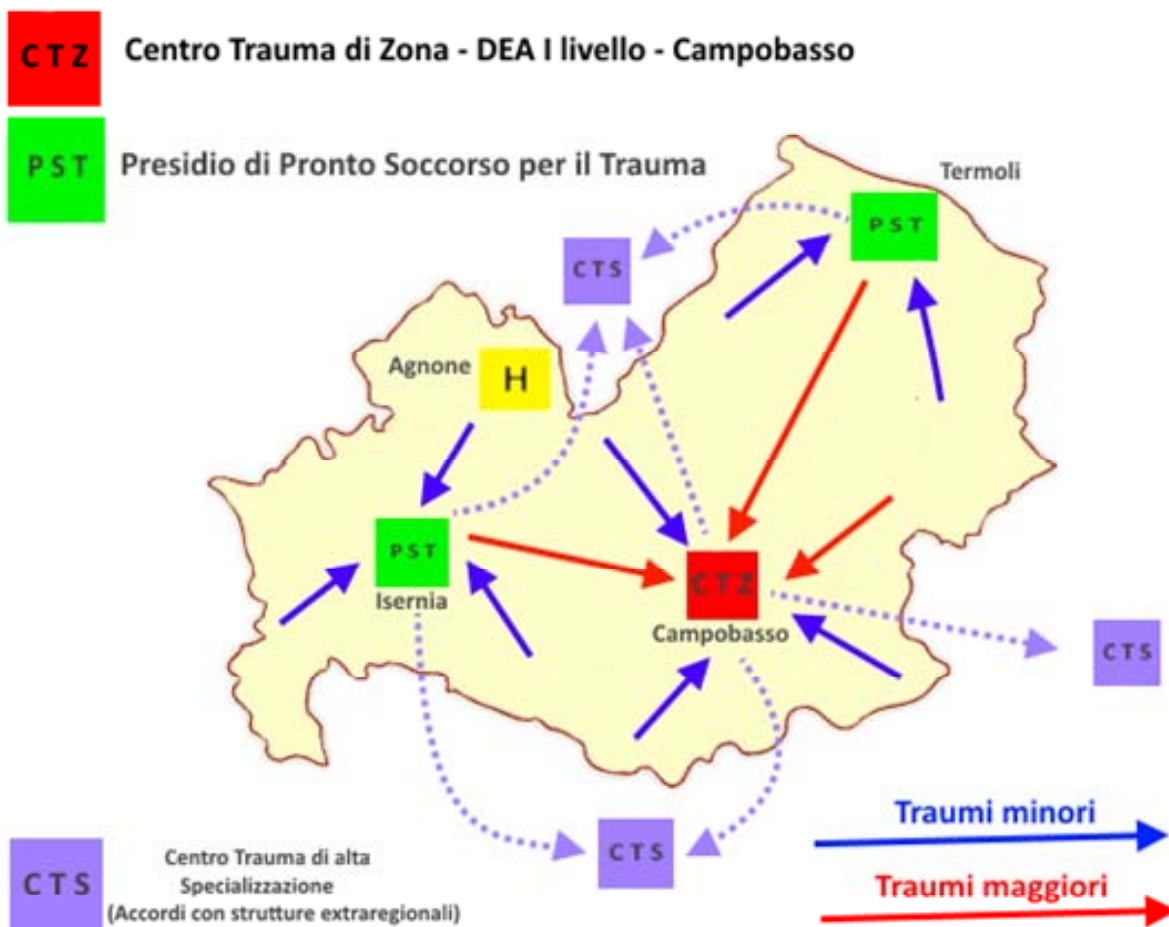


E' previsto l'adeguamento della rete dell'emergenza territoriale sulla base dello specifico Documento programmatico regionale, da emanarsi secondo quanto previsto dal POS 2015-2018 di cui al DCA n. 52 del 12/9/2016

Piano di Organizzazione Aziendale

La Rete per il Trauma

I Plessi Ospedalieri della Rete per il Trauma



Tutti i traumi con criteri di triage indicativi di trauma maggiore devono essere trasportati al centro trauma in relazione alla tipologia delle lesioni e alla necessità di eventuali alte specialità al fine di rispettare il più possibile il principio di centralizzazione primaria, cioè del trasporto immediato al luogo di cura definitiva.

In caso di impossibilità al controllo e al trattamento in sede extraospedaliera dell'instabilità respiratoria o circolatoria da parte del personale sanitario, il paziente deve essere trasportato, indipendentemente dal tipo di lesioni, al più vicino centro trauma per la stabilizzazione iniziale per poi essere trasferito, se necessario, alla struttura di livello superiore, una volta ottenuto il controllo della funzione cardio, avvalendosi di tecnologie per la trasmissione di immagini e dati.

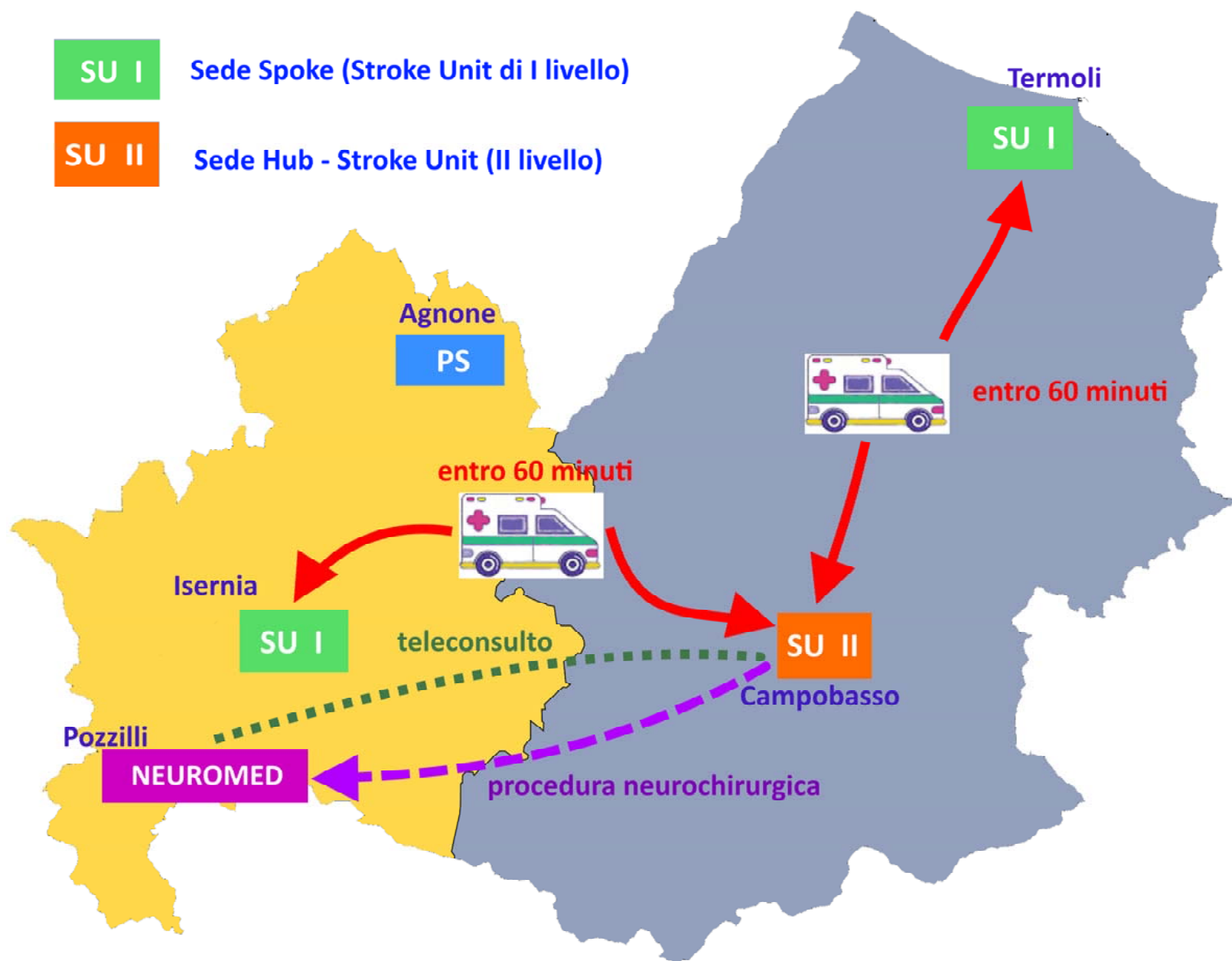
Centro trauma di Zona (CTZ): individuato presso Il DEA di I livello che garantisce H24 il trattamento in modo definitivo di tutte le lesioni tranne quelle connesse con tutte o alcune alte specialità

Presidi di Pronto Soccorso per Traumi (PST): Sono dotati di Pronto Soccorso generale e garantiscono il trattamento immediato, anche chirurgico, delle lesioni con instabilità cardio-respiratoria prima di un eventuale trasferimento ad una struttura di livello superiore.

Centri Traumi di alta Specializzazione (CTS): afferenti in genere a DEA di II livello con Trauma Team del Dipartimento di Emergenza dedicato alla gestione del Trauma maggiore, in grado di accogliere pazienti con problematiche polidistrettuali o che necessitino di alte specialità. Tali centri identificano e trattano 24 ore su 24, in modo definitivo, qualsiasi tipo di lesione mono o poli-distrettuale e garantiscono le cure intensive necessarie.

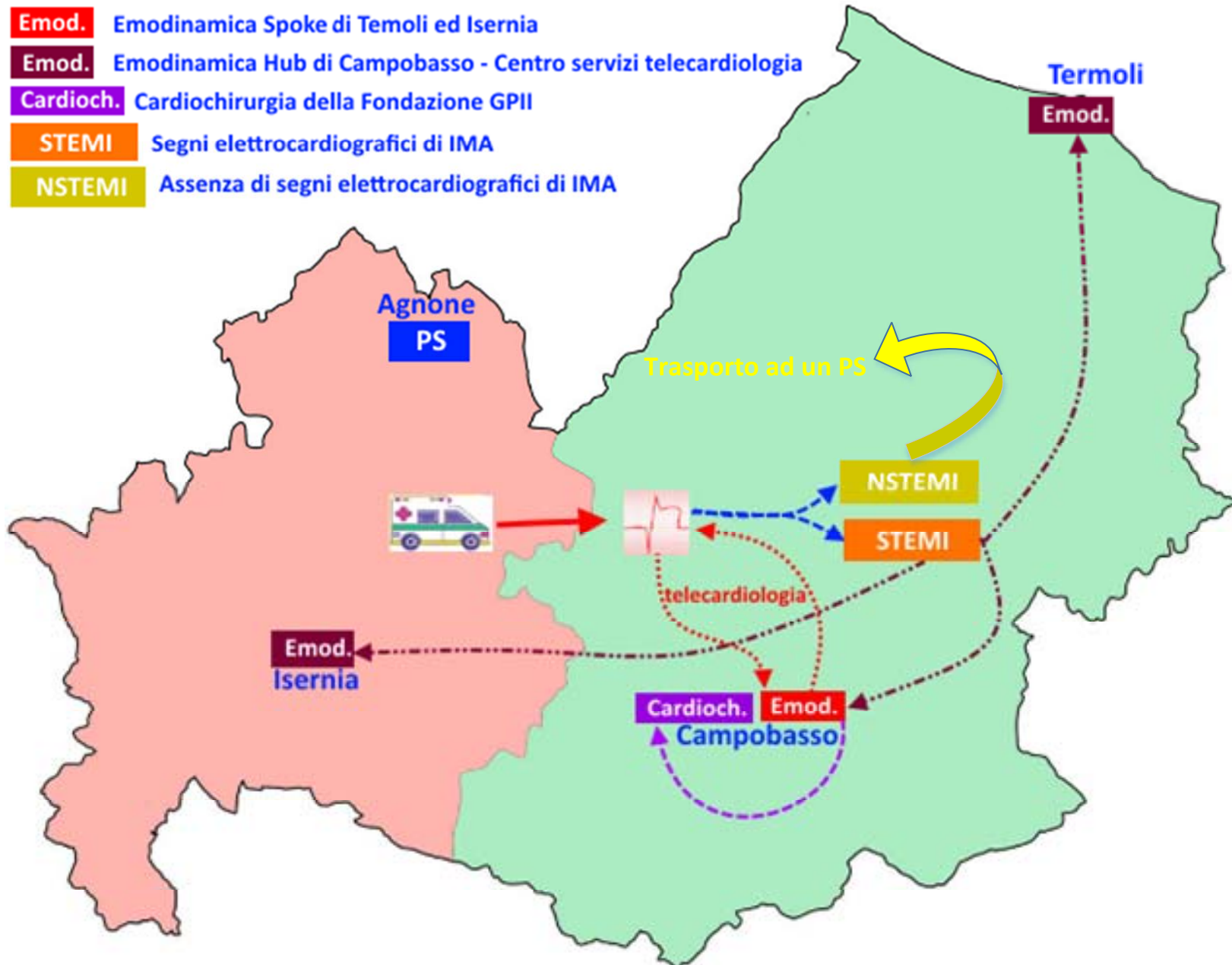
Piano di Organizzazione Aziendale

La Rete per l'Ictus

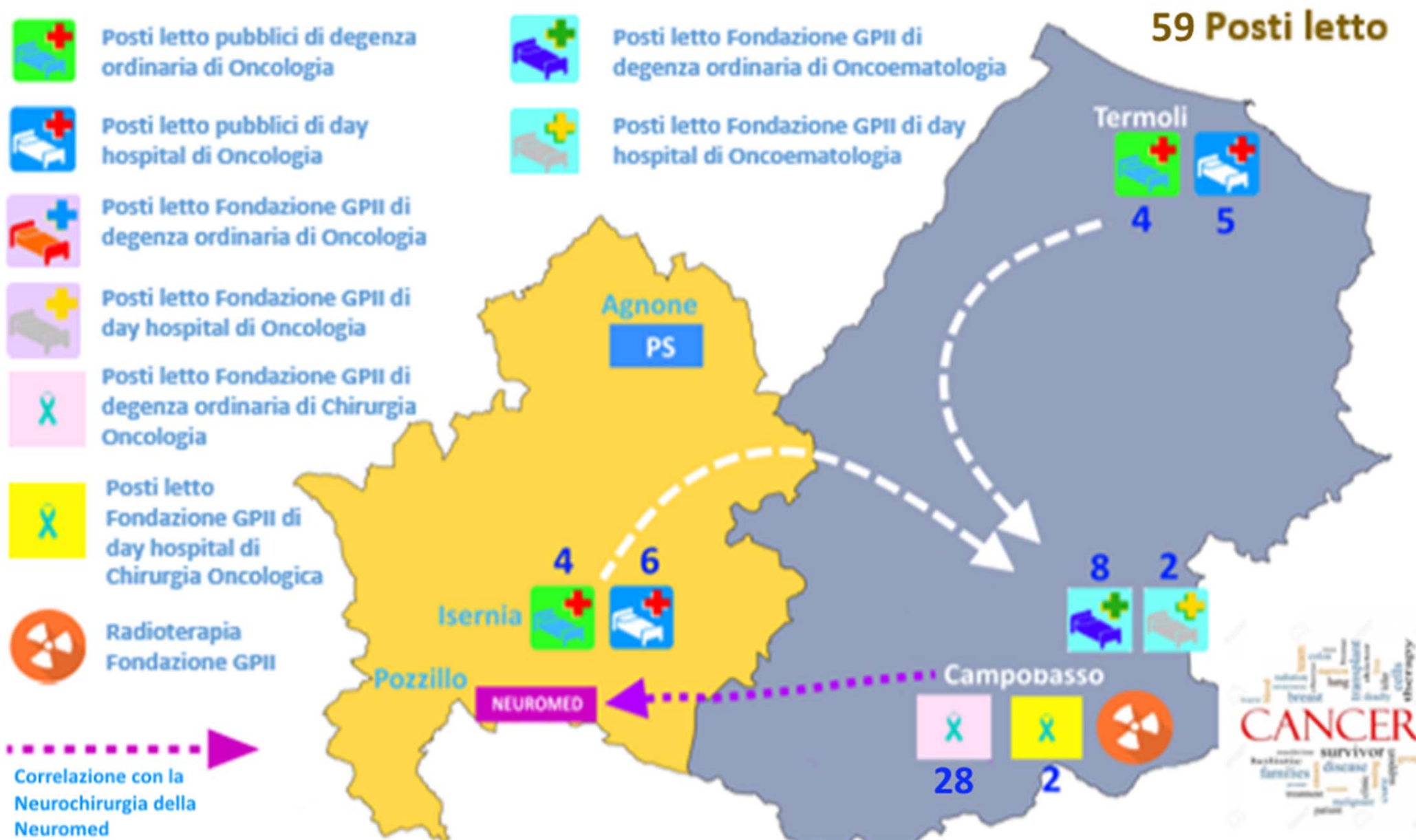


Piano di Organizzazione Aziendale

La Rete per le Emergenze Cardiologiche



La Rete Oncologica



Piano di Organizzazione Aziendale

La Rete della Terapia del dolore



Ambulatorio territoriale



Ambulatorio Ospedaliero



Day Hospital Ospedaliero



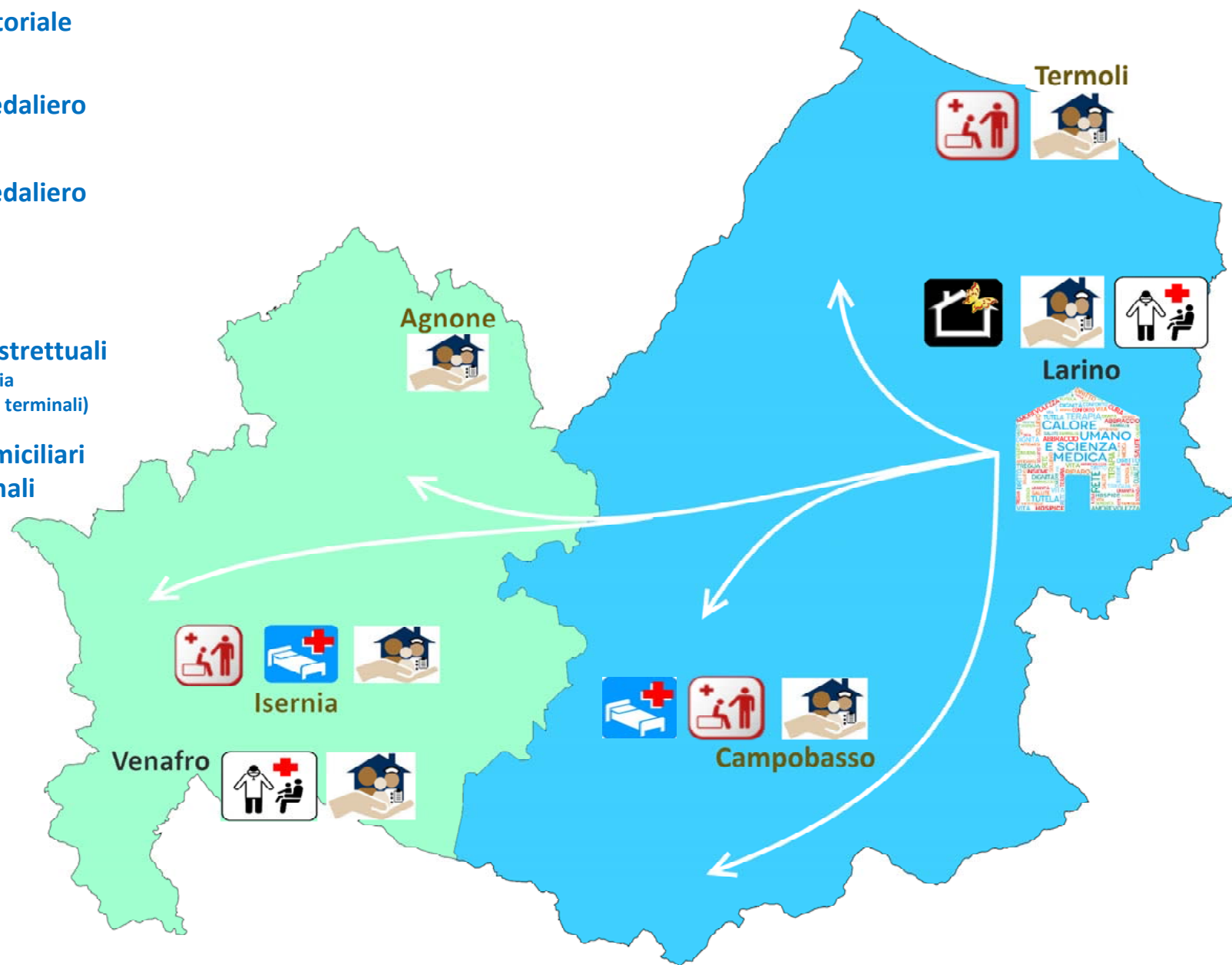
Hospice di Larino



Cure Domiciliari distrettuali
(svolgono attività di terapia
palliativa per pazienti non terminali)

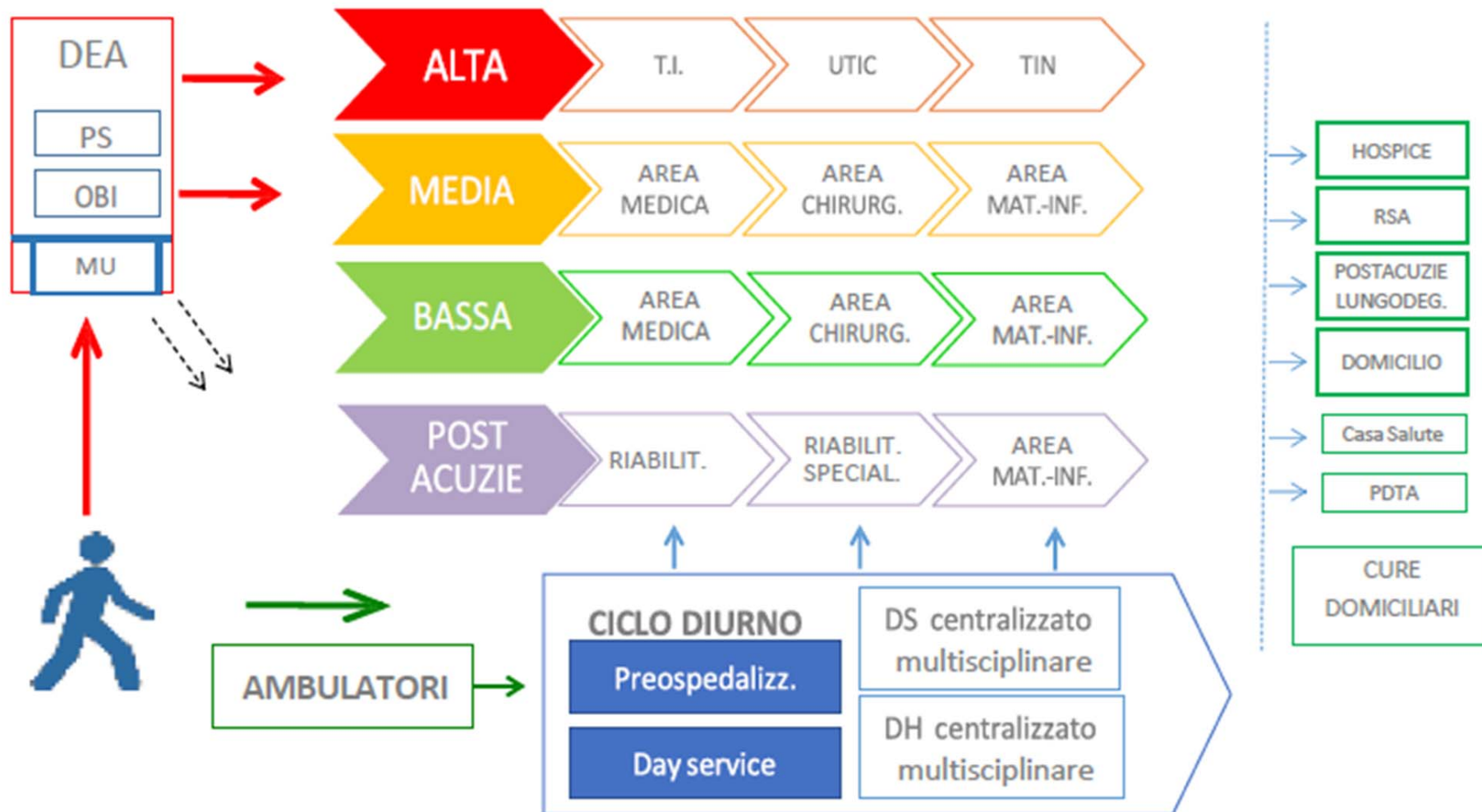


**Cure Palliative Domiciliari
per pazienti terminali**
(UO interdistrettuale
del DS di Termoli)

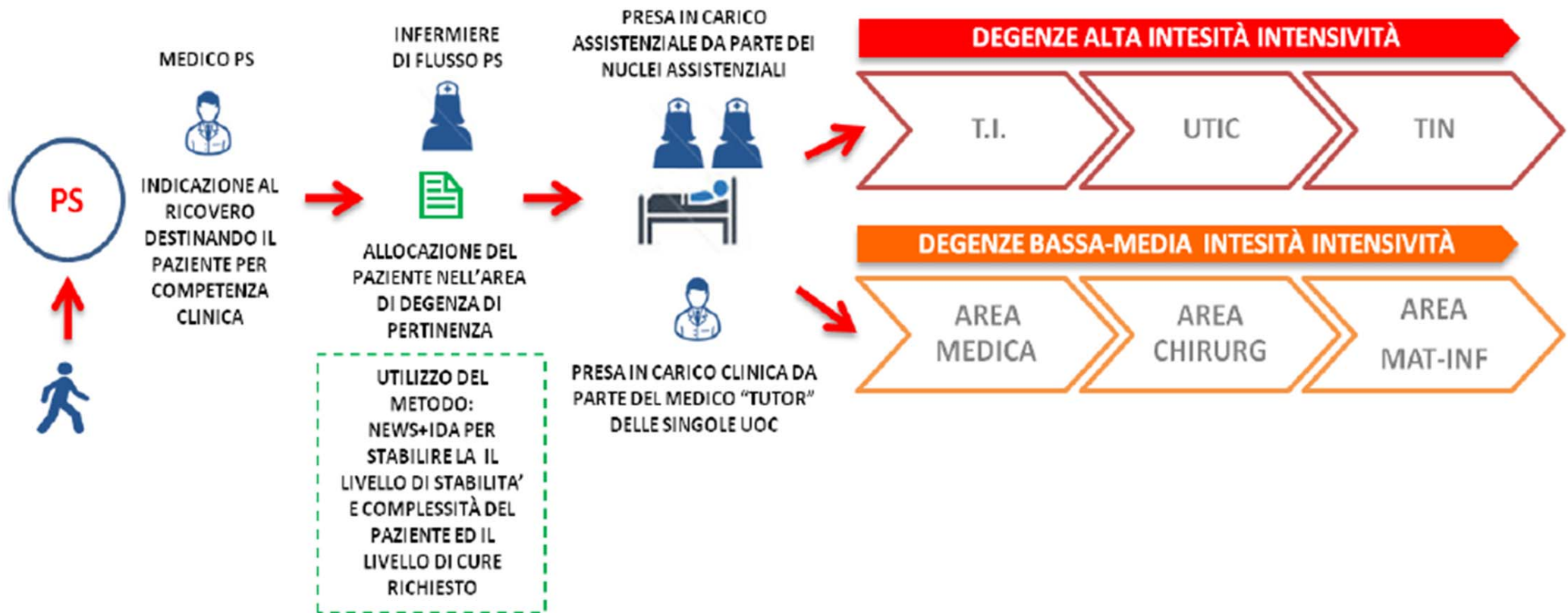


Assetto dell'ospedale organizzato secondo il modello per intensità di cura

DEGENZA ORDINARIA - INTENSITÀ DI CURA



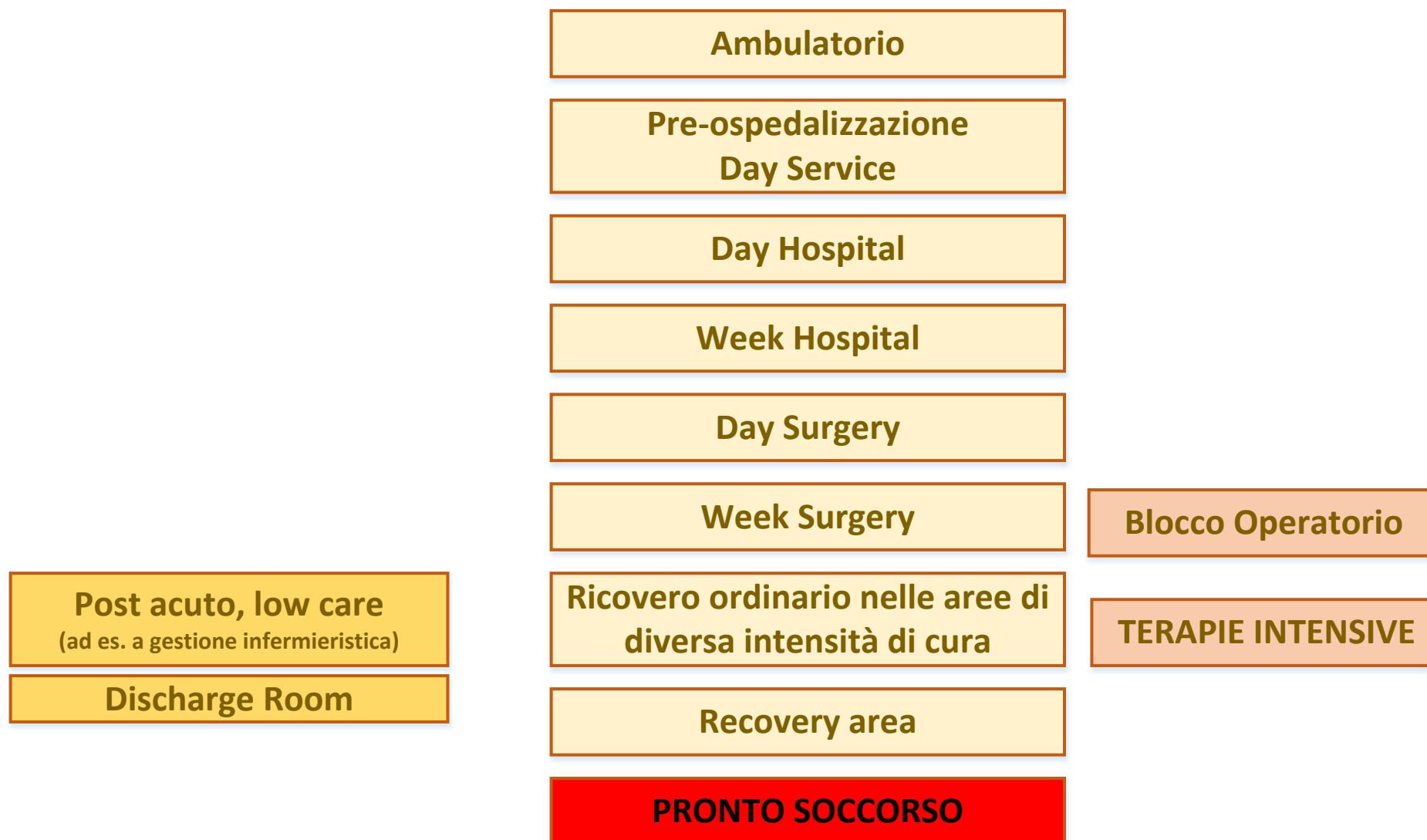
Aspetti organizzativi e percorso di presa in carico del paziente



Differenze tra modello tradizionale di ospedale e modello per intensità di cura

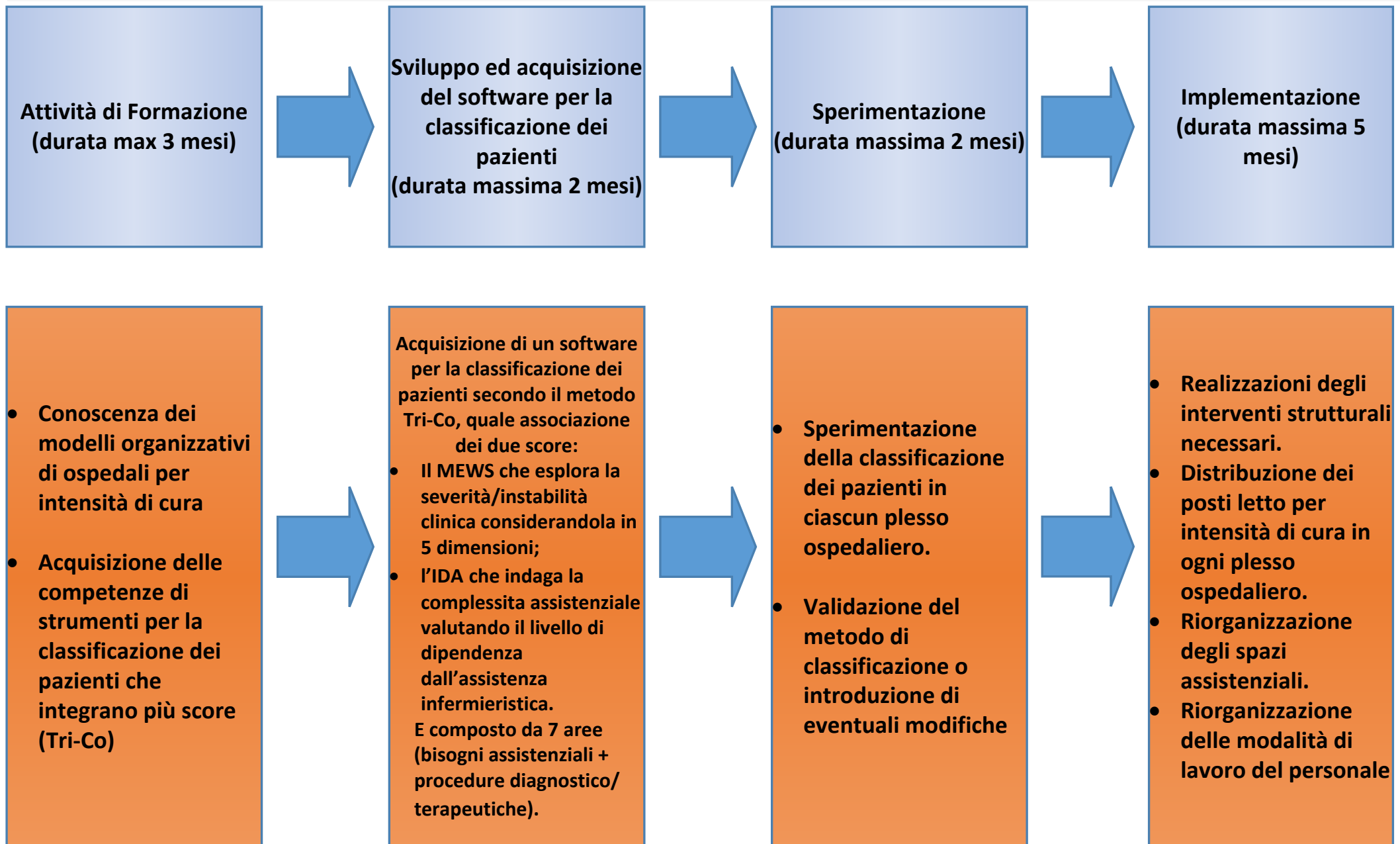
Dimensione	Modello tradizionale	Modello per Intensità di cura	Strumenti
Patologia	Monospecialistico	Polispecialistico	Completezza dei regimi di cura
Dimensione della struttura	Numero di letti	Casi trattati	Spazi in funzione dei casi trattati
Configurazione	Funzione specialistica di reparto	Processo clinico-assistenziale	Aree di diversa intensità assistenziale
Investimento	Degenza	Tecnologia, innovazione	Elettronica sanitaria, informatica
Formazione	Aggiornamento professionale	Ricerca e cultura sanitaria	Sperimentazioni e sviluppo del sapere
Responsabilità	Patologia ed esito	Processo di cura	Outcome
Controllo di gestione	Unità Operativa	Caso trattato	Protocolli, profili

Ottimizzazione delle aree produttive



Piano di Organizzazione Aziendale

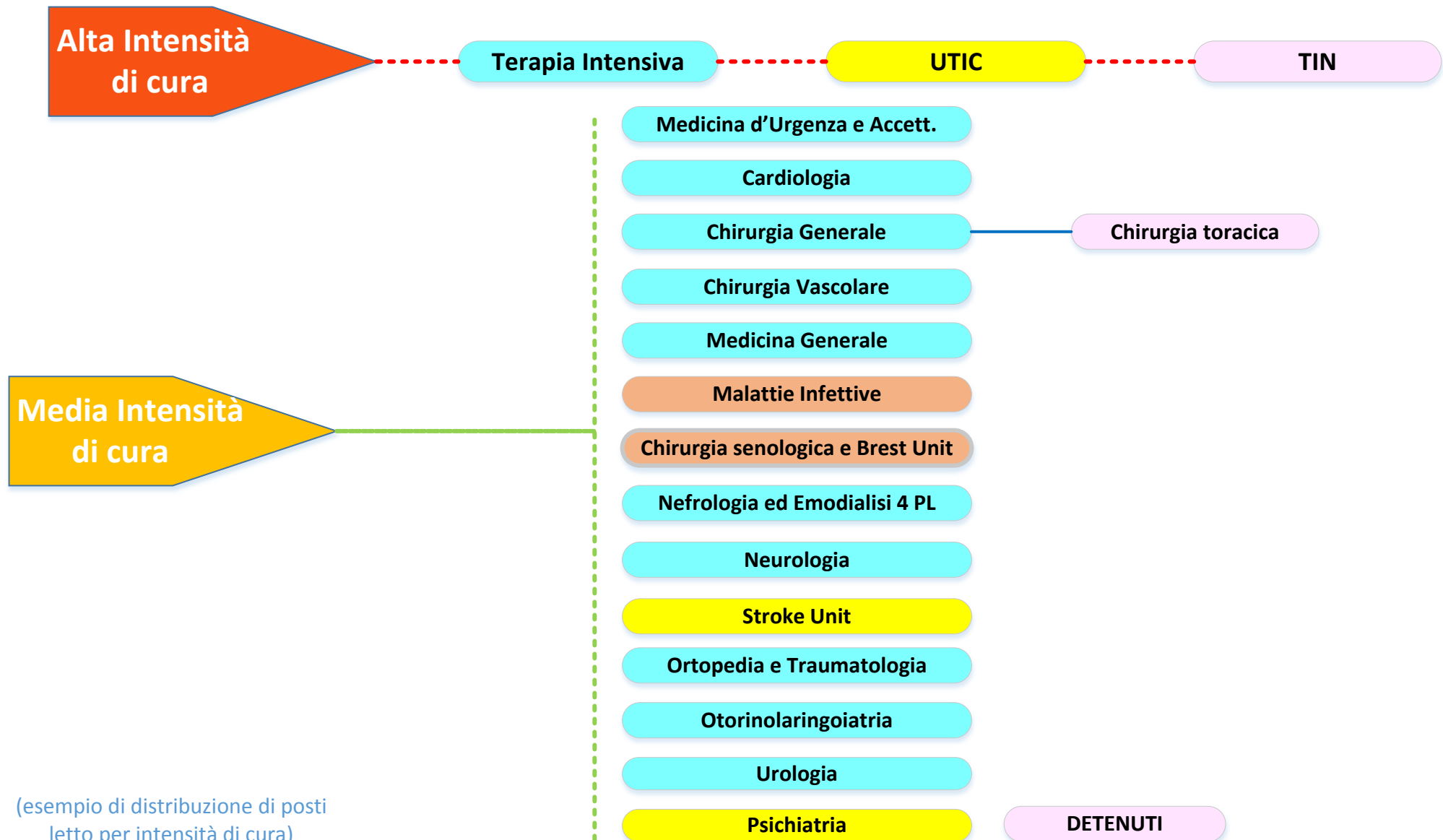
Piano per l'implementazione del modello di ospedale per intensità di cura



Il Piano di Organizzazione Aziendale

L'Ospedale per Intensità di Cura e Complessità Assistenziale

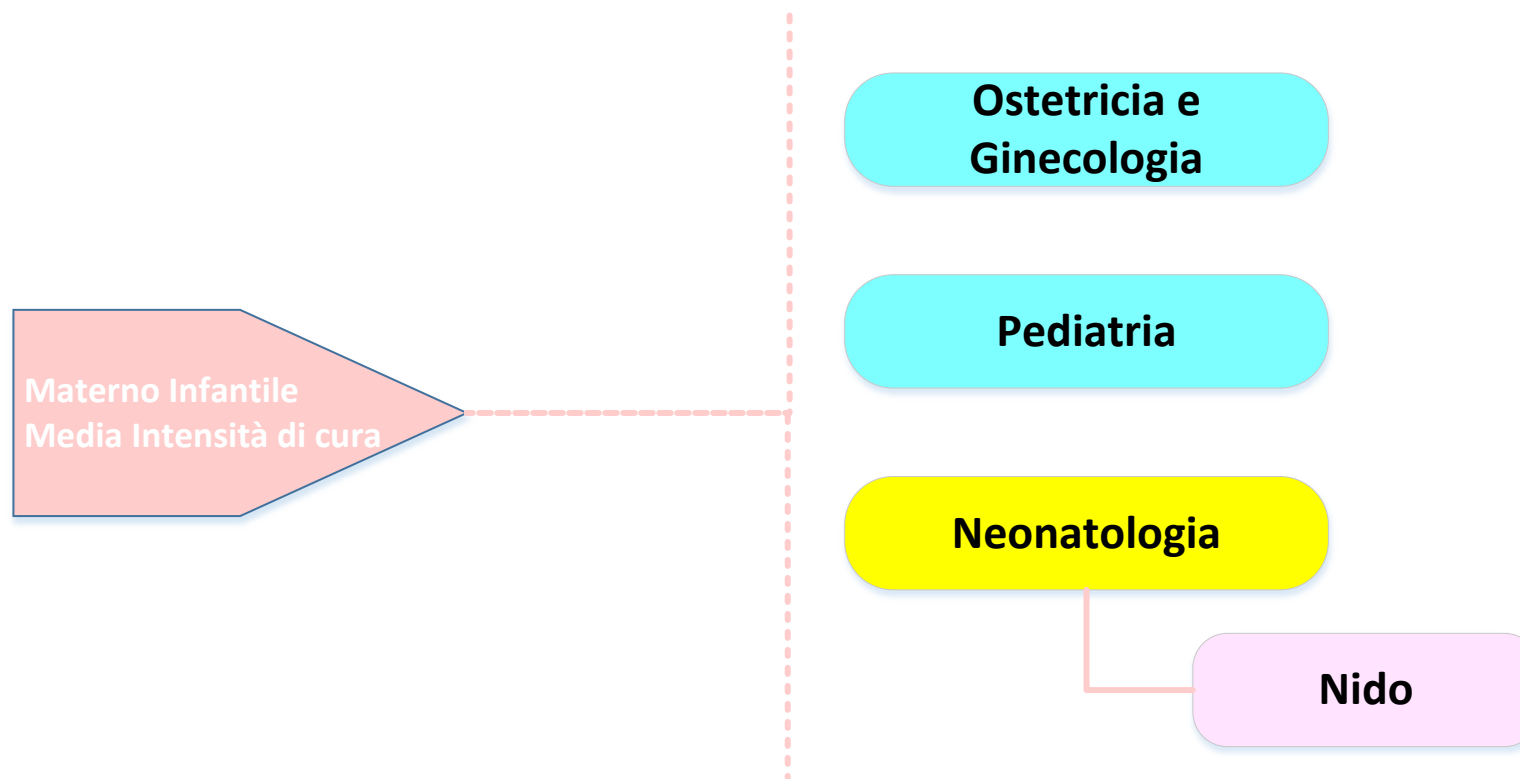
DEA I Livello – Presidio Hub Plesso Ospedaliero di Campobasso



Il Piano di Organizzazione Aziendale

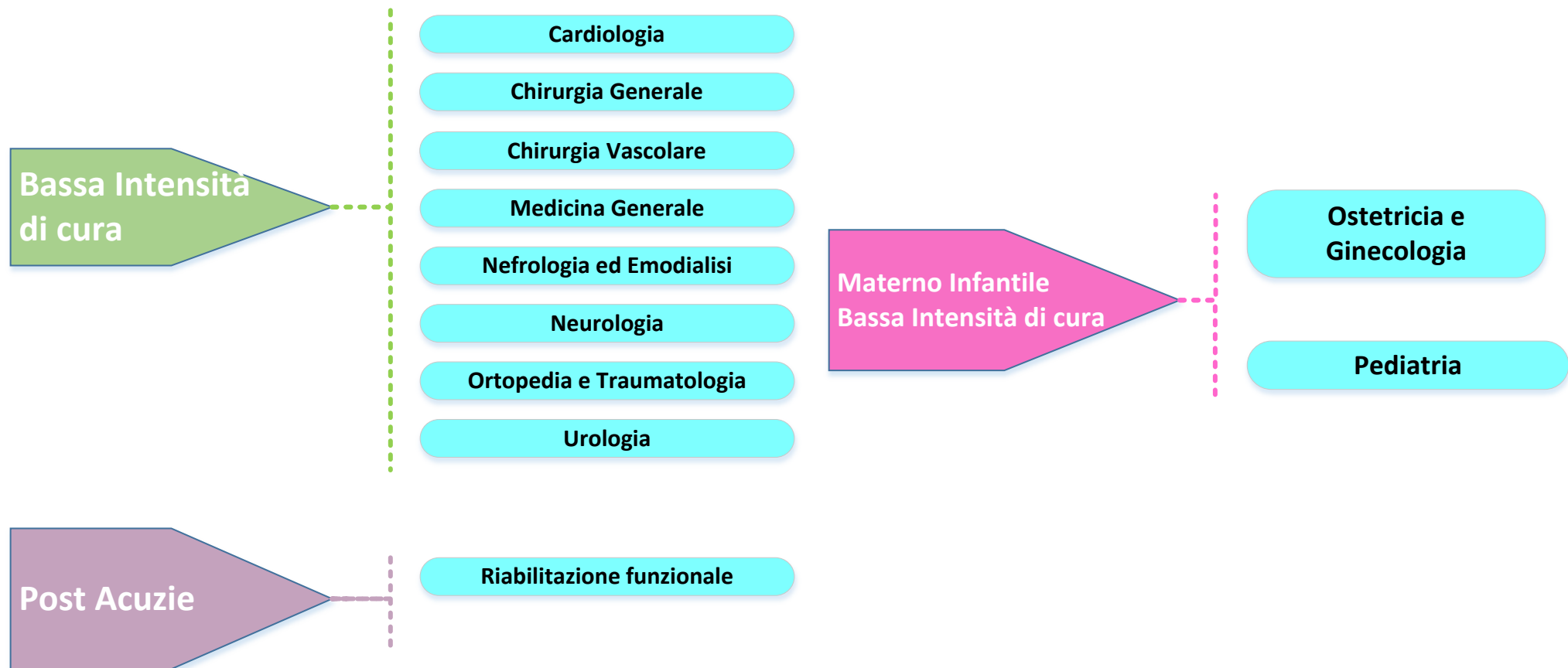
L'Ospedale per Intensità di Cura e Complessità Assistenziale

DEA I Livello – Presidio Hub Plesso Ospedaliero di Campobasso



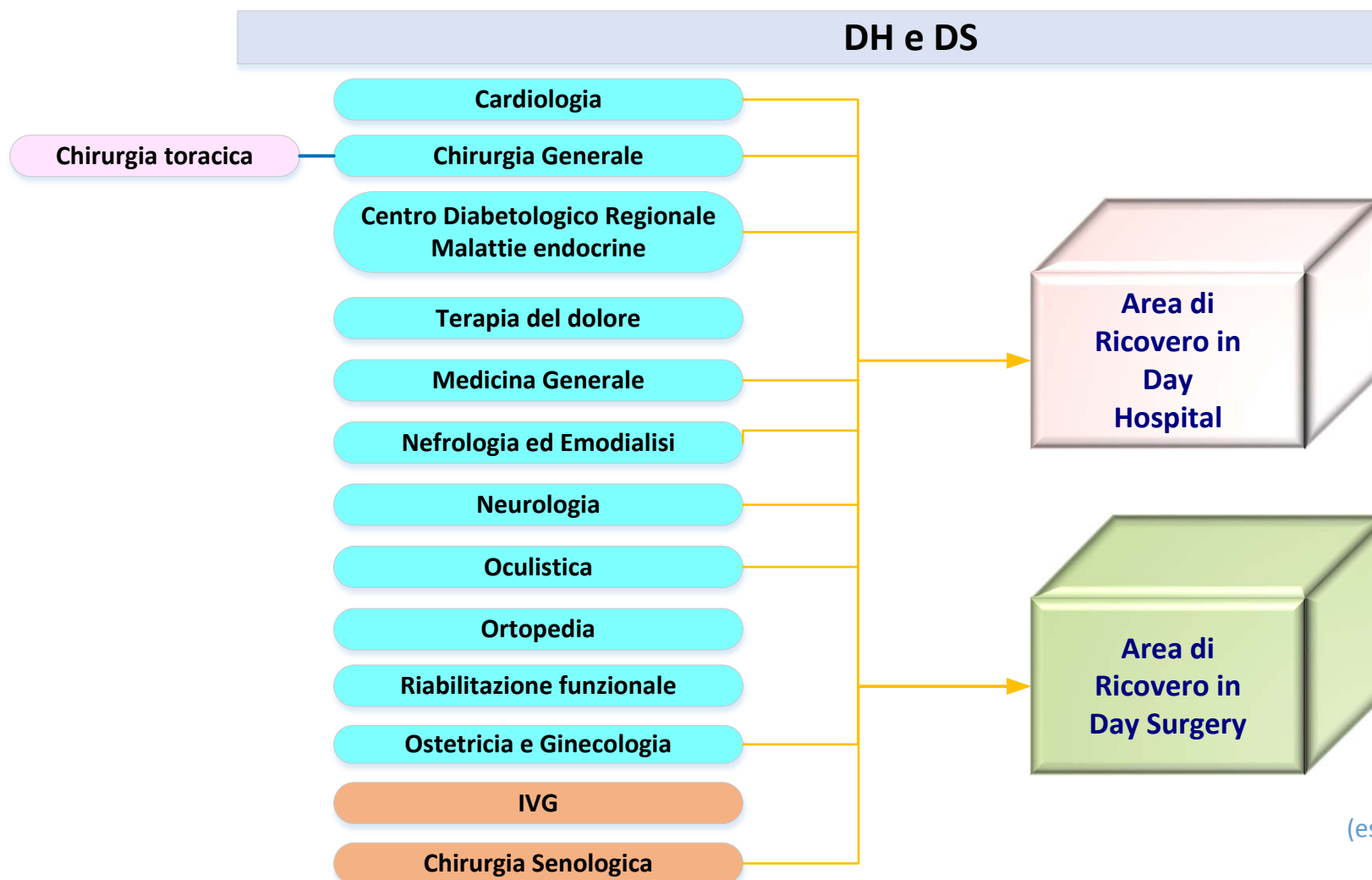
(esempio di distribuzione di posti
letto per intensità di cura)

DEA I Livello – Presidio Hub
Plesso Ospedaliero di Campobasso



(esempio di distribuzione di posti letto per intensità di cura)

DEA I Livello – Presidio Hub
Plesso Ospedaliero di Campobasso



(esempio di distribuzione di posti letto per intensità di cura)

Il Piano di Organizzazione Aziendale

L'Ospedale per Intensità di Cura e Complessità Assistenziale

Plesso Ospedaliero di Termoli Presidio SpoKe

**Alta Intensità
di cura**

Terapia Intensiva

UTIC

**Media Intensità
di cura**

Medicina d'Urgenza e Accett.

Cardiologia ed Emodinamica

Chirurgia Generale

Chirurgia epato biliare

Medicina Generale

Ortopedia e Traumatologia

Urologia

Oncologia

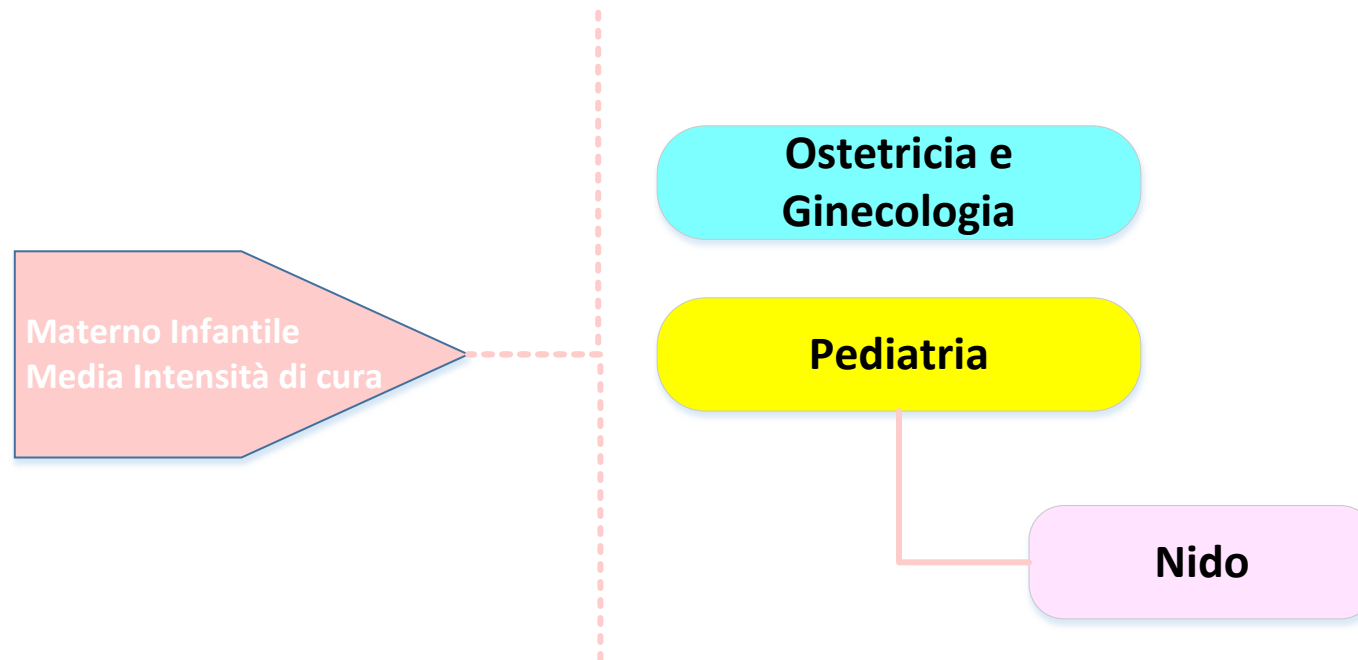
Psichiatria

(esempio di distribuzione di posti
letto per intensità di cura)

Il Piano di Organizzazione Aziendale

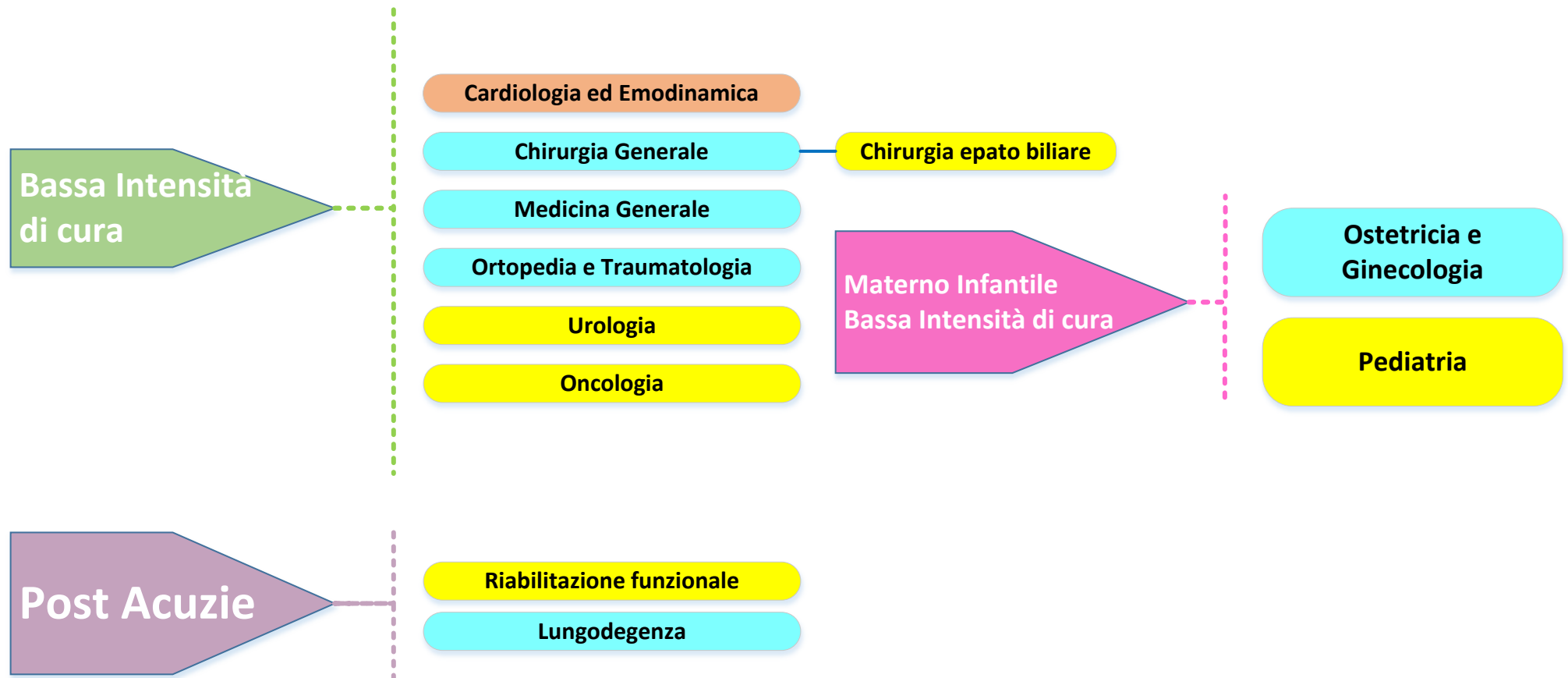
L'Ospedale per Intensità di Cura e Complessità Assistenziale

Plesso Ospedaliero di Termoli Presidio SpoKe



(esempio di distribuzione di posti
letto per intensità di cura)

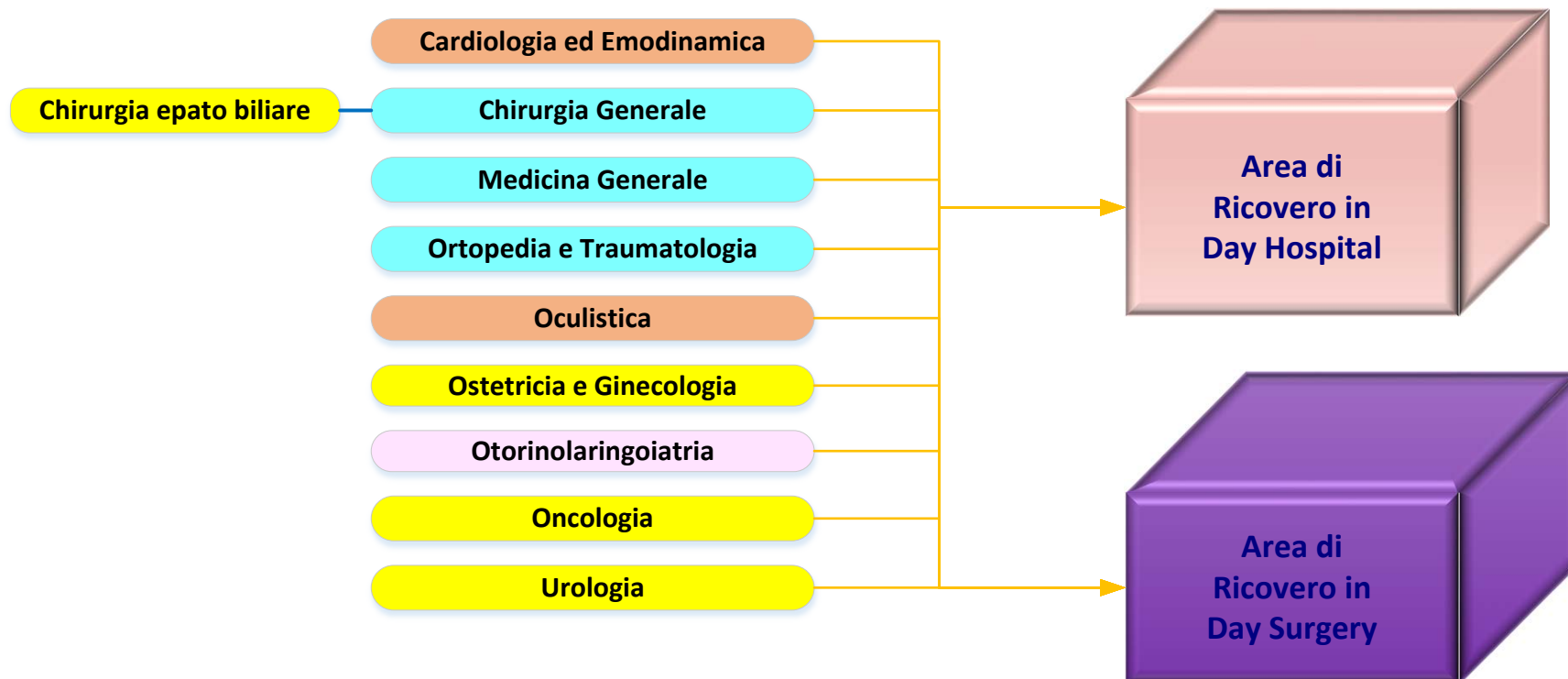
Plesso Ospedaliero di Termoli Presidio SpoKe



(esempio di distribuzione di posti letto per intensità di cura)

Plesso Ospedaliero di Termoli
Presidio SpoKe

DH e DS



(esempio di distribuzione di posti
letto per intensità di cura)

Il Piano di Organizzazione Aziendale

L'Ospedale per Intensità di Cura e Complessità Assistenziale

Plesso Ospedaliero di Isernia Presidio SpoKe

**Alta Intensità
di cura**

Terapia Intensiva

UTIC

**Media Intensità
di cura**

Medicina d'Urgenza e Accett.

Cardiologia ed Emodinamica

Chirurgia Generale

Chirurgia endoscopica

Medicina Generale

Ortopedia e Traumatologia

Oncologia

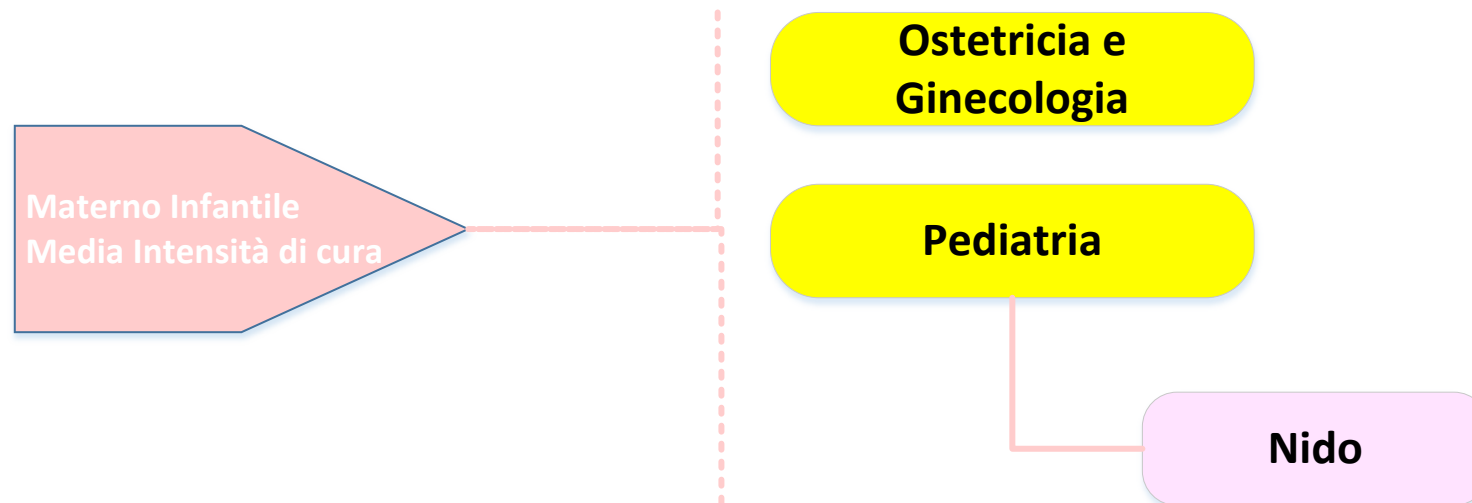
Psichiatria

(esempio di distribuzione di posti
letto per intensità di cura)

Il Piano di Organizzazione Aziendale

L'Ospedale per Intensità di Cura e Complessità Assistenziale

Plesso Ospedaliero di Isernia Presidio SpoKe

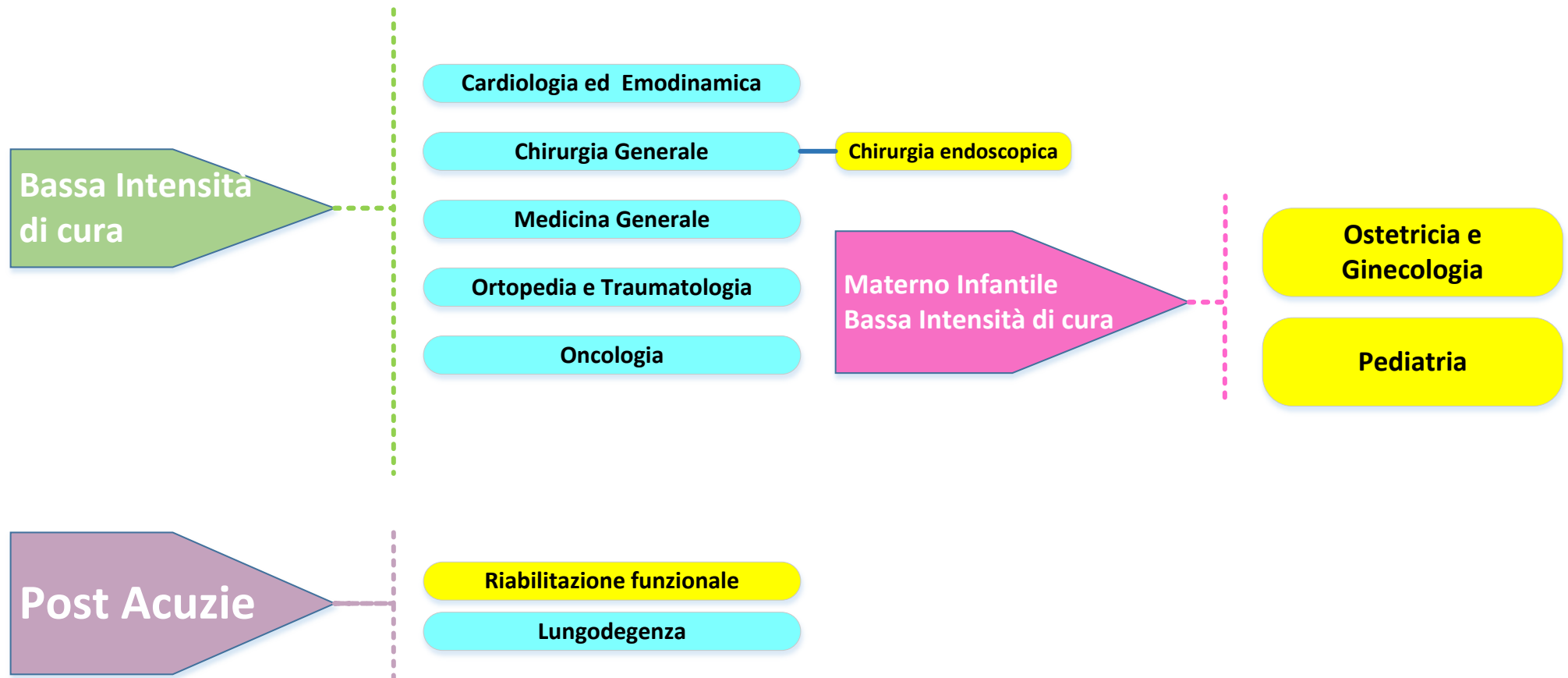


(esempio di distribuzione di posti
letto per intensità di cura)

Il Piano di Organizzazione Aziendale

L'Ospedale per Intensità di Cura e Complessità Assistenziale

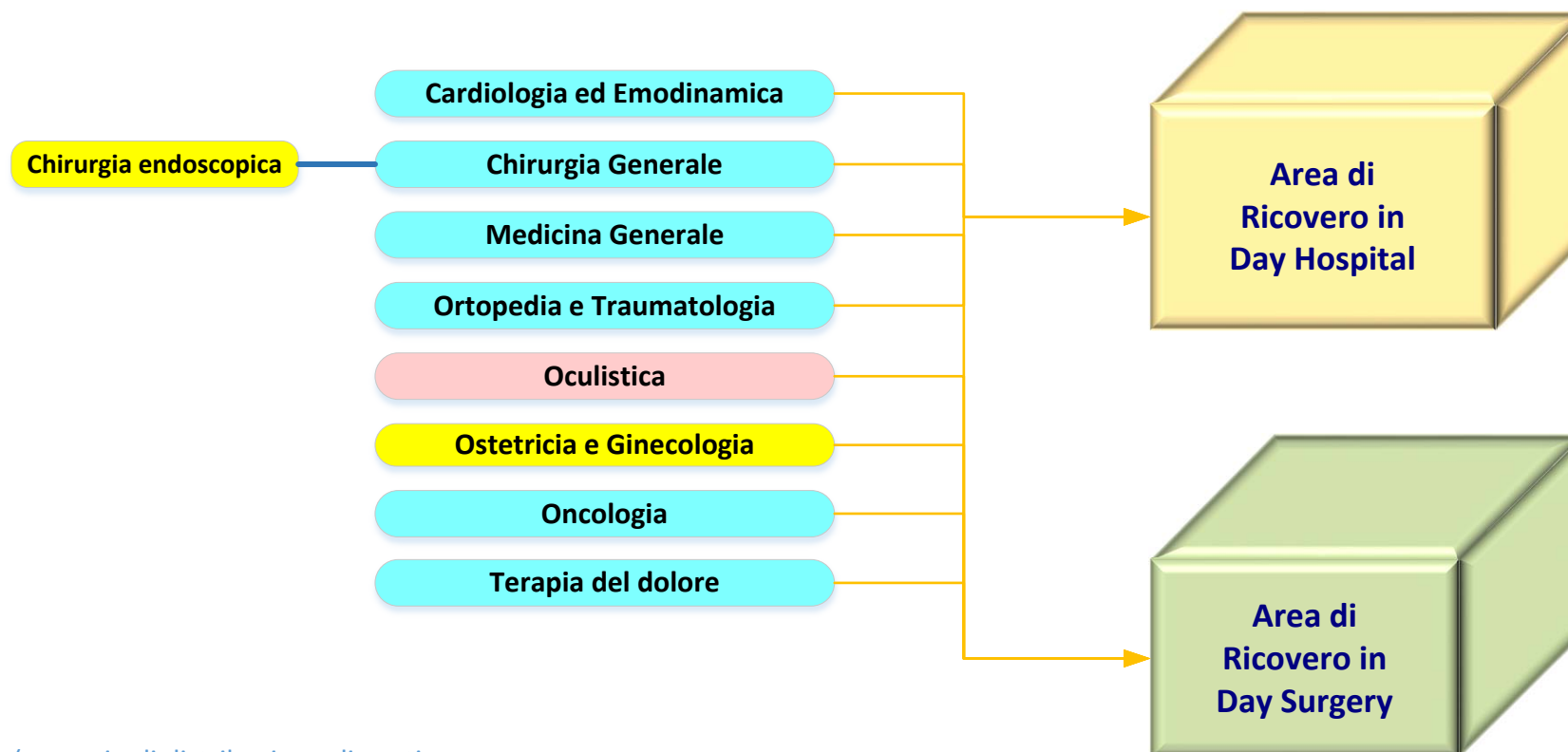
Plesso Ospedaliero di Isernia Presidio SpoKe



(esempio di distribuzione di posti letto per intensità di cura)

Plesso Ospedaliero di Isernia
Presidio SpoKe

DH e DS



(esempio di distribuzione di posti
letto per intensità di cura)

Dipartimento strutturale di Prevenzione

SSD UO Amministrativa

SC Igiene e Sanità pubblica

SC Epidemiologia

**SC Igiene degli Alimenti e
della nutrizione**

**SC Prevenzione e sicurezza
negli ambienti di lavoro**

SC Veterinaria Area A

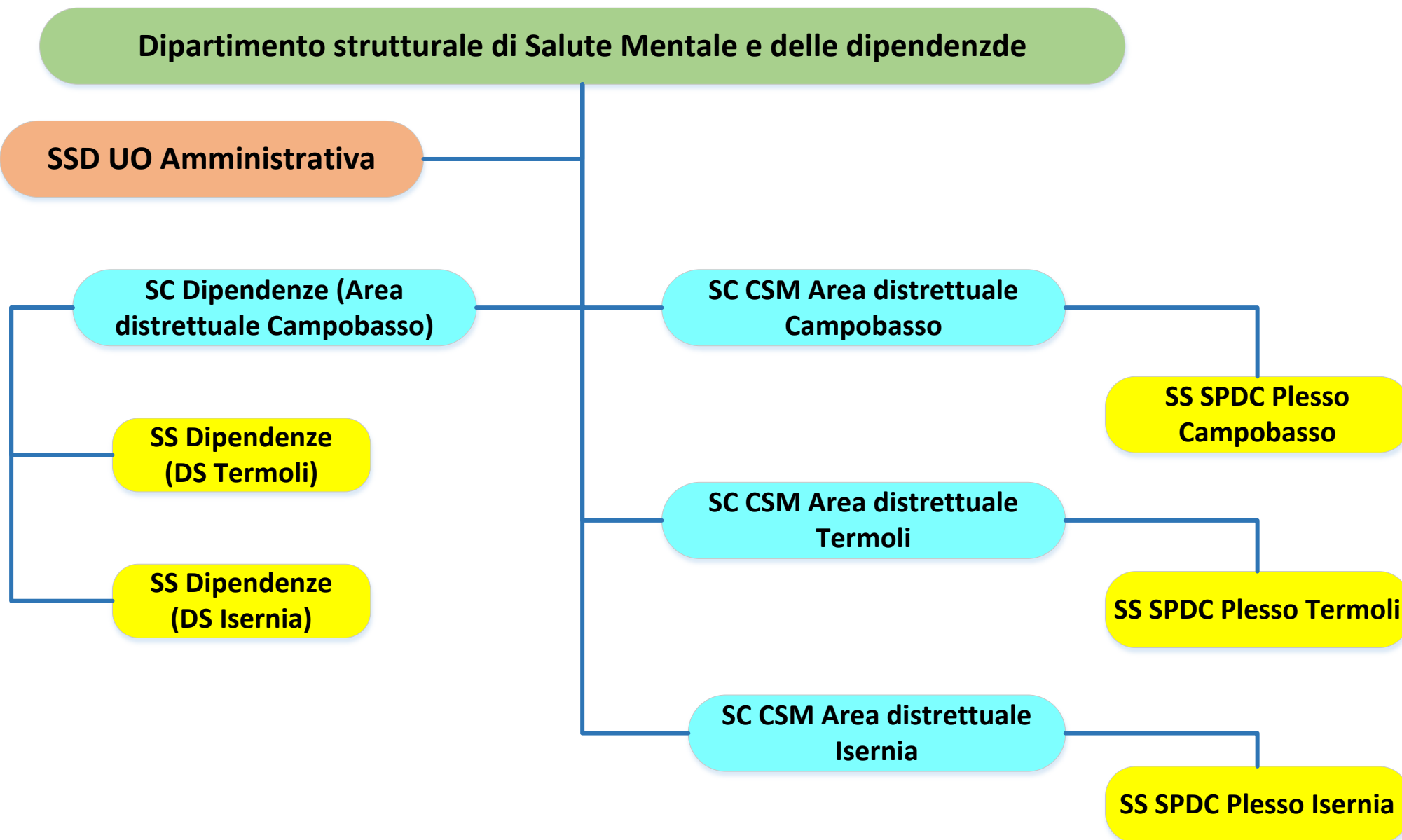
SC Veterinaria Area B

SC Veterinaria Area C

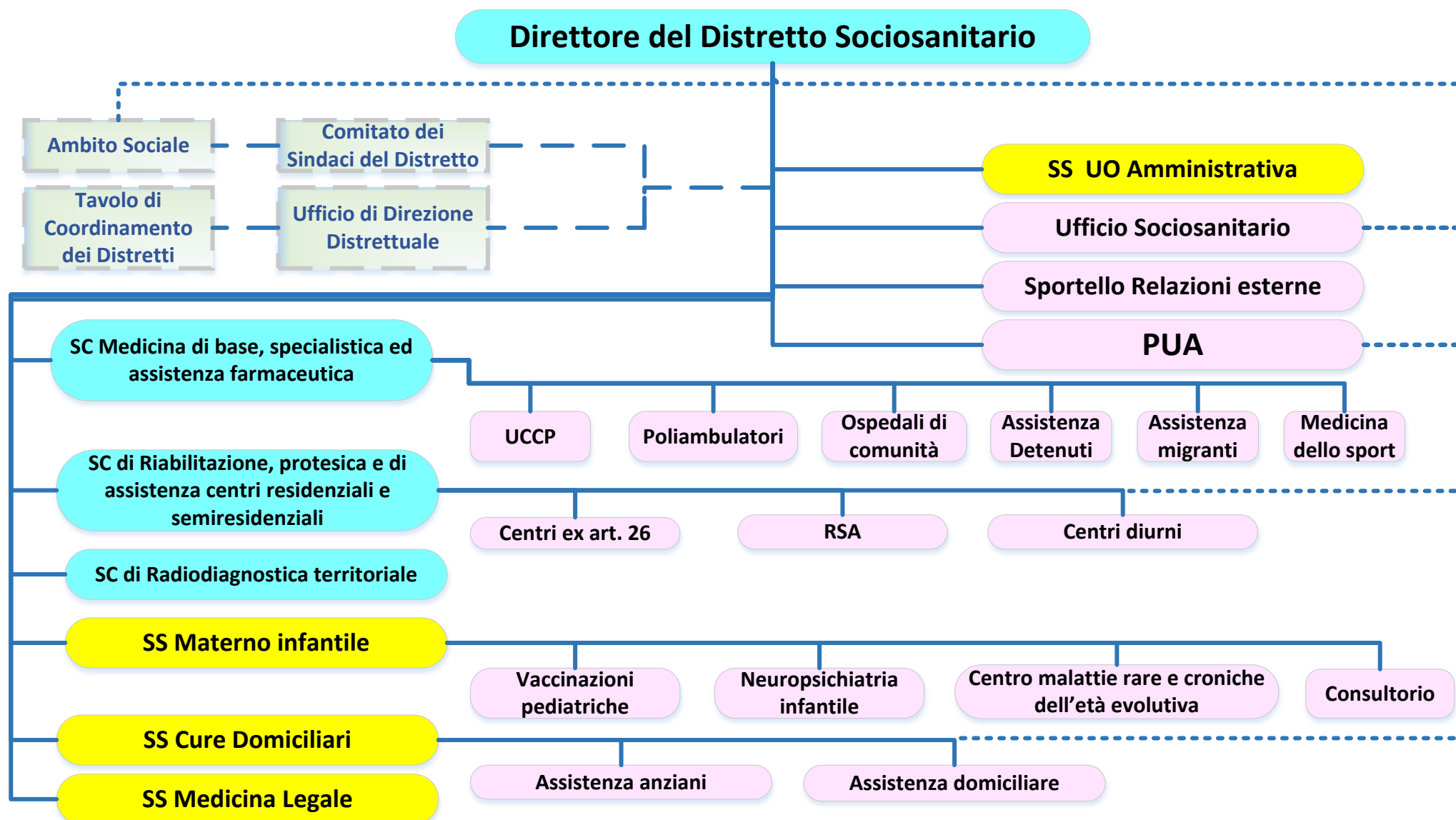
**SS Bonifica Sanitaria
Allevamenti area DS n. 1**

**SS Bonifica Sanitaria
Allevamenti area DS n. 2**

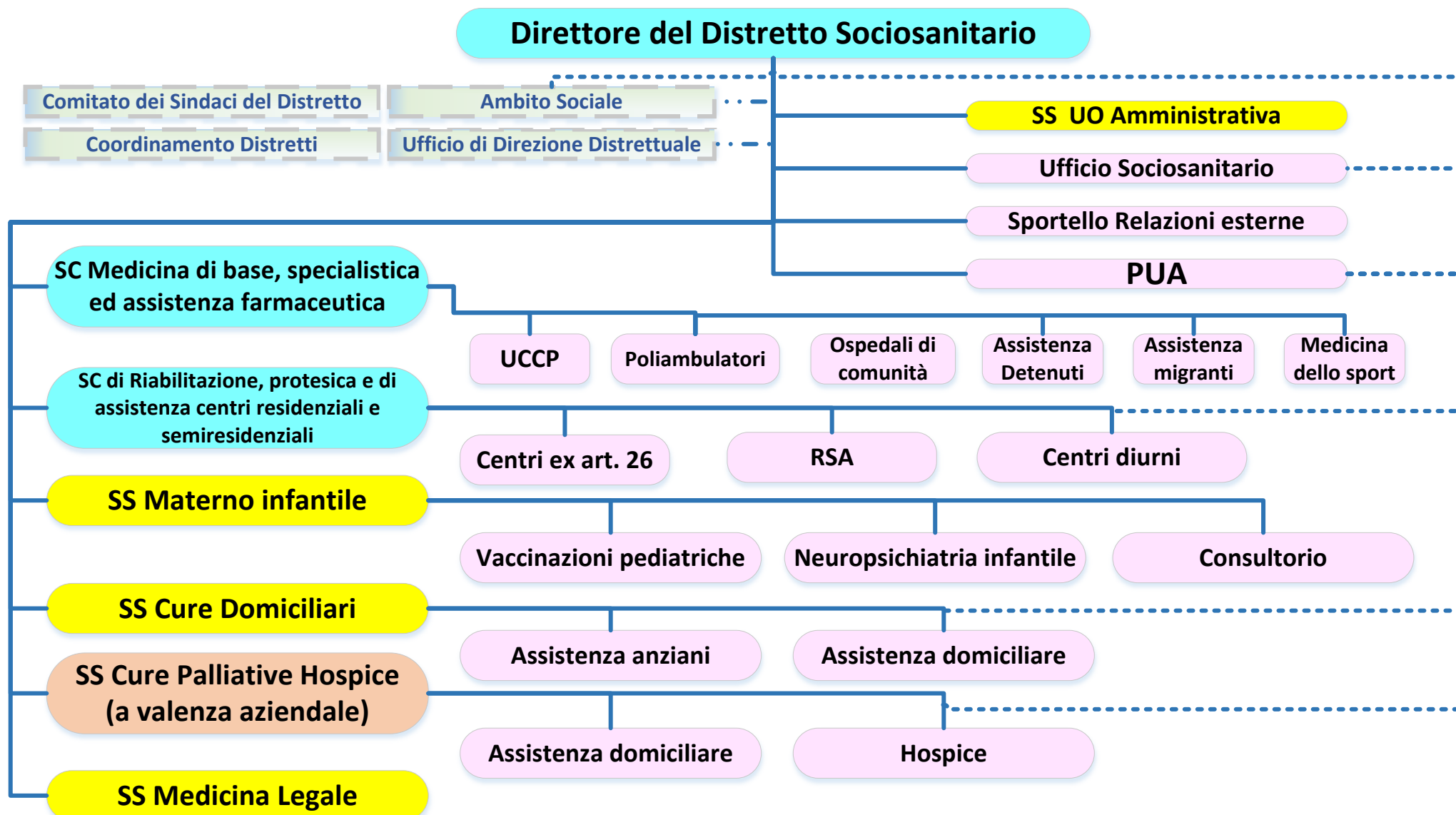
**SS Bonifica Sanitaria
Allevamenti area DS n. 3**



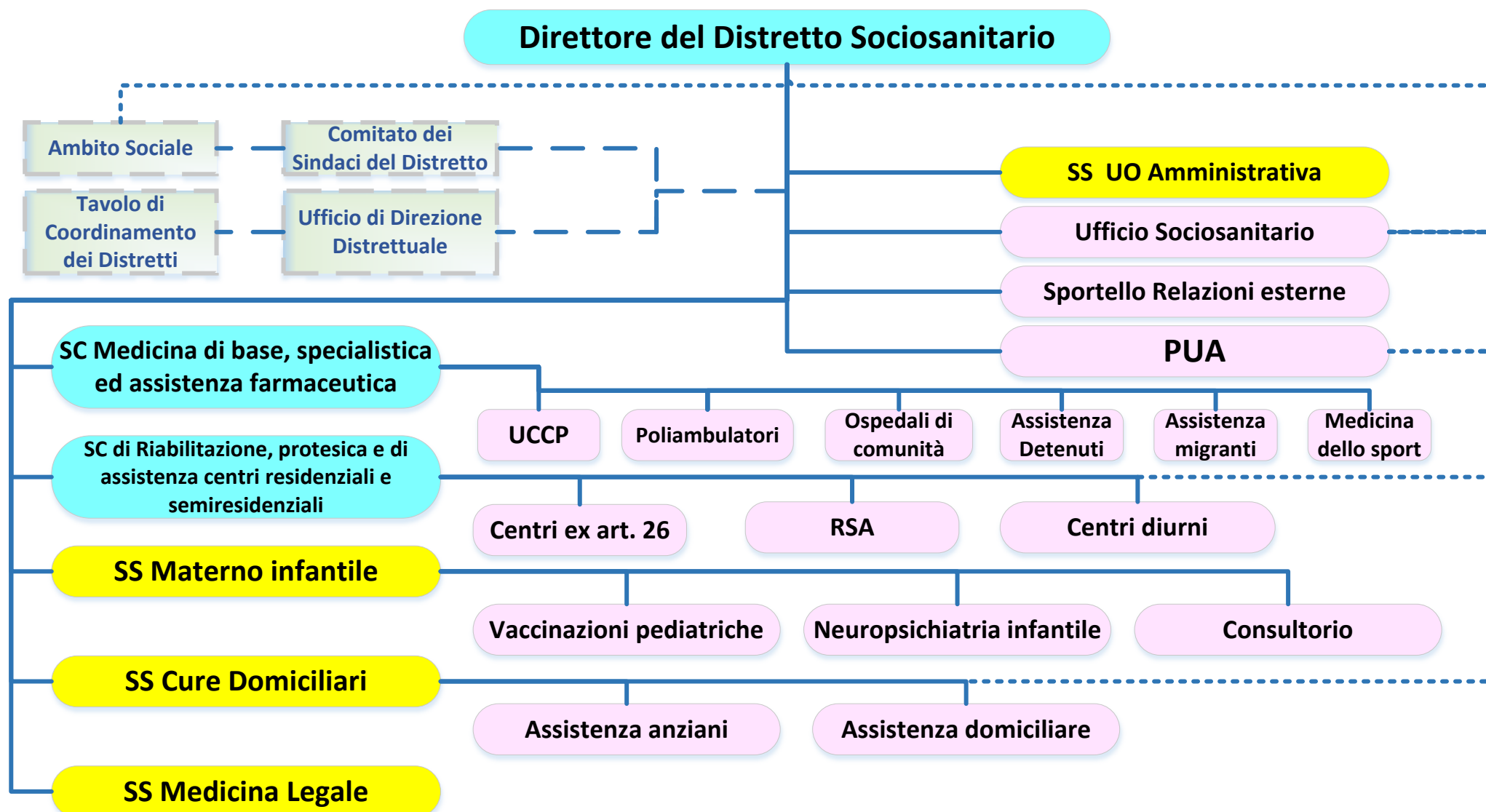
Distretto Sociosanitario n. 1 di Campobasso



Distretto Sociosanitario n. 2 di Termoli

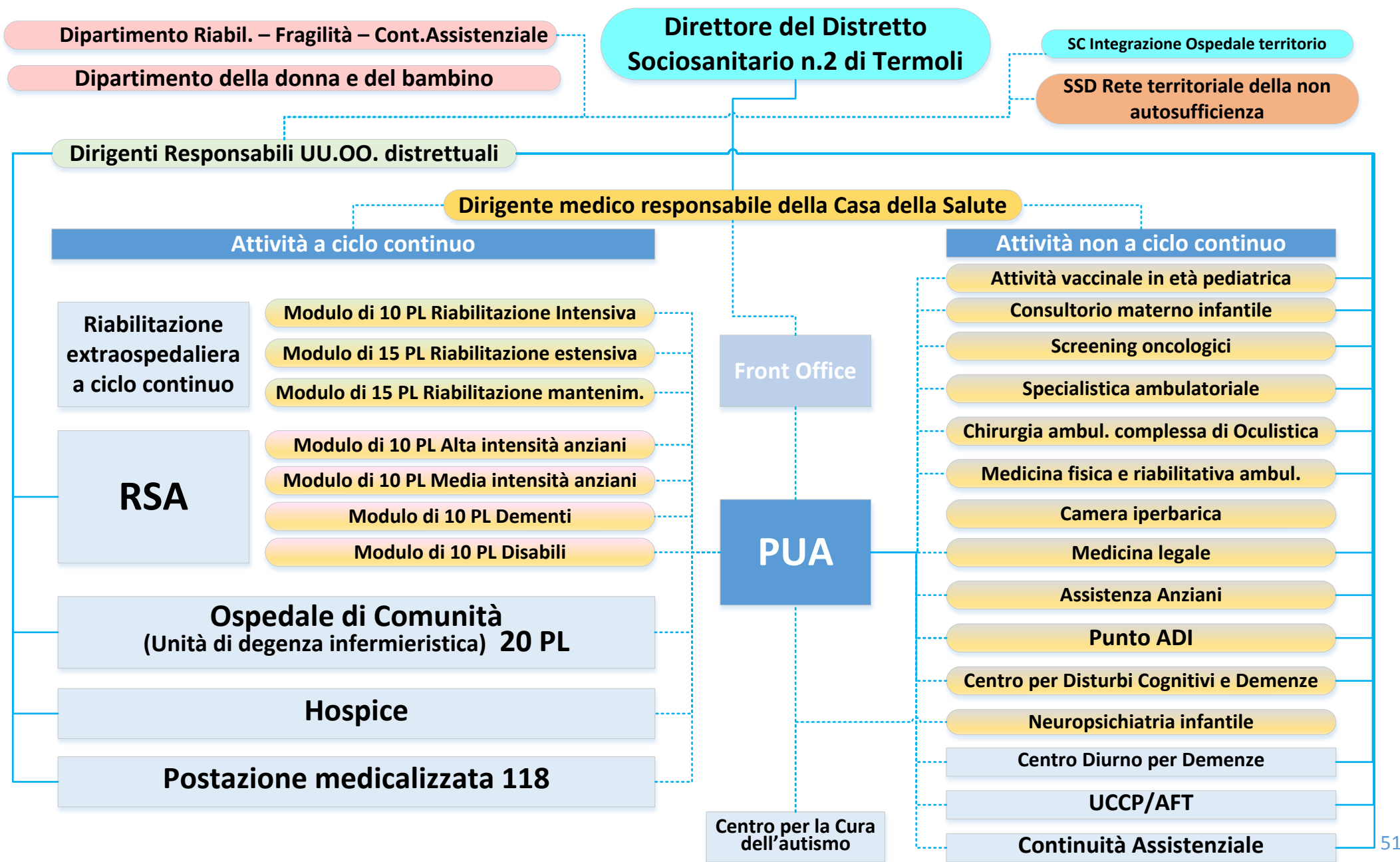


Distretto Sociosanitario n. 3 di Isernia



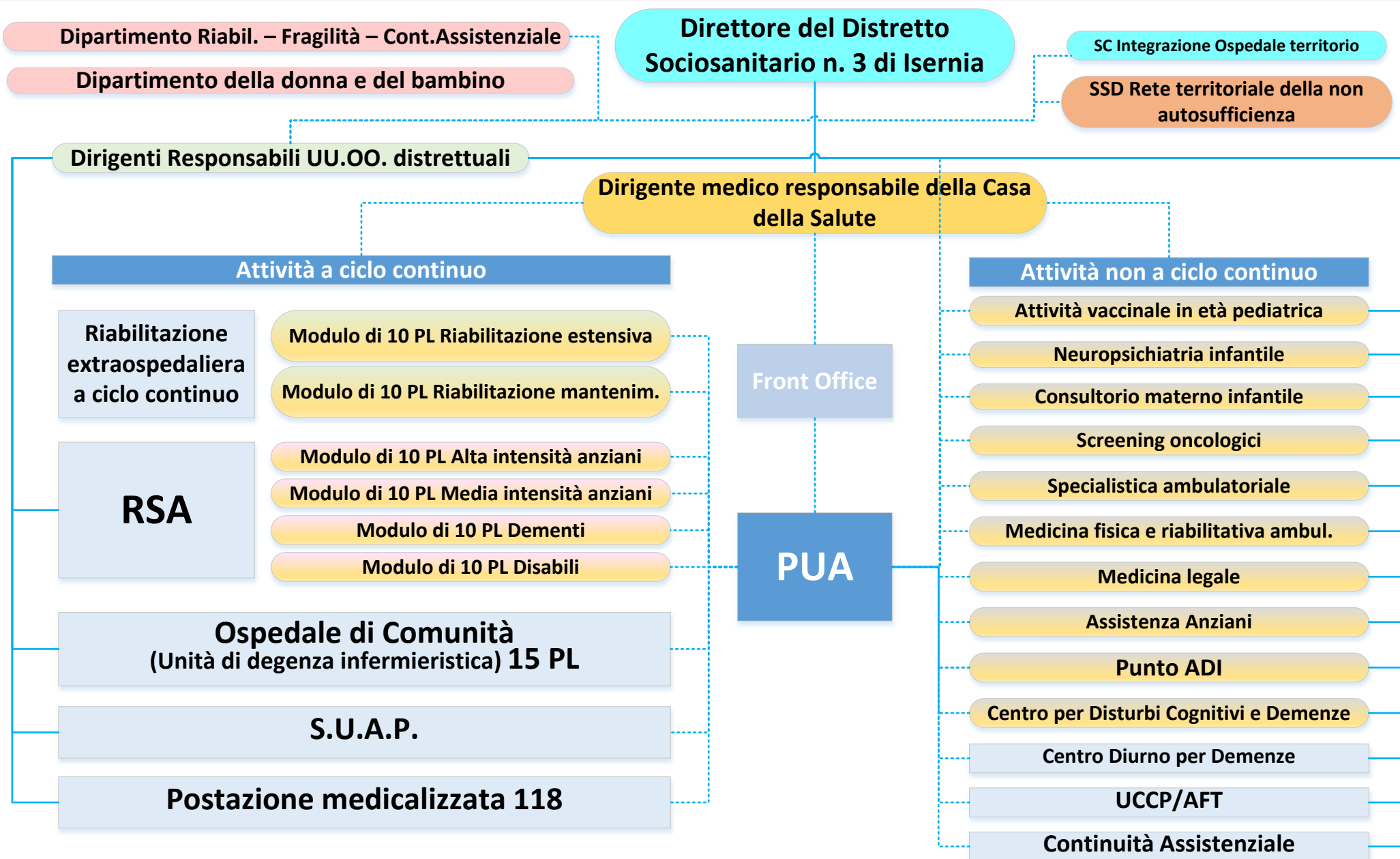
Piano di Organizzazione Aziendale – Le strutture organizzative

I Distretti Sociosanitari – La Casa della Salute di Larino



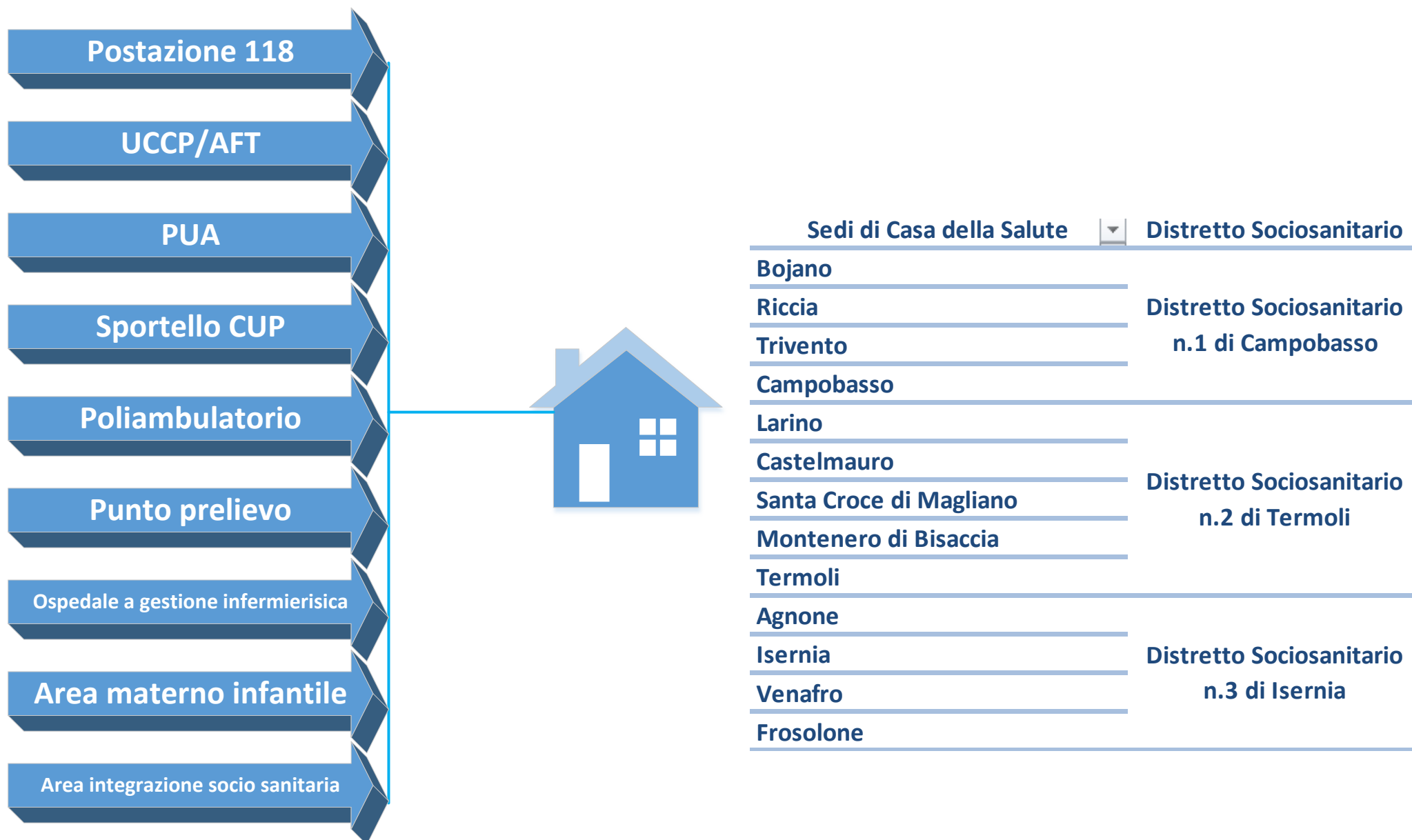
Piano di Organizzazione Aziendale

La Casa della Salute di Venafro



Piano di Organizzazione Aziendale

Programma di implementazione delle Case della Salute



Piano di Organizzazione Aziendale

L'assistenza residenziale e semiresidenziale per le non autosufficienze



POS 2015-2018 - DCA n.52 del 12 settembre 2016

Programmazione di posti letto residenziali -
area della non autosufficienza

RSA per anziani non autosufficienti	Previsione posti letto
Casa della Salute - Larino	40
Casa della Salute - Venafro	40
Ospedale Zona disagiata - Agnone	40
Casa della Salute - Trivento	40
RSA - Colletorto	60
Totale Strutture Pubbliche	220
Strutture Private Accreditate	80
Totale RSA per anziani non autosufficienti	300
Centri diurni per anziani non autosufficienti	Previsione posti letto
Casa della Salute - Larino	15
Casa della Salute - Venafro	15
Ospedale Zona disagiata - Agnone	15
Totale Strutture Pubbliche	45
Totale Centri diurni	45
RSD per riabilitazione residenziale (Demenze)	Previsione posti letto
Casa della Salute - Larino	10
Casa della Salute - Venafro	10
Casa della Salute - Riccia	10
Totale Strutture Pubbliche	30
Strutture Private Accreditate	10
RSD per riabilitazione residenziale (Demenze)	40
Centri diurni per riabilitazione (Demenze)	Previsione posti letto
Centro diurno - Campobasso	15
Casa della Salute - Isernia	10
Casa della Salute - Termoli	10
Totale Strutture Pubbliche	35
Totale Centri diurni per riabilitazione (Demenze)	35
Totale posti letto residenziali programmati	420

Piano di Organizzazione Aziendale

L'assistenza residenziale e semiresidenziale per le disabilità



POS 2015-2018 - DCA n.52 del 12 settembre 2016



Programmazione di posti letto residenziali
- area della disabilità



RS per disabili	Previsione posti letto
Strutture Private Accreditate	45
Totale RS per disabili	45
Riabilitazione residenziale ex art. 26	Previsione posti letto
Casa della Salute - Larino	40
Casa della Salute - Venafro	20
Totale Strutture Pubbliche	60
Strutture Private Accreditate	70
Totale Riabilitazione residenziale ex art. 26	130
Centri diurni e ambulatori per riabilitazione ex art. 26	Previsione posti letto
Strutture Private Accreditate	67
Totale Centri diurni per riabilitazione ex art. 26	67
Totale posti letto per disabili programmati	242

Piano di Organizzazione Aziendale

La rete del privato accreditato: specialistica ambulatoriale e strutture socio sanitarie

POS 2015-2018 - DCA n.52 del 12 settembre 2016

Specialistica ambulatoriale	
Branca	N. strutture accreditate
Laboratorio Analisi	10
Radiologia	4
Terapia fisica	16
Riabilitazione ex. Art 26	10
Branche a visita	12
Emodialisi	1



Strutture socio-sanitarie	N. strutture accreditate/da accreditare	Posti Letto residenziali	Posti Semiresidenziale
Comunità di Riabilitazione Psicosociale (CRP)	14	130	39
Strutture Residenziale a media intensità	1	4	
Centri Diurni	3		50
Comunità Terapeutiche per persone Dipendenti da sostanze d'abuso - Comunità a carattere Pedagogico-Riabilitativo	5	69	
Totale complessivo		203	89

2016



Declaratoria delle strutture e delle reti
Riepilogo delle strutture aziendali
Dotazione organica del personale
(Allegati all'atto aziendale ASReM)



Dipartimento di Staff

E' un Dipartimento funzionale , distinto in una componente specifica di Staff alla Direzione Generale eed unacomponente sanitaria afferente alla Direzione Sanitaria Aziendale.

1. SC Programmazione e Controllo di Gestione

(all'interno del Dipartimento di Staff)

- Supporta la Direzione nello sviluppo e nell'integrazione della programmazione sanitaria e socio sanitaria.
- Supporta e coadiuva la Direzione nella definizione delle politiche aziendali e dei modelli organizzativi, nella pianificazione degli interventi e nella definizione degli obiettivi strategici, fornendo strumenti per la valutazione delle performances aziendali.
- Fornisce supporto alla programmazione strategica della Direzione Generale per gli aspetti organizzativi e di efficiente ed efficace gestione delle risorse in funzione degli obiettivi assegnati.
- Supporta l'attuazione dei piani aziendali.
- Crea le condizioni informative per garantire il perseguimento degli obiettivi.
- Elabora il sistema di reporting che consente ai diversi livelli di responsabilità aziendale di monitorare ed analizzare la gestione con riferimento agli obiettivi economici e di attività.
- Propone piani di contenimento della spesa gestione ordinaria.
- Supporta la definizione e gestione del budget dei MMG/PLS.
- Collabora alla tenuta della contabilità analitica, in particolare predispone, aggiorna e gestisce, in raccordo con le strutture interessate, il Piano dei Centri di Costo Aziendale.
- Gestisce il sistema di rilevazione dei Piani di Attività (PIA) e relativi modelli correlati.
- Supporta la Direzione Generale nel formulare e articolare gli obiettivi aziendali all'interno dei centri di responsabilità e nell'orientare i comportamenti dei Responsabili delle strutture aziendali verso il perseguimento degli obiettivi.
- Gestisce il processo di Budget (supporto alla definizione degli obiettivi economici e funzionali di attività, alla negoziazione, alla verifica e valutazione dei risultati).
- Gestisce il sistema di reporting che consente il monitoraggio periodico dei risultati in riferimento agli obiettivi economici e di attività del processo di budget.
- Attraverso un apposito ufficio:
- Collabora con il settore I.C.T. nel processo di raccolta, elaborazione ed analisi dei dati necessari per il governo clinico ed economico dell'Azienda.
- Collabora con il settore I.C.T. nella gestione dei flussi informativi sanitari, per la risposta ai debiti informativi aziendali nei confronti dei diversi soggetti istituzionali.
- Organizza i dati aziendali di natura amministrativa garantendo l'opportuna integrazione con i dati sanitari e socio - sanitari, secondo le indicazioni dei fruitori dei dati stessi.
- Gestisce il sistema dell'Anagrafe delle Strutture sanitarie e coordina l'invio dei dati (indicatori e FIM) verso Regione e Ministero.
- Collabora con i diversi livelli di responsabilità aziendale fornendo gli elementi informativi e di valutazione per orientare scelte e decisioni.

2. SS Committenza

(all'interno della SC Programmazione e Controllo di Gestione)

- Predispone gli atti deliberativi, definizione contratti relativi budget, sulla base delle linee di indirizzo regionale, relativi alla produzione delle Strutture accreditate (specialistica ed ospedaliera) con il

- supporto delle strutture ospedaliere e/odistrettuali.
- Esegue il controllo dei tetti di spesa delle aree dei diversi servizi sanitari acquistati all'esterno:
 - Specialistica;
 - Ospedaliera;
 - Riabilitazione;
 - Salute Mentale;
 - Dipendenze;
 - Sociosanitarie

3. SS Struttura Tecnica Permanente

(all'interno della SC Programmazione e Controllo di Gestione)

- supporta l'OIV, nelle funzioni ad esso assegnate nel processo di attribuzione della retribuzione di risultato e della produttività collettiva, correlata al raggiungimento degli obiettivi;
- cura il Ciclo della Performance di cui alla L.150/2009.

4. SSD Qualità e Governance clinica

(all'interno del Dipartimento di Staff)

- Supporta sul piano metodologico la Direzione Aziendale nello sviluppo e consolidamento del Governo Clinico, promuovendo i principi del miglioramento continuo, l'integrazione fra le diverse parti dell'azienda e la realizzazione di progetti di miglioramento della qualità, garantendone la fattibilità e la coerenza complessiva;
- Assiste la Direzione Generale e gli organi di staff nella definizione delle politiche e degli obiettivi per la qualità della azienda e nel monitoraggio del conseguimento degli stessi, identificando i trend e pianificando eventuali azioni correttive;
- Promuovere lo sviluppo del sistema qualità aziendale attraverso azioni di consulenza metodologica, la divulgazione dei principi della qualità ed il coordinamento delle diverse articolazioni aziendali con l'obiettivo di conseguire l'accreditamento istituzionale e/o certificazione e /o accreditamento d'eccellenza.;
- Supporta la Direzione e le strutture aziendali nello sviluppo strategico, nell'attuazione delle politiche di innovazione organizzativa e nella gestione del cambiamento per il miglioramento della qualità dei processi e per l'analisi dell'appropriatezza.
- Fornisce alla Direzione gli strumenti necessari per la programmazione e gestione dei servizi attraverso l'analisi dei bisogni di salute dei cittadini e si occupa di valorizzare il ruolo e la responsabilità dei medici e della componente sanitaria per la promozione della qualità, misurando efficacia ed efficienza del sistema.
- Favorisce in Azienda l'attuazione delle politiche della qualità nell'ottica del perseguimento degli obiettivi di miglioramento, in stretta relazione con le strutture Programmazione - Controllo - Sistema Informativo per gli aspetti relativi all'efficienza ed all'efficacia della Rete Ospedaliera, della Rete Territoriale e delle attività di Prevenzione.
- Collabora con le strutture deputate alla macro-organizzazione aziendale e allo sviluppo del personale, nella definizione ed aggiornamento del sistema di rappresentazione dei processi aziendali.
- Supporta le strutture nella definizione dei PDTA (Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali) che abbiano l'obiettivo di offrire la migliore presa in carico dei pazienti coniugata a criteri di efficacia e appropriatezza.
- Nella sua collocazione di staff alla Direzione Generale contribuisce allo sviluppo di tecniche necessarie al management, quali:

- Audit clinico-organizzativo
- EvidenceBased Medicine
- Health Technology Assessment
- Analisi delle Performance
- Sistema aziendale degli obiettivi
- Evidenza Clinica delle Procedure (GoodPractice)
- Benchmark
- Supporta le macro-articolazioni per il rispetto dei requisiti di Accredimento Istituzionale, nonché fornisce collaborazione alle strutture aziendali per il monitoraggio del possesso dei requisiti di Certificazione.
- Promuove nell'Azienda iniziative in tema di qualità secondo le principali normative / metodologie del settore e promuove iniziative volte al miglioramento continuo della qualità aziendale.
- Valuta periodicamente in collaborazione con l'URP e le UU.OO. il clima interno e la qualità percepita tramite indagini di soddisfazione.
- Coordina il programma dell'audit civico insieme alle Associazioni di Volontariato ed alle Istituzioni competenti.
- Sulla base delle risultanze delle indagini e degli incontri con i clienti del Azienda Ospedaliera o delle Strutture Complesse e dell' audit civico, vengono definite azioni preventive/correttive per migliorare la qualità del servizio offerto e aumentare la soddisfazione dei clienti.
- Supporta l'URP e gli uffici competenti per la gestione dei reclami per definire le Azioni Correttive necessarie, i responsabili della loro attuazione, la tempistica di realizzazione e le modalità per la verifica della loro efficacia .

5. SSD Sistema informatico (ICT)

(all'interno del Dipartimento di Staff)

- Supporta la Direzione nella gestione delle infrastrutture informatiche funzionali alla acquisizione, elaborazione e gestione dei dati aziendali (amministrativi, sanitari, socio-sanitari, ...) secondo le esigenze delle diverse aree aziendali.
- Predisporre per l'Ufficio Gare i capitolati speciali per l'acquisizione e/o noleggio di servizi hardware e software, partecipando ai relativi Nuclei tecnici.
- Garantisce la stretta interrelazione e progressiva attuazione tra opzioni strategiche e implementazioni operative.
- Gestisce la rete aziendale, i sistemi operativi, la posta elettronica/internet e i software applicativi. Provvede alla manutenzione hardware.
- Recepisce le indicazioni e le priorità sui fabbisogni informatici dalla Direzione Generale, formulando adeguate soluzioni nel rispetto di standard aziendali definiti anche sotto il profilo della sicurezza.
- Provvede all'installazione di hardware e software in collaborazione con i fornitori. Gestisce le problematiche di sicurezza informatica (antivirus, backup e protezione degli accessi) ed il rispetto della normativa vigente in materia.
- Definisce i requisiti di dotazione tecnologica propria e delle altre strutture aziendali.
- Collabora allo sviluppo di modelli di raccolta ed organizzazione dei dati (es. registro tumori, registri di patologia) e all'integrazione degli archivi aziendali con altre fonti.
- Collabora allo sviluppo e validazione di applicativi per la sperimentazione di nuovi modelli di analisi dei dati sanitari e sociosanitari.

6. SSD Innovazione, Piani e Progetti

(all'interno del Dipartimento di Staff)

La Struttura opera in staff alla Direzione strategica con funzioni trasversali rispetto alle altre unità organizzative aziendali, svolgendo i seguenti compiti:

- Progettazione, sviluppo e valutazione di piani e progetti di settore e delle reti.
- Sviluppo, sperimentazione e valutazione di modelli innovativi di gestione sanitaria, secondo approcci di popolazione e sanità pubblica (approcci di Populationhealth management).
- Sviluppo di sistemi di mobile-health e di telemedicina.
- Coordinamento e gestione dei progetti sanitari internazionali e nazionali.
- Analoghe funzioni sono svolte nell'ambito di specifici *"progetti speciali"* promossi dall'Azienda o a cui l'Azienda partecipa.
- Supporta i clinici nella progettazione, approvazione e gestione dei progetti speciali di attività e delle sperimentazioni cliniche, ivi comprese le relative rendicontazioni. Svolge, altresì, funzioni di coordinamento e di supporto amministrativo del Comitato Etico.
- Cura i rapporti e le relazioni per le attività non didattiche (ricerca, attività assistenziale, partecipazione a sperimentazioni cliniche o a progetti comuni nazionali, europei o comunque internazionali).
- Collabora con la Regione Molise nella elaborazioni delle programmazioni connesse al Obiettivi prioritari e strategici di Piano Sanitario Nazionale o comunque previste dalla stessa Regione Molise
- Coordina lo sviluppo delle progettazioni aziendali, di cui al precedente punto e/o alla loro realizzazione, direttamente o supportando le unità organizzative aziendali interessate:
- Organizza il sistema di rendicontazione delle attività e dei costi dei programmi di cui ai precedenti punti.
- Monitoraggio LEA, attraverso forme di collaborazione con la SC Controllo di Gestione,

In tale contesto la struttura cura/sovrintende alla predisposizione dei progetti e dei relativi atti, gestisce le relazioni con le strutture aziendali e/o extraaziendali, coordina i rapporti tra la Direzione aziendale e le articolazioni organizzative coinvolte nei progetti, assicurando l'operatività delle decisioni.

7. SSD Prevenzione e protezione – Medico competente

(all'interno del Dipartimento di Staff)

Organizzata su linee produttive specialistiche, facenti capo ciascuna ad un referente, con personale assegnato ed integrando professionalità e competenze interne ed esterne, tutela direttamente la salute e la sicurezza dei lavoratori dell'ASReM, nonché, per i determinanti specifici, indirettamente, i terzi fruitori/visitatori. Assolve quindi agli obblighi delle norme in tema di sicurezza sul lavoro, in particolare previsti dagli artt. 25, 29, 31, 33, 35, 36, 38 del D.Lgs 81/2008 s.m.i.; quelli previsti dal D.Lgs 230/1995 e dal D.Lgs 187/2000 e s.m.i., rispettivamente demandate all'Esperto qualificato ed al medico autorizzato; quindi, alle norme di prevenzione incendi, ivi compreso il DM 19.3.2015.

La struttura si interfaccia con l'Ufficio Legale aziendale per l'analisi delle problematiche afferenti alle materie di competenza.

PREVENZIONE E PROTEZIONE

Attraverso le figure del RSPP e degli ASPP, assolve agli obblighi di cui all'art 33 del D.Lgs 81/2008, in particolare:

- l'individuazione dei fattori di rischio, la valutazione del rischio e la individuazione delle misure per la sicurezza e la salubrità degli ambienti di lavoro;
- l'elaborazione, per quanto di competenza, delle misure preventive protettive e dei sistemi di controllo;
- la proposta di iniziative di formazione ed informazione generale e specifica del personale ASReM in

- materia di sicurezza sul lavoro, prevenzione incendi, emergenza;
- la tenuta dei registri degli Esposti ad agenti biologici;
- l'elaborazione ed analisi dei dati degli infortuni sul lavoro.

SORVEGLIANZA SANITARIA

Attraverso i Medici Competenti vengono assolti gli obblighi previsti dalla legislazione vigente di cui agli art.li specifici in particolare 41 e 42, ovvero quanto previsto dal D.Lgs 81/2008, attuando:

- la programmazione e gestione della sorveglianza sanitaria preventiva e periodica dei lavoratori, nel rispetto della norma vigente, istituendo ed aggiornando la specifica cartella sanitaria e di rischio, quindi esprimendo i giudizi di idoneità alla mansione;
- la trasmissione di informazioni ai lavoratori sul significato degli accertamenti sanitari e, nel caso di esposizione ad agenti con effetti a lungo termine, sulla necessità di sottoporsi ad accertamenti sanitari anche dopo la cessazione dell'attività;
- la collaborazione con il Responsabile della Prevenzione e Protezione nella redazione del DVR e nell'effettuazione di sopralluoghi per analizzare e valutare le condizioni di lavoro, per il controllo dell'esposizione ai rischi dei lavoratori;
- la collaborazione alle attività di formazione sui rischi dell'azienda ed effettuazione di programmi di promozione della salute;
- la sorveglianza degli infortuni a rischio biologico, gestendo il sistema SIOP-SIROH e la tenuta del registro degli esposti a cancerogeni.

RADIOPROTEZIONE

Avvalendosi dell'Esperto Qualificato, del Medico Autorizzato e delle Direzioni di Presidio, provvede:

- a fornire le valutazioni e le indicazioni di radioprotezione;
- a tenere aggiornato l'inventario delle attrezzature radiologiche effettuando le comunicazioni di detenzione e dismissione;
- ad effettuare i controlli di qualità, le valutazioni delle dosi di esposizione, la classificazione dei lavoratori e la tenuta delle schede di esposizione;
- alla effettuazione delle prove di accettazione delle attrezzature radiogene;
- ad assicurare l'informazione e formazione dei lavoratori;
- ad effettuare la sorveglianza sanitaria dei lavoratori esposti.

SISTEMA GESTIONE SICUREZZA ANTINCENDIO

In ossequio ai disposti del DM 19.03.2015, attraverso la figura del Responsabile Tecnico della Sicurezza Antincendio, implementa il sistema di gestione della sicurezza antincendio, quindi avvia ed attua, con specifiche scadenze, la messa a norma delle strutture e degli impianti.

FORMAZIONE

In sinergia con la Formazione aziendale ed il supporto di Professionisti delle diverse discipline, vengono pianificati, programmati ed eseguiti gli interventi di informazione e formazione di cui agli articoli 36 e 37 del D.Lgs 81/2008 nonché di quella prevista dalle norme di radioprotezione.

Garantisce, inoltre, la formazione degli operatori della SC per il pieno assolvimento della missione e degli obiettivi assegnati.

8. SSD Risk Management

(all'interno del Dipartimento di Staff)

La funzione della struttura è quella di conoscere, prevenire e ridurre i rischi nelle varie attività che deve, pertanto, diventare prassi ordinaria della gestione aziendale e del governo clinico. Anche al fine di dare piena attuazione all'art. 1, comma 6, del D.lgs. n. 299/99 in materia di appropriatezza ed economicità della gestione aziendale e delle prestazioni assistenziali, viene prevista la figura del "risk manager", al fine di

garantire la sicurezza della pratica medica. Il risk manager assume la responsabilità diretta delle iniziative aziendali sull'argomento; risponde inoltre del rispetto dei debiti informativi nei confronti del Ministero della Salute. Il Ministero della Salute, con decreto dell'11 dicembre 2009, ha istituito nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) il Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES), con l'obiettivo di raccogliere le informazioni relative agli eventi sentinella (eventi avversi di particolare gravità, che causano morte o gravi danni al paziente e che determinano una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del Servizio Sanitario), ed alle denunce dei sinistri su tutto il territorio nazionale, consentendo la valutazione dei rischi ed il monitoraggio completo degli eventi avversi. Il controllo del rischio clinico, sia con riferimento agli eventi sentinella che alle infezioni ospedaliere che ad ogni altro fattore comunque connesso, costituisce, unitamente al contenzioso conseguente, elemento di valutazione delle performance del Direttore generale e, ove incidente sulla funzione esercitata, deve essere considerato elemento di valutazione dei dirigenti aziendali.

RISCHIO CLINICO

La gestione del rischio clinico è uno degli interventi del "governo clinico" per il miglioramento della qualità delle prestazioni attraverso un processo sistematico, comprendente sia la dimensione clinica che quella gestionale, che impiega un insieme di metodi, strumenti ed azioni che consentono di identificare, analizzare, valutare, trattare e monitorare i rischi, al fine di migliorare la sicurezza dei pazienti ed operatori.

CONTROLLO INFEZIONI OSPEDALIERE

Il settore Controllo Infezioni Ospedaliere:

- elabora e gestisce il programma di sorveglianza prevenzione e controllo delle infezioni in ambito sanitario, in accordo con le direzioni delle differenti strutture;
- sorveglia i processi di sanificazione, disinfestazione, disinfezione, sterilizzazione;
- redige il rapporto annuale sulle attività svolte per la prevenzione delle infezioni ospedaliere;
- diffonde, applica e regola procedure e protocolli per il controllo e la prevenzione delle infezioni nelle strutture sanitarie aziendali;
- forma il personale circa la previsione del rischio infettivo;
- coordina il Comitato Infezioni Ospedaliere.

La SSD opera in stretto collegamento con la SC Prevenzione Protezione, in particolare per quanto concerne l'elaborazione e la gestione del programma di sorveglianza, prevenzione e controllo delle infezioni nosocomiali nonché per la diffusione, applicazione, regolamentazione di procedure e protocolli per il controllo e la prevenzione delle infezioni in tutte le strutture sanitarie aziendali.

SSD Formazione Comunicazione e rapporti con l'Università

(all'interno del Dipartimento di Staff)

FORMAZIONE

La formazione del personale è finalizzata a promuovere la valorizzazione, crescita ed effettivo sviluppo delle competenze.

L'attività di aggiornamento e formazione è da intendere come programma sistematico e continuativo di sviluppo delle professionalità, che coinvolge tutti gli operatori interessati durante l'intera durata della loro carriera lavorativa. L'attuazione del sistema descritto è oggetto di specifica pianificazione aziendale. A tal fine l'Azienda si dota di un Piano Formativo Aziendale, sulla base di obiettivi formativi nazionali, regionali ed aziendali.

La struttura svolge le seguenti funzioni:

- analisi dei bisogni formativi del personale e definizione dei criteri per la pianificazione formativa, progettazione, organizzazione ed erogazione dei corsi di formazione, d'intesa con la Direzione Aziendale;
- gestione amministrativa – contabile del budget complessivo assegnato;
- gestione dei rapporti con Università ed altri Istituti formativi;

- gestione del sistema ECM;
- gestione della piattaforma per la formazione a distanza (FAD);
- gestione dell'albo fornitori della formazione (interni ed esterni).

COMUNICAZIONE INTERNA ED ESTERNA

- Si relaziona con gli organi di informazione e promuove l'immagine aziendale.
- Garantisce l'informazione all'utenza e promuove sistemi di analisi della percezione dei servizi da parte dell'utente e attivazione di piani di miglioramento organizzativo per la massima soddisfazione dell'utente.
- Contribuisce a orientare i comportamenti della popolazione raccogliendo le percezioni di qualità dei servizi, in coerenza con le linee aziendali in materia e si articola in Ufficio relazioni col pubblico e Stampa/Comunicazione.
- Provvede agli adempimenti di cui agli artt. 8 e 9 Legge 7 giugno 2000, n.150. Ascolta e orienta le richieste dei cittadini.
- Raccoglie e risponde a segnalazioni di disservizio, reclami presentati dagli interessati di persona, per iscritto o telefonicamente.
- Informa su sedi, orari e modalità di funzionamento dei Servizi.
- Predispose materiale informativo per facilitare l'accesso alle strutture e favorire la fruizione delle prestazioni.
- In particolare:
 - elabora il Piano di comunicazione aziendale e lo attua negli ambiti di propria competenza;
 - elabora pagine pubblicitarie aziendali anche su pagine bianche e gialle;
 - cura i rapporti con la stampa e conferenze stampa;
 - redige i comunicati stampa e cura la rassegna stampa;
 - redige testi e materiale informativo assicurandone la diffusione efficace e tempestiva all'interno dell'Azienda;
 - svolge le attività riconducibili al sito internet / intranet di competenza con particolare riguardo a quanto attiene alla pubblicazione delle informazioni nell'apposita sezione del sito web, da verificare e coordinare con le strutture aziendali interessate, di cui al decreto sulla trasparenza;
 - svolge funzioni di "punto di ascolto" attraverso i reclami e i suggerimenti, promuovendo rilevazioni relative al clima aziendale ed alla percezione esterna dei servizi da parte dei portatori di interesse e dei cittadini;
 - svolge funzioni di supporto allo sviluppo dei progetti di ricerca finalizzati;
 - cura le sponsorizzazioni;
 - cura l'aggiornamento del sito Aziendale;
 - redige ed aggiorna la Carta dei Servizi.

9. SSD Nucleo Ispettivo e Controllo esterno

(all'interno del Dipartimento Sanitario, Tecnico e di supporto))

La funzione di vigilanza e controllo è parte fondamentale del compito istituzionale della ASReM, sia per i servizi interni che per quelli esterni. Per quanto attiene il Welfare socio-sanitario e socio-assistenziale, l'ASReM esercita le funzioni di vigilanza e controllo di tutte le unità d'offerta, pubbliche e private, socio-assistenziali e socio-sanitarie.

Le attività della struttura sono articolate tra attività di vigilanza di routine, attinente la verifica del possesso e del mantenimento degli standard di accreditamento e/o autorizzazione al funzionamento e del monitoraggio dei Piani Programma e attività di controllo, attinente la verifica dell'appropriatezza della qualità delle prestazioni e della loro corretta classificazione.

L'Azienda, quindi, istituisce un proprio Servizio Ispettivo e Nuclei Operativi di Controllo composti da personale dipendente, cui è affidata la funzione di verificare il funzionamento ottimale degli ambulatori,

degli ospedali, delle strutture private accreditate e di quelle specificamente private, per valutare e garantire il possesso dei requisiti previsti dalle norme per il mantenimento della "qualità" dell'assistenza, monitorando i percorsi assistenziali e verificando che le prassi siano corrette, a supporto della qualità e della appropriatezza delle prestazioni sanitarie.

Ciò anche in relazione a quanto previsto dal D.L. 13.9.2012, n. 158 in materia di "Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute". Con queste norme, infatti, in tema di appropriatezza/qualità, vengono definite nuove valutazioni, quali:

- a) i servizi territoriali operano condividendo linee guida e sistema di audit nei diversi, integrati, livelli di assistenza;
- b) l'esercente delle professioni sanitarie che si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica nazionale e internazionale risponde dei danni solo in caso di dolo o colpa grave;
- c) nuovi indicatori di qualità/appropriatezza di prestazioni e il coordinamento dei NOC secondo linee guida esistenti su scala nazionale in tema di appropriatezza, qualità, capacità di attività.

10. SC Integrazione ospedale territorio e socio sanitaria

(all'interno del Dipartimento di Staff)

INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

L'Azienda cura il coordinamento con i Piani di Zona, al fine di definire ed attuare gli interventi sociali ad alto impatto sanitario. E' preposto al governo di tale funzione, il Responsabile del Coordinamento socio-sanitario che, supporta la direzione strategica e le strutture dipartimentali e distrettuali nella *governance* dei processi gestionali e professionali che sottendono all'intero sistema socio-sanitario. L'Azienda istituisce, per tale funzione, una Unità Operativa dedicata, che fa capo ad una idonea struttura organizzativa. La struttura è dedicata ad aggregare tutte le attività assistenziali socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria, individuate dal DLgs 229/99, dal DPCM 14.02.01 e dal DPCM 29.11.01 e successive indicazioni regionali e ministeriali, e costituenti nel loro insieme l'Area Socio-Sanitaria ad Elevata Integrazione Sanitaria (materno-infantile, anziani, disabili fisici, psichici e sensoriali, salute mentale, dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezione da HIV, patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative, assistenza ai detenuti affetti da dipendenza o disturbi mentali). Ciò anche al fine di promuovere una integrazione operativa tra le stesse, una cultura e una metodologia del lavoro integrata. La struttura, inoltre, partecipa alla formulazione dei protocolli relativi alla "dimissione socio-sanitaria protetta", e partecipa a quelli relativi all'ADI; svolge funzioni di programmazione, indirizzo e coordinamento delle attività socio-sanitarie ad elevata integrazione (con particolare riferimento ai LEA socio-sanitari) e delle attività socio-sanitarie in favore di immigrati e senza fissa dimora; concorre, in collaborazione con le altre articolazioni aziendali e comunali, all'analisi dei bisogni socio-sanitari (e, in particolare, delle disuguaglianze sociali, al monitoraggio delle attività socio-sanitarie, alla costruzione di un Sistema Informativo Socio-Sanitario Integrato); cura, in particolare, il livello organizzativo, gestionale ed operativo della integrazione socio-sanitaria territoriale, avvalendosi degli Uffici Socio-Sanitari distrettuali; partecipa all'Ufficio di Coordinamento di Piano, dove rappresenta il livello centrale aziendale, unitamente con i Direttori dei Distretti per la parte afferente al proprio distretto.

E' indispensabile infine un collegamento organico (informatico, cartaceo, operativo) tra gli ospedali e la rete dei servizi socio-sanitari territoriali, anche attraverso l'istituzione dei protocolli della "dimissione socio-sanitaria protetta": allorché un paziente con determinate caratteristiche viene dimesso dall'ospedale vi è la necessità della preparazione tra ospedale e rete dei servizi territoriali di un piano personalizzato congiunto di assistenza territoriale.

Particolare attenzione verrà data alle modalità di accesso alle prestazioni e alla integrazione delle attività sanitarie e socio-sanitarie. Le modalità di accesso ai servizi sanitari si traducono, di norma, in una richiesta di prestazioni disponibili, spesso non supportata da una consapevole domanda o analisi del bisogno non espresso. Governare l'accesso e la valutazione del bisogno è premessa necessaria per organizzare la "presa in carico" e l'erogazione; pertanto, adottare percorsi unitari ed integrati di accesso è una scelta vincente,

non solo per garantire l'appropriatezza, ma anche per l'equità di distribuzione delle risposte e dell'accesso sull'intero territorio aziendale. L'obiettivo è, quindi, quello di promuovere un modello di integrazione dell'accesso ai servizi sanitari e socio-sanitari allo scopo di orientare i soggetti, promuovere la capacità di scelta informata, realizzare percorsi territoriali che permettano di promuovere percorsi assistenziali di tipo domiciliare rispetto alla residenzialità, innalzare la capacità di risposta del sistema sanitario regionale ai bisogni del cittadino, implementare progetti personalizzati per la presa in carico integrata sistema sanitario - sistema sociale, favorire la continuità dei percorsi assistenziali. La PUA rappresenta quindi l'anello operativo strategico per il recepimento unitario della domanda per tutti i servizi sociali e sanitari a gestione integrata e compartecipata. In un'ottica di integrazione gestionale la PUA deve essere normata a livello locale anche mediante un Regolamento congiunto Ambito Territoriale/ASL che deve prevedere un meccanismo di coordinamento automaticamente attivato ogni qual volta una richiesta di accesso da parte del cittadino interessato o una segnalazione da parte di terzi pervenga ad uno dei punti della rete formale.

INTEGRAZIONE OSPEDALE - TERRITORIO

La politica sanitaria attuata negli ultimi anni in molte regioni italiane ed in ragione delle determinazioni di cui al DM. 70/2015, hanno portato ad una progressiva riduzione della percentuale di ospedalizzazione, con conseguente diminuzione dei posti letto negli ospedali per acuti. Questa diminuzione non ha lo scopo di ridurre le risposte necessarie in termini di cura agli utenti ma di determinare uno spostamento di risorse verso i servizi territoriali. Tale politica ha determinato frequenti criticità organizzative ed ha evidenziato la necessità di potenziare la continuità assistenziale per le patologie croniche, per rispondere adeguatamente ai bisogni degli utenti e delle loro famiglie e ridurre il fenomeno dei ricoveri ripetuti. Tra le iniziative riguardanti questo importante tema sanitario vanno definiti i progetti sulla continuità assistenziale nell'ambito specifico delle dimissioni programmate e protette. L'obiettivo è quello di garantire la "presa in carico" del cittadino dall'inizio fino al completamento del suo percorso di salute, senza alcuna soluzione di continuità nel ricevere le cure dalle varie fonti erogatrici di prestazioni. La ipotesi riguarda uno specifico obiettivo regionale in ambito sanitario, relativo all'esplicitazione di percorsi di riorganizzazione, attraverso di tutte le sue forme gestionali pubbliche (Aziende Sanitarie e privato accreditato), la cui realizzazione preveda azioni per il completo perseguimento dei LEA in modo omogeneo sul territorio regionale, l'utilizzo appropriato ed efficiente dei servizi e delle prestazioni ed il riordino delle risposte assistenziali, ricercando il giusto equilibrio tra la domanda di assistenza, i bisogni sanitari e l'offerta, in un contesto di difficoltà della sostenibilità economica del sistema stesso. Si rende di conseguenza necessario per le Aziende Sanitarie implementare modelli di fattiva e concreta integrazione territorio-ospedale, volti al miglioramento dell'appropriatezza sia clinica, basata su percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA), sia di livello, ottenibile attraverso interventi sui modelli organizzativi e di presa in carico dei pazienti, nel senso che alcune attività devono essere erogate in regime ambulatoriale, altre in ambiente ospedaliero, secondo priorità temporali e modalità di accesso differenziate a seconda della gravità del singolo caso. Questo processo prevede il coinvolgimento tanto del Medico di Medicina Generale, che delle strutture di eventuale ricovero (ordinario o in Day-Hospital), passando per quelle specialistiche ambulatoriali, quelle di diagnostica strumentale e di laboratorio, fino a coinvolgere le strutture dell'assistenza socio-sanitaria distrettuale, assieme a quelle dell'assistenza domiciliare e della riabilitazione. Per il funzionamento di questo percorso, si ritiene di affiancare, quale guida per un'applicazione omogenea delle indicazioni, anche di natura sperimentale, alle funzioni dirigenziali ospedaliere e distrettuali, una struttura centrale che proponga in Azienda un percorso formativo di approfondimento e confronto sul modello organizzativo di continuità assistenziale che sia per i partecipanti un "laboratorio di lavoro", con la finalità di migliorare i meccanismi di comunicazione interna, migliorare la capacità di presa in carico dell'utente, costruire un linguaggio comune tra i diversi operatori e predisporre strumenti e metodologie per accrescere il livello di efficacia e di efficienza ed appropriatezza delle attività svolte. La struttura si propone di individuare i nodi di maggiore complessità e criticità dei percorsi assistenziali in termini di continuità assistenziale e di capacità di presa in carico dei pazienti. Sulla base delle criticità emerse, faranno seguito, sulla base anche delle indicazioni regionali, progetti finalizzati e proposte di percorsi comuni di miglioramento gestionale che assicurino alla persona la continuità del **percorso assistenziale (Ospedale-Territorio)** attraverso l'integrazione di competenze professionali, organizzative e relazionali. Relativamente al rapporto distretto/dipartimenti

ospedalieri, l'area dell'integrazione è rappresentata prioritariamente dalla definizione dei percorsi assistenziali ai fini della continuità assistenziale e della presa in carico. In questo ambito vanno definiti, tra l'altro, i protocolli di accesso alle strutture ambulatoriali e diagnostiche ospedaliere e le modalità di valutazione multidimensionale in sede di pre e post dimissione. Sono promosse iniziative di integrazione attraverso la partecipazione di medici ospedalieri ad attività distrettuali e viceversa, mediante il sistema di reti professionali e i gruppi

ASSISTENZA PRIMARIA

Attraverso tale linea di attività vengono gestite le attività a livello aziendale relative ai Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Medici di Continuità Assistenziale, Medici della Medicina dei Servizi e Specialisti e Professionisti ambulatoriali.

Con riferimento a tali settori la struttura svolge i seguenti compiti specifici:

- supporta la Direzione Generale e le Direzioni distrettuali nelle fasi di negoziazione a livello aziendale e distrettuale, della definizione degli ambiti territoriali, delle sedi di continuità assistenziale, dell'individuazione e dell'assegnazione degli incarichi provvisori per l'ACN della Medicina Generale e dell'organizzazione dell'attività per i professionisti ambulatoriali convenzionati;
- cura le convocazioni e segue lo svolgimento dei Comitati di Azienda e del Comitato Zonale in relazione alle specifiche Convenzioni e partecipa alla stesura dei testi degli accordi;
- gestione amministrativa contabile del budget assegnato alla struttura;
- predispone e collabora alla negoziazione per la definizione degli obiettivi specifici previsti dalle relative Convenzioni Nazionali Uniche ed alla definizione del budget;
- garantisce gli adempimenti relativi all'amministrazione dei professionisti convenzionati in relazione al trattamento giuridico – amministrativo, economico, assicurativo, fiscale e previdenziale, anche sulla base delle rendicontazioni mensili pervenute dai singoli Distretti in ordine all'attività svolta;
- gestisce, per ciascuna posizione in convenzione, i fascicoli personali ed ogni atto inerente i professionisti;
- garantisce gli adempimenti relativi alla gestione delle anagrafi previste a livello regionale (OPESSAN) ed alle registrazioni ed abilitazioni dei professionisti alle attività previste dalle disposizioni regionali e nazionali (Sistema TS, Sistema Piemonte, ecc.);
- gestisce l'applicazione degli Accordi Collettivi Nazionali per ciascuna categoria di professionisti;
- cura la gestione del sistema rilevazione presenze – assenze per le figure professionali per le quali è previsto;
- gestisce i provvedimenti disciplinari, nella fase istruttoria e, se previsto, decisionale, sulla base di quanto stabilito dagli ACN di riferimento;
- gestisce le rilevazioni relative alle zone carenti relative a MMG e PLS e, se la funzione è delegata dalla Regione, procede all'individuazione dei professionisti ed all'assegnazione degli incarichi;
- gestisce le rilevazioni SISAC in ordine alla rappresentatività sindacale ed agli aspetti economici;
- supporta i professionisti interessati nelle fasi di adempimento degli obblighi previsti da normative nazionali o regionali quali la ricetta de-materializzata;
- svolge, in maniera programmata, attività di controllo in ordine al rispetto degli adempimenti previsti dalle rispettive convenzioni, predisponendo gli atti necessari alla verifica da parte del Comitato di Azienda (medici inferiori alle 500 scelte, attività di informatizzazione, decadenza dal rapporto convenzionale, ecc.) con relativa applicazione economica.

11. SS Tutela della salute in carcere

(all'interno della SC Integrazione ospedale territorio e socio sanitaria)

Il D.P.C.M. 1 aprile 2008 ("Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria"), all'art. 2, comma 2, stabilisce che, nell'assolvimento delle funzioni sanitarie in ambito

penitenziario, le Regioni disciplinano gli interventi da attuare attraverso le Aziende sanitarie locali in conformità ai principi definiti dalle linee guida di cui all'allegato A, integrate da quanto analogamente stabilito per gli OPG nell'Allegato C. I predetti allegati richiamano il D.Lgs. n. 230/1999, che prevede che gli obiettivi per la tutela della salute dei detenuti, degli internati e dei minori del circuito penale siano precisati nei programmi delle Regioni e delle Aziende sanitarie e realizzati mediante l'individuazione di specifici modelli organizzativi, differenziati in rapporto alla tipologia e alla consistenza degli Istituti di pena ubicati in ciascuna Regione.

Il riordino della Sanità Penitenziaria, per la molteplicità e complessità dei modelli organizzativi e dei livelli istituzionali che sottende, non può però essere pensato come un evento che si realizzi in maniera istantanea. Pertanto il modello organizzativo delineato all'interno dell'Azienda, tiene conto della normativa nazionale e costituisce l'obiettivo di un processo da realizzarsi in funzione delle risorse umane e strumentali e soprattutto tenuto conto di quanto stabilisce espressamente l'art. 6 del citato DPCM del 1° aprile 2008.

L'ASReM garantisce un omogeneo percorso per la presa in carico della Salute in Carcere, in costante raccordo con gli organismi regionali, tra cui, prioritariamente, l'Osservatorio Regionale sulla Sanità Penitenziaria

Il modello organizzativo da implementare progressivamente in rapporto anche alla tipologia e alla consistenza degli Istituti di pena ubicati in ciascuna ASL è costituito dalle seguenti articolazioni: - Attività di Tutela della Salute in Carcere che assicurerà per l'assolvimento delle seguenti funzioni:

- coordinamento di tutte le funzioni sanitarie rivolte alle persone in regime di esecuzione penale e ai minori destinatari di provvedimenti penali;
- unificazione della gestione dei rapporti di lavoro oggetto di trasferimento dalla Amministrazione di Giustizia al Sistema Sanitario della Regione Molise;
- raccordo con l'Osservatorio Regionale sulla Sanità Penitenziaria, gli uffici della Regione Molise e con quelli del PRAP e dell'Autorità Giudiziaria;
- coordinamento funzionale di tutte i Servizi, le UU.OO e le articolazioni distrettuali e/o dipartimentali del Servizio Aziendale per la Tutela della Salute in Carcere;
- coordinamento organizzativo, clinico e medico legale;
- coordinamento di tutte le altre funzioni sanitarie anche non previste esplicitamente dall'allegato A e C del DPCM 1 aprile 2008 e oggetto di transito dall'Amministrazione Penitenziaria al SSN, di competenza del personale dei servizi distrettuali e/o dipartimentali;
- coordinamento, programmazione e integrazione intraziendale, attraverso il **"Gruppo di Lavoro Aziendale per la Tutela della Salute in Carcere"**, al quale partecipano almeno i Direttori dei Distretti Sanitari sede di Istituto Penitenziario, il direttore del DSM, il Responsabile della SC delle Dipendenze, i Responsabili dei Servizi di Medicina Penitenziaria ed i Referenti del personale infermieristico e tecnico; per specifiche problematiche connesse alla medicina penitenziaria.

Il Gruppo di lavoro dovrà essere integrato, a richiesta del Responsabile della SS "Tutela della Salute in Carcere", con la partecipazione dei Referenti dei Servizi Centrali e delle Aree Tematiche Aziendali competenti per altre attività. Al Gruppo di Lavoro spetterà prioritariamente il compito di predisporre il "Piano dell'offerta dei servizi sanitari penitenziari". Il Responsabile della "SS. Tutela della Salute in Carcere" costituirà uno specifico sottogruppo di lavoro di riferimento per le attività correlate alle azioni previste dall'allegato C al D.P.C.M. 01.04.2008 "Linee di indirizzo per gli interventi negli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e nelle case di cura e custodia" (sottogruppo "Prevenzione, cura e riabilitazione nel campo della salute mentale"), e potrà, per motivate esigenze locali, attivare altri specifici sottogruppi di lavoro.

Il Direttore del Dipartimento di Salute Mentale, nell'ambito della propria autonomia organizzativa, e in coerenza con i principi di equità e qualità, formalizzerà il collocamento organizzativo di specifica attività da destinare alla cura della salute mentale delle persone ristrette e alla presa in carico degli utenti di competenza internati in OPG, ai fini del ritorno nelle carceri dei ricoverati in OPG per disturbi psichici sopravvenuti in corso di detenzione e dell'espletamento negli Istituti ordinari delle osservazioni per l'accertamento delle infermità psichiche di cui all'art. 112 del DPR 230/2000. Dovranno essere assicurate modalità operative e organizzazione dei percorsi terapeutici idonei, assicurando nello stesso tempo una progettualità specifica, al fine di realizzare un Servizio che si inserisca pienamente nel processo di

superamento dell'OPG sancito dal predetto D.P.C.M. e nella costituenda specifica rete di servizi regionali per le misure di sicurezza alternative all'OPG. Il direttore del DSM garantirà il necessario raccordo con il Responsabile della SC delle Dipendenze e con il Direttore del Distretto Sanitario di riferimento, per quanto attiene alle attività di prevenzione, cura e riabilitazione nelle specifiche aree, da garantire attraverso le UU.OO. competenti per il territorio distrettuale.

SERVIZIO DI MEDICINA PENITENZIARIA DISTRETTUALE (S.M.P.D.)

Il Servizio di Medicina Penitenziaria Distrettuale (S.M.P.D.) è collocato strutturalmente nell'ambito dei Distretti Sanitari sede di Istituti Penitenziari, all'interno della UOC Medicina di base e specialistica.

Il direttore di Distretto Sanitario sede d'Istituto Penitenziario, nell'ambito della propria autonomia organizzativa, e in coerenza con i principi di equità e qualità formalizzerà il collocamento organizzativo del SMPD nelle UU.OO. distrettuali esistenti.

Il servizio garantirà le prestazioni sanitarie di base (medicina primaria; continuità assistenziale; prestazioni specialistiche), anche attraverso il necessario raccordo con la SC Dipendenze ed il Dipartimento di Salute Mentale per quanto attiene alle attività di prevenzione, cura e riabilitazione nelle specifiche aree.

Dovrà essere, peraltro, individuata, in ogni Istituto Penitenziario, la funzione di Medico Referente d'Istituto (M.R.I.). Al predetto M.R.I., strutturalmente e gerarchicamente subordinato al Responsabile del Servizio di Medicina Penitenziaria Distrettuale, saranno da quest'ultimo assegnati specifici compiti e/o funzioni.

Il M.R.I., se già medico incaricato dell'istituto, conserverà tutte le attribuzioni previste dalla disciplina della Legge 740/70.

Il Direttore del DSoSa si collega per gli indirizzi tecnici alla Funzione Centrale Tutela della Salute in Carcere

12. SS Governance della Rete Territoriale consultoriale e degli screening oncologici

(all'interno della SC Integrazione ospedale territorio e socio sanitaria)

PREVENZIONE ONCOLOGICA

La Struttura, organizzata secondo i criteri definiti dagli indirizzi regionali, gestisce tutte le attività relative agli screening oncologici nel territorio dell'ASReM. Gli screening oncologici rappresentano uno degli interventi strategici più importanti della prevenzione dei tumori (prevenzione secondaria) in quanto in grado di incidere direttamente sulla mortalità attraverso la rilevazione della patologia in una fase pre-clinica in cui è possibile intervenire aumentando significativamente la sopravvivenza del paziente.

I suoi compiti sono:

- gestire le risorse assegnate coerentemente agli indirizzi della Direzione Generale e alla pianificazione delle attività previste a livello inter-aziendale;
- garantire la continuità dei programmi di screening in atto, anche con il concorso dei MMG e di Fondazioni/Associazioni/Onlus già operanti nel territorio;
- sviluppare l'efficienza organizzativa dei programmi di screening, anche attraverso la formazione del personale e l'adesione a processi di verifica della qualità.

AREA MATERNO INFANTILE

- Coordinamento dei servizi aziendali di area materno-infantile.
- Coordinamento aziendale delle attività dei Pediatri di Libera Scelta.
- Coordinamento dei Servizi consultoriali in condivisione con le linee di attività socio-sanitarie dei Distretti.
- Coordinamento dei Servizi della Tutela della Salute Mentale nell'età evolutiva in condivisione con le linee di attività socio-sanitarie dei Distretti.
- Coordinamento dell'equipe aziendali impegnate nelle adozioni e negli affidamenti.
- Proposte di piani di aggiornamento e riqualificazione del personale mediante organizzazione di corsi di formazione su scala aziendale.
- Sviluppo dei percorsi assistenziali sull'autismo.

- Sviluppo dei percorsi assistenziali sui disturbi dell'apprendimento.
- Promozione e ricerca di nuove linee di attività da implementare.
- Studio e applicazione di tecniche e procedure sperimentali finalizzate alla più completa collaborazione tra ospedali e territorio
- Promuovere campagne di educazione sanitaria di settore in collaborazione con Istituzioni ed Enti.

13. SSD Neuropsichiatria Infantile

(all'interno del Dipartimento di Staff)

La Neuropsichiatria Infantile è una disciplina che condensa e riflette aspetti molteplici e multiformi dell'evoluzione del bambino la cui separazione determinerebbe gravi distorsioni diagnostiche e terapeutico- abilitative. Livelli organizzativi diversi e scollegati hanno determinato e determinerebbero il fallimento della rete assistenziale. Da tanto discende la necessità di una struttura unica autonoma impegnata nel garantire un ambito unitario nel quale si integrano le diverse strutture e funzioni a garanzia del profilo omogeneo dell'assistenza nell'intera Azienda. L'assetto organizzativo dell'area N.P.I. prevede una SSD collegata funzionalmente alle aree di Neuropsichiatria Infantile delle SS Materno Infantili dei tre Distretti Sociosanitari. Tali strutture sono in stretta integrazione e raccordo funzionale con le UU.OO.di Riabilitazione. e le UU.OO.M.I. distrettuali in cui si assolve a ai bisogni neurologici, neuropsicologici, psicologici, psichiatrici, abilitativi, di integrazione scolastica e di presa in carico globale specifici della disciplina (composti con il personale oggi in carico alle UU.OO.MM.II. ed alle UU.OO.R). Molte patologie psichiatriche, neurologiche e neuropsicologiche hanno il loro esordio in età evolutiva, e se non adeguatamente e tempestivamente trattate possono determinare conseguenze negative significative in età adulta, sia per quanto riguarda la salute mentale che le condizioni di invalidità e non autosufficienza. Si tratta di situazioni che richiedono una presa in carico multidisciplinare di lunga durata, con interventi complessi e coordinati di diagnosi, trattamento e riabilitazione che coinvolgano la famiglia e i contesti di vita, integrati in rete con altre istituzioni e con il territorio. Un sistema integrato e completo di servizi di neuropsichiatria per l'infanzia e l'adolescenza richiede la presenza di équipe multidisciplinari composte di tutte le figure professionali necessarie a garantire gli interventi ed un adeguato range di strutture (ambulatoriali, semiresidenziali, residenziali, di ricovero), entrambe indispensabili per garantire i LEA.

L'ASReM, nell'ambito delle proprie autonomie, intende migliorare la risposta ai bisogni degli utenti affetti da disturbi neuropsichici dell'età evolutiva, ispirando il proprio sistema gestionale ed organizzativo ad esempi virtuosi di altre Regioni d'Italia.

Una fondamentale esigenza è quella di una migliore e più funzionale organizzazione dell'integrazione tra i servizi di salute mentale dell'età evolutiva e dell'età adulta, specie riguardo ai disturbi psichici adolescenziali e giovanili (fascia d'età 15 – 21 anni), con l'elaborazione di progetti sperimentali che prevedano la creazione di équipe integrate dedicate alla prevenzione e un percorso di presa in carico basato operativamente sull'elemento essenziale della continuità ed integrazione di attività specifiche cliniche e riabilitative, di assistenza, di intermediazione e di coordinamento.

Una specificità dei disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza e degli interventi in età evolutiva è costituita dal fatto che l'intervento multidisciplinare d'équipe non è limitato ai casi particolarmente gravi e complessi, ma è invece la regola. La presa in carico non è, cioè, correlata esclusivamente alla complessità del disturbo ma è dettata soprattutto dai contesti in cui il disagio si esprime e dalla specificità della fase evolutiva attraversata dall'utente sofferente.

Sul piano operativo tale nuova organizzazione si porrà il compito di realizzare appropriati percorsi di continuità terapeutica ed assistenziale omogenei in tutta l'ASReM, il che implica uno stretto raccordo fra il sistema di risposta all'urgenza - emergenza e quello dei servizi sanitari e sociali che quotidianamente operano nel campo della prevenzione e della terapia dei disturbi psicopatologici in età e neurologici dell'infanzia e dell'adolescenza. Per le emergenze psichiatrico-comportamentali occorre ridurre al necessario la medicalizzazione di situazioni di disagio sociale, predisponendo protocolli di intervento concordati con i Servizi Sociali, che prevedano, fra l'altro, l'attivazione di posti letto di pronto uso (disponibili presso strutture residenziali protette) così da limitare i ricoveri neuropsichiatrici alle situazioni

cliniche effettivamente gravi; incisiva risulterà, altresì l'attivazione di strutture residenziali o diurne e di centri ad alta specialità di abilitazione dei disturbi neuropsichici della età evolutiva.

La Struttura, che ha sede nell'area distrettuale di Campobasso gestisce le prestazioni specialistiche di II livello per la valutazione di situazioni neuropsichiatriche o a rischio, la diagnosi e l'elaborazione del progetto assistenziale, la presa in carico per la cura, la riabilitazione e l'integrazione dei disabili nell'ambiente di vita; elabora programmi ed emana direttive generali per l'organizzazione e lo sviluppo dei servizi; gestisce il budget; cura l'organizzazione, monitoraggio e le gestioni finanziarie e strumentali assegnate, verifica le risorse umane (personale dipendente e in raccordo funzionale) e coordina tutte le attività aziendali di settore, con particolare riferimento alle aree di neuropsichiatria distrettuali, che rappresentano il I livello di attività.

14. SC Governance del Farmaco

(all'interno del Dipartimento di staff)

- L'Azienda persegue lo sviluppo di politiche del farmaco volte a garantire il buon uso dello stesso, in particolare sul versante del governo clinico della prescrizione, del potenziamento dei sistemi di responsabilizzazione dei medici rispetto ad obiettivi di appropriatezza, delle modalità distributive dei farmaci, della prescrizione, consumo e dispensazione di farmaci generici, assicurando un graduale miglioramento delle condizioni operativo-gestionali di supporto attraverso un adeguato sistema informativo.
- Il perseguimento degli obiettivi indicati avviene attraverso lo sviluppo di politiche di razionalizzazione della spesa farmaceutica, l'implementazione di sistemi di governo clinico della prescrizione e il rafforzamento della collaborazione tra la funzione di governo in materia e le strutture operative ospedaliere e territoriali.
- La U.O.C. "Governance del Farmaco" si configura come una struttura organizzativa che contribuisce ai processi di gestione del farmaco e dei dispositivi medici, con capacità propositiva e progettuale per il raggiungimento dell'obiettivo di qualificazione della spesa farmaceutica e dei dispositivi medici dell'area territoriale, della convenzionata e dei relativi fabbisogni. Individua inoltre aree comuni di intervento a garanzia di un'uniformità sui criteri di gestione dei beni sanitari al fine di evitare comportamenti non omogenei.
- E' una struttura complessa a valenza strategica il cui focus di attività è rappresentato dall'acquisto, dal controllo e dal monitoraggio dell'Assistenza Farmaceutica e rappresenta il momento di sintesi ed integrazione di tutti i percorsi intra e interaziendali in materia farmaceutica.
- L'U.O.C. si connota per la forte trasversalità interna e nei confronti degli interlocutori esterni all'Azienda nel contesto territoriale di riferimento (MMG, specialisti ospedalieri e farmacisti ospedalieri e farmacisti convenzionati).
- Svolge anche un ruolo di formazione nell'ambito aziendale attraverso lo strumento dell'informazione indipendente.
- Le unità organizzative afferenti sono le seguenti:
 - SS Farmacia del Plesso Ospedaliero di Campobasso;
 - SS Farmacia del Plesso Ospedaliero di Termoli;
 - SS Farmacia del Plesso Ospedaliero di Isernia;
 - Settore Funzionale presso ciascuno dei Distretti Sanitari, all'interno della SS Medicina di Base – specialistica – assistenza farmaceutica
- Relativamente ai fabbisogni, in particolare svolge i seguenti compiti:
 - attività di elaborazione e proposta alla direzione strategica di programmi, direttive o provvedimenti per la programmazione della spesa dell'assistenza farmaceutica territoriale;
 - supporto alla direzione strategica per la definizione degli obiettivi di spesa dei beni sanitari;
 - attività di supporto ed indirizzo nei confronti delle UU.OO.;
 - definizioni dei fabbisogni dei beni sanitari in coerenza con le prestazioni erogate;

- analisi, monitoraggio e verifica dell'economicità aziendale delle prestazioni rese per l'assistenza farmaceutica;
- valutazione della quantità, qualità e costo delle prestazioni erogate e dei servizi offerti;
- supporto per la definizione di strategie e obiettivi aziendali finalizzati al soddisfacimento del bisogno di assistenza farmaceutica e di dispositivi medici, anche in relazione alla integrazione tra soggetti pubblici e privati;
- predisposizione dei capitolati d'acquisto di farmaci e dispositivi medici;
- collaborazione nelle procedure di acquisto di farmaci e dispositivi medici;
- collaborazione nelle operazioni di ordine di farmaci e dispositivi medici;
- monitoraggio della spesa farmaceutica e dei dispositivi medici.

E' deputata:

- all'attività istruttoria e funzioni di vigilanza sulle farmacie convenzionate pubbliche e private e dispensari farmaceutici, sui depositi farmaceutici, sulle parafarmacie;
- al controllo della convenzione con le farmacie aperte al pubblico ed analisi epidemiologica della prescrizione farmaceutica;
- all'organizzazione, attivazione, gestione, monitoraggio e controllo della Distribuzione per Conto da parte delle farmacie convenzionate ed ogni altra materia inerente la farmacia dei servizi;
- svolge inoltre tutte le funzioni attinenti alla farmacovigilanza attraverso la gestione dell'Ufficio aziendale per la Farmacovigilanza.

ATTIVITÀ OSPEDALIERA

Programmazione acquisti, procedure di gara farmaci, dispositivi medici e beni sanitari, gestione e validazione ordini, distribuzione.

Attività ispettiva e di controllo sulla gestione del farmaco presso le strutture aziendali cui vengono forniti farmaci e dispositivi, comprese le strutture residenziali.

Distribuzione diretta farmaci e presidi (malattie rare, fibrosi cistica, ecc.). Galenica clinica.

Allestimento centralizzato terapie oncologiche. Gestione sistema file F.

Monitoraggio e controllo piani di terapia. Monitoraggio consumi farmaci e dispositivi medici. Ossigenoterapia domiciliare.

Farmacovigilanza e dispositivo-vigilanza.

Registri monitoraggio AIFA: ambito oncologico, oftalmologico, reumatologico, malattie respiratorie, neurologico, cardiologico

Controllo autocertificazioni.

Commissioni varie dell'area ospedaliera (commissione terapeutica, farmaceutica interna, appropriatezza prescrittiva, dei dispositivi medici, ecc.).

Monitoraggio appropriatezza prescrizioni area ospedaliera. Gestione del farmaco in dose unitaria (DUF).

Continuità assistenziale ospedale-territorio in sinergia con gli specialisti ospedalieri aziendali.

Sviluppo Repertorio dispositivi medici interaziendale e Nucleo tecnico permanente dispositivi medici.

Sviluppo settore formativo.

Stesura di capitolati di gara aziendali, di quadrante, regionali in collaborazione con Acquisti specialisti. Gestione amministrativa – contabile del budget complessivo assegnato alla Struttura.

ATTIVITÀ TERRITORIALE

Farmacovigilanza e dispositivo-vigilanza. Assistenza protesica.

Gestione convenzione farmacie aperte al pubblico.

Attività di vigilanza: ispezioni ordinarie e straordinarie farmacie convenzionate, parafarmacie, grossisti e distributori gas medicali.

Ricezione mensile distinte contabili e ricette SSN spedite dalle farmacie convenzionate ed invio flussi/dati.

Autorizzazione al pagamento delle farmacie. Procedure Sogei.

Procedure e controllo DPC. Registro collaboratori di farmacia. Controllo autocertificazioni.

Commissioni varie dell'area territoriale (commissione terapeutica, farmaceutica interna, appropriatezza

prescrittiva, dei dispositivi medici, ecc.).

Monitoraggio appropriatezza prescrizioni area territoriale. Continuità assistenziale ospedale-territorio in sinergia con i Distretti. Sviluppo settore formativo.

15. SS Farmacia del Plesso Ospedaliero di Campobasso

(all'interno della SC Governance del Farmaco)

16. SS Farmacia del Plesso Ospedaliero di Isernia

(all'interno della SC Governance del Farmaco)

17. SS Farmacia del Plesso Ospedaliero di Termoli

(all'interno della SC Governance del Farmaco)

Tali strutture semplici sono deputate allo svolgimento dei compiti previsti nel precedente punto "ATTIVITA' OSPEDALIERA" per lo specifico plesso ospedaliero.

18. SSD Rete Territoriale della non autosufficienza

(all'interno del Dipartimento Staff)

Nell'ASReM l'offerta di assistenza sanitaria e socio-sanitaria per disabili è attualmente articolata:

- attività di riabilitazione intensiva, estensiva e di mantenimento per disabilità complesse in regime residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale e domiciliare;
- attività residenziale in "Residenze Sanitarie Assistenziali per disabili non autosufficienti/Centri Diurni Integrati", che erogano prestazioni di lungo-assistenza e di mantenimento;
- cure domiciliari;
- assistenza domiciliare integrata/ADI.

Il Piano di Indirizzo per la riabilitazione, approvato dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano in data 10.02.2011, indica, infatti, la necessità di realizzare un uniforme modello organizzativo centrato sui bisogni di salute della persona, idoneo a garantire in maniera coordinata la presa in carico riabilitativa precoce e la continuità della stessa nei vari setting di cura, ospedalieri e territoriali.

La presa in carico riabilitativa coincide con il diritto dell'individuo a ricevere una valutazione diagnostico-prognostica al fine di individuare il percorso riabilitativo più idoneo ed efficiente e gli interventi più appropriati sulla base di un progetto riabilitativo individuale che tiene conto della valutazione clinica, della prognosi funzionale, del margine di modificabilità del quadro di menomazione e disabilità, del grado di stabilità clinica del paziente e della sua possibile partecipazione al programma.

Il Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) rappresenta il primo strumento di continuità della presa in carico riabilitativa e di interventi integrati tra i vari setting di cura, ospedalieri e territoriali. La dimissione del paziente dall'ospedale rappresenta una fase determinante per la continuità della presa in carico riabilitativa attivata precocemente in fase acuta: essa deve garantire la realizzazione di un'attenta valutazione del bisogno riabilitativo e/o clinico-assistenziale della persona e delle operazioni necessarie, anche dal punto di vista gestionale, organizzativo e informativo, per un appropriato trasferimento verso un altro setting di cura o al domicilio. A tal fine risulta indispensabile il raccordo tempestivo con il distretto di residenza del paziente al fine di consentire la presa in carico territoriale già in fase di ricovero ospedaliero.

L'Unità di Valutazione Multidimensionale ad indirizzo riabilitativo rappresenta l'equipe multidisciplinare responsabile dell'identificazione e della quantificazione dei bisogni riabilitativi per la definizione del percorso più appropriato. L'Azienda è pertanto impegnata a sviluppare e garantire il percorso riabilitativo integrato realizzando l'integrazione funzionale tra i presidi per acuti e quelli di riabilitazione. Il mezzo per realizzare tale integrazione è rappresentata dall'Unità di Valutazione Multidimensionale ad indirizzo riabilitativo, funzione propria dell'Azienda con il compito di valutare il singolo bisogno individuale e l'insieme dei bisogni (bisogno globale) delle persone afferenti all'Azienda Sanitaria cui appartiene.

La particolare attenzione, peraltro, del Piano Nazionale ha determinato un aumento, presso le strutture ospedaliere, di posti letto destinati alla lungodegenza e alla riabilitazione. E' evidente che tali strutture si collegano, funzionalmente, all'assistenza ospedaliera, per completare un percorso che porti il cittadino a ricevere, in maniera corretta e continua, anche quella parte di assistenza connessa con il suo recupero; tuttavia, ciò è il segno dell'attenzione che viene dedicata alla terza fase dell'assistenza, rimasta, molto spesso, in balia di elementi "esterni", con dubbi risultati.

L'attività di riabilitazione funzionale, in regime residenziale e semiresidenziale, la riqualificazione di spazi per RSA per disabili, per anziani e demenze, il riordino delle strutture psichiatriche residenziali e le altre strutture per comunità di disabili, saranno oggetto di adeguamento agli standard individuati dalla Regione Molise, anche tenendo conto di spazi e strutture pubbliche dismesse o poco utilizzate.

L' AREA DELLA NON - AUTOSUFFICIENZA

L'approccio integrato risponde alla complessità dei problemi di salute ed ha inizio fin dal momento della programmazione congiunta. Quest'ultima costituisce, di fatto, il momento fondamentale per la definizione di strategie e priorità d'intervento in relazione a bisogni presenti sul territorio e ai quali il sistema di offerta dei servizi sanitari e socio-sanitari deve dare risposta. L'orientamento nazionale nel definire i percorsi di riqualificazione delle prestazioni erogate in regime di integrazione sociosanitaria è di favorire la domiciliarità e la semiresidenzialità, in un'ottica di valorizzazione e sostegno della risorse familiari e della rete di relazioni sociali attivabili sul territorio.

La programmazione strategica di questi interventi deve orientare la scelta futura a prevedere interventi che rispondano a questa filosofia della deospedalizzazione e della riduzione della residenzialità e a individuare soluzioni modulari e per la presa in carico dei soggetti fragili. In tale contesto è qualificante, nonché imprescindibile, la programmazione intersettoriale, poiché il sistema di offerta nell'ambito dell'integrazione socio-sanitaria è duplice, e la dicotomia dell'approccio settoriale al problema è superato dalla condivisione di obiettivi e priorità d'intervento sociale e al tempo stesso sanitario, in relazione ai quali destinare le risorse disponibili in capo a ciascun comparto.

Pertanto tra le priorità specifiche del distretto socio-sanitario, in merito alla programmazione degli interventi e alla garanzia della continuità assistenziale, si ribadiscono in particolare:

- a) la priorità assistenziale della presa in carico globale, di cittadini in situazione di "non autosufficienza" (anziani e disabili);
- b) la riqualificazione del sistema di offerta dei servizi anche attraverso la riconversione di struttura dal sistema sanitario al sistema socio-sanitario nell'ottica dell'appropriatezza e del contenimento della spesa,
- c) il potenziamento dell'unità di valutazione multidimensionale,
- d) la individuazione dei centri di responsabilità e di costo a livello distrettuale (budget),
- e) la implementazione di sistemi integrati di verifiche e monitoraggio delle prestazioni.

La Struttura ha la funzione di:

- omogeneizzare a livello aziendali i percorsi e le modalità di presa in carico del paziente;
- uniformare i modelli ed i percorsi per l'accesso alle prestazioni di protesica;
- valutazione dell'appropriatezza dei percorsi

Ha compiti connessi alla organizzazione dei modelli omogenei a livello aziendale delle reti delle cure domiciliari, della rete delle cure palliative-Hospice, dei percorsi diagnostici terapeutici delle demenze, della SLA e di tutti gli altri percorsi connessi alla cronicità.

All'interno della struttura opera l'Unità Organizzativa Integrata Cure Domiciliari (UOI)

L'Unità organizzativa integrata Cure Domiciliari(UOI) è una unità produttiva dell'ASL che esercita le proprie funzioni all'interno di una area di coordinamento tecnico centrale ed esplica la sua attività a livello territoriale.

All'interno della unità organizzativa integrata Cure Domiciliari si realizza il coordinamento e l'integrazione nell'organizzazione ed erogazione delle prestazioni sociali e sanitarie a livello domiciliare.

Ha due livelli interni di responsabilità che non necessariamente si configurano come strutture:

- a) Livello Direttivo
- b) Livello Operativo

Funzioni del livello Direttivo

Si configurano come alloca in un'area centrale strettamente collegata con la Direzione sanitaria aziendale, con le seguenti funzioni:

- definisce le strategie operative per l'attuazione del Piano Attuativo Aziendale;
- cura i contatti con la direzione dei Distretti, dei Presidi e dei Dipartimenti ;
- contribuisce a rendere omogeneo su tutto il territorio
- propone e gestisce le convenzioni con i terzi e gli erogatori;
- predispone i capitolati tecnici delle gare d'interesse;
- definisce protocolli organizzativi sanitari e socioassistenziali, d'intesa con i Responsabili degli Enti gestori dei servizi socioassistenziali;
- è direttore dell'esecuzione dei contratti di acquisto delle prestazioni sanitarie;
- uniforma i modelli organizzativi e funzionale su tutto il territorio aziendale;
- adegua e definisce le procedure;
- monitorizza e verifica le attività e l'uso delle risorse;
- effettua l'analisi dei costi e della qualità;
- predispone la reportistica;
- approva i PAI per quanto concerne il profilo logico-formale;
- controlla il budget delle prestazioni acquistate all'esterno;
- provvede ad individuare le necessità formative di tutti gli operatori delle Cure Domiciliari;
- supporto alle Direzioni dei Distretti Socio Sanitari ed alle UU.OO. distrettuale di Cure Domiciliari alla presa in carico di casi particolarmente complessi o di alta intensità assistenziale.

Funzioni del livello Operativo sanitario e socioassistenziale

A questo livello operativo sono attribuite due articolazioni funzionali: la Centrale Operativa e le Unità periferiche distrettuali di erogazione.

19. SSD Coordinamento Medicina Legale

(all'interno del Dipartimento di Staff)

L'Unità Operativa fornisce un supporto tecnico a tutte le strutture dell'Azienda, nel rispetto delle strategie di quest'ultima, in relazione sia alle problematiche che nascono dalla concreta esperienza relativa alle prestazioni sanitarie (cosiddetta "medicina legale clinica") e sia all'attività istruttoria nell'ambito delle richieste di risarcimento del danno avanzate nei suoi confronti implementando l'audit e redigendo pareri medico legali; tale attività verrà effettuata anche per quanto attiene la cosiddetta responsabilità oggettiva dell'Ente anche al fine di migliorare gli aspetti organizzativi.

Procede alla implementazione delle banche dati relative ai sinistri e agli eventi sentinella ed analizza i dati raccolti raccordandosi con la SSD Risk Management e la Direzione Aziendale al fine di programmare, coordinare e attuare modelli organizzativo-comportamentali e/o specifici interventi finalizzati a migliorare l'appropriatezza della prestazione sanitaria, tutelare la sicurezza dei pazienti e ridurre le richieste risarcitorie.

Collabora con la Struttura di Formazione e, in accordo con le SSD Risk Management, effettua la formazione in ambito di rischio e medicina legale, in particolare per gli aspetti di tipo etico, deontologico e tecnico-giuridico della responsabilità degli operatori sanitari.

Coordina e detta indirizzi tecnico-operativi alle strutture di Medicina Legale Distrettuale nell'ambito delle attività di loro competenza.

Coordina e presiede le Commissioni Medico-legali per l'accertamento delle idoneità psico-fisica alla guida (CML), per la detenzione del porto d'armi, per la tutela dei disabili / invalidi civili / ipovedenti e sordi, per

l'accertamento dell'idoneità psico-fisica al lavoro ed altre eventuali previste da norme e regolamenti. Infine è parte integrante del Comitato Valutazione Sinistri, del Comitato di Bioetica. della Commissione per l'accertamento della morte encefalica e della legge 81/2008.

20. SC Direzione delle Professioni Sanitarie (Di.P.Sa.)

(all'interno del Dipartimento Sanitario, Tecnico e di supporto))

Al fine di dare compimento a quanto previsto dalle indicazioni della legge del 10 agosto 2000 n. 251 e per valorizzare tutte le professioni sanitarie, le Aziende devono provvedere alla costituzione dei Servizi delle professioni infermieristiche e ostetriche, delle professioni della riabilitazione, delle professioni tecnico sanitarie e delle professioni di tecnico della prevenzione. Tali servizi devono espletare le funzioni individuate dai regolamenti regionali e dalle altre norme in materia e devono utilizzare metodologie di pianificazione per obiettivi al fine di assicurare una adeguata risposta ai bisogni di salute dei singoli e della collettività mediante l'ottimizzazione, il coordinamento ed il controllo della qualità delle prestazioni delle professioni.

L'Azienda Sanitaria Regionale del Molise, pertanto, istituisce i seguenti Servizi:

- a) Servizio infermieristico e ostetrico con a capo un Dirigente;**
- b) Servizio Tecnico-Sanitario con a capo un Dirigente;**
- c) Servizio Tecnico Riabilitativo con a capo un Dirigente;**
- d) Servizio Tecnico della Prevenzione con a capo un Dirigente;**
- e) Servizio Sociale Professionale con a capo un Dirigente.**

I compiti dei dirigenti dei servizi di cui sopra, prevedono il concorso, per gli aspetti di competenza, all'individuazione e realizzazione degli obiettivi individuati dalla Direzione Generale e Strategica per la programmazione, organizzazione, gestione, verifica e controllo dell'erogazione delle prestazioni proprie della specifica area professionale legate alla promozione della salute, prevenzione, cura e riabilitazione.

I servizi centrali delle professioni sanitarie sono a loro volta collegati in LINE con i Servizi Infermieristici e delle altre Professioni Sanitarie e Sociali a livello Ospedaliero, Distrettuale, Dipartimentale e di Unità Operativa o Servizio/Servizi cui è preposto personale anche con incarichi di posizione organizzativa, di coordinamento o di specifica individuazione in ambito contrattuale.

Gli incarichi dei dirigenti dei servizi delle professioni sanitarie sono conferiti attraverso le procedure concorsuali vigenti.

La SC presiede alla definizione e all'attuazione delle politiche e delle strategie aziendali collaborando:

- alla elaborazione degli obiettivi aziendali e al loro perseguimento;
- alla elaborazione dei programmi di attività dei Distretti e dei Dipartimenti;
- alla pianificazione, programmazione, gestione e sviluppo del personale di competenza, coniugando la valorizzazione professionale con elementi di efficacia e di efficienza operativa;
- all'attuazione del governo clinico-assistenziale mediante la definizione, lo sviluppo e la direzione di modelli organizzativi efficienti di erogazione dell'assistenza e alla promozione di modelli sperimentali di assistenza ad elevata autonomia tecnico-gestionale;
- alla pianificazione, attuazione e valutazione dei piani di formazione ed aggiornamento per il personale afferente alla Di.P.Sa.;
- alla promozione, al sostegno ed alla realizzazione delle attività di ricerca individuate dalla Direzione aziendale come strategiche;
- allo sviluppo del sistema qualità e del sistema premiante aziendale.

Dipartimento Amministrativo

E' un Dipartimento Funzionale.

Il riordino dell'organizzazione delle Strutture e delle funzioni loro attribuite risponde ad una pluralità di motivazioni:

- Razionalizzazione e riordino della linea gerarchica;
- Redistribuzione delle attribuzioni e della distinzione tra atti di governo e di indirizzo e poteri gestionali;
- Avvio del processo di gestione sovraziendale di alcune specifiche funzioni al fine di creare non solo sinergie ed omogeneità di azioni ma anche sviluppo ed estensione di best practices;
- Potenziare processi di rinnovamento e semplificazione dell'azione amministrativa;
- Favorire processi di mobilità interna del personale mediante procedimenti condivisi con i rappresentanti dei lavoratori e ferma restando la flessibilità prevista dalla normativa in materia.

21. SC Affari Generali

(all'interno del Dipartimento Amministrativo)

Gestisce gli adempimenti attuativi alla programmazione strategica della Direzione Generale (es. nomine e deleghe a dipendenti per funzioni particolari).

Si interfaccia con i Responsabili di struttura sia sanitaria che amministrativa per gli adempimenti connessi alla gestione di un corretto flusso informativo tra Direzione Generale e servizi interni.

Provvede agli adempimenti relativi all'attività decisionale dell'Azienda e agli aspetti istituzionali.

Gestisce centralmente l'Ufficio Unico Convenzioni attive/passive relative a tutto il personale aziendale. Coordina e collabora al processo di definizione dell'Atto Aziendale e ai processi di revisione organizzativa.

Gestione amministrativa – contabile del budget complessivo assegnato alla Struttura.

Gestisce le attività amministrative, di supporto e di segreteria degli Organi ed Organismi Collegiali dell'Azienda (Collegio Sindacale, Collegio di Direzione e Consiglio dei Sanitari) al fine di assicurarne il corretto funzionamento.

Tiene i rapporti istituzionali con altri Enti e soggetti istituzionali su mandato della Direzione Generale.

Provvede alle attività inerenti la gestione degli atti deliberativi e delle determinazioni dirigenziali.

Coordina le attività relative alla Conferenza dei Sindaci, alla Rappresentanza dei Sindaci, con stesura dei verbali di seduta.

Provvede all'implementazione informatica della normativa nazionale e regionale. Gestisce il Protocollo Aziendale informatico, l'archivio corrente e gli atti conseguenti.

Svolge l'attività ispettiva attraverso l'apposito Servizio Ispettivo di cui all'art. 52 dell'Atto Aziendale e in particolare controlla la presenza in servizio del personale dipendente.

Effettua altre funzioni di verifica e controllo su mandato della Direzione Aziendale.

Cura l'adesione a Federazioni, Associazioni e Società partecipate.

Si attiva per conto e su mandato del Direttore Generale per tutte le attività inerenti le procedure di segnalazione di gestione delle tutele, curatele e amministrazione di sostegno che l'Autorità Giudiziaria assegna al Legale Rappresentante dell'ASL.

Protezione dei dati personali (normativa Privacy).

E' sede del Comitato Valutazione Sinistri ASREM,

Attività amministrative di carattere generale non riconducibili a specifici settori dell'Azienda.

22. SC Affari Legali

(all'interno del Dipartimento Amministrativo)

Svolge le seguenti funzioni attraverso un'organizzazione del lavoro basata su funzioni di alta professionalità:

- garantisce lo svolgimento di attività giudiziale ed extragiudiziale relativamente a tutto il contenzioso aziendale, nonché lo svolgimento di tutte le attività volte alla prevenzione dello stesso;
- illeciti penali e amministrativi (denunce furto o smarrimento, segnalazione di illeciti amministrativi e segnalazione rinvii alla Corte dei Conti);
- agisce per il recupero di tutti i crediti dell'Azienda;
- cura la rogatoria dei contratti;
- garantisce la gestione di tutti i sinistri che interessano l'Azienda, sia in forma diretta che tramite gli istituti assicurativi;
- spese legali e peritali (per la difesa dell'Azienda con liquidazione di parcella, rimborso della controparte e patrocinio legale dipendenti con rimborso spese a carico del bilancio aziendale);
- fornisce supporto e consulenza alla Direzione Generale e alle strutture aziendali su tutte le problematiche di competenza;
- accesso agli atti: regole, pareri, supporto ai servizi;
- partecipazione a sistemi di monitoraggio medico legale e multidisciplinare del contenzioso e di studi di distribuzione degli eventi negativi e di criticità dell'assistenza;
- gestione amministrativa-contabile del budget complessivo assegnato;
- affidamento incarichi professionali (Avvocati, Notai, C.T.P.);

23. SC Contabilità e Bilancio

(all'interno del Dipartimento Amministrativo)

Svolge le seguenti funzioni attraverso un'organizzazione del lavoro basata su funzioni di alta professionalità:

- Gestione contabilità generale, in ossequio alla normativa nazionale e regionale, e tenuta delle scritture obbligatorie, assicurandone l'allineamento con tutte le contabilità semplici e/o sezionali.
- Redazione del bilancio di previsione e del bilancio di esercizio.
- Predisposizione e monitoraggio dei budget economici da assegnarsi ai centri di responsabilità e di spesa. Anagrafica clienti e fornitori.
- Adozione atti relativi al servizio di tesoreria e analisi flussi di cassa.
- Provvede alla gestione del ciclo attivo: fatturazione attiva, i ricavi, i corrispettivi, gli incassi e la contabilità clienti, compreso il recupero dei crediti.
- Gestisce i conti correnti bancari e postali dell'ASReM.
- Provvede alla gestione del ciclo passivo: fatturazione costi, i pagamenti vari e la contabilità fornitori. Presidia ed esegue gli adempimenti e le dichiarazioni fiscali derivanti dall'attività dell'ASReM.
- Predisporre i rendiconti trimestrali ed i flussi informativi infra annuali (per Regione e Ministero).
- Cura, per quanto di competenza, le corrette rilevazioni di contabilità analitica, compreso il raccordo con la contabilità generale, in sintonia con gli adempimenti del Controllo di Gestione.
- Procedere alla stesura degli inventari contabili e delle relative quote di ammortamento.
- Analizza ed appone, se previsto, il visto contabile sugli atti dell'ASL.
- Analisi, gestione e monitoraggio della sostenibilità della gestione investimenti in conto capitale.
- Linee di indirizzo e gestione procedure relative all'utilizzo dei finanziamenti fondi vincolati (inclusi i progetti di ricerca, fondi europei e da privato) e coordinamento della rendicontazione economica finale. Coordinamento e assolvimento delle procedure propedeutiche alla certificazione dei bilanci.
- Per gli adempimenti connessi alla Contabilità analitica impiega un dirigente con IPDAS.

24. SC Acquisti e Logistica

(all'interno del Dipartimento Amministrativo)

Svolge le seguenti funzioni attraverso un'organizzazione del lavoro basata su funzioni di alta professionalità:

- Collaborazione con la Direzione Aziendale nella definizione della programmazione logistica e gestione dei conseguenti adempimenti relativi al ridisegno e realizzazione della rete logistica aziendale.
- Gestione di tutti i servizi effettuati sia con risorse aziendali che appaltate dall'Azienda, dalla programmazione dei fabbisogni e delle modalità di erogazione alla gestione operativa e all'attività di controllo della prestazione.
- Gestione Magazzini sotto il profilo contabile, gestionale, organizzativo.
- Gestione amministrativa – contabile del budget complessivo assegnato alla Struttura.
- Gestione anagrafica articoli gestiti.
- Gestione acquisti beni patrimoniali non sanitari.
- Gestione acquisti in economia.
- Gestione amministrativa e contabile della Cassa economale secondo il Regolamento aziendale.
- Gestione emergenze.
- Predisposizione dei programmi annuali di acquisizione di beni e servizi da approvarsi dal Direttore Generale.
- Coordinamento fabbisogno beni e servizi di concerto con le strutture aziendali utilizzatrici.

UFFICIO GARE

Svolge le seguenti funzioni:

- Aggiudicazione procedure di gara sotto soglia comunitaria per la fornitura di beni e servizi, compresi i relativi atti infraprocedimentali come disciplinati dal Regolamento aziendale in materia (predisposizione capitolato speciale, criteri di aggiudicazione, elenco Ditte da invitare e lettere di invito, ammissione ed esclusione delle Ditte partecipanti, sottoscrizione verbali di gara).
- Aggiudicazione procedure di gara sotto soglia comunitaria per la fornitura di beni e servizi mediante procedura negoziata con o senza pubblicazione di bando, compresi i relativi atti infraprocedimentali (predisposizione capitolato speciale, bando di gara, criteri di aggiudicazione, elenco Ditte da invitare e lettere di invito, ammissione ed esclusione delle Ditte partecipanti).
- Approvazione capitolati speciali e letteredi invito.
- Costituzione delle Commissioni giudicatrici di gara e dei nuclei tecnici per la predisposizione dei capitolati speciali di gara.
- Estensione ed integrazione condizioni contrattuali. Proroga e rinnovi contrattuali.
- Attività di coordinamento/segreteria di Nuclei Tecnici e Commissioni Giudicatrici.
- Provvede agli adempimenti e agli obblighi informativi nei confronti dell'Autorità di Vigilanza sui Contratti Pubblici.
- Gestisce gli adempimenti prescritti dalla legislazione antimafia per i contratti di fornitura di beni e servizi.
- Richiede i documenti unici di regolarità contributiva (D.U.R.C.) per l'intera Azienda e avvio dei procedimenti di intervento sostitutivo.
- Adotta i provvedimenti di adesione ad aggiudicazioni espletate da altre stazioni appaltanti (Consip, Centrale etc.) con assunzione oneri a carico Azienda.

25. SC Tecnico- Manutentivo

(all'interno del Dipartimento Amministrativo)

Svolge le seguenti funzioni attraverso un'organizzazione del lavoro basata su funzioni di alta professionalità:

- Studio e predisposizione della programmazione triennale e dell'elenco annuale dei lavori.
- Attività di programmazione, accertamenti e progettazione (stesura dei disciplinari tecnici, computi metrici estimativi, elaborati grafici e tutta la documentazione prevista dalla normativa in materia di lavori pubblici).
- Gestisce finanziamenti ministeriali/regionali (es. art. 20 legge 67/1988).
- Gestione amministrativa – contabile del budget complessivo assegnato alla Struttura, incluso quello relativo agli interventi relativi alla prevenzione, protezione e sicurezza sul lavoro.
- Provvedimenti inerenti l'aggiudicazione dei lavori, compresi i relativi atti infraprocedimentali.
- Aggiudicazione di gare di manutenzione ordinaria e straordinaria del patrimonio immobiliare (edile, impiantistico etc.) in proprietà o in uso con o senza acquisizione di materiale.
- Proroga scadenza termini contratto dei lavori.
- Costituzione delle Commissioni giudicatrici di gara e dei nuclei tecnici per la predisposizione dei capitolati speciali di gara.
- Provvede alla manutenzione di tutto il patrimonio immobiliare di proprietà o in uso, in conformità alle disposizioni di legge e alle direttive regionali, in accordo con la programmazione definita dalla Direzione Generale.
- Gestisce le problematiche connesse agli interventi di edilizia sanitaria.
- Segue, dal punto di vista tecnico e operativo, la realizzazione degli interventi (incarichi professionali per progettazione, direzione lavori, collaudi, ecc.).
- Si interfaccia con Regione per nuovi finanziamenti e per la programmazione degli interventi.
- Effettua gare d'appalto per affidamento lavori e gare per acquisizioni di materiali e forniture specifiche. Provvede alla stesura di contratti di manutenzione delle apparecchiature.
- Garantisce il servizio di manutenzione ascensori e servizio antincendio.
- Svolge attività finalizzata all'accreditamento istituzionale.
- Attua la manutenzione ordinaria e straordinaria di immobili.
- Redige i contratti per lavori di manutenzione.
- Cura la gestione amministrativa e di controllo della spesa per utenze (gas, energia elettrica, telefonia fissa e mobile e acqua).
- Gestisce il parco auto.
- Provvede alla gestione di tutto il patrimonio aziendale sia immobiliare che mobiliare di proprietà o in uso, in conformità alle disposizioni di legge ed alle disposizioni regionali, in accordo con le linee di indirizzo definite dalla Direzione Aziendale; cura i rapporti attivi e passivi derivanti da locazioni, comodati e/o altri diritti reali.

UFFICIO PATRIMONIO

Svolge le seguenti funzioni:

- Gestione del patrimonio immobiliare in disponibilità dell'Azienda a vario titolo.
- Supporto alla Direzione Aziendale nelle procedure di acquisizione / dismissione in attuazione e in ossequio alla normativa vigente.
- Esecuzione delle pratiche amministrative e la gestione dell'archivio inerente la riconversione del patrimonio immobiliare.

IGEGNERIA CLINICA

Svolge le seguenti funzioni:

- Collabora con la Direzione aziendale alla definizione del piano annuale degli investimenti delle attrezzature biomediche ed è responsabile del rispetto della programmazione dando periodica comunicazione alla stessa Direzione degli stati di avanzamento.

- Assicura con criteri di efficienza ed economicità la manutenzione del patrimonio tecnologico aziendale. Garantisce gli interventi manutentivi necessari.
- Si occupa in materia di telefonia dell'attivazione e controllo delle misure di sicurezza, della manutenzione della rete telefonica interna e la gestione dei dati relativi al traffico.
- Effettua i controlli di sicurezza e funzionalità nonché i collaudi di accettazione delle attrezzature biomediche.
- E' responsabile della realizzazione, gestione ed aggiornamento dell'inventario delle tecnologie biomediche presenti in Azienda.
- Svolge attività di raccordo in materia di radioprotezione (sorgenti 2 x) e di sicurezza laser con Esperto Qualificato / Ufficio Legale e Inail.
- Procedo periodicamente alla verifica della rispondenza dei beni mobili ed immobili alle normative vigenti con un'analisi puntuale della loro adeguatezza ed obsolescenza ai fini della predisposizione del programma di priorità di intervento annuale manutentivo, per l'assegnazione delle specifiche risorse della gestione ordinaria e/o in conto capitale sulla base delle disponibilità aziendali.

26. SC Gestione delle risorse umane

(all'interno del Dipartimento Amministrativo)

Svolge le seguenti funzioni attraverso un'organizzazione del lavoro basata su funzioni di alta professionalità:

- Supporto alla Direzione Aziendale per le strategie di sviluppo organizzativo e per le politiche del personale.
- Ottimizzazione dell'organizzazione del lavoro e verifica appropriatezza dell'uso delle risorse umane. Gestione amministrativa – contabile del budget complessivo assegnato alla Struttura.
- Redige, nell'attuale attribuzione delle competenze, il piano triennale anticorruzione e piano della trasparenza e relativi aggiornamenti, nonché provvede alla gestione del relativo fabbisogno formativo. Assicura gli adempimenti relativi all'amministrazione del personale dipendente per quanto concerne il trattamento giuridico – amministrativo.
- Cura ed aggiorna l'archivio dei fascicoli personali e di ogni atto inerente la gestione del personale. Provvede agli adempimenti giuridici relativi alla gestione del personale che opera con contratti flessibili e di non dipendenza (assimilato).
- Gestisce le applicazioni contrattuali.
- Cura la gestione del sistema rilevazione presenze – assenze.
- Gestisce i provvedimenti disciplinari e assicura l'attività di segreteria dell'Ufficio Procedimenti Disciplinari.
- Supporta gli altri servizi nella definizione del fabbisogno di personale e nel programmarne l'acquisizione e gestisce la dotazione organica del personale.
- Assiste i servizi nell'applicazione delle procedure di valutazione permanente del personale del comparto.
- Relazioni sindacali e gestione dei rapporti con le OO.SS.
- Supporto alla redazione ed applicazione dei contratti integrativi aziendali.
- Sviluppo delle politiche del personale legate alla creazione, contrattazione e sviluppo di un sistema incentivante.
- Rappresentanza sindacali unitarie (RSU) – Elezione.
- Rappresentanze dei lavoratori per la sicurezza (RLS – elezione e gestione componenti).
- Governo e adozione di ogni altro atto in materia di personale di afferenza sindacale (permessi, lavoro straordinario, verifica fondi contrattuali, posizioni organizzative, ecc..).

TRATTAMENTO ECONOMICO – B.U. LIBERA PROFESSIONE

Svolge le seguenti funzioni:

- Sovrintende e assicura tutti gli adempimenti relativi all'amministrazione del personale dipendente

e non dipendente per quanto riguarda:

- il trattamento economico (predisposizione degli stipendi, cessioni del quinto, prestazioni aggiuntive, elaborazione contabile delle retribuzioni di risultato e produttività collettiva, posizioni dirigenziali e organizzative),
 - contributivo (predisposizione conteggi per versamenti INPS contributi TFS, TFR, pensionistici),
 - assicurativo INAIL (Denunce infortuni e annuali),
 - previdenziale (Collocamento in quiescenza e predisposizione conteggi pensione),
 - fiscale (Predisposizione mod.770, elaborazione CUD).
- Definisce e gestisce i fondi contrattuali.
 - Gestisce l'amministrazione dell'attività di libera professione intramuraria svolta dal personale dirigente sanitario attraverso la struttura dedicata alla gestione della libera professione. In particolare:
 - provvede alla stesura e revisione del relativo regolamento, definendo in accordo con la dirigenza sanitaria i tariffari per le prestazioni erogate (ambulatoriale e ricoveri);
 - sovrintende alla contabilità separata della libera professione ed al suo raccordo con la contabilità generale;
 - sovrintende all'attività di fatturazione ed all'elaborazione delle competenze mensili spettanti al personale autorizzato alla libera professione;
 - collabora alle verifiche sul corretto esercizio dell'attività libero professionale e con il servizio ispettivo per i controlli di competenza;
 - provvede alla stipula ed alla gestione delle convenzioni con strutture private non accreditate e studi professionali per l'esercizio dell'attività libero professionale.

UFFICIO CONCORSI

- Cura le procedure di selezione e di acquisizione del personale.
- Adozione atti e gestione procedure relative a frequentatori e collaboratori volontari.
- Supporto al Collegio Tecnico nella valutazione del personale dirigente e predisposizione degli atti conseguenti all'attribuzione degli incarichi e la relativa graduazione.

Dipartimento di Prevenzione

Il Dipartimento di Prevenzione, previsto dall'art.7 del Decreto Legislativo 502/1992 di riordino del Servizio Sanitario Nazionale è una delle tre articolazioni fondamentali dell'Azienda Sanitaria Locale; esso è la struttura dell'ASReM preposta all'organizzazione ed erogazione delle attività proprie del livello di assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro.

Al suo interno, in coerenza con il modello dipartimentale aziendale, sono previsti i seguenti organismi:

- Direttore di Dipartimento
- Comitato di Dipartimento

Il funzionamento del Dipartimento e dei suoi organismi è disciplinato da apposito regolamento elaborato dal Comitato di Dipartimento e approvato dal Direttore Generale.

Il D.P. svolge quindi le funzioni e le attività previste dai Piani nazionali e regionali:

- raccordandosi con la rete territoriale per sostenere ed armonizzare la pianificazione della prevenzione locale;
- collaborando con altre Strutture aziendali e con istituzioni esterne al fine di affiancare alle consolidate e indispensabili attività di prevenzione e controllo, lo sviluppo di nuove attività, promozione della salute in grado di contrastare l'aumentata incidenza di malattie cronicodegenerative e tumorali.

Il D.P, inoltre, in linea con la visione della sanità pubblica regionale e con la consapevolezza della grave crisi economica generale, promuove e attua attività di informazione/formazione/assistenza alle imprese.

Il D.P. provvede alla gestione amministrativa – contabile del budget complessivo assegnato.

Il Dipartimento di Prevenzione è un Dipartimento Strutturale, costituito al proprio interno da SC dotate di autonomia organizzativa e chiamato a svolgere attività di produzione a livello territoriale.

Esso aggrega in particolare le strutture organizzative previste dal citato art.7 Decreto Legislativo 502/1992 s.m.i. e include inoltre le funzioni del Piano Locale della Prevenzione.

STRUTTURE:

- 1) SC Igiene e sanità pubblica;
- 2) SC Epidemiologia;
- 3) SC Igiene degli alimenti e della nutrizione;
- 4) SC Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro;
- 5) SC VETERINARIO - AREA A - Sanità animale;
- 6) SC VETERINARIO - AREA B Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati;
- 7) SC VETERINARIO - AREA C - Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche;
- 8) SS VETERINARIA Bonifica sanitaria degli allevamenti area DS Campobasso
- 9) SS VETERINARIA Bonifica sanitaria degli allevamenti area DS Termoli
- 10) SS VETERINARIA Bonifica sanitaria degli allevamenti area DS Isernia

27. SC Igiene e sanità pubblica

(all'interno del Dipartimento di Prevenzione e delle Dipendenze)

Epidemiologia e profilassi malattie infettive, medicina del viaggiatore e dei migranti. Educazione sanitaria per corretti stili di vita e prevenzione incidenti domestici e stradali. Tutela della salute contro i fattori di rischio legati all'inquinamento dell'aria, acqua e suolo. Vigilanza su esercizio attività estetica e cosmetici.

Pareri e vigilanza su strutture sanitarie, socio-assistenziali, recettive e scolastiche. Igiene edilizia, verifica piani regolatori e strumenti urbanistici.

Controllo dei prodotti pericolosi per la salute e la sicurezza dei consumatori (sistema d'allerta Rapex) e regolamento Reach.

Controllo su apparecchi radiogeni e gas tossici. Polizia mortuaria e flussi cause di morte.

28. SCEpidemiologia

(all'interno del Dipartimento di Prevenzione)

Promozione di standard epidemiologici per i sistemi informativi sanitari, attività epidemiologica valutativa, uso di dati di letteratura ed epidemiologici ai fini di pianificazione ed valutazione.

Assistenza metodologica e collaborazione alla realizzazione di indagini adhoc.

Assistenza e supporto alle attività di prevenzione, sorveglianza e controllo delle malattie infettive delle ASReM.

Sviluppo di metodi per la valutazione multidimensionale del benessere e per la integrazione intersettoriale delle politiche per la promozione della salute.

Assistenza alle attività di sorveglianza epidemiologica e di valutazione del rischio biologico. Attività di formazione, di documentazione e di assistenza metodologica ai progettilocali.

Realizzazione del piano locale della prevenzione.

Coordinamento delle attività per l'integrazione delle funzioni di prevenzione, sorveglianza e controllo delle malattie infettive nella ASReM.

Epidemiologia di comunità: le funzioni dipartimentali di epidemiologia di comunità comprendono la sorveglianza dello stato di salute della popolazione, attività di ricerca epidemiologica applicata, nonché attività di supporto, per quanto di competenza, alla programmazione aziendale ed alle Istituzioni locali.

29. SCigiene degli alimenti e della nutrizione

(all'interno del Dipartimento di Prevenzione e delle Dipendenze)

Gestisce la prevenzione e la sorveglianza delle patologie tossinfettive correlate agli alimenti (MTA), l'igiene e la sicurezza degli alimenti e delle bevande, l'igiene della nutrizione con finalità di promozione della salute e di contrasto all'aumento delle malattie cronico-degenerative e tumorali.

Effettua la sorveglianza nutrizionale con la raccolta mirata di dati statistico – epidemiologici. Effettua la registrazione delle imprese alimentari e ne verifica l'adeguatezza igienica e strutturale.

Effettua attività di vigilanza e controllo ufficiale dei prodotti alimentari e dei requisiti strutturali, funzionali e gestionali delle imprese di produzione, preparazione, confezionamento, deposito, trasporto, somministrazione e commercio di prodotti alimentari e di bevande; svolge inoltre attività di P.G.

Sorveglia la commercializzazione e l'utilizzo di prodotti fitosanitari.

Promuove le attività di prevenzione delle intossicazioni da funghi tramite le attività proprie dell'Ispettorato micologico.

Effettua il controllo ufficiale delle acque della rete idrica pubblica, il controllo di fonti e sorgenti d'acqua di uso pubblico, esprime pareri di potabilità.

30. SCPrevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro

(all'interno del Dipartimento di Prevenzione e delle Dipendenze)

Individuazione, accertamento e misurazione dei fattori di rischio per la sicurezza e la salute sul lavoro e promozione delle idonee misure di prevenzione nei comparti a rischio, individuati anche attraverso l'utilizzo dei flussi informativi Inail.

Effettuazione di interventi di vigilanza nelle aziende e nei cantieri edili per l'individuazione delle situazioni di rischio e per la verifica dell'adeguatezza dei sistemi di prevenzione aziendale e successiva emanazione di provvedimenti per l'eliminazione o la riduzione delle situazioni di rischio.

Sorveglianza e prevenzione delle malattie professionali e degli infortuni sul lavoro.

Svolgimento di tutte le attività riguardanti il Sistema di Sorveglianza degli Infortuni Mortali delegato allo Spresal dall'ASReM.

Controllo sulle attività di bonifica dei materiali contenenti amianto attraverso la valutazione del piano di lavoro e la vigilanza nei cantieri.

Svolgimento di attività amministrative per la concessione di pareri e deroghe inerenti i luoghi di lavoro.

31. SC VETERINARIO - AREA A - Sanità animale

(all'interno del Dipartimento di Prevenzione e delle Dipendenze)

Prevenzione e controllo delle malattie infettive e diffusive degli animali e delle zoonosi. Profilassi pianificate nazionali e regionali.

Gestione delle anagrafi zootecniche e anagrafe canina.

Controlli sulle misure di bio-sicurezza negli allevamenti zootecnici. Prevenzione della rabbia e dei fenomeni di aggressività dei cani.

Interventi in materia di igiene urbana e di controllo sugli animali sinantropi e selvatici.

Vigilanza veterinaria su: movimentazione, commercio, fiere, mercati, importazione ed esportazione di animali.

Rilascio di pareri autorizzativi e preventivi, certificazioni e attestazioni.

Informazione e formazione sanitaria rivolta al personale ASReM, agli OSA ed alla popolazione in generale.

Attività di P.G. anche in collaborazione con altri organi di controllo (N.A.S. e Forza dell'Ordine).

32. SS VETERINARIO –Bonifica Sanitaria degli allevamenti – area DS Campobasso

(all'interno della SC VETERINARIO AREA A Sanità animale)

33. SS VETERINARIO –Bonifica Sanitaria degli allevamenti – area DS Termoli

(all'interno della SC VETERINARIO AREA A Sanità animale)

34. SS VETERINARIO –Bonifica Sanitaria degli allevamenti – area DS Isernia

(all'interno della SC VETERINARIO AREA A Sanità animale)

Profilassi pianificate nazionali e regionali.

35. SC VETERINARIO - AREA B - Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati

(all'interno del Dipartimento di Prevenzione e delle Dipendenze)

Ispezione, controllo e vigilanza, su tutta la filiera produttiva degli alimenti di origine animale: macellazione, sezionamento, lavorazione, confezionamento, conservazione, trasporto, distribuzione, vendita.

Prelevamento campioni ufficiali, su matrici di origine animale, per indagini chimiche, fisiche e microbiologiche.

Pratiche istruttorie relative alla registrazione e riconoscimento delle imprese alimentari. Controllo e vigilanza importazione alimenti di origine animale da paesi U.E. e TERZI.

Interventi per esposti di privati cittadini su non conformità negli alimenti di origine animale. Certificazioni per import/export di alimenti di origine animale.

Informazione e formazione sanitaria rivolta al personale ASReM, agli OSA ed alla popolazione generale.

Attività di P.G. relativa agli alimenti anche in collaborazione con altri organi di controllo (N.A.S. e Forza dell'Ordine).

Gestione degli stati di allerta alimentari.

Sorveglianza epidemiologica, gestione delle emergenze sanitarie e non, abbattimento degli animali infetti.

Vigilanza su: mercati, stalle di sosta, pascoli e greggi vaganti, canili, concentramenti animali e attività di P.G. anche in collaborazione con altri organi di controllo.

Collaborazione con le aree funzionali A-B-C e controllo della riproduzione animale. Disinfezione degli allevamenti e degli autoveicoli destinati al trasporto degli animali. Prelevamento campioni.

Trasporto campioni e materiale MSR.

Contenimento e controllo delle colonie feline (sterilizzazione). Trasporto carcasse e animali vivi e contenimento animali.

Attività dello "sportello regionale degli animali d'affezione".

Piano avvelenamenti animali d'affezione, piano ORAP, piano sorveglianza BSE. Piano di monitoraggio mortalità in allevamenti bovini sentinella.

36. SC VETERINARIO - AREA C - Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche

(all'interno del Dipartimento di Prevenzione e delle Dipendenze)

Controllo e vigilanza su: farmaco veterinario, latte e derivati, alimentazione animale, mangimi e sottoprodotti di origine animale, benessere animale degli animali da reddito e da affezione e sperimentazione, riproduzione animale, detenzione e commercio delle specie esotiche.

Attuazione del Piano Residui e prelievi ufficiali su alimenti e mangimi. Interventi per esposti o reclami sulle tutte attività di competenza.

Documentazione epidemiologica relativa ai rischi ambientali derivanti dall'attività zootecnica e dall'industria di trasformazione dei prodotti di origine animale e tutela dell'allevamento dai rischi di natura ambientale.

Pratiche istruttorie relative alla registrazione e riconoscimento degli stabilimenti di competenza. Informazione e formazione sanitaria rivolta al personale ASL, agli OSA ed alla popolazione generale. Attività di P.G. anche in collaborazione con altri organi di Controllo (N.A.S., A.R.P.A., C.F.S., G.F. ecc.). Gestione degli stati di allerta degli alimenti e mangimi.

Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze

E' un Dipartimento strutturale, che ha la seguente mission.

- Promuovere, nell'ambito istituzionale dei Programmi delle Attività Territoriali e dei Piani Distrettuali per la Salute ed il Benessere Sociale, la salute mentale ed il contrasto alle dipendenze patologiche, come aspetto della salute generale in ogni fascia di età ed in ogni strato sociale della popolazione, in un'ottica che presta attenzione ai nessi ambientali (intesi in senso lato) per leggere criticamente il benessere, il disagio, la malattia e progettare risposte congruenti.
- Facilitare il libero accesso agli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione, correggendo gli aspetti organizzativi - strutturali che ostacolano la fruizione dei servizi, favorendo la crescita di una cultura che elimini lo stigma.
- Tutelare i diritti di effettiva cittadinanza delle persone con disagio psichico, disturbo mentale, disabilità psicofisica e dipendenze patologiche che rischiano di produrre discriminazioni ed emarginazioni dal tessuto sociale.
- Garantire all'utenza di riferimento una presa in cura effettiva, comprendente gli ambiti sanitari e sociali, coordinando a tale scopo l'integrazione delle prestazioni rese da altre UUOO o Servizi (case management).
- Garantire, attraverso la partecipazione agli organismi consultivi aziendali e regionali, rapporti con le rappresentanze dei cittadini e degli utenti, valorizzando come risorsa dei servizi la partecipazione delle associazioni degli utenti, dei loro famigliari e del volontariato.
- Garantire la produzione di prestazioni e servizi appropriati, qualificati e centrati sui bisogni delle persone, favorendo la partecipazione dell'utente al proprio piano di trattamento.
- Produrre servizi essenziali e prestazioni appropriate, assicurando la unitarietà e la continuità degli interventi con un uso razionale di tutte le risorse.
- Potenziare la multidisciplinarietà e interdisciplinarietà ad ogni livello della rete dei servizi del DSM-DP, attuando una effettiva integrazione con gli altri servizi sanitari e sociali aziendali ed extra-aziendali, per fornire una risposta tempestiva, globale e di durata definita nel tempo.

Prevenzione, cura e riabilitazione della salute mentale, in età evolutiva, adolescenziale ed adulta, nel bacino di popolazione di riferimento dell'ASReM

E' articolato in tre SC CSM, una per ogni area distrettuale ed in ciascuna è presente una SS SPDC, in una SC e due SS delle Dipendenze

37. SC CSM Area distrettuale Campobasso

(all'interno del Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze)

38. SC CSM Area distrettuale Termoli

(all'interno del Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze)

39. SC CSM Area distrettuale Isernia

(all'interno del Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze)

Supporto di soggetti che non presentino stati di accertata patologia, ma che necessitino di interventi per il mantenimento del benessere o per essere aiutati in occasione di particolari eventi della vita, coordinando le proprie attività con quelle di altri servizi del territorio attraverso la costruzione di una organizzazione a rete in relazione a obiettivi definiti con gli interlocutori esterni.

Attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione del disturbo mentale della popolazione adulta, attraverso i CSM, cardini operativi cui l'utenza accede ed in cui si svolgono funzioni di valutazione iniziale e di presa in carico ambulatoriale.

Continuità assistenziale e svolgimento dei percorsi di cura o riabilitativi, finalizzati al recupero del ruolo sociale degli utenti e volti a potenziarne le abilità sociali, lavorative e relazionali.

Valutazione multi dimensionale e multi professionale e la presa in carico terapeutica, assicurando a ciascun

utente un piano di intervento personalizzato e periodicamente verificato.

Gestione di patologie psichiatriche, in senso ampio, in fase di scompenso clinico acuto e richiedenti cure intensive, attraverso il ricorso al SPDC, con ricoveri improntati alla massima appropriatezza clinica ed alla prevenzione di ogni fenomeno di istituzionalizzazione, e limitati alle sole situazioni urgenti.

Supporto specifico ai familiari delle persone in cura.

Monitoraggio continuo di tutti gli interventi svolti all'interno del Centro Diurno, dei Nuclei riabilitativi territoriali, delle Strutture semiresidenziali e residenziali (SRP1, SRP2, SRP3) del territorio dell'ASReM, nonché della gestione dei casi giudiziari, a mente del DPCM 01 aprile 2008 e s.m.i.

Assistenza psicologica, a seconda di bisogni prestabiliti e/o incorrenti, assicurando comunque la stabilità delle funzioni svolte e la continuità della presa in carico, secondo le necessità diagnostiche ed i progetti di cura individuali concordati.

Gestione amministrativa – contabile del budget complessivo assegnato alla Struttura.

L'accesso alle prestazioni sociosanitarie delle strutture accreditate avviene attraverso la funzione dell'UVM convocata dal Direttore del Distretto Sociosanitario di riferimento, su richiesta della relativa SC CSM.

Alla seduta partecipa un dirigente della SC CSM delegato alla spesa. Le prestazioni socio sanitarie hanno un budget di spesa a carico del Dipartimento di Salute Mentale.

A seguito del DPCM 1.4.2008, della legge n. 9 del 17.2.2012, che ha convertito, con modifiche, il decreto-legge n. 211 del 22.12.2011, come modificato dal decreto legge 25.3.2013 n. 24, all'art. 3 ter, le competenze dei servizi territoriali operanti nell'ambito delle Aziende sanitarie locali comprendono, attualmente, anche prese in carico ed interventi terapeutici nei confronti di soggetti, in stato di libertà, destinatari di provvedimenti di applicazione provvisoria e definitiva di misure di sicurezza emessi dall'Autorità Giudiziaria, nonché di interventi specialistici mirati in ambito penitenziario.

Tali attività registrano, per altro, un trend di crescita della domanda in continuo incremento.

40. SPDC del Plesso Ospedaliero di Campobasso

(all'interno della SC CSM Area distrettuale Campobasso)

41. SPDC del Plesso Ospedaliero di Termoli

(all'interno della SC CSM Area distrettuale Termoli)

42. SPDC del Plesso Ospedaliero di Isernia

(all'interno della SC CSM Area distrettuale Isernia)

I Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) sono servizi territoriali del Dipartimento ubicati all'interno dei Plessi Ospedalieri di Campobasso, Termoli e Isernia.

Essi sono deputati alla gestione di patologie psichiatriche, in senso ampio, in fase di scompenso clinico acuto e richiedenti cure intensive. Il ricorso al SPDC, improntato alla massima appropriatezza clinica ed alla prevenzione di ogni fenomeno di istituzionalizzazione, è limitato alle sole situazioni urgenti attenendosi a quanto previsto dalla specifica normativa vigente.

43. SC Dipendenze

(all'interno del Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze)

La Legge 79/2014, di modifica di alcuni articoli del D.P.R. 309/90, Testo Unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza, disciplina il cambio di denominazione da Servizi per le Tossicodipendenze (Ser.T.) a Servizi per le Dipendenze (Ser.D.).

Tale cambiamento, non solo terminologico, prende atto della aumentata complessità del fenomeno non più legato esclusivamente all'uso della sostanza, prevalentemente eroina, ma anche ad altri comportamenti che inducono dipendenza senza uso di sostanze (gioco d'azzardo, internet, shopping compulsivo, ecc....). Questa nuova visione dei servizi impone di conseguenza una riorganizzazione del Sistema pubblico che deve essere in grado di proporre risposte complesse a bisogni sempre più complessi e articolati. In tale contesto, occorre definire una strategia tesa a implementare e potenziare il servizio pubblico, adottando una modalità di intervento che privilegia la valutazione multidimensionale del bisogno, i percorsi terapeutici integrati, il raccordo con le ulteriori realtà del territorio, nel rispetto di una logica di rete, con strutturazione di protocolli di presa in carico globale.

Attualmente, nell'Azienda, il problema è affrontato nei SER.D. previsti. La loro presenza consente di raggiungere una discreta capillarizzazione sull'intero ambito aziendale che deve però essere rafforzata in alcune aree nel rispetto della diversità geomorfologica dei territori.

La SC della Dipendenza garantisce la programmazione, la gestione, la verifica e la valutazione degli interventi e delle azioni rivolte alle dipendenze patologiche nell'ambito della tutela della salute, della prevenzione, della socio-riabilitazione e della riduzione dei danni e dei rischi per le dipendenze patologiche. Costituisce nell'Azienda l'organo di indirizzo, controllo e governo del sistema integrato di servizi pubblici e del privato sociale ed è organizzata in centri di costo e di responsabilità. L'Area prevede una articolazione organizzativa aziendale e periferica di servizi centrali, (SC che svolge anche assistenza nel DSoSa di Campobasso) e territoriali (SS di Termoli ed Isernia), e di tipologie (strutture ambulatoriali territoriali, strutture intermedie diurne e residenziali, unità mobili, strutture accreditate degli Enti Ausiliari) il cui insieme configura un sistema di servizi e di azioni diversificate e adeguate alle diverse realtà e caratteristiche degli utenti di riferimento (consumatori di droghe e sostanze psicoattive illegali e legali, detenuti, immigrati STP, senza dimora, alcolisti, consumatori problematici di cocaina e di alcol, policonsumatori, consumatori ricreativi, dipendenze senza sostanze (Ludopatie, internet addiction, etc).

In ordine al DL n. 230/99 ed al DPCM 1 aprile 2008 e successive "Linee guida per la stesura del protocollo locale per la Gestione del Servizio di Medicina Penitenziaria" - D.G.R.C. n. 96/2011 -, l'Area dovrà porre particolare attenzione all'organizzazione dell'assistenza ai detenuti tossicodipendenti che dovrà essere programmata in modo coerente con l'assistenza ordinaria e raccordata con il circuito dei servizi interni e di quelli accreditati, sia per garantire la continuità assistenziale che per la corretta esecuzione delle misure alternative alla detenzione. Andranno quindi definiti gli aspetti organizzativi e le modalità operative, facendo riferimento alla normativa nazionale e regionale.

La SC provvede alla gestione amministrativo – contabile del budget complessivo assegnato alla Struttura.

La SC delle Dipendenze ha quattro principali linee di attività:

1) ALCOLOGIA

Si occupa della presa in carico di persone o famiglie con problemi alcol correlati e collabora con gli altri servizi di alcologia regionali, con le strutture aziendali ospedaliere e del territorio e con le associazioni di volontariato nell'ambito di programmi di prevenzione, cura e riabilitazione.

2) DIPENDENZE DA SOSTANZE

E' finalizzata a proporre, oltre ad interventi di prevenzione primaria sulle categorie a rischio, programmi terapeutico riabilitativi individualizzati e centrati sui bisogni dei pazienti e del loro sistema di riferimento sociale allargato. La progressiva evoluzione dello scenario sociale e la diversificazione della domanda di intervento ha portato alla strutturazione di interventi e servizi specialistici che si affiancano a quello tradizionale per i consumatori di sostanze da strada e che sono caratterizzati da proprie metodologie, strumenti e contesti d'intervento (servizi di prossimità, bassa soglia/riduzione del danno, abuso di farmaci, cocainismo e psicostimolanti di sintesi, consumo di sostanze in ambito ricreativo).

3) GIOCO PATOLOGICO (LUDOPATIE / GAP)

Effettua azioni orientate ad implementare collaborazioni già esistenti su progetti avviati sia a livello locale, sia a livello regionale, crea nuovi progetti finalizzati al sostegno di azioni innovative per prevenire e contrastare la dipendenza da gioco d'azzardo e l'usura ad essa collegata.

Promuove e pubblicizza presso la cittadinanza le attività di accoglienza e ascolto offerte dalle diverse realtà istituzionali e di volontariato.

Costruisce percorsi terapeutico riabilitativi individualizzati sui pazienti affetti da GAP e da nuove forme di dipendenza comportamentale (Internet Addiction Disorder).

4) **PSICOLOGIA DIPENDENZE PATOLOGICHE**

E' finalizzata alla presa in carico di soggetti affetti da dipendenze patologiche da sostanze e comportamenti nell'ambito di progetti di cura multi professionali. Nello specifico gli Psicologi ad essa attribuiti effettuano interventi di valutazione psicodiagnostica, psicoterapia individuale, di gruppo e familiare specifici per le dipendenze patologiche nell'ottica del cambiamento motivazionale.

44. SS Dipendenze (Area DS Isernia)

(all'interno della SC Dipendenze)

45. SS Dipendenze (Area DS Termoli)

(all'interno della SC Dipendenze)

Svolgono le attività professionali del Ser.D., sopra descritte nelle specifiche aree distrettuali.

1. L'organizzazione di tipo orizzontale

L'organizzazione territoriale del Distretto Socio – Sanitario di tipo integrato mira a configurare livelli di offerta non più frammentati e ad evitare le duplicazioni e i costi aggiuntivi derivanti dalla duplicazione di strutture organizzative omogenee e non coordinate tra loro nello svolgimento del medesimo compito.

Tale organizzazione prevede la sostituzione del sistema a strutture chiuse, organizzate solo verticalmente per funzioni, con un sistema che utilizza collegamenti funzionali sempre più incisivi di tipo orizzontale, anche tra strutture non omogenee.

Questo diverso modello organizzativo deve accompagnarsi ad un profondo cambio di paradigma del modello assistenziale che deve essere orientato alla salute e non ai consumi sanitari. Ragionare in termini di salute vuol dire partire dai bisogni reali e promuovere gli stili di vita sani tenendo anche conto del fatto che i profondi mutamenti demografici ed epidemiologici della popolazione impongono scelte di modelli assistenziali più coerenti con il prevalere delle patologie di tipo cronico-degenerativo.

Un sistema in cui ad esser remunerata sia la salute e non la malattia può sostenere configurazioni organizzative e gestionali più compatibili con le risorse a disposizione, comunque limitate.

E' necessario, pertanto, mettere in atto, nel Distretto Socio - Sanitario procedure e sistemi che garantiscano il recupero di appropriatezza, sul versante sia dell'offerta che della domanda, e l' integrazione con il sociale.

2. L'appropriatezza e l'integrazione quale scelta strategica

Il Distretto Socio – Sanitario si identifica con l'area territoriale dove sono presenti tutti i punti di erogazione delle prestazioni socio –sanitarie, sia pubbliche che private accreditate.

Si richiede una modificazione delle modalità organizzative interne e della struttura delle relazioni al fine di formulare una risposta integrata da parte di tutti gli attori coinvolti nel sistema, operando secondo le logiche della "governance".

Per rispondere alle modifiche dell'ambiente di riferimento - nella composizione e nelle abitudini della popolazione e nelle modalità di gestione delle risorse finanziarie – si individuano le seguenti direttrici di sviluppo:

- La logica di sistema per la tutela complessiva della salute – la massimizzazione dei benefici sociosanitari della popolazione di riferimento si garantisce attraverso la responsabilizzazione di tutti i soggetti detentori di responsabilità sociali, per cui il complesso contesto sociologico che sottende i meccanismi di formazione della domanda, e l'universo multistakeholder che caratterizza e posiziona l'azienda nella fase erogativa configurano la dimensione entro cui attivare gli approcci operativi: gli strumenti di supporto a tale scenario devono essere coerenti con gli obiettivi;
- la logica della integrazione delle risposte - la percezione del bisogno del cittadino è elemento centrale dell'attività delle istituzioni; ad ogni cittadino corrisponde un bisogno differente al quale si collega una risposta unitaria che integra in se una gamma di servizi erogati da istituzioni e strutture differenti e diverse tra loro (Comuni, Terzo settore, Azienda Sanitaria). A tal proposito si sottolinea l'importanza della continuità assistenziale dall'ospedale al domicilio dell'utente come mezzo fondamentale per rendere effettivo il diritto alla salute del cittadino, così come anche ribadito nel nuovo Patto per la Salute 2010- 2012;
- la logica aziendale nella gestione delle risorse - prevede lo sviluppo di strumenti, nati in ambito aziendale, che consentono di razionalizzare i costi per l'erogazione dei servizi, fungendo anche da elementi di valutazione dell'efficacia e dell'efficienza raggiunta nell'attività di erogazione dei servizi stessi. In particolare ci si riferisce ad un set di strumenti e logiche di azione quali il sistema di contabilità analitica, il Project management, le valutazioni di sostenibilità economico finanziaria, che permettono di controllare la posizione del soggetto erogatore di servizi rispetto al vincolo rappresentato dall'ammontare delle risorse disponibili.

In sintesi gli aspetti cruciali della modalità di risposta al bisogno socio-sanitario individuati si caratterizzano per:

- La prospettiva sistemica sia sul versante dell'analisi del bisogno che sul versante dell'organizzazione di risposte praticabili;
- Il confronto continuo con le autonomie locali per il superamento della logica di intervento settoriale;
- La valorizzazione dei Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA) quale momento di condivisione ex ante e corresponsabilizzazione ex post.

3. Gli attori e gli strumenti della governance

Il territorio deve dunque sviluppare soluzioni che vadano verso la integrazione delle risposte assistenziali erogate in ambito sanitario con le risposte assistenziali erogate in ambito sociale o da soggetti terzi. Tali risposte devono essere organizzate in Processi Diagnostici Assistenziali/Percorsi Diagnostico- Terapeutici Assistenziali (PDTA), che tagliano trasversalmente le strutture organizzative, nel rispetto da un lato dei vincoli di efficacia, dall'altro da quelli di efficienza e di economicità che la scarsità di risorse finanziarie impone.

Il territorio deve pertanto dotarsi di competenze e strumenti capaci di garantire tale integrazione e, al contempo, di offrire valide indicazioni economico-finanziarie di supporto alle decisioni, organizzando le attività di pianificazione e controllo, nella vision del budget, attraverso un processo di modeling innovativo. Il recupero di appropriatezza dell'ambito di cura, il regime assistenziale calibrato sull'effettivo bisogno, la corrispondenza della domanda e dell'offerta, consentono altresì di interpretare l'integrazione sociosanitaria come una precisa opzione strategica di sistema.

Questa scelta impone precise assunzioni di responsabilità da parte di tutti gli stakeholder, e va sostenuta attraverso politiche di governance che coordinino ed uniscano i vari attori del pianeta salute, ed escano dalla logica della frammentazione autoreferenziale. Si tratta di superare le barriere e le contrapposizioni ideologico-gerarchico-organizzative Ospedale/Territorio, Pubblico/Privato, Sanitario/Sociale, e di adottare una vision unificante della tutela della salute sostenuta da logiche di finanziamento coerenti, e di riorientare le scelte in maniera virtuosa. E' questo l'obiettivo della riorganizzazione della rete territoriale da adottarsi nella convinzione che un sistema in cui ad essere pagante sia la salute e non la malattia può sostenere configurazioni organizzative e gestionali a impatto compatibile con le limitate risorse a disposizione.

Riempire di contenuti concretamente operativi la cornice della integrazione sociosanitaria può consentire di individuare modelli innovativi e competitivi, di configurare paradigmi assistenziali evoluti, compatibili con i profili economici, sostenendo così l'implementazione di un nuovo modello di welfare, da welfare state a welfare community, in cui sono le comunità locali che, insieme, analizzano i bisogni e coprogettano le risposte integrate.

In questo contesto diviene strategica la valorizzazione del ruolo dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta, attori fondamentali insieme ai quali implementare le strategie del cambiamento, valorizzando le competenze tecnico-professionali e gestionali. Essi costituiscono un osservatorio privilegiato delle necessità della popolazione e sono sia committenti interni, in quanto definiscono la domanda, che, soprattutto, produttori.

Una volta compreso che al sistema salute concorrono attori ben più numerosi che al sistema sanità, presidiarne la complessità può diventare la scelta vincente.

In coerenza con tali assunti si intende configurare un modello assistenziale che:

- individua l'Ospedale, con caratteristiche di intensità e complessità assistenziale ad alta tecnologia sanitaria applicata, quale insostituibile ambito di riferimento per pazienti acuti e, dall'altro, identifica il Territorio-Distretto quale ambito elettivo per il trattamento delle patologie a sfondo cronico-degenerativo, presidiando fortemente l'integrazione sociosanitaria;

- promuove e supporta la condivisione operativa incentrata su comuni obiettivi di salute, consentendo di superare le logiche di separazione che hanno caratterizzato i precedenti assetti gestionali;
- introduce il budget di Distretto, così come previsto dal D.L.vo 502/92 e s.m.i. art. 3 quater, comma 2, quale strumento di coerenza nella valorizzazione del rapporto tra committenza e produzione. Il budget contiene indicatori sia di efficacia che di economicità, quindi è outcome di impatto assistenziale quanto output di processo gestionale.

4. Il governo della domanda e la responsabilità della gestione

Il cardine di tale modello assistenziale è il governo della domanda, il recupero di appropriatezza la ricomposizione dell'offerta, nella traiettoria unificante dell'individuazione, dell'implementazione e del monitoraggio dei PDTA, da inserire nel processo di budget distrettuale.

L'individuazione, la elaborazione, la sperimentazione e la valutazione dell'efficacia dei PDTA enfatizza il tenore specialistico professionale proprio dei Dipartimenti/Coordinamenti centrali.

Il governo della domanda ed il recupero di appropriatezza si fondano sul presupposto che siano individuate modalità di analisi dei bisogni incentrate sull'approfondimento dei meccanismi di formazione della domanda. E' pertanto necessaria la condivisione dell'assunto culturale che soltanto la conoscenza del bisogno reale consente la individuazione e la eliminazione della domanda indotta. La appropriatezza è da ricercare non soltanto nella risposta erogativa quanto anche, e soprattutto, nel complesso contesto sociologico che sottende alla formazione della domanda stessa. E' questa una vera sfida per la Direzione del Distretto Socio-Sanitario nel suo ruolo di committenza: solo dopo che la domanda è stata individuata come espressione di un reale bisogno, va ricercata la idonea modalità di intervento e l'ambito di cura più appropriato, nell'ottica di privilegiare comportamenti che vedano la ricerca di efficienza quale discriminante tra percorsi ugualmente efficaci.

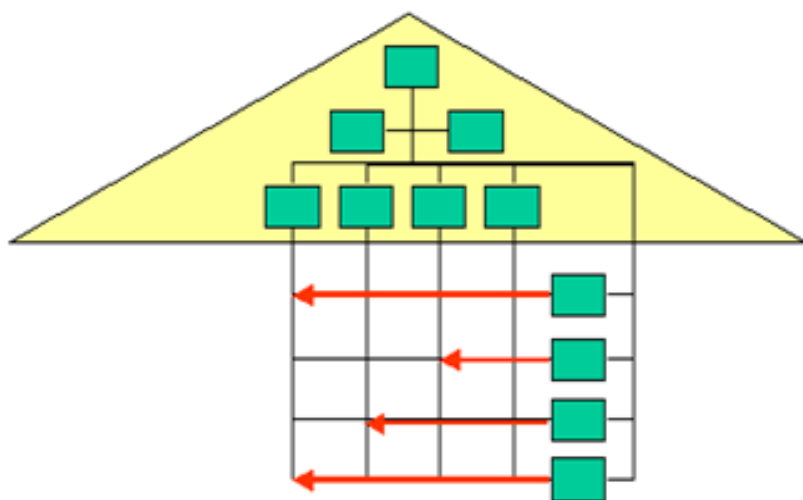
Il modello proposto, anche mediante progettazioni sperimentali intermedie, individua le funzioni di tutela sanitaria e socio-sanitaria della popolazione in capo alla Direzione del Distretto Socio-Sanitario e la razionalizzazione delle competenze tecnico-professionali nell'organizzazione dipartimentale/coordinamento centrale, configurando un modello integrato di intervento.

Esso presuppone un alto grado di responsabilizzazione gestionale ed economica del Direttore del Distretto. La direzione del Distretto è infatti vista fondamentalmente come attrice del governo della domanda, come responsabile dei consumi e allocatrice di risorse.

Il budget di Distretto rappresenta il contenitore logico di tale assunto organizzativo di cui rappresenta il coerente strumento gestionale. La Direzione del Distretto è individuata come Centro di Responsabilità

(CdR) che contratta il budget con la Direzione Strategica.

Perché la rete distrettuale sia unica è anche necessario ripensare all'articolazione delle Unità Operative. Esse vanno qualificate non più per funzioni verticali, ma organizzate in una forte tensione integrativa orizzontale, trasversale. Esse partecipano al soddisfacimento complessivo di un bisogno e rispondono in modo uniforme, per accesso, qualità e quantità (in riferimento all'analisi del bisogno di quel territorio) di prestazioni.



5. Le modalità delle risposte assistenziali

Particolare importanza assumono:

- a) la individuazione di soluzioni organizzative tali da configurare il Distretto quale principale punto d'accesso, non solo ai servizi distrettuali ma alla rete generale dei servizi sanitari e sociosanitari. Tale soluzione si sostanzia, operativamente, nell'organizzazione di Punti di Accesso territoriali, governati logicamente dalla PUA distrettuale, ai quali compete:
 - la funzione di *accoglienza e informazione*,
 - la funzione di *valutazione di primo livello*, finalizzata ad avviare un percorso di accesso al sistema dei servizi che, a seconda dell'intensità delle situazioni problematiche espresse, semplici o complesse, possa prevedere:
 - l'invio ai servizi sanitari o sociali,
 - l'attivazione della valutazione multidimensionale finalizzata ad una presa in carico integrata,
 - la attivazione di tutte le risposte necessarie a soddisfare la richiesta ed il bisogno del cittadino in relazione alle risorse disponibili.

In tale organizzazione il Medico di Medicina Generale, è tra i primi interlocutori del cittadino.

- b) Il potenziamento delle Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) per diffondere la Valutazione Multiprofessionale dei bisogni che necessitano di risposte di tipo complesso e per la definizione di Progetti Assistenziali Individualizzati (PAI).
- c) La strutturazione di una rete di offerta unica: l'insieme integrato Ospedale – Distretto – Dipartimenti - Sociale, diventa una articolata, ma unica, struttura di offerta in rete: di prestazioni, di servizi, di interventi.

Il Distretto Sociosanitario con le sue diverse articolazioni è immaginato come un doppio imbuto che da un verso riceve – anzi va verso – il bisogno e lo elabora al suo interno, e dall'altra compone una risposta unitaria e complessiva, secondo criteri di appropriatezza condivisa e sulla base della valutazione del rapporto costo/efficacia al fine di massimizzare le priorità sanitarie, sociali, ambientali.

6. Revisione del modello organizzativo – La presa in carico

Questo approccio, sostanziando nella “presa in carico” il filo conduttore della propria filosofia di intervento, evita innanzitutto la frammentazione dell'offerta, consente di ragionare sul bisogno, presenta il vantaggio della ricerca di appropriatezza sia sul versante clinico che dell'ambito di cura; evita duplicazioni di attività e riconduce la domanda all'interno delle strutture dell'ASReM.

Il Distretto Sociosanitario, per raggiungere la configurazione propria del modello previsto, deve profondamente ripensare il proprio paradigma organizzativo.

Il disegno dell'impianto organizzativo individua tre assunti logici fondamentali:

- la flessibilità;
- la struttura portante, di tipo Piatto o Orizzontale, che presuppone l'esistenza al suo interno di minimi elementi di verticalità o apicalità;
- la responsabilità/competenza organizzativo-gestionale, differenziata e indipendente dalla responsabilità/competenza tecnico-professionale specifica dei Dipartimenti/Coordinamenti centrali

Al Distretto, sotto la diretta e unica responsabilità della direzione, sono assegnati operatori e risorse di discipline diverse, escluso quelle previste in ambito di dipartimento strutturato.

Il Distretto si specializza col modello della “PRESA IN CARICO”. Con tale termine si intende l'operatività attraverso la quale si instaura un raccordo continuo con la Medicina Generale e i Pediatri di libera scelta e che presidia sia la funzione di accoglienza e prima valutazione (PUA) che la Valutazione Multidimensionale e la definizione dei Progetti Assistenziali Individualizzati (UVM):

Il Direttore del Distretto è responsabile dell'allocazione delle risorse e della valutazione della appropriatezza dei percorsi assistenziali integrati ed è, quindi, Centro di Responsabilità finale rispetto all'utenza.

Alla valutazione del bisogno ed alla definizione dei Progetti Assistenziali Individuali partecipano le Aree Dipartimentali/Coordinamento in relazione ai bisogni specifici dell'utente.

Si tratta di interpretare il sistema come un continuum tra regimi assistenziali di intensità variabile, nel quale il passaggio da uno all'altro diventa il progetto da costruire, la condizione da creare e da presidiare per la continuità dell'assistenza e non l'ostacolo fisico/logico alla interrelazione tra le parti.

7. I regimi assistenziali

Il paradigma "regime assistenziale" contiene i seguenti vettori logici, che dovranno essere oggetto di regolamenti specifici:

- che il regime è calibrato su precisi livelli di severità patologica o macropatologica;
- che al regime è collegato un preciso e puntuale consumo di risorse;
- che l'approccio risultante è dinamico, nel senso che il sistema è tanto più virtuoso quanto più in grado di innescare processi di allocazione in ambiti di cura a sempre minor consumo di risorse a parità di efficacia assistenziale richiesta (protocolli a costo minimizzato);
- che sono valorizzate e sviluppate logiche e strumenti condivisi di valutazione, su dimensioni insieme cliniche ed economiche, dei consumi di risorse.

Ci si riferisce all'integrazione professionale nel medesimo ambito di cura; alla integrazione tra ambiti di cura differenti; alla integrazione, nell'ambito dello stesso processo di cura, tra professionisti di differente estrazione culturale; alla integrazione tra servizi e dipartimenti; alla integrazione tra i livelli di cura sanitari e gli interventi dell'area del sociale; all'integrazione di rete; all'integrazione delle reti: processi che ineriscono differenti livelli di complessità, sono intercorrelati tra loro in modo non unilaterale, ma secondo codificati rapporti correlati a conseguenti sistemi di verifica.

8. La Direzione del Distretto Sociosanitario

Tra i principali compiti della Direzione del Distretto si individuano i seguenti:

- Elaborazione del Piano delle attività territoriali (PAT), avendo attenzione al sistema delle compatibilità in termini di risorse e di bisogni;
- Garanzia del presidio permanente dell'attività (verifica e valutazione) assicurando il continuo adeguamento quali-quantitativo ai bisogni e all'andamento delle risorse disponibili;
- Garanzia, in collaborazione con le funzioni di staff di programmazione e controllo, del buon funzionamento del sistema informativo, e il puntuale ed esaustivo assolvimento dei debiti informativi e, attraverso il controllo di budget, l'efficacia e l'efficienza d'uso delle risorse;
- Redazione della relazione annuale di Distretto. In tale ambito, in attuazione del Programma delle attività territoriali-distrettuali, effettua il monitoraggio dei dati di attività e dei risultati conseguiti in termini qualitativi e quantitativi, anche ai fini della descrizione dell'attività svolta, delle risorse impiegate, dei relativi costi e ricavi. La relazione annuale di Distretto, deve essere predisposta, a consuntivo, quale parte integrante della relazione aziendale;
- Partecipazione al processo di budget nell'ambito della Direzione aziendale presidiando gli obiettivi di competenza;

Al Direttore del Distretto sono attribuite le risorse definite in rapporto alle funzioni assegnate ed agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento definiti nel Programma delle attività territoriali distrettuali

approvato dal Direttore Generale.

Egli Presiede l'Ufficio di Coordinamento di Distretto concepito come strumento tecnico di elaborazione delle scelte aziendali, di coordinamento ed integrazione progettuale e organizzativa di tutte le attività, rappresenta il Direttore Generale nel Comitato di Distretto, promuove l'informazione e l'immagine dell'azienda nel proprio ambito distrettuale .

Al Direttore di Distretto infine compete la costruzione di un sistema improntato all'orientamento delle competenze professionali e di équipe al risultato di salute, alla massima integrazione operativa e alla più ampia flessibilità, favorendo il formarsi di strutture e meccanismi operativi fondati su processi da presidiare o problemi da risolvere, piuttosto che su una rigida definizione di funzioni ed atti.

Il Direttore del Distretto, nell'ambito della funzione di tutela affidata al Distretto, si configura come il "garante" del complesso delle attività sanitarie e amministrative connesse al percorso terapeutico del paziente.

9. Le aree di coordinamento centrali o aree dipartimentali delle attività territoriali

Il Dipartimento rappresenta, di norma, così come recita il D.lgs 229/99 e s.m.i., l'assetto organizzativo in cui si configurano le organizzazioni sanitarie. Nella dinamica dei rapporti definita il Dipartimento (Dipartimento di staff, Dipartimento della continuità assistenziale, Dipartimento della donna e del bambino) configura la sintesi sia del livello tecnico-professionale, cui è demandata l'articolazione del momento di produzione, che del livello di coordinamento per specifiche attività al fine di presidiare la omogeneità delle procedure.

La visione organizzativa del territorio deve rispondere a due esigenze strategiche:

- Garanzia di presidiare il livello di conoscenza della domanda, momento fortemente contestualizzato, a prevalente tensione verticale;
- Garanzia di presidiare il livello di uniformità e omogeneità di procedure, modalità di accesso all'assistenza stessa, produzione di interventi e prestazioni, momenti questi a forte tensione orizzontale.

La prima esigenza viene garantita dall'articolazione distrettuale ed in particolare dalle Direzioni distrettuali, identificate quale livello di responsabilizzazione complessiva sui bisogni di salute sanitari e sociosanitari della popolazione di riferimento, orientate sul versante della domanda. La seconda viene garantita dai Dipartimenti o dalle aree di coordinamento centrale, identificati quale momento di coordinamento tecnico e di raccordo tra le varie articolazioni distrettuali, orientati sul versante dell'offerta, con funzioni di produzione, e che bilanciano ed armonizzano i momenti di tensione verticale.

L'attività delle direzioni distrettuali si configura, quindi, quale alto momento di sintesi della conoscenza e della analisi della domanda di salute e di valutazione dei bisogni; i Dipartimenti o le Aree di Coordinamento, invece, ricevono la domanda già decodificata dai Distretti.

i Dipartimenti o le Aree di Coordinamento avranno valenza di coordinamento tecnico-professionale, tranne che per quelli di Prevenzione, Salute Mentale e Tossicodipendenze.

Le responsabilità che vengono attribuite a chi dirige i Dipartimenti o le Aree di Coordinamento sono di tipo professionale in materia clinico -organizzativa (appropriatezza, qualità tecnica).

L'obiettivo previsto è quello di concorrere d'intesa con il Distretto alla realizzazione di Percorsi diagnostico-terapeutici (PDT) Aziendali, condivisi fra tutte le componenti - Medici di Medicina Generale, Medici Specialisti convenzionati interni ed accreditati, Medici Ospedalieri, Servizio Farmaceutico Territoriale e Ospedaliero, Area del Sociale - entro cui attivare le risorse, ragionando non più per compartimenti stagni, ma per macro aree di indirizzo o di patologie.

Tra le principali compiti dei Dipartimenti o delle Aree di Coordinamento si individuano:

- Organizzare e pianificare la produzione (pianificazione operativa);
- Garantire, rispetto agli obiettivi acquisiti, la produzione e i risultati ottenuti attraverso:
 - il controllo di qualità tecnica,
 - il controllo di efficienza,
 - la misurazione delle performance di processo e l'analisi delle attività/del valore, di concerto con i Direttori di Distretto,
 - la valutazione di efficacia;
- Assicurare l'integrazione funzionale tra le unità operative interne e tra queste e quelle distrettuali e/o ospedaliere;
- Collaborare alla definizione del budget distrettuale;

- Partecipare alla programmazione strategica aziendale, attraverso la condivisione:
 - degli indirizzi strategici,
 - dell'analisi della domanda,
 - dell'individuazione degli indicatori critici di performance

L'enfasi sul tensore clinico/specialistico/professionale, propria dei Dipartimenti o delle Aree di Coordinamento, dovrà garantire al Distretto di raggiungere gli specifici obiettivi di salute nelle varie aree di bisogno.

10. L'integrazione Sociosanitaria

Il modello di rete sociosanitaria e di presa in carico si realizza inevitabilmente con la sinergia del sistema di servizi dei Piani delle Attività Territoriali (PAT), curati dai Distretti Sanitari delle AA.SS.LL. e dei Piani di Zona Sociali (PDZ) redatti dai Comuni riuniti in Ambiti Territoriali.

In tal modo si cerca di promuovere una uniformità assistenziale, sociale e sanitaria, per evitare inutili e dannose frammentazioni nei processi assistenziali alle persone portatrici di fragilità singole e multifattoriali e che soprattutto ha voluto porre una attenzione particolare alla verifica ed al monitoraggio dell'appropriatezza delle prestazioni.

L'orientamento in regime di integrazione sociosanitaria è stato in tutti i documenti regionali quello di favorire la domiciliarità e la semiresidenzialità, in un'ottica di valorizzazione e sostegno delle risorse familiari e della rete di relazioni sociali attivabili sul territorio. Le attività su cui maggiormente si è puntata l'attenzione consistono:

- nel raccordare e stabilizzare i sistemi informativi e di monitoraggio dei LEA erogati in termini di prestazioni;
- nell'implementare e diffondere la valutazione multidimensionale e il progetto individualizzato per una corretta individuazione del bisogno;
- nella definizione del sistema delle cure domiciliari secondo i profili assistenziali e il bisogno clinico;
- nella diffusione delle prassi di assistenza delle persone con gravi disabilità, anziani, minori etc. uniformi per contenuti e modalità di erogazione nel territorio regionale, prevedendo anche l'appropriata quota di risorse a carico delle ASReM;
- nel definire procedure univoche di accesso e di presa in carico del paziente unificando il sistema di offerta presente sul territorio e riqualificandone le proposte in base ai bisogni;
- nel riqualificare la spesa sanitaria incrementando all'interno dei bilanci aziendali la voce destinata alle cure domiciliari anche attraverso il corretto utilizzo dei fondi vincolati per il raggiungimento degli obiettivi di piano;
- nel consolidare e promuovere forme di integrazione dei MMG e PLS tra loro, fra i MMG - PLS e il Distretto/Ambito Territoriale.



La programmazione strategica degli interventi territoriali sociosanitari dovrà essere orientata in questi a prevedere :

- interventi che rispondano al principio della deospedalizzazione e della riduzione della residenzialità impropria;
- soluzioni modulari e flessibili per la presa in carico dei soggetti fragili.

In prospettiva, quindi, la programmazione e progettazione condivisa di una rete territoriale dei servizi ed interventi sociosanitari viene costantemente allineata con un processo di sviluppo e consolidamento degli strumenti di integrazione gestionale e professionale che possano garantire la presa in carico della persona e il superamento di politiche settoriali di risposta al bisogno complesso.

Inoltre dovranno essere sviluppati all'interno dei PAT sociosanitari dell'ASReM e dei Piani di Zona Sociali interventi orientati

- alla coprogrammazione dell'eventuale riqualificazione del Sistema, parametrato su livelli prioritari di assistenza (con particolare attenzione all'area della "Non Autosufficienza"), anche attraverso la dimissione protetta di utenti ancora in carico al S.S.N. che hanno terminato il periodo di cura a rilevanza sanitaria (quindi stabilizzati) e che necessitano di interventi a rilevanza sociale a carico dei Comuni;
- a fornire indicazioni circa le prestazioni da garantire, con attenzione prioritaria a quelle indicate nel DPCM 29 novembre 2001 all. 1/C, con relative risorse sia in termini economici (compartecipazione alla spesa) che in termini di riqualificazione del sistema di servizi; (riconversione, personale sociale, spazi comunali dedicati, strutture);
- alla sistematizzazione e alla relativa regolamentazione delle unità di valutazione integrata per la rilevazione, qualificazione e coprogrammazione sociosanitaria delle prestazioni a favore di cittadini aventi diritto;
- alla indicazione, come priorità assistenziale della presa in carico globale, di cittadini in situazione di "non autosufficienza" (anziani e disabili) specificando numero e tipologia di bisogno nonché tipologia di offerta di servizi;
- alla determinazione delle risorse costituenti il fondo di ambito per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali e sociosanitari in ogni Ambito Territoriale (L. 328/2000), prevedendo azioni strutturate di sistema tese alla ripartizione delle spese, alla riqualificazione dei servizi ed alla compartecipazione alla spesa degli utenti, con particolare attenzione all'erogazione di livelli minimi di assistenza alle fasce più indigenti della popolazione.

In questo contesto si ribadisce che i distretti devono operare su tre nodi problematici:

- 1) Accesso unitario alle prestazioni,
- 2) Valutazione multidimensionale,
- 3) Progetto personalizzato --- definizione della responsabilità del caso (case manager).

11. Il modello socio sanitario di organizzazione

Le prestazioni e i livelli essenziali di assistenza socio-sanitaria di competenza del SSN sono agevolmente individuabili in base alla Tabella allegata al DPCM 14.02.2001 ed all'allegato 1C del DPCM 29.11.2001. Affinché si concretizzino nell'attuale sistema sanitario e sociale bisogna necessariamente ridefinire gli assetti organizzativi aziendali centrali e periferici distrettuali.

a) A livello aziendale centrale

Occorre riportare nella ordinaria programmazione aziendale la funzione strategica di coordinamento delle attività socio-sanitarie in grado di determinare un livello di integrazione tra:

- le diverse aree socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria;
- le aree socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria ed i servizi centrali dell'azienda, i distretti e gli ospedali;

- l'azienda e i Comuni, in particolare per le attività socio-sanitarie di competenza della ASReM e quelle di competenza dell'Ente Locale che accompagni e sovrintenda a tutte le azioni della componente territoriale in stretto raccordo con il distretto sociosanitario.

Essa deve:

- aggregare tutte le attività assistenziali socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria, individuate dal DLgs 502/92 e s.m.i., dal DPCM 14.02.01 e dal DPCM 29.11.01, e costituenti nel loro insieme l'Area Socio-Sanitaria ad Elevata Integrazione Sanitaria (materno-infantile, anziani, disabili fisici, psichici e sensoriali, salute mentale, dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezione da HIV, patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative, assistenza ai detenuti affetti da dipendenza o disturbi mentali). Ciò anche al fine di promuovere una integrazione operativa tra le stesse, una cultura e una metodologia del lavoro integrata;
- partecipare alla formulazione dei protocolli relativi alla "dimissione socio-sanitaria protetta", e partecipare a quelli relativi all'ADI;
- svolgere funzioni di programmazione, indirizzo e coordinamento delle attività sociosanitarie ad elevata integrazione (con particolare riferimento ai LEA socio-sanitari) e delle attività sociosanitarie in favore di immigrati e senza fissa dimora;
- concorrere, in collaborazione con le altre articolazione aziendali e comunali, all'analisi dei bisogni socio-sanitari (e, in particolare, delle disuguaglianze sociali nell'accesso ai servizi), al monitoraggio delle attività socio-sanitarie;
- curare in particolare il livello organizzativo, gestionale ed operativo della integrazione sociosanitaria territoriale, avvalendosi degli Uffici Socio-Sanitari distrettuali;
- partecipare all'Ufficio di Piano, dove rappresenta il livello centrale aziendale, unitamente con i direttori dei distretti che sottoscrivono il PDZ per la parte afferente al proprio distretto.

b) A livello aziendale distrettuale

L'Ufficio Socio-Sanitario distrettuale deve svolgere una funzione di back-office, anche all'interno di una struttura più complessiva con compiti specifici relativi all'integrazione socio-sanitaria, in funzione di staff per il Direttore del distretto e in raccordo funzionale con il livello centrale delle attività socio sanitarie, del quale rappresenta la proiezione al livello locale e col quale è in costante rapporto di feedback per tutti gli aspetti relativi alle attività sociosanitarie integrate.

Detto ufficio sociosanitario coordinato da un Referente individuato dal Direttore del distretto all'interno della dirigenza distrettuale, deve svolgere, a supporto del Direttore stesso, funzioni di:

- programmazione territoriale integrata (collabora, per gli aspetti relativi all'integrazione sociosanitaria, con la Direzione distrettuale alla elaborazione del Programma delle Attività Territoriali, del Piano di Zona e dei Patti Distrettuali per la Salute);
- analisi dei bisogni e delle risorse, monitoraggio, verifica e valutazione dei programmi e delle attività sociosanitarie integrate distrettuali;
- coordinamento e raccordo, in particolare tra i servizi sociosanitari ad elevata integrazione sanitaria del distretto e tra questi e i servizi sociali territoriali.

E' indispensabile infine un collegamento organico tra gli ospedali e la rete dei servizi sociosanitari territoriali, anche attraverso l'istituzione dei protocolli della "dimissione socio-sanitaria protetta".



12. Strumenti per la programmazione socio sanitaria nel distretto – il programma delle attività territoriali (PAT)

Nell'ambito delle attività di pianificazione, programmazione e gestione degli interventi, il programma delle attività territoriali (PAT) nella programmazione territoriale, assume la duplice veste di strumento di programmazione e di analisi delle risorse finalizzato ad organizzare e articolare l'assistenza sanitaria primaria e l'integrazione sociosanitaria nel distretto. Esso è, difatti, uno strumento di analisi dell'offerta e di identificazione delle risorse, e, in quanto documento di programmazione, è il risultato di una "pianificazione strategica".

La pianificazione compiuta a livello distrettuale, così come evidenziato dal decreto legislativo n.229 del 1999, assolve ad una funzione di controllo del territorio, inteso come lo spazio funzionale, relazionale e delle transazioni in cui si realizzano, nel campo della salute, i profili assistenziali adeguati, con le necessarie possibili combinazioni fra livelli di assistenza sociosanitaria e relative infrastrutture.

Il PAT, pertanto, è un dispositivo che, sulla base di un'adeguata analisi dei bisogni e del territorio consente di formulare proposte operative e percorsi assistenziali in risposta al bisogno sociosanitario espresso dalla persona.

Ciò che si richiede di realizzare, attraverso l'elaborazione del documento PAT, non è solo fotografare l'esistente sistema di offerta dei servizi e delle prestazioni erogate ma anche realizzare una mappa sul funzionamento delle strutture operative che costituiscono il distretto sanitario e evidenziare:

- le modalità di integrazione dei percorsi assistenziali realizzati a livello territoriale
- fattori qualificanti il sistema di offerta ai cittadini
- le relazioni fra i vari attori che concorrono a garantire l'accesso alle prestazioni.
- la verifica dell'appropriatezza delle prestazioni offerte

In sintesi il PAT deve essere concepito come uno strumento indispensabile per il direttore di distretto, nella sua qualità di programmatore, pianificatore e responsabile della gestione delle risorse assegnate, per i dirigenti responsabili delle singole unità operative e per operatori del territorio nella fase di realizzazione dei servizi e di attivazione delle risorse.

13. La redazione del PAT

La redazione del PAT deve essere compilata dal direttore del distretto in collaborazione con il coordinatore sociosanitario al fine di garantire uniformità di erogazione e gestione dei servizi. Nello specifico il PAT deve fornire una lettura unitaria dei bisogni di salute e di benessere del territorio e, nel definire tali obiettivi, ne deve delineare la risposta unitaria e unica in termini di offerta di percorso assistenziale ai bisogni, facendo emergere il funzionamento delle strutture eroganti servizi e prestazioni e una analisi dei costi e della spesa sostenuta. Per la programmazione sociosanitaria il PAT dovrà essere coerente in termini di programmazione e di tempistica con la redazione del piano di zona degli ambiti territoriali.

Per condurre un'adeguata analisi dei bisogni è necessario che nel PAT confluiscono tutte le informazioni relative al territorio e allo stato di salute, pertanto, il programma delle attività territoriali ricomponi in unico strumento tutti i flussi informativi dell'ASReM e delle altre fonti. Nel documento vanno descritte le modalità organizzative del distretto, al fine di rilevare le reali dimensioni delle attività erogate, conoscere le articolazioni operative e di gestione dei singoli servizi.

14. L'accesso: la porta unitaria di accesso – PUA

Per rispondere in modo puntuale alla domanda formulata a livello territoriale, occorre definire modalità organizzative e strategie per intercettare la domanda e organizzare la risposta al bisogno. Nell'ottica di superare la frammentarietà delle risposte, emerge la necessità di organizzare servizi che garantiscano

accoglienza, informazione ed orientamento al cittadino fin dal primo momento della formulazione della richiesta e che agevolino l'accesso ai servizi.

L'obiettivo è di promuovere un modello di integrazione dell'accesso ai servizi sanitari e sociosanitari per i cittadini con lo scopo di :

- orientare i soggetti;
- promuovere la capacità del cittadino di scelta e di empowerment nel fare scelte informate;
- incrementare il funzionamento del sistema di assistenza territoriale;
- realizzare percorsi territoriali che permettano di promuovere percorsi assistenziali di tipo domiciliare rispetto alla residenzialità;
- innalzare la capacità di risposta del sistema sanitario regionale ai bisogni del cittadino;
- promuovere risposte integrate ai bisogni sociosanitari complessi;
- favorire modelli organizzativi che favoriscano l'integrazione con il sistema di presa in carico sociale, implementando progetti personalizzati per la presa in carico integrata sistema sanitario e sistema sociale;
- favorire la continuità dei percorsi assistenziali;
- migliorare la cooperazione fra le istituzioni.

La PUA – porta unitaria di accesso è una modalità organizzativa che può prevedere specifici spazi ma deve essere intesa soprattutto come modello e funzione di integrazione e raccordo stabile dei diversi punti e nodi di accesso sanitario e sociale a cui il cittadino si rivolge, eliminando duplicazioni e sovrapposizioni.

La Porta Unitaria di Accesso va intesa come funzione duplice esercitata dagli enti locali attraverso il segretariato sociale e dai distretti sanitari per l'ASReM, dalle singole unità operative con compiti di informazione, decodifica dei bisogni, orientamento, trasmissione delle richieste ai servizi competenti.

La PUA rappresenta quindi l'anello operativo strategico per il recepimento unitario della domanda per tutti i servizi sociali e sanitari a gestione integrata e compartecipata (di natura domiciliare, residenziale e semiresidenziale).

In un'ottica di integrazione gestionale la PUA deve essere normata a livello locale anche mediante un Regolamento congiunto Ambito Territoriale/ASReM che deve prevedere un meccanismo di coordinamento automaticamente attivato ogni qual volta una richiesta di accesso da parte del cittadino interessato o una segnalazione da parte di terzi pervenga ad uno dei seguenti punti della rete formale:

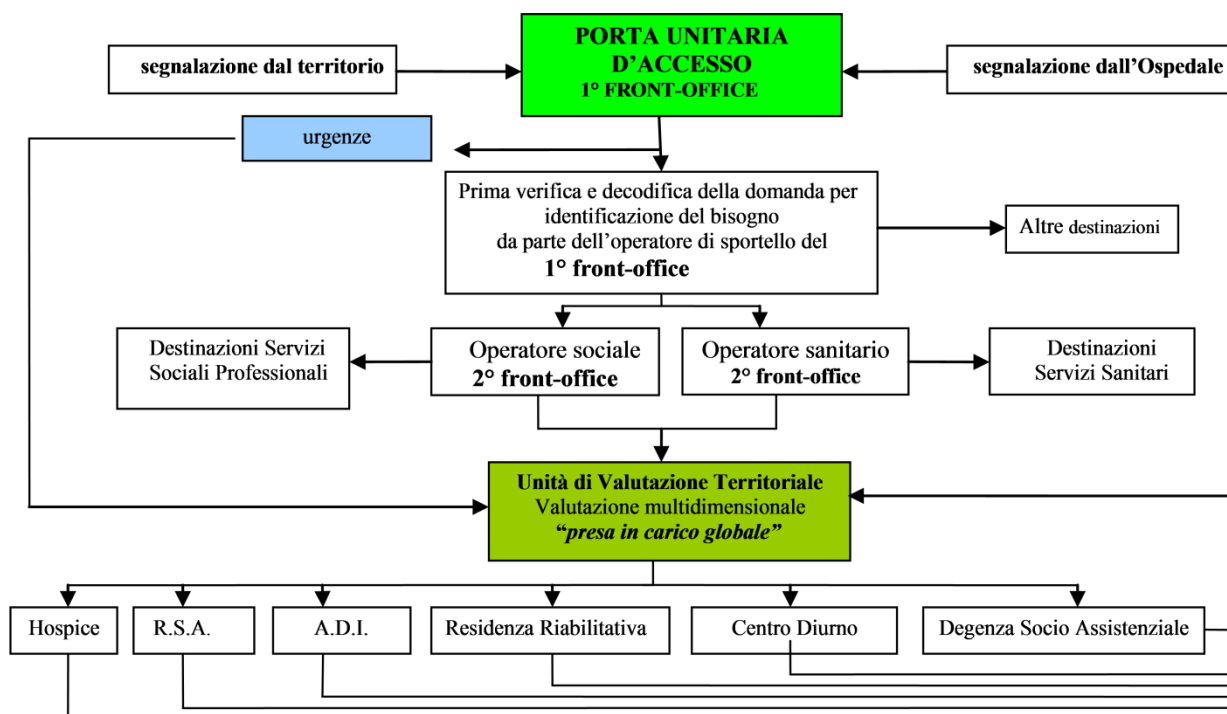
- Medico di Medicina Generale / Pediatra di Libera Scelta;
- Unità Operativa Distrettuale;
- Segretariato Sociale dell'Ambito Territoriale (che opera in stretto raccordo funzionale con i Servizi Sociali Professionali);

A tal fine occorre definire, in particolare, l'utilizzo di strumenti unici e la messa in rete telefonica e informatica fra i diversi punti di accesso.

Gli attori della Porta Unitaria di Accesso dovranno discriminare il bisogno espresso dal cittadino (*valutazione di primo livello*) ed avviare un percorso di accesso al sistema dei servizi che, a seconda dell'intensità delle situazioni problematiche espresse, semplici o complesse, possa prevedere l'invio ai servizi --- sanitari o sociali --- o l'attivazione della valutazione multidimensionale finalizzata ad una presa in carico integrata

La richiesta deve essere effettuata attraverso una specifica modulistica elaborata ad hoc che deve contenere almeno le seguenti informazioni:

- Dati anagrafici del cittadino e recapiti (nome e cognome, codice fiscale, n. telefono, ecc.);
- Indicazione di chi ha effettuato la segnalazione (cittadino, familiare ecc.);
- Tipo di bisogno/domanda espressa/verbalizzata (in sintesi);
- Invio diretto ai servizi sanitari o sociali nel caso di bisogno semplice;
- Attivazione del percorso integrato di presa in carico nel caso di bisogno complesso.



15. Valutazione multiprofessionale e multidimensionale: strumenti e organizzazione territoriale

Nel caso in cui un soggetto presenti bisogni multifattoriali che necessitano di risposte di tipo complesso si rende necessario individuare la natura del bisogno al fine di individuare percorsi assistenziali appropriati utilizzando strumenti e scale di valutazione che siano certificate e validate a seconda del bisogno espresso. Ciò richiede l'invio alla valutazione multiprofessionale (con il concorso di più professionalità all'interno delle UUOO distrettuali) da effettuarsi in sede di unità di valutazione specifiche afferenti alle UUOO distrettuali e/o multidimensionale in sede di UVM se il bisogno espresso non può trovare soddisfacimento con il concorso di professionalità di una sola U.O. o il bisogno richiede una risposta anche di tipo socio-assistenziale e si rileva l'opportunità di verificare le condizioni socio relazionali ed ambientali.

Il principio della Valutazione Multi Dimensionale (VMD) viene sancito in modo esplicito dal DPCM 14 febbraio 2001, dove all'articolo 4, comma 3, si recita: *"per favorire l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni sociosanitarie, l'erogazione delle prestazioni e dei servizi è organizzata di norma attraverso la valutazione multidimensionale del bisogno"*

Si può definire la valutazione multidimensionale quale *"processo globale e dinamico interdisciplinare volto a identificare e descrivere la natura e l'entità dei problemi di carattere fisico, psichico, funzionale e relazionale/ambientale di una persona"*. Per effettuare la valutazione del bisogno si ricorre a scale e strumenti scientificamente validati (ossia già sottoposti a revisioni critiche in ambito nazionale e/o internazionale). La Valutazione Multidimensionale delle persone adulte ed anziane è lo strumento per l'accesso ai servizi sociosanitari di rete residenziali, semiresidenziali e domiciliari integrati.

Vi è necessità di esaminare i quattro assi collegati alla funzionalità psico-fisica: **autonomia funzionale, mobilità, area cognitiva, disturbi comportamentali** e di un asse collegato alle caratteristiche sociali: **supporti/reti formali e informali e autonomia finanziaria**.

La valutazione multidimensionale è attivata, come detto, nel caso in cui si ravvisino problemi complessi che richiedono una valutazione delle diverse dimensioni sanitarie-assistenziali-sociali. Rappresenta l'analisi dettagliata dei problemi e dei bisogni dell'assistito ed è l'atto prioritario ed ineludibile ai fini della definizione del Progetto Personalizzato. La valutazione multidimensionale viene effettuata da un team

multiprofessionale, l'Unità di Valutazione Multidimensionale, con competenze multidisciplinari, in grado di leggere le esigenze di persone che presentano situazioni problematiche complesse, in cui è inscindibile il bisogno sanitario da quello sociale.

Inoltre essa è indispensabile per l'accesso alle prestazioni riabilitative complesse, nella composizione di UVM ad indirizzo riabilitativo.

Va istituita almeno una UVM per ogni distretto sanitario.

Alle UVM devono partecipare i seguenti componenti:

- Un medico di Medicina Generale / pediatra di Libera Scelta ed un assistente sociale individuato dall'Ambito Territoriale, entrambi responsabili della presa in carico del cittadino/utente;
- Un medico dell'UO distrettuale competente ed un referente per l'integrazione sociosanitaria dell'Ufficio di Piano, entrambi delegati alla spesa per le parti di competenza, su provvedimento, rispettivamente, del Direttore del Distretto Sanitario e del Coordinatore dell'Ufficio di Piano.

L'UVM può essere integrata, con le modalità previste nel regolamento, da altre figure specialistiche legate alla valutazione del singolo caso.

Sono elementi indispensabili per l'effettuazione della Valutazione Multidimensionale Il Direttore del Distretto Sanitario o dirigente medico dallo stesso delegato alla spesa, il medico di medicina generale o il medico competente-specialista per le patologie evidenziate nell'utente da prendere in carico

La UVM svolge i seguenti compiti :

- effettua la *valutazione multidimensionale* del grado di autosufficienza e dei bisogni assistenziali del paziente e del suo nucleo familiare (valutazione di 2° livello);
- elabora il Progetto Personalizzato, che deve essere condiviso e sottoscritto dall'assistito nel rispetto delle norme in materia di privacy e tutela;
- verifica e aggiorna l'andamento del Progetto Personalizzato

Potrebbe essere utile definire condivisi idonei protocolli operativi con gli altri servizi sia sanitari che sociali, e condivisi sia con i MMG e PLS del territorio che definiscano le procedure da porre in essere per garantire l'attuazione dei progetti personalizzati intesi come risposta integrata a bisogni complessi che, ponendo al centro dell'intervento l'utente e la sua famiglia, tessano intorno a loro una rete di sostegno e di supporto nel breve, medio e lungo periodo, a secondo della natura, dell'intensità e della durata del bisogno."

Considerato che, di norma, la presa in carico deve avvenire entro 30 giorni dalla richiesta di accesso, per garantire il rispetto di tale tempistica, la valutazione multidimensionale a cura dell'UVM deve concludersi, con la redazione del Progetto Personalizzato di cui paragrafo successivo, entro 20 gg. dalla proposta di ammissione e dall'attivazione del percorso integrato, salvo i casi di urgenza.

In sede UVM viene individuato il *Case Manager o Responsabile del caso*, un professionista che opera come "riferimento" e "facilitatore" per la persona in carico al servizio. Il *Case Manager o Responsabile del caso* ha il compito di seguire il paziente durante tutto il percorso assistenziale, per coordinare le risorse e migliorare l'efficacia e l'efficienza dell'assistenza. Il *Case Manager o Responsabile del caso* è colui che verifica la fase operativa e funge da raccordo fra l'équipe operativa e l'UVM.

È importante distinguere tra la responsabilità clinica del caso, che rimane in capo al MMG/PLS (il naturale referente sanitario dell'assistito che coordina comunque gli interventi sanitari) e la responsabilità del Progetto Personalizzato, che è appunto del *Case Manager o Responsabile del caso*. Il ruolo di Case manager è assunto da figure assistenziali diverse a seconda della tipologia e complessità del bisogno del paziente: può quindi essere una figura sanitaria o sociale, in base ai bisogni prevalenti del soggetto e alle scelte organizzative. Il responsabile del caso è individuato in sede UVM ed è all'UVM che deve direttamente rispondere del suo operato. Visto l'impegno che tale funzione richiede, è opportuno affidare ad uno stesso operatore un numero limitato e compatibile di casi da coordinare

16. Il Piano Assistenziale Individualizzato

I distretti nell'ambito delle attività di presa in carico dovranno utilizzare **il piano individualizzato** che nasce dalla necessità di porre al centro del sistema sociosanitario integrato l'individuo portatore di bisogni complessi (al tempo stesso di natura sanitaria e sociale), cui non è possibile

fornire risposta esaustiva ed efficace attraverso l'erogazione di prestazioni semplici (ancorché articolate in un piano assistenziale). Ciò implica che non tutte le persone afferenti all'area distrettuale sono eleggibili per un progetto personalizzato (es.: visita specialistica, programma vaccinale, ecc.). Un piano individualizzato dovrà, in tutti i casi, essere definito dall'Unità di valutazione multidimensionale (UVM) nelle persone le cui condizioni richiedono prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione, prestazioni sociali a rilevanza sanitaria e prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica, riferite alle aree:

- materno---infantile,
- anziani,
- handicap e disabilità,
- patologie psichiatriche,
- dipendenza da droga, alcool e farmaci,
- patologie per infezioni da HIV e patologie cronico--- degenerative
- malati terminale.

Il piano individualizzato redatto dall'UVM terrà conto dei bisogni, delle aspettative e priorità del paziente e dei suoi familiari, delle sue menomazioni, disabilità e, soprattutto, delle abilità residue e recuperabili, oltre che dei fattori ambientali, contestuali, personali e familiari. La personalizzazione del piano implica la condivisione degli obiettivi, l'accettazione delle azioni da svolgere e delle modalità d'intervento, la suddivisione del carico economico nonché la responsabilità rispetto ai risultati attesi e le modalità di verifica.

Gli obiettivi dei piani individualizzati sono la promozione dell'inclusione e del mantenimento nel corpo sociale delle persone con disabilità o in condizioni di bisogno sociosanitario. Al fine di evitare l'instaurarsi di sistemi tendenti a perpetuare le condizioni di marginalità e di esclusione attraverso la istituzionalizzazione sanitaria o sociale e l'assistenzialismo tale obiettivo andrà perseguito attraverso la progressiva trasformazione dei bisogni e relativi interventi sanitari a rilevanza sociale, in bisogni ed interventi sociali a rilevanza sanitaria, privilegiando la domiciliarizzazione degli interventi e la permanenza delle persone utenti nei propri contesti famigliari e comunitari. Sul piano operativo, è possibile distinguere 4 fasi entro cui si sviluppa un piano individualizzato:

1. Accesso
2. Valutazione multiprofessionale e multidimensionale del bisogno
3. Progetto e relativa spesa
4. Verifica e valutazioni

17. Forme organizzative del distretto sociosanitario

Per quanto concerne le funzioni di produzione del distretto queste possono essere organizzate almeno nelle seguenti attività:

- salute della donna e dell'età evolutiva, che garantisce la tutela della salute della donna e dell'infanzia-adolescenza, ponendo in stretta continuità e contiguità l'attività svolta dai pediatri di libera scelta e dai consultori familiari;
- vaccinazioni obbligatorie e facoltative effettuate nelle aree materno infantili nell'ambito della programmazione degli interventi vaccinali definita dal Dipartimento di prevenzione;
- tutela della salute mentale, cura e sostegno al benessere psicologico e riabilitazione dell'età evolutiva, che esercita funzioni di prevenzione;

- tutela, diagnosi, cura, riabilitazione, inserimento scolastico e sociale dei soggetti in età evolutiva (0-18 anni) che presentano disabilità, disturbi e patologie di tipo neurologico, neuropsicologico, psichiatrico, psicologico e dello sviluppo, nonché situazioni di disagio psico-sociale e relazionale;
- assistenza primaria, che garantisce l'attività assistenziale a favore della comunità di riferimento e innanzitutto la continuità assistenziale;
- medicina specialistica territoriale in particolare a livello distrettuale o interdistrettuale per la presa in carico del paziente cronico;
- riabilitazione e presa in carico dell'utente disabile adulto (sopra i 18 anni), ivi compresa l'assistenza protesica che, attraverso equipe multidisciplinari, garantisce gli interventi di cura e riabilitazione, e programma l'attivazione e l'integrazione della rete dei servizi sociali e sanitari;
- accoglienza e presa in carico delle persone con bisogno sociosanitario, che attraverso la PUA e la valutazione multidimensionale in UVI, garantisce l'accesso appropriato ai servizi sociosanitari e programma l'attivazione e l'integrazione della rete dei servizi sociali e sanitari;
- assistenza domiciliare integrata, indirizzata prevalentemente a persone affette da malattie croniche, sindromi cliniche e funzionali, deficit multipli che determinano disabilità e non autosufficienza attraverso procedure che tengano conto di tale complessità;
- medicina legale e visite fiscali;
- non autosufficienza ed anziani fragili;
- diagnostica di laboratorio e diagnostica per immagini assistenza farmaceutica.

Sono pertanto configurate le seguenti unità operative:

**46. SC UO di Medicina di base, specialistica ed assistenza farmaceutica
DS di Campobasso**

**47. SC UO di Medicina di base, specialistica ed assistenza farmaceutica
DS di Termoli**

**48. SC UO di Medicina di base, specialistica ed assistenza farmaceutica
DS di Isernia**

Queste svolgono le seguenti funzioni

- iscrizione al Servizio Sanitario e consegna tessera d'iscrizione;
- scelta e revoca del medico;
- pratiche amministrative per la fruizione, di prestazioni varie, comprese le prestazioni integrative, l'assistenza indiretta, le cure termali ecc.;
- coordinamento ed indirizzo dell'attività dei medici e pediatri di base, anche correlata alla gestione dei programmi terapeutici di altre UUOO e dell'anagrafe sanitaria;
- erogazione dell'assistenza specialistica ed attivazione delle relazioni funzionali con gli altri livelli extra distrettuali dell'Azienda Sanitaria, compresi i Dipartimenti Ospedalieri;
- esecuzione del prelievo ematico, degli esami strumentali ed attivazione delle relazioni funzionali con gli altri livelli extra distrettuali dell'azienda Sanitaria, compresi i Dipartimenti Ospedalieri.
- attivazione del CUP -Centro Unico di Prenotazione -con eventuale collegamento con i medici e pediatri di base, per prestazioni conseguibili in sede extra distrettuale, di Azienda Ospedaliera o di altra Azienda Sanitaria;
- accesso alla specialistica in regime di convenzionamento esterno;
- guardia medica notturna e festiva con eventuale mezzo di trasporto per soccorso sanitario. Tali funzioni vanno integrate con le funzioni dei SAUT di cui all'articolo 11 della LR 2/ 94 e relative delibere regionali.
- medicina sportiva con rilascio di certificazione di specifica competenza;

- m. assistenza farmaceutica ed assistenza integrativa;
- n. partecipazione ai progetti di altre UUOO del distretto sanitario.

**49. SC UO di Radiodiagnostica
DS di Campobasso**

Ricomprende le funzioni della Radiologia dell'ex PO Cardarelli di Campobasso, riconvertita in struttura territoriale e quindi afferente all'area del DS di Campobasso, svolgendo attività a valenza interdistrettuale.

**50. SC UO di Riabilitazione e di assistenza centri residenziali
e semiresidenziali
DS di Campobasso**

**51. SC UO di Riabilitazione e di assistenza centri residenziali
e semiresidenziali
DS di Termoli**

**52. SC UO di Riabilitazione e di assistenza centri residenziali
e semiresidenziali
DS di Isernia**

Svolge le seguenti attività:

- a. attività ambulatoriale e domiciliare riabilitativa e di fisioterapia in collegamento con l'UO di Assistenza Sanitaria e di Assistenza Anziani;
- b. assistenza protesica, attraverso il collegamento con il CIA -Centro Informazione Ausili;
- c. formulazione dei piani di intervento;
- d. filtro e valutazione dei trattamenti in regime di ricovero e controlli degli standards dei centri convenzionati;
- e. partecipazione ai progetti di altre UUOO del distretto sanitario.

**53. SS UO Cure Domiciliari
DS di Campobasso**

**54. SS UO Cure Domiciliari
DS di Termoli**

**55. SS UO Cure Domiciliari
DS di Isernia**

Svolge le seguenti attività:

- a. attività di valutazione multidimensionale (UVM) in collegamento con i presidi anche extra distrettuali dell' ASL e/o AO;
- b. filtro della domanda di ricovero e vigilanza sulle Case di Cura e di Riposo attraverso la UVM
- c. attività di assistenza domiciliare integrata (ADI);
- d. attività di collegamento dei medici di medicina generale per la elaborazione dei programmi terapeutici e riabilitativi;
- e. coordinamento funzionale con la UO di Assistenza Sanitaria per le funzioni specialistiche e la UO di Riabilitazione;

- f. attività riabilitativa e sociale anche attraverso le strutture semiresidenziali e residenziali, utilizzando specifici protocolli con gli enti locali;
- g. partecipazione ai progetti di altre UUOO del distretto sanitario;
- h. elabora e garantisce i percorsi terapeutici della cronicità, quali SLA, Demenze, Parkinsonismo.

56. SS UO Cure Palliative - Hospice DS di Termoli

Le cure palliative comprendono l'insieme degli interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali, rivolti sia alla persona malata sia al suo nucleo familiare, finalizzati alla cura attiva e totale dei pazienti la cui malattia di base non risponde più a trattamenti specifici.

Il Nucleo Cure Palliative eroga due forme assistenziali:

- residenziale: insieme di interventi sanitari, socio-sanitari e assistenziali nelle cure palliative erogati da équipe multidisciplinari presso una struttura, denominata "hospice",
- domiciliare: insieme di interventi sanitari, socio-sanitari e assistenziali che garantiscono l'erogazione di cure palliative al domicilio della persona malata.

La presa in carico dei pazienti avviene attraverso la stesura dell'orientamento assistenziale (piano terapeutico) tramite l'unità valutativa multidimensionale distrettuale (UVMD).

La struttura allocata nel DS di Termoli ha valenza aziendale in quanto esplica la sua attività in tutti e tre i Distretti Sociosanitari dell'ASRem.

57. SS UO Materno-Infantile DS Campobasso

58. SS UO Materno-Infantile DS Termoli

59. SS UO Materno-Infantile DS Isernia

Svolge le seguenti attività:

- a. promozione della salute del bambino ivi comprese le vaccinazioni obbligatorie e raccomandate, nell'ambito della programmazione degli interventi vaccinali definita dal Dipartimento di prevenzione dell'ASL;
- b. promozione della salute della donna, ivi compresa la tutela della procreazione responsabile;
- c. assistenza alla gravidanza, alla gestante a rischio, anche in collegamento operativo con funzioni extra distrettuali;
- d. prevenzione dei tumori femminili anche in collegamento operativo con funzioni extra distrettuali;
- e. promozione della salute degli adolescenti, in collegamento operativo con altre UUOO;
- f. riabilitazione pediatrica, anche domiciliare in collegamento con altre UUOO;
- g. attività di medicina scolastica ed interventi domiciliari per l'integrazione scolastica dei portatori di handicap, in collegamento con altre UUOO;
- h. attività riabilitativa nei Centri Diurni, gestita in collaborazione con altre UUOO;
- i. attività di educazione alla salute, anche in collaborazione con associazioni di volontariato ed Enti Locali;
- l. partecipazione ai progetti di altre UUOO del distretto sanitario.

CENTRO DELLE MALATTIE RARE E CRONICHE DELL'ETA' EVOLUTIVA

Afferisce alla SS Materno-Infantile del Distretto Socio-Sanitario di Campobasso e ha valenza interdistrettuale.

Le malattie rare sono un ampio gruppo di affezioni (5-6 mila), definite dalla bassa prevalenza nella popolazione, ovvero ognuna di queste malattie interessa non più di 5 pazienti su 10.000 abitanti. Poiché le malattie rare sono poco conosciute e spesso prive di terapia specifica, il nostro Servizio sanitario nazionale prevede per i pazienti affetti da queste malattie particolari forme di tutela. Le tutele consistono sia

nell'esenzione dalla partecipazione al costo di tutte le prestazioni sanitarie, necessarie per la diagnosi e il trattamento, sia nella creazione di una rete di presidi sanitari per l'assistenza.

Ha la funzione di Assistenza multiprofessionale e multispecialistica integrata ai bambini con malattie rare e croniche complesse e l'obiettivo di promuovere la salute e il benessere globale del bambino e della sua famiglia, in vista di una vita da adulto la più autonoma e serena possibile, compatibilmente con le sue problematiche biomediche

E' deputato allo sviluppo di assistenza per il raggiungimento di determinati risultati usando risorse appropriate al caso specifico

-continuità ed integrazione della risposta assistenziale

-controllo dell'utilizzazione delle risorse

Costituisce il Centro di riferimento pediatrico del bambino con bisogni complessi e della sua famiglia ed è responsabile della costituzione dell'equipe multidisciplinare (pediatria, neuropsichiatria infantile, riabilitazione, principali sub-specialità pediatriche e non) per la diagnosi e la presa in carico precoce;

Supporto per la famiglia (psicologia, assistenza sociale) per adattarsi a realtà nuove e inattese (sostegno alla genitorialità) e acquisire le conoscenze idonee per comprendere bene tutte le peculiarità mediche, psico-sociali ed esistenziale della malattia (empowerment)

Al centro sono attribuiti i seguenti compiti :

- assumere la responsabilità primaria del percorso assistenziale del paziente attraverso la stesura del piano assistenziale;
- offrire l'eventuale consulenza genetica;
- definire la diagnosi e la relativa certificazione in collaborazione con le UU.OO. interessate dei Presidi Ospedalieri e secondo protocolli da definire con gli stessi;
- offrire il trattamento del paziente attraverso la definizione delle terapie, degli interventi di riabilitazione e quanto utile al miglioramento delle condizioni cliniche, della qualità di vita e dell'evoluzione del quadro sintomatologico della patologia rara di cui il soggetto è affetto,;
- partecipare alla definizione dei PDTA (protocolli diagnostico-terapeutici assistenziali) su linee guida internazionali per specifica malattia;
- gestione di un applicativo per il monitoraggio delle malattie rare;
- gestione attività corrente del Registro malattie rare;
- tenuta a regime del sistema di monitoraggio/certificazione/esenzione per le malattie rare;
- avere documentata esperienza in attività di informazione ai cittadini al fine di assicurare un punto di riferimento privilegiato per le associazioni di pazienti e loro familiari (opuscoli informativi);
- garantire attività di ricerca e rapporti con le comunità scientifiche internazionali;
- predisporre progetti di formazione ed aggiornamento specifici per singole malattie rivolte al personale dei centri individuati dall'azienda in cui ricade il centro e ai servizi territoriali dell'assistenza (MMG, PLS, specialisti del SSR);
- nel caso di patologie di interesse multispecialistico, sia nella fase diagnostica che nelle fasi successive di assistenza e controllo periodico, mediante procedure formalizzate di collaborazione, deve gestire e coordinare i percorsi assistenziali del paziente presso i vari reparti dello stesso presidio ospedaliero, o anche in strutture logisticamente separate;
- predisporre un piano assistenziale individualizzato (PAI) basato sulle specificità biomediche della condizione (diagnosi e prognosi) e funzionali del bambino (ICF o simili), con le seguenti caratteristiche:
 - con obiettivi chiari e valutabili,
 - partecipato dalla famiglia e condiviso con essa e tra i vari operatori,
 - globale,
 - multidisciplinare e multisettoriale
 - integrato.
- realizzare forme di collaborazione con le Associazioni di Familiari, depositari:
 - medicina narrativa,
 - esperienze sul campo
 - soluzioni nella vita di tutti i giorni

- identificazioni di bisogni reali che hanno un ruolo irrinunciabile nella programmazione dell'assistenza, formazione e ricerca (modelli customer-oriented)

Il Centro svolge inoltre le seguenti attività:

- **Centro di riferimento regionale del diabete e di altre endocrinopatie dell'età evolutiva**, attraverso protocolli di collaborazione con le UU.OO ospedaliere.

Gli obiettivi assistenziali sono rappresentati

- controllo metabolico ottimale;
- crescita, sviluppo e maturazione normali: normale accrescimento staturale, sviluppo psicosociale ottimale, raggiungimento delle potenzialità intellettive e comportamentali, essere preparati a vivere da soli, lontano dalla famiglia;
- prevenzione delle complicanze acute: prevenzione delle ipoglicemie gravi e della cheto acidosi.
- prevenzione delle complicanze croniche: microangiopatia, neuropatia, iperlipidemia.
- **Centro di riferimento regionale per la fibrosi cistica**

Per i bambini nati oltre 70 anni fa con la fibrosi cistica sarebbe stato improbabile poter vivere oltre il primo anno, mentre oggi hanno una buona probabilità di raggiungere l'età adulta. I recenti progressi nelle tecniche di trattamento hanno fatto sì che un individuo con la malattia possa trascorrere un'esistenza sempre meno gravata dalla patologia. I capisaldi della gestione sono il trattamento delle infezioni delle vie aeree, l'incoraggiamento in una buona alimentazione e uno stile di vita attivo. La gestione della condizione deve essere protratta per tutta la vita del paziente, ed è volta a massimizzare la funzionalità degli organi e di conseguenza la qualità della vita. Gli obiettivi principali della terapia sono i polmoni, il tratto gastrointestinale (compreso della terapia supplementare per gli enzimi pancreatici), gli organi riproduttivi (tra cui tecniche di riproduzione assistita) e il supporto psicologico.

L'aspetto più consistente della terapia della fibrosi cistica è la limitazione e il trattamento del danno polmonare causato dall'espettorato denso e dalle conseguenti infezioni. Antibiotici sono prescritti per trattare le infezioni croniche e acute. Dispositivi meccanici di inalazione e farmaci vengono utilizzati per eliminare il muco ispessito

E' centro prescrittore di farmaci, presidi e dispositivi medico-chirurgici, nonché di ausili per la prevenzione ed il trattamento delle patologie connesse allo svolgimento delle attività sopra riportate.

Svolge attività di consulenza presso le UU.OO. ospedaliere in relazione alle competenze sulle malattie rare, diabete dell'età evolutiva e della fibrosi cistica.

60. SS UO Medicina legale DS Campobasso

61. SS UO Medicina legale DS Termoli

62. SS UO Medicina legale DS Isernia

- a. certificazioni medico legali richieste da singoli cittadini e da Enti;
- b. certificazioni varie individuali (sana costituzione, per concorsi, patente, ecc.);
- c. accertamenti necroscopici;
- d. partecipazione a progetti di altre UUOO del distretto sanitario.

18. La riorganizzazione delle Cure Primarie

La riorganizzazione delle Cure Primarie nel contesto della Medicina del Territorio rappresenta una necessità tesa al miglioramento delle modalità di erogazione delle risposte ai bisogni, mettendo in atto strategie di sviluppo e di integrazione organizzativa, sia a livello “orizzontale”, con la creazione di team, mono e multi professionali (modelli a rete multimoli professionali), che “verticale” (sistemi assistenziali integrati con l’ospedale), attraverso l’implementazione dei sistemi informativi integrati, lo sviluppo di servizi sanitari di prossimità, gli strumenti di clinical governance e auditing, con particolare attenzione verso la prevenzione primaria e secondaria, il miglioramento dei determinanti di salute, la ridefinizione del sistema della domiciliarità e residenzialità, le attività di sostegno alla fragilità, l’attenzione alle patologie croniche.

“I sistemi sanitari che si orientano alle cure primarie hanno outcomes di salute, equità d’accesso, continuità delle cure, superiori ai sistemi incentrati sulle cure specialistiche ed ospedaliere.... con minori spese e maggiore soddisfazione per la popolazione”(Studio Atun R.,2004, “What are the advantages and disadvantages of restructuring health care system....” Health Evidence Network, WHO Regional Office for Europe, 2004).

Nella riorganizzazione delle cure primarie è necessario adottare un approccio di sanità di iniziativa basata sull’epidemiologia della popolazione, sulla stratificazione del rischio e su differenti livelli di intensità assistenziale, che garantisca per le situazioni di cronicità, complessità, fragilità e non autosufficienza la presa in carico dei bisogni e la continuità assistenziale, assicurata dai professionisti riuniti in Team mono o multiprofessionali mentre si riaffermano come valori imprescindibili, l’approccio olistico alla persona proprio della Medicina di famiglia, l’univocità del rapporto di fiducia medico-paziente, la utilità di mantenere anche la capillare diffusione sul territorio degli studi dei MMG e dei PdF e la modalità ordinaria “on demand” (medicina di attesa) di organizzazione del lavoro per dare risposte al cittadino quando esprime il suo bisogno di salute.

Il riassetto delle Cure Primarie comporta quindi la necessità di riorganizzare la medicina generale e tutte le figure professionali che costituiscono il Sistema della “Primary Health Care” in raggruppamenti funzionali, anche per dare attuazione a quanto previsto dalla Legge 189/2012.

Vanno delineate le caratteristiche del modello operativo della medicina di iniziativa, delle AFT, delle UCCP e del sistema informativo tenendo comunque presente che la definizione degli obiettivi e la pianificazione delle attività rientrano tra le funzioni di governance pubblica svolta dalle aziende sanitarie e dal distretto.

Il modello operativo per la medicina di iniziativa deve prevedere degli aspetti qualificanti anche per garantire uniformità ed equità di assistenza ai cittadini:

- il superamento della frammentazione dell’assistenza sanitaria nel territorio mediante la continuità assistenziale;
- l’affiancamento all’assistenza “reattiva” con l’assistenza “proattiva” da parte delle Medicina Generale;
- un’assistenza basata sulla popolazione, sulla stratificazione del rischio e su differenti livelli di intensità assistenziale;
- il riconoscimento che l’assistenza primaria rappresenta il punto centrale (hub) dei processi assistenziali con forti collegamenti con il resto del sistema, con un ruolo cardine svolto dal Distretto;
- una maggiore caratterizzazione e definizione delle funzioni delle diverse figure professionali, mediche e non, ferma restando la necessità di integrazione tra MMG, infermieri, specialisti, altre professioni sanitarie e sociali in grado di farsi carico di gruppi di popolazione e di garantire loro una continuità assistenziale integrata, tenuto conto che la responsabilità clinica del paziente, e quindi il coordinamento del processo di cura, è in carico al medico di medicina generale (MMG);
- l’utilità di definire sedi fisiche di prossimità sul territorio per l’accesso e l’erogazione dei servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali rivolti alla popolazione di pazienti cronici in aggiunta ai già esistenti setting assistenziali rappresentati dal domicilio del paziente o dalle strutture residenziali;

- la presenza di sistemi informativi evoluti in grado di leggere i percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) al fine di monitorare e valutare l'assistenza erogata al paziente cronico.
- l'utilizzo di linee guida in grado di tener conto della comorbidità e della complessità assistenziale e, contemporaneamente, porre attenzione alla promozione degli stili di vita e al passaggio dal solo "Approccio LG ed EBM" ad un "Approccio più Personalizzato";
- investire sull'auto-gestione dei pazienti e sull'empowerment in modo da aiutare i pazienti e le loro famiglie ad acquisire abilità e fiducia nella gestione della malattia, secondo il modello operativo dell'*Expanded Chronic Care Model*, basato sulla interazione tra il paziente reso esperto da opportuni interventi di formazione e di addestramento ed il team multi professionale composto da MMG, infermieri e operatori sociosanitari.

19. Le Cure Domiciliari

La nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare ha (documento del Ministero della Salute 2006) ridefinito le cure domiciliari, distinguendo, in dettaglio, gli interventi basati su prestazioni -che non necessitano di integrazione e valutazioni multidimensionali- dalle Cure Domiciliari Integrate, definite come una modalità di assistenza integrata - sanitaria e sociale - erogata al domicilio dell'Assistito, in modo continuo ed integrato, in relazione alla natura ed alla complessità dei bisogni a cui si rivolge .

Gli obiettivi specifici del Sistema delle Cure Domiciliari sono:

- fornire adeguata assistenza a persone che presentano problematiche di tipo sanitario e sociale suscettibili di trattamento domiciliare, evitando i ricoveri ospedalieri impropri e l'ingresso in residenza;
- favorire la permanenza a domicilio delle persone non autosufficienti, perseguendo il recupero o la conservazione delle residue capacità di autonomia e relazionali;
- rendere possibili dimissioni ospedaliere tempestive ed assicurare la continuità assistenziale mediante lo strumento della "dimissione protetta";
- supportare i "caregiver" e trasmettere loro delle competenze che possano tradursi in autonomia di intervento;
- migliorare in ultima analisi la qualità della vita di persone non autosufficienti o a rischio di perdita dell'autosufficienza, favorendo il mantenimento delle capacità residue.

Il documento ministeriale denominato "Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio" ha articolato le cure domiciliari in tre tipi:

1. Cure Domiciliari di tipo prestazionale;
2. Cure Domiciliari Integrate di primo e secondo livello, e terzo livello;
3. Cure Domiciliari palliative per malati terminali.

20. L'aggregazione funzionale Territoriale (AFT)

L'Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT) è un raggruppamento funzionale, monoprofessionale di Medici di Medicina Generale (allo stato attuale: MMG di Assistenza primaria, MMG di Continuità Assistenziale e MMG della medicina dei servizi e domani MMG a ruolo unico con contemporaneo rapporto orario e a ciclo di fiducia). Da sottolineare che, in virtù del rapporto fiduciario medico-paziente, la costituzione di una AFT individua in automatico un "bacino" di assistiti, che sono i cittadini che hanno liberamente scelto i MMG della AFT, rispetto ai quali andranno poi "costruite" tutte le risposte ai bisogni socio-sanitari.

Oltre ai MMG, numericamente più rappresentati, concorrono alle cure primarie nel territorio anche altri medici convenzionati quali i Pediatri di Libera Scelta e gli Specialisti Ambulatoriali Interni per i quali pure sono previste le forme aggregative delle AFT e la partecipazione alle UCCP.

Le AFT sono caratterizzate, di norma, ma con flessibilità legata a particolari caratteristiche orografiche e sociali, che possono giustificarne una diversa dimensione, da una popolazione di riferimento di circa 30.000 assistiti e da un numero di medici non inferiore a 20, inclusi i medici che svolgono attività a quota oraria.

Ai medici delle AFT, dotati di diagnostica e di proprio personale di studio appositamente formato, anche in un'ottica di sussidiarietà, è affidata la prevenzione e la gestione completa di percorsi relativi a singole patologie croniche o alla complessità che nasce dalla contemporanea presenza di più patologie in soggetti autosufficienti o con non-autosufficienza lieve, definendo obiettivi da garantire, indicatori da verificare e risorse a disposizione per realizzare gli obiettivi (programmazione operativa), creando inoltre la possibilità, tra i medici della AFT, di individuare nuove abilità professionali, nuove "expertise", individuando medici che possano svolgere un ruolo da "first opinion" prima di attivare lo specialista, "second opinion", oppure in grado di effettuare diagnostica di primo livello (ecografia generalista, ecg, spirometria, Holter,...) e riservando inoltre al team multiprofessionale, cioè alla UCCP, proprio in un'ottica di appropriatezza della risposta a differenti livelli di intensità assistenziale, il trattamento di tutti quei pazienti affetti da patologie croniche in cui la presenza di situazioni di comorbidità, fragilità e non-autosufficienza richiede l'adozione di un approccio integrato e multidisciplinare.

21. L'Unità Complessa di Cure Primarie

L'UCCP è un'aggregazione, multiprofessionale, strutturata anche in un presidio, di cui fanno parte i Medici di Medicina Generale insieme ad altri operatori del territorio, sanitari, sociali ed amministrativi, come il personale di studio del medico di famiglia. La UCCP garantisce le risposte complesse alla popolazione di riferimento della AFT, così come sopra individuata, avendo come riferimento PDTA condivisi, ma formulando poi un piano assistenziale personalizzato e che opera, nell'ambito dell'organizzazione distrettuale, materialmente nei vari "setting" assistenziali individuati e messi a disposizione dal Distretto (ambulatori pubblici, dei medici di famiglia e/o dei Pediatri di Libera scelta, domicilio del paziente in caso di ADI, Strutture residenziali) e anche in sede unica o con una sede di riferimento, che possono essere Presidi Pubblici Territoriali, quali le "Case della Salute".

Nella UCCP la integrazione multiprofessionale consente di realizzare:

- gestione integrata del servizio socio-assistenziale erogato dai Comuni e socio-sanitario erogato dalle ASL, a livello distrettuale;
- integrazione reale delle attività sociali con quelle sanitarie fin dalla fase di programmazione, nazionale e regionale;
- integrazione operativa a livello di UCCP di un unico punto di accoglienza della domanda di aiuto, sia sociale che sanitaria ed inserimento nel Team multiprofessionale della UCCP di un solo Assistente Sociale che contribuisca alla valutazione complessiva dei bisogni ed alla definizione delle opportune risposte integrate, fungendo poi da tramite per la attivazione delle diverse aree di attività in cui è organizzato il Servizio Sociale;
- adozione da parte del Team della UCCP, integrato dall'Assistente Sociale, degli strumenti di valutazione multidimensionale e di definizione per ogni singolo soggetto di un unico progetto assistenziale personalizzato integrato sociale e sanitario.
- condivisione degli obiettivi annuali di budgeting – programmazione operativa con la Direzione di Distretto;
- il governo clinico attraverso l'appropriatezza con incontri periodici a carattere di audit organizzativo, nelle quali vengono discusse le performance quali: farmaceutica, specialistica, screening ed altro;
- un sistema informativo unico che si basa sulla cartella clinica condivisa che nelle AFT sarà ad uso monoprofessionale e nelle UCCP sarà multiprofessionale.

22. La Casa della Salute

Nell'ambito dell'organizzazione territoriale è prevista l'attivazione della Casa della Salute, quale Centro attivo e dinamico della Comunità locale per la salute ed il benessere, in grado di raccogliere la domanda dei cittadini e di organizzare la risposta nelle forme e nei luoghi appropriati.

Costituisce, quindi, un modo per integrare e facilitare i percorsi e i rapporti tra servizi e cittadini, restituire alla popolazione una visione unitaria del concetto di salute, sia come diritto di ogni cittadino, che come interesse della comunità. Si tratta, pertanto, di una iniziativa che può essere di grande utilità per la riorganizzazione del welfare locale.

Il modello Casa della Salute, con l'offerta di servizi e prestazioni che esso propone, è un presidio strategico del Distretto Sanitario finalizzato a fronteggiare alcune tra le più evidenti criticità del rapporto tra il sistema sanitario regionale e il cittadino, nonché per garantire i livelli essenziali di assistenza sanitaria e socio sanitaria propri del Distretto.

Diventa, altresì, strategica l'attivazione, anche tramite la riconversione degli Stabilimenti Ospedalieri di Larino e Venafrò, di Case della Salute H24, con l'attivazione di posti letto per le cure intermedie e residenziali, in quanto, oltre che a rappresentare un coerente target organizzativo in funzione della riorganizzazione dell'emergenza territoriale e dello sviluppo dell'assistenza residenziale, mette in condizione il sistema della Medicina Generale di esercitare il governo delle Cure Primarie attraverso la strutturazione di una sistema funzionale, in grado di garantire un'efficace presa in carico sulle problematiche di maggior impatto epidemiologico.

E' la sede di riferimento delle UCCP.

Nell'ambito della Casa della Salute possono essere pertanto allocati:

- nuclei per l'accoglienza temporanea (diurna o ambulatoriale) di persone affette da patologie cronico-degenerative e posti letto per cure intermedie;
- ambulatori di prime cure e per le piccole urgenze, aperti nelle ore diurne, per piccoli interventi che non necessitano di ricovero in ospedale (day service);
- la sede dell'attività di continuità assistenziale;
- la sede delle attività di Emergenza territoriale – 118;
- ambulatori infermieristici in cui gli infermieri distrettuali, pur mantenendo una propria autonomia professionale, operano in stretto rapporto di collaborazione con i Medici di Medicina Generale nei moduli integrativi integrati;
- ambulatori medici specialistici con aree e orari adeguati, parametrati sulla base delle esigenze della popolazione, che utilizzano specialisti convenzionati;
- servizi di radiologia e di analisi cliniche;
- strutture di degenza territoriale in regime residenziale e semiresidenziale (ospedale di comunità, residenza sanitaria, centri per disabilità psico-intellettive, hospice, etc).

I modelli di casa della Salute sono rappresentati dall'assistenza erogata dall'assistenza sanitaria di base (Casa della Salute piccola), ad un modello mediano che prevede l'aggiunta di servizi ambulatoriali e consultoriali (Casa della salute media) fino al complesso di servizi integrati, anche semi/residenziali (Casa della salute grande).

La Casa della Salute è considerata come *sede unitaria di erogazione dei servizi territoriali* e si configura come un presidio strategico, al fine di fronteggiare alcune tra le più evidenti criticità nel rapporto tra il SSR e il cittadino, nei trattamenti extraospedalieri e garantire i livelli essenziali di assistenza sociosanitaria nella loro unitarietà di prevenzione, cura e riabilitazione.

23. L'Ospedale di Comunità

L'Ospedale di Comunità è una struttura residenziale in grado di erogare assistenza sanitaria di breve durata e costituisce un presidio distrettuale. Esso è riservato a quei pazienti che, pur non presentando patologie acute ad elevata necessità di assistenza medica, non possono tuttavia essere assistiti adeguatamente a domicilio per motivi socio sanitari. Possono accedere all'ospedale di comunità, ad esempio, malati affetti da patologie croniche che periodicamente necessitano di controlli o terapie particolari, persone che a seguito di malattie acute o evolutive necessitano di terapie difficilmente erogabili a domicilio.

Dipartimento medico

Il Dipartimento medico ha il compito di garantire l'erogazione di prestazioni sanitarie e assistenziali di base e di alta complessità nel campo della Medicina Interna e di alcune delle principali Specialità Mediche in particolare nel campo delle malattie dell'apparato digerente, dell'oncologia, delle malattie cardiovascolari, delle endocrinopatie e delle malattie reumatologiche, e di consolidare una rete di servizi che consentano in tutto il territorio aziendale la fruizione di prestazioni di base e specialistiche in modo diffuso e tempestivo. Ha inoltre il compito di garantire alle persone dimesse dai reparti ospedalieri la continuità assistenziale necessaria ai singoli casi clinici attraverso l'ottimizzazione dei rapporti con le strutture territoriali, di lungodegenza e riabilitazione.

Le unità organizzative che lo costituiscono sono rappresentate nella pagina corrispondente del Piano di Organizzazione Aziendale, a cui si rinvia.

Dipartimento chirurgico

Il Dipartimento Chirurgico promuove equità e trasparenza nell'accesso alle prestazioni e flessibilità nell'erogazione, in accordo con la programmazione sanitaria aziendale ai diversi livelli.

Comprende le unità operative di Chirurgia, Chirurgia Vascolare, Endoscopia Diagnostica e Interventistica, Oculistica, Otorinolaringoiatria, Urologia.

Funzione specifica del Dipartimento Chirurgico è organizzare l'assistenza attraverso una rete di servizi che consentano, in tutto il territorio aziendale, la fruizione di prestazioni di chirurgia generale e specialistica secondo le esigenze individuate nei percorsi clinico-assistenziali. Tale funzione si esplica anche mediante l'adozione di nuove tecniche e procedure chirurgiche in conformità con l'innovazione e lo sviluppo delle conoscenze e delle evidenze scientifiche, individuando specifici settori di competenze per le varie realtà operative.

Particolare attenzione viene posta all'interdisciplinarietà, ai rapporti con i Distretti e con il Territorio.

Le unità organizzative che lo costituiscono sono rappresentate nella pagina corrispondente del Piano di Organizzazione Aziendale, a cui si rinvia.

Dipartimento dei Servizi

Il Dipartimento dei Servizi Sanitari è un dipartimento strutturale dell'ASREM, in staff alla Direzione Sanitaria Aziendale.

Esso nasce come struttura con valenza strategica aziendale, ed attraverso un modello organizzativo complesso di tipo tecnico-professionale, ha il compito di assicurare alle strutture che ne fanno parte, il raggiungimento degli obiettivi di produzione/erogazione (quantità, tipologia, qualità) delle prestazioni e dei servizi resi ai cittadini, negoziati con l'Area della Committenza (Distretti Sanitari ed Ospedali), in maniera omogenea in ambito aziendale.

La sua funzione viene esplicitata attraverso la promozione di modelli di integrazione tra le strutture, modelli tesi al superamento della frammentazione delle risposte ai bisogni sanitari, anche con la realizzazione di Percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA), condivisi con le componenti Ospedaliere e Territoriali.

Le unità organizzative che lo costituiscono sono rappresentate nella pagina corrispondente del Piano di Organizzazione Aziendale, a cui si rinvia.

Dipartimento di Emergenza

Il DEA rappresenta un'aggregazione funzionale di unità operative che mantengono la propria autonomia e responsabilità clinico-assistenziale, ma che riconoscono la propria interdipendenza adottando un comune codice di comportamento assistenziale, al fine di assicurare, in collegamento con le strutture operanti sul territorio, una risposta rapida e completa.

Garantisce oltre alle prestazioni fornite dagli ospedali sede di Pronto Soccorso anche le funzioni di osservazione e breve degenza, di rianimazione e, contemporaneamente, deve poter assicurare, attraverso una stretta interrelazione con i dipartimenti specialisti, interventi diagnostico-terapeutici di medicina generale, chirurgia generale, ortopedia e traumatologia, cardiologia con UTIC (Unità di Terapia Intensiva Cardiologia). Sono inoltre assicurate le prestazioni di laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologiche, di diagnostica per immagini, e trasfusionali.

L'articolazione delle strutture afferenti a tale dipartimento è rappresentata nella corrispondente scheda del Piano di Organizzazione Aziendale.

Dipartimento della donna e del bambino

Il *Dipartimento della donna e del bambino* raccoglie e integra funzionalmente le varie U.U.O.O. che operano nell'area materno infantile.

Nell'organizzazione dipartimentale trasversale dall'area materno-infantile viene realizzata la complementarità tra le Unità Operative interessate, per il raggiungimento degli obiettivi fissati, sulla base delle linee programmatiche regionali.

Nel rispetto degli obiettivi dei P.S.N. e P.S.R. e in attuazione della programmazione aziendale e distrettuale, delle relative priorità individuate sulla base dei dati epidemiologici, compito dell'organizzazione dipartimentale è di attivare azioni mirate al soddisfacimento dei bisogni della popolazione dell'area materno-infantile dell'ASReM, favorendo:

- la de-ospedalizzazione delle attività ostetriche e pediatriche,
- la riduzione dei ricoveri impropri,
- la dimissione precoce della puerpera e del neonato e la loro presa in carico territoriale,
- l'integrazione delle attività,
- la promozione di percorsi assistenziali comuni tra l'area della pediatria di base e tutti i servizi sanitari coinvolti,
- la promozione di percorsi assistenziali tra le unità operative dell'area funzionale omogenea ospedaliera e le unità operative territoriali e la rete dei Pediatri di libera scelta e Medico di medicina generale,
- la continuità dell'assistenza alla gravidanza, al parto e al puerperio;
- la tutela della gravidanza a rischio,
- l'interruzione volontaria della gravidanza (IVG),
- la prevenzione oncologica,
- la tutela della salute della donna in menopausa,
- la realizzazione di "percorsi-intervento" per adolescenti e giovani,
- la costruzione di protocolli operativi per assicurare l'unitarietà e l'integrazione socio-sanitaria.

Compiti del dipartimento, nel rispetto delle Linee Guida, sono:

- elaborare protocolli attuativi,
- coordinare le prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione a livello territoriale ed ospedaliero,
- ottimizzare le risorse,
- garantire prioritariamente la:
 - tutela della salute della donna in tutte le fasi ed ambienti di vita;

- tutela della procreazione e tutela sociale della maternità e paternità responsabile;
- tutela dell'unità madre - neonato all'interno del percorso nascita;
- tutela della salute dei minori fino al raggiungimento dell'età adulta;
- tutela del minore disabile e dei soggetti socialmente deboli;
- prevenzione, cura e riabilitazione dal disagio psichico e sociale dovuto a problematiche scolastiche, familiari e relazionali anche in riferimento agli abusi e maltrattamenti;
- offerta attiva di interventi preventivi;
- integrazione socio sanitaria;
- umanizzazione dell'assistenza, con particolare riferimento al momento della nascita;
- garantire i livelli assistenziali attraverso l'individuazione ed il coordinamento delle prestazioni che si rendono necessarie nell'ambito di un approccio globale alla persona, per mezzo delle seguenti funzioni:
 - prevenzione,
 - attività ambulatoriale,
 - preospedalizzazione,
 - Day-Hospital e Day-Surgery,
 - emergenza ed urgenza continua nelle 24 ore,
 - ricovero ordinario,
 - organizzazione e responsabilità dei trasferimenti interni e del follow-up,
 - dimissione protetta e assistenza domiciliare integrata,
 - riabilitazione,
- raggiungere gli obiettivi prefissati attraverso le seguenti modalità:
 - didattica, formazione ed aggiornamento;
 - ricerca e sorveglianza epidemiologica;
 - informatizzazione, studio e applicazione di sistemi integrati di gestione;
 - coordinamento ed integrazione delle risorse disponibili dell'area materno-infantile;
 - adeguamento dei modelli operativi anche nel rispetto dei requisiti minimi funzionali ed organizzativi;
 - elaborazione ed applicazione di specifiche Linee Guida;
 - utilizzazione ottimale degli spazi assistenziali, del personale e delle apparecchiature;
 - organizzazione dell'attività libero-professionale intramuraria nell'ambito del Dipartimento;
 - valutazione e verifica della qualità dell'assistenza fornita;
 - individuazione e promozione di nuove attività o di nuovi modelli operativi.

Il *Dipartimento della donna e del bambino* è un dipartimento misto transmurale, strutturale per le unità operative ospedaliere e funzionale per quanto concerne l'integrazione delle unità operative territoriali.

L'articolazione delle strutture afferenti a tale dipartimento è rappresentata nella corrispondente scheda del Piano di Organizzazione Aziendale.

DIPARTIMENTO DELLA RIABILITAZIONE – FRAGILITA' – CONTINUITA' ASSISTENZIALE

Il Dipartimento della Riabilitazione - Fragilità - Continuità Assistenziale è un dipartimento misto transmurale, di tipo strutturale per le unità operative ospedaliere e funzionale per quelle territoriali e centrali. L'articolazione delle strutture afferenti a tale dipartimento è rappresentata nella corrispondente scheda del Piano di Organizzazione Aziendale.

Il Dipartimento opera all'interno dei Presidi ospedalieri e sul Territorio della ASL AL con la finalità di garantire la continuità delle cure della persona, in base alle specificità e competenze di tipo clinico-assistenziali riconducibili alle SC SS e SSD che vi afferiscono.

Il Dipartimento prende in carico la persona secondo il modello di tipo bio-psico-sociale (ICF) attraverso la valutazione dei bisogni clinici, assistenziali, riabilitativi e sociali della persona per individuare il setting di cura più appropriato, accompagnando la persona e la famiglia durante tutto il percorso, nei reparti per acuti fino al rientro al domicilio o nella struttura protetta, cercando di superare gli ostacoli che sono ancora presenti nella gestione della cronicità e della fragilità della persona, ritenendo prioritario l'obiettivo di un maggiore intervento sul territorio in termini di cure domiciliari, ambulatoriali e sperimentando percorsi di salute che devono uscire dalla stretta competenza sanitaria (demedicalizzazione delle cure).

Il Dipartimento pone particolare attenzione alla gestione dei posti letto della post-acuzie (cod. 56 e 60) collegati al tema della domiciliarità e della continuità assistenziale nel post-ricovero.

Organizza il proprio modello di governance del territorio, al fine di migliorare la gestione del sistema di assistenza (centralità del paziente, tempestività di intervento ed efficienza, attività coordinata degli interventi, elaborazione di percorsi basati su prove scientifiche) e la partecipazione del paziente e delle famiglie al processo di cura (informazione, educazione, interventi proattivi, miglioramento degli stili di vita e attività fisica adattata), anche attraverso l'integrazione con i servizi sociali e del terzo settore (c.d. connessione con la comunità di riferimento).

Il Dipartimento si configura come articolazione organizzativa orientata allo sviluppo della integrazione delle risorse mediche e delle professioni, operando per la definizione di percorsi di eccellenza nell'area della post acuzie all'interno dei PDTA individuati a livello aziendale, nell'ottica della continuità assistenziale, per il recupero funzionale ed il miglioramento delle condizioni di salute della persona, in particolare dell'anziano, attraverso la collaborazione tra le professionalità che vi operano e la formazione degli operatori.

Il Dipartimento definisce un sistema indipendente, imparziale e obiettivo di valutazione e verifica della efficacia ed efficienza delle singole prese in carico.

L'articolazione delle strutture afferenti a tale dipartimento è rappresentata nella corrispondente scheda del Piano di Organizzazione Aziendale.

LA RETE DELL'EMERGENZA

L'ASReM, così come prescritto nel DM 70/2015, intende avviare e concludere nel triennio 2016-2018 un nuovo modello organizzativo dell'assistenza, caratterizzato da un potenziamento delle attività sul territorio e dalla realizzazione di una rete ospedaliera dedicata alle patologie complesse.

Il territorio e la popolazione della Regione Molise richiedono di modulare le Reti attraverso un sistema SES 118 sviluppato in aree complesse adattando gli interventi, secondo le necessità, verso un trasporto rapido o la gestione sul luogo dell'evento, integrato ad un sistema ospedaliero concentrato su tre strutture coordinate in grado di offrire una risposta qualitativamente adeguata ai volumi di attività svolta, e collegato ad un sistema sovraregionale con cui condividere la risposta per competenze, che, a loro volta, necessitano di bacini epidemiologici diversi per la loro sostenibilità clinica ed economica.

LA RETE PER IL TRAUMA

Tutti i traumi con criteri di triage indicativi di trauma maggiore devono essere trasportati al centro trauma in relazione alla tipologia delle lesioni e alla necessità di eventuali alte specialità al fine di rispettare il più possibile il principio di centralizzazione primaria, cioè del trasporto immediato al luogo di cura definitiva.

In caso di impossibilità al controllo e al trattamento in sede extraospedaliera dell'instabilità respiratoria o circolatoria da parte del personale sanitario, il paziente deve essere trasportato, indipendentemente dal tipo di lesioni, al più vicino centro trauma per la stabilizzazione iniziale per poi essere trasferito, se necessario, alla struttura di livello superiore, una volta ottenuto il controllo della funzione cardio, avvalendosi di tecnologie per la trasmissione di immagini e dati.

Si individua:

- a) Centro trauma di Zona (CTZ): individuato presso Il DEA di I livello (Plesso Ospedaliero di Campobasso) che garantisce H24 il trattamento in modo definitivo di tutte le lesioni tranne quelle connesse con tutte o alcune alte specialità.
- b) Presidi di Pronto Soccorso per Traumi (PST) (Plessi Ospedalieri di Isernia e Termoli): Sono dotati di Pronto Soccorso generale e garantiscono il trattamento immediato, anche chirurgico, delle lesioni con instabilità cardio-respiratoria prima di un eventuale trasferimento ad una struttura di livello superiore.
- c) Centri Traumi di alta Specializzazione (CTS): afferenti in genere a DEA di II livello con Trauma Team del Dipartimento di Emergenza dedicato alla gestione del Trauma maggiore, in grado di accogliere pazienti con problematiche polidistrettuali o che necessitino di alte specialità. Tali centri identificano e trattano 24 ore su 24, in modo definitivo, qualsiasi tipo di lesione mono o poli-distrettuale e garantiscono le cure intensive necessarie. Devono essere individuati in sede extra regionale con accordi di confine.

LA RETE PER L'ICTUS

La Rete per l'Ictus viene istituita in relazione ai criteri già utilizzati per la Rete Ospedaliera di Emergenza e prevede un rapporto epidemiologico secondo le indicazioni del Ministero della Salute di 3.200 ictus per 1.000.000 di abitanti con una prevedibilità in Molise di circa 1.100 nuovi casi/anno di cui circa 350 passibili di trombolisi.

Le diagnosi associabili all'ictus cerebrale, con differente percorso terapeutico, sono le seguenti:

- i casi di emorragia cerebrale;
- i casi di ictus trombotico;
- i casi di TIA (ischemie transitorie)
- i casi di vasculopatie cerebrali acute e subacute senza danno immediato del tessuto nervoso.

Il principio guida nella organizzazione della rete deve essere quello di selezionare i pazienti da indirizzare

alle unità ictus (sia hub che spoke), perché suscettibili di terapia chirurgica, endovascolare o farmacologica, assistendo gli altri pazienti, che sono la gran maggioranza, in aree di degenze a minor specializzazione. Il paziente dovrà quindi essere direttamente ricoverato presso una Stroke Unit (SU) riconosciuta; qualora questo non fosse immediatamente possibile, l'ospedale che lo ha accolto dovrà garantire, con la propria organizzazione interna, il trasferimento per ricovero presso altro ospedale dotato di SU in tempi utili per i trattamenti effettuabili in quel singolo paziente.

L'organizzazione del primo soccorso, il cosiddetto "percorso Ictus" è quindi il fattore chiave per selezionare ed indirizzare i pazienti verso il centro giusto, e va accuratamente predisposto in ogni singola ASL.

Tutto il percorso assistenziale per l'ictus trombotico deve tendere ad assicurare l'inizio della terapia entro 4.30 ore dall'inizio dei sintomi; per le forme emorragiche la tempistica dell'intervento è variabile, ma è comunque opportuno ridurre a tempi strettamente necessari la fase di diagnosi e dell'eventuale trasferimento del paziente, entro le sei ore dall'inizio dei sintomi.

Nel caso di trasporto con il 118, la centrale operativa stabilisce la sede di ricovero più opportuna come da raccomandazioni contenute nel P.D.T.A.; tuttavia la prevalenza dei pazienti viene trasportata con mezzi propri e quindi quasi sempre raggiunge l'ospedale più vicino.

Questi ospedali, in relazione a specifiche condizioni cliniche, possono trasferire i pazienti, previo accordo, ai centri ictus ovvero assisterli nelle proprie degenze di medicina o geriatria.

Qualsiasi trasferimento di pazienti con ictus al centro ictus (spoke-hub) di riferimento, dal 118 o da altri ospedali, deve essere preventivamente autorizzato dal centro stesso; il centro ictus (spoke-hub) non può rifiutare il trasferimento di pazienti suscettibili di terapia trombolitica o chirurgica dall'area di proprio competenza.

Trasferire pazienti, che non hanno possibilità di giovare della tecnologia delle unità stroke (spoke-hub), senza l'autorizzazione del centro (spoke-hub) rischia di produrre un intasamento ed un malfunzionamento degli stessi e quindi di vanificare la funzione stessa della rete.

Nella fase attuativa della rete ictus delle singole aree territoriali può tornare utile definire una unità ictus (spoke-hub) di riferimento ma anche una unità ictus di seconda opportunità nel caso di indisponibilità della prima.

I livelli di assistenza delle SU, garantiti da protocolli verificati e concordati in ambito regionale e nazionale, riconoscono la specialità clinica "Stroke Unit" dell'ospedale, la sua integrazione nel sistema di emergenza-urgenza ("118") e il percorso del paziente dal triage di ingresso alla dimissione.

La disciplina di riferimento in cui vanno organizzate le SU è la Neurologia, ovvero piattaforme di degenza condivise tra Neurologia e Neurochirurgia.

Stroke Unit di I livello (Plesso Ospedaliero Spoke) di Termoli e Isernia

Sono necessarie per rispondere diffusamente, a livello territoriale, al fabbisogno di ricovero e cura per la maggior parte dei pazienti con ictus cerebrale.

Si caratterizzano per la presenza, in area di degenza specializzata per pazienti con ictus, di:

- competenze multidisciplinari (compreso personale specializzato per l'erogazione di procedure Eco Doppler TSA ed ecocardiografia, inclusive esistenti nel contesto della struttura);
- almeno un medico esperto (preferibilmente neurologo) dedicato;
- personale infermieristico formato e in numero adeguato;
- possibilità di monitoraggio di almeno un post letto;
- riabilitazione precoce (fisioterapia, logopedia, terapia occupazionale);
- assistente sociale;
- TC cerebrale 24/7;
- collegamento operativo con le Stroke Unit di I e III livello per invio immagini e consultazione (telemedicina);
- collegamento operativo (protocolli condivisi di valutazione del danno e della disabilità, di indicatori di processo riabilitativo e di esito) con una o più strutture riabilitative territoriali;
- collegamento operativo con il territorio (Medicina Generale, Servizi Assistenziali).

Stroke Unit di II livello (Plesso Ospedaliero Hub) di Campobasso

Oltre ai requisiti delle SU di I livello, quelle di II livello devono poter garantire:

- la terapia fibrinolitica endovenosa;
- la pronta disponibilità neurochirurgica (anche in altra sede con supporto tecnologico telediagnostico);
- TC cerebrale e/o angio-TC H24 con apparecchio volumetrico multistrato ad almeno 16 strati (possibilmente 64 strati) [e/o RM encefalo, RM DWI, angio-RM];
- diagnostica neurosonologica epiaortica e intracranica (erogata da personale dedicato o dallo specialista neurovascolare);
- ecocardiografia TT e TE.

Stroke Unit di III livello (Centri di Riferimento/Eccellenza)

Oltre ai requisiti delle SU di II livello, definisce SU di III livello la presenza di:

- Neuroradiologia (24/7) con: TC volumetrica multistrato a 64 strati, con programmi di ricostruzione angiografica e perfusionale. Apparecchio da 1,5 Tesla per RM, RM-DWI, RM-PWI; e angio-RM con pacchetto a rapida effettuazione.
- Interventistica endovascolare con camera con angiografo digitale con arco a C e con Flat Panel disponibile in h24 con medici, tecnici infermieri in pronta reperibilità.
- Neurochirurgia (24/7 o reperibilità).
- Chirurgia vascolare (24/7 o reperibilità).
- Attività di ricerca clinica e/o di base nel settore.
- Possibilità di effettuare:
 - angiografia cerebrale;
 - fibrinolisi intra-arteriosa (urgenza);
 - trombectomia meccanica (urgenza);
 - stent extra- e intracranico; embolizzazione di malformazioni AV, aneurismi (programmazione);
 - endoarteriectomia (urgenza);
 - craniotomia decompressiva, clipping degli aneurismi.

È auspicabile che le SU di I livello acquisiscano nel tempo le dotazioni e il know-how necessari per il trattamento fibrinolitico endovenoso, così da effettuare la transizione dal I al II livello (configurando di fatto solo due livelli organizzativi).

Solo per le Stroke Unit di II e III livello è prevista l'assegnazione della Specialità Clinica di Stroke Unit all'Ospedale.

LA RETE PER LE EMERGENZE CARDIOLOGICHE

La Rete per le Emergenze Cardiologiche viene istituita in relazione ai criteri già utilizzati per la Rete Ospedaliera di Emergenza e prevede un rapporto epidemiologico secondo le indicazioni del Ministero della Salute di 3.000 sindromi coronariche acute per 1.000.000 di abitanti con una prevedibilità in Molise di circa 1.100 casi di cui 300 nuovi casi/anno di infarto miocardico STEMI.

- Gli Ospedali di Campobasso e Termoli sono dotati delle competenze e strutture per l'esecuzione della manovra salvavita di riperfusione coronarica h24/365.
- L'Ospedale di Campobasso svolge il ruolo di "Hub" per la competenza di chirurgia vascolare;
- L'Ospedale di Isernia dispone di un'attività specialistica di riperfusione coronarica integrata con la U.O. di Cardiologia di Campobasso secondo un programma diurno compatibile con i servizi disponibili;
- Accordi intra-regionali saranno attivati secondo criteri definiti per il trasferimento

per competenza cardiocirurgica presso l'IRCCS Giovanni Paolo II;

La centralizzazione primaria avviene attraverso un coordinamento tra il sistema 118, già dotato di strumenti per la trasmissione wireless, e la U.O. di Cardiologia di Campobasso, già attiva come centro di direzione, attraverso il seguente percorso:

- Il personale del 118 sulla scena secondo i criteri clinici definiti segue l'ECG e lo trasmette alla U.O. di Cardiologia di Campobasso;
- L'U.O. di Campobasso valuta il profilo clinico e l'esame ECG e indica alla C.O. la necessità di centralizzare il paziente con caratteristiche STEMI verso la struttura "attiva" più vicina;
- Il paziente con profilo NSTEMI viene avviato alla struttura di P.S. più vicina.

LA RETE ONCOLOGICA

La rete oncologica è costituita dai 10 e 9 posti letto di Oncologia rispettivamente del Plesso Ospedaliero di Isernia e di Termoli, a cui si aggiungono 10 pl di Oncologia e 24 pl di Chirurgia Oncologica della Fondazione Giovanni Paolo II.

LA RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE

I soggetti e le strutture che assicurano l'assistenza nella rete del dolore e delle cure palliative sono i seguenti:

- M.M.G. -MCA;
- unità operative di cure palliative' che garantisce ed assicura l'assistenza di tipo domiciliare e garantisce la presa in carico dell'utente da parte della rete di assistenza;
- strutture residenziali hospice ;
- day hospice;
- ambulatori;
- strutture residenziali e di ricovero ad alta intensità;
- presidi ospedalieri;
- organizzazioni non-profit

La Rete deve essere composta da un sistema di offerta multispecialistica nel quale la persona malata e la sua famiglia possano essere guidati e coadiuvati nel percorso assistenziale tra il proprio domicilio, sede di intervento privilegiata, in genere preferita dal malato e dal nucleo familiare, e le strutture di degenza, dette hospice, specificamente dedicate al ricovero/ soggiorno dei malati temporaneamente non assistibili presso la propria abitazione.

La progettazione e la realizzazione della rete delle cure palliative, si attua a livello distrettuale e richiede il coordinamento delle attività palliative con quella socio assistenziale, realizzando l'obiettivo di soddisfare i bisogni della persona malata e della sua famiglia.

**Articolazione delle Strutture dell'Azienda
Sanitaria Regionale del Molise**

Denominazione Struttura	N. Strutture Complesse	N.Strutture Semplici	N. Strutture Semplici Dipartimentali	Totale complessivo
Acquisti e Logistica	1			1
Affari Generali	1			1
Affari legali	1			1
Anatomia Patologica			1	1
Anestesia e Terapia Intensiva	1		2	3
Bonifica sanitaria allevamenti		3		3
Cardiologia	1		2	3
Centrale Operativa 118 (Regionale)	1			1
Centro Nutrizione Artificiale Clinica e Domiciliare			1	1
Centro Trasfusionale	1	2		3
Chirurgia endoscopica		1		1
Chirurgia epatobiliare		1		1
Chirurgia Generale	3			3
Chirurgia senologica e Brest Unit			1	1
Chirurgia Toracica		1		1
Chirurgia Vascolare	1			1
Commitenza		1		1
Contabilità e Bilancio	1			1
Coordinamenro della Medicina Legale			1	1
Dipendenze	1	2		3
Direzione delle Professioni Sanitarie (Di.P.Sa.)	1			1
Direzione di Distretto Sociosanitario	3			3
Direzione Sanitaria	1	3		4
Epidemiologia	1			1
Farmacia Ospedaliera		3		3
Gestione delle risorse umane	1			1
Governance del Farmaco	1			1
Governance della rete territoriale consultoriale e degli screening oncologici		1		1
Igiene degli Alimenti	1			1
Igiene e Sanità Pubblica	1			1
Innovazione, Piani e Progetti			1	1
Integrazione ospedale territorio e socio sanitaria	1			1
IVG			1	1
Laboratorio Analisi	1	2		3
Lungodegenti	1	1		2
Malattie endocrine, nutrizione e ricambio	1			1
Malattie Infettive e Tropicali			1	1
Medicina del lavoro	1			1
Medicina Generale	4			4
Medicina Nucleare			1	1
Nefrologia ed Emodialisi	1			1
Neonatologia - Terapia Intensiva Neonatale		1		1
Neurologia	1			1
Neuropsichiatria infantile			1	1
Nucleo ispettivo e controllo esterno			1	1
Oculistica	1		1	2
Oncologia	1	2		3
Ortopedia e Traumatologia	3			3
Ostetricia e Ginecologia	2	1		3
Otorinolaringoiatria	1			1
Pediatria	1	2		3
Prevenzione e protezione - Medico competente			1	1
Programmazione e Controllo di Gestione	1			1
Pronto Soccorso - Medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza	1		2	3

**Articolazione delle Strutture dell'Azienda
Sanitaria Regionale del Molise**

Denominazione Struttura	N. Strutture Complesse	N.Strutture Semplici	N. Strutture Semplici Dipartimentali	Totale complessivo
Psichiatria		3		3
Qualità e governance clinica			1	1
Radiodiagnostica	2	1		3
Rete territoriale della non autosufficienza			1	1
Riabilitazione funzionale	1	2		3
Risk management			1	1
Servizio di Emodialisi		3		3
Servizio di Gastroenterologia			1	1
Servizio di Odontoiatria e Stomatologia			1	1
Sistema Informatico (ICT)			1	1
Stroke Unit		1		1
Struttura Formazione - Comunicazione e rapporti con le Università			1	1
Struttura Tecnica Permanente		1		1
Tecnico- Manutentivo	1			1
Tutela della Salute in carcere		1		1
Unità coronarica nell'ambito della Cardiologia		1		1
Unità Operativa di Salute Mentale	3			3
UO Amministrativa		4	2	6
UO Cure Domiciliari		3		3
UO Cure Palliative - Hospice		1		1
UO di Medicina di base, specialistica ed assistenza farmaceutica	3			3
UO di Riabilitazione e di assistenza centri residenziali e semiresidenziali	3			3
UO Materno Infantile		3		3
UO Medicina Legale		3		3
Urologia	1	1		2
Veterinaria area A	1			1
Veterinaria area B	1			1
Veterinaria area C	1			1
Totale complessivo	62	55	27	144

Dotazione organica complessiva dell'ASReM

[illegible]

Dotazione organica complessiva dell'ASReM

Previsione di fabbisogno di personale a livello territoriale (comprensivo delle unità territoriali di salute mentale, delle Case circondariali, del SET-118, Case della Salute di Venafrò e Larino e Hospice)

Infermieri	Fabbisogno personale
Medici	151
Infermieri	480
Fisioterapisti	37
Ostetriche	21
Assistenti sociali	53
Psicologici	26
Sociologi	10
Farmacisti	6
Tecnici sanitari	37
OSS	72

Previsione di fabbisogno di Personale servizi amministrativi, tecnici e centrali

Qualifica	Fabbisogno personale
Personale amministrativo dirigenza	17
Personale amministrativo comparto	204
Personale tecnico comparto	223
Personale professionale dirigente avvocato	5
Personale dirigente ingegnere	3

Previsione di fabbisogno di Personale della rete della Prevenzione

Qualifica	Fabbisogno personale
Medici/veterinari	78
Tecnici della prevenzione	37

Dotazione organica complessiva dell'ASReM

Riepilogo Fabbisogno ASReM	
Qualifica	Fabbisogno personale
Medici/veterinari/odontoiatri	787
Infermieri	1.597
Fisioterapisti	58
Ostetriche	47
Assistenti sociali	53
Psicologici	26
Biologi	40
Sociologi	10
Farmacisti	14
Tecnici sanitari	289
OSS + ASSS	409
Personale amministrativo dirigenza	20
Personale amministrativo comparto	204
Personale tecnico comparto	230
Personale professionale dirigente avvocato	3
Personale dirigente ingegnere	3
Personale dirigente chimico	1
Totale fabbisogno personale ASReM	3.791