

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N. 301 del 27-03-2018

OGGETTO: ATTO AZIENDALE ASREM - MODIFICHE ED INTEGRAZIONI-

Il Responsabile dell'Istruttoria

SABRINA DE RENSIS

Il Dirigente

**U.O.C. AFFARI GENERALI
ROSAMARIA TUCCI**

In data 27-03-2018 ,nella sede dell'Azienda Sanitaria Regione Molise,

IL DIRETTORE GENERALE

ING. GENNARO SOSTO prende in esame, per le determinazioni di competenza, l'argomento di cui in oggetto.

Il responsabile U.O.C. AFFARI GENERALI, ROSAMARIA TUCCI, alla stregua dell'istruttoria compiuta dalla U.O.C. e delle risultanze e degli atti tutti richiamati nelle premesse che seguono, costituenti istruttoria per tutti gli effetti di legge, nonché l'espressa dichiarazione di regolarità tecnica e amministrativa della stessa resa a mezzo di sottoscrizione della proposta;

VISTO il decreto legislativo n.165 del 30.03.2001 ss.mm.ii., art.4, comma 2 e art.17;

VISTA la legge regionale n.9 del 01.04.2005 di istituzione della A.S.Re.M. regionale e messa in liquidazione delle disciolte AA.SS.LL.;

VISTA la legge regionale n.34 del 26.11.2008 "Modifiche alla Legge Regionale 1 aprile 2005,n.9";

RICHIAMATA la delibera di Giunta Regionale n.1867 del 26.12.2005, avente ad oggetto la costituzione della nuova A.S.Re.M.;

RICHIAMATA la deliberazione della Giunta Regionale della Regione Molise n.156 del 11.04.2016, con la quale l'Ing. Gennaro Sosto è stato nominato Direttore Generale della A.S.Re.M.- Azienda Sanitaria Regione Molise;

Allegati alla deliberazione: n.1

PREMESSO che:

Deliberazione del Direttore Generale n.301 del 27-03-2018

1/5

- l'art. 3, comma 1-bis, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni, stabilisce che l'organizzazione ed il funzionamento delle aziende unità sanitarie locali sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato, nel rispetto dei principi e criteri previsti da disposizioni regionali;
- l'articolo 5, comma 2 della Legge Regionale del Molise 1° aprile 2005, n. 9, come modificata dalla Legge Regionale 26 novembre 2008, n. 34 dispone che il Direttore Generale è tenuto ad elaborare *“la proposta di atto aziendale sulla base degli indirizzi e dei criteri formulati dalla Giunta regionale, nel rispetto dei principi ed obiettivi fissati dal Consiglio regionale, da sottoporre all'approvazione della Giunta regionale”*;

RICHIAMATA la Deliberazione di Giunta Regionale del Molise n.362 del 30/03/2007, recante “Accordo tra Ministero della Salute, Ministero dell'Economia e delle Finanze e Presidente della Regione Molise per l'approvazione del Piano di rientro di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico ai sensi dell'articolo 1 comma 180 della legge 30 dicembre 2004 n°311”;

VISTO il Piano di riqualificazione e di risanamento economico – Piano di rientro – ed i successivi programmi operativi e Decreti attuativi del Commissario *ad acta*, i regolamenti, le direttive della Regione Molise in materia sanitaria;

VISTO il Decreto del Commissario *ad acta* n. 7 del 20/03/2013, recante “Approvazione definitiva della direttiva per la redazione dell'Atto aziendale dell'ASReM”;

RICHIAMATO il Programma Operativo Straordinario 2015-2018, recepito con decreto del commissario *ad acta* n. 52 del 12/09/2016 – “*Accordo sul Programma Operativo Straordinario 2015-2018 della Regione Molise*. (Rep. Atti n. 155/CSR del 03/08/2016). Provvedimenti”;

RICHIAMATO il proprio provvedimento n. 1029 del 23/12/2016, recante “*Adozione atto aziendale dell'Azienda Sanitaria Regionale del Molise*”, come rettificato con provvedimento n. 1044 del 29/12/2016;

DATO ATTO che con nota prot. n. 102791 del 30/12/2016, in conformità a quanto previsto dal Decreto del Commissario *ad acta* n. 7 del 20/03/2013, l'Atto aziendale è stato trasmesso al Commissario *ad acta* per la verifica della conformità alla direttiva approvata con il medesimo Decreto;

VISTO il Decreto del Commissario *ad acta* n. 7 del 02/02/2017, recante “*Approvazione dell'Atto aziendale dell'Azienda Sanitaria Regionale del Molise ASReM*”;

RICHIAMATA la propria deliberazione n. 124 dell'8/02/2017 con il quale è stato approvato in via definitiva l'atto aziendale ASReM con l'allegata dotazione organica complessiva, modificato secondo le prescrizioni impartite con il citato DCA n.7/2017;

VISTO il Decreto del Commissario *ad acta* n. 16 del 28/02/2017, recante “*Approvazione dell'Atto aziendale dell'Azienda Sanitaria Regionale del Molise ASReM- Provvedimenti*”;

VISTO il Decreto del Commissario ad acta n.47 del 28/08/2017 - Programma Operativo Straordinario 2015-2018. Programma 11 "Riequilibrio Ospedale - Territorio" - "Documento di programmazione della rete ospedaliera e delle reti dell'emergenza e delle patologie tempo-dipendenti nella Regione Molise";

PRESO ATTO che con il DCA citato viene dato mandato al Direttore Generale ASReM, per quanto di competenza, ad assicurare, entro il periodo di vigenza del Programma Operativo Straordinario, tutti gli adempimenti necessari e consequenziali finalizzati all'attuazione di quanto previsto dal decreto medesimo;

CONSIDERATO che gli adempimenti previsti dal decreto sopra richiamato ne rendono indispensabile il recepimento nell'Atto Aziendale ASReM;

RICHIAMATO il Decreto del Commissario ad acta n. 53 del 26/10/2017, recante *"Programma Operativo Straordinario 2015 - 2018. Programma 15 "Rapporti con l'Università" - Azione 15.1.1 "Ricognizione e revisione della regolamentazione dei rapporti con le Università". Approvazione Schema di Protocollo d'intesa tra Regione Molise e Università degli Studi del Molise per la disciplina dell'integrazione tra le attività didattiche, scientifiche ed assistenziali"* in esecuzione del quale è stato sottoscritto il Protocollo d'intesa tra Regione Molise e Università degli Studi del Molise per la disciplina dell'integrazione tra le attività didattiche, scientifiche ed assistenziali ;

PRESO ATTO che con parere n. 92 del 24/10/2017 del Ministero della Salute e del Ministero dell'Economia e delle Finanze, reso in riferimento al Protocollo d'intesa d'intesa tra Regione Molise e Università degli Studi del Molise, si chiede all'ASReM la revisione dell'atto aziendale *"alla luce degli assetti organizzativi aziendali conseguenti al Protocollo in oggetto"* ;

RICHIAMATA la propria deliberazione n. 1386 del 12/12/2017, con la quale si è preso atto del protocollo d'intesa sopra citato e ci si è riservati di assumere le consequenziali determinazioni attuative con successive deliberazioni;

RILEVATA, inoltre, l'esigenza di apportare minime variazioni all'Atto Aziendale approvato con la deliberazione n.124/2017, finalizzate al miglioramento organizzativo dei servizi e preventivamente comunicate alla struttura Commissariale, giuste note prot. n. 62963 del 31/07/2017 e n. 83616 del 13/10/2017 e relativi riscontri prot. n. 93975 del 17/08/2017 e n. 144866 del 14/12/2017 ;

RICHIAMATA la propria precedente deliberazione n. 1388 del 14.12.2017 "Atto Aziendale ASReM – Modifiche ed integrazioni" con la quale è stato approvato il nuovo testo dell'Atto Aziendale in sostituzione dell'atto approvato con deliberazione n. 124 dell'08/02/2017;

VISTE le indicazioni pervenute dalla Struttura Commissariale e dalla Direzione Generale per la Salute della Regione Molise, rispettivamente con nota prot.n. 6399 del 15/01/2018 e con nota prot.n. 19297 del 07/02/2018;

PROPONE

PROVEDERE alla modifica dell'atto aziendale approvato con deliberazione n. 1388 del 14.12.2017 in conformità alle disposizioni dettate dagli atti citati in premessa.

IL DIRIGENTE RESPONSABILE

Dr.ssa Rosamaria Tucci

IL DIRETTORE GENERALE

Preso atto della dichiarazione di regolarità dell'istruttoria compiuta dalla U.O.C. nonché della dichiarazione di legittimità tecnica e amministrativa resa dal Direttore proponente con la sottoscrizione della proposta che precede;

Sentito il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario, per quanto di rispettiva competenza;

DELIBERA

Per le motivazioni espresse in premessa,

APPROVARE l'Atto Aziendale, come modificato in coerenza con i percorsi esplicitati nelle premesse ed in conformità alle indicazioni fornite dalla Struttura Commissariale e dalla Direzione Generale per la Salute della Regione Molise, rispettivamente con nota prot.n. 6399 del 15/01/2018 e con nota prot.n. 19297 del 07/02/2018, nel testo allegato come parte integrante e sostanziale del presente atto, che sostituisce integralmente l'atto approvato con la deliberazione n. 1388 del 14.12.2017;

DARE ATTO che le modifiche ed integrazioni di cui al presente atto troveranno attuazione a seguito di approvazione con specifico provvedimento della Struttura Commissariale della Regione Molise;

TRASMETTERE il presente atto:

- al Presidente della Giunta Regionale del Molise - Commissario *ad acta*;
- al sub Commissario *ad acta*;

- al Direttore Generale per la Salute
- al Collegio Sindacale ASREM.

DICHIARARE il presente provvedimento immediatamente esecutivo

IL DIRETTORE SANITARIO *
DR. ANTONIO LUCCHETTI

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO *
AVV. ANTONIO FORCINITI

IL DIRETTORE GENERALE *
ING. GENNARO SOSTO

* Documento informatico sottoscritto con firma digitale ai sensi dell'Art.24 del D.Lgs. 07/03/2005, 82



Atto Aziendale dell'Azienda Sanitaria Regionale del Molise

1° PARTE:

- **Articolato delle norme costitutive (gli organi, la mission ed i principi fondamentali dell'organizzazione)**
- **Allegato 1: Protocollo d'intesa tra Regione Molise e UNIMOL**

2° PARTE:

- **Piano di Organizzazione Aziendale (delle Strutture e delle Reti Assistenziali)**
- **Declaratoria delle competenze delle Strutture**
- **Articolazione complessiva delle Strutture (Organigramma)**
- **Allegato 2: Dotazione Organica complessiva**

1°Parte

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 II – 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 III – 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. 20 Principi generali	34
Art. 21 Piano di Organizzazione	34

Art. 22 Livelli organizzativi aziendali	34
Capo II – ORGANIZZAZIONE DIPARTIMENTALE	35
Art. 23 Definizione di Dipartimento	35
Art. 24 Finalità dei Dipartimenti	36
Art. 25 Direttore del Dipartimento	37
Art. 26 Comitato di Dipartimento	37
Capo III – ORGANIZZAZIONE DISTRETTUALE	37
Art. 27 Il Distretto Socio-Sanitario	37
Art. 28 Il Direttore del Distretto	39
Art. 29 Ufficio di Direzione Distrettuale	40
Art. 30 Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali (UCAD)	42
Art. 31 Il Regolamento di Distretto	42
Art. 32 Il programma delle attività territoriali – distrettuali (PAT)	43
Capo IV – LA PREVENZIONE	43
Art. 33 Ruolo della Prevenzione	43
Art. 34 Prevenzione Oncologica secondaria	44
Art. 35 Il Dipartimento di Prevenzione	44
Capo V – IL PRESIDIO OSPEDALIERO	45
Art. 36 Il Presidio Ospedaliero Regionale	45
Art. 37 Le strutture sanitarie accreditate	47
Capo VI – LE STRUTTURE DI SUPPORTO	47
Art. 38 Principi generali	47
Capo VII – DECENTRAMENTO DI POTERI	48
Art. 39 Distinzione tra attività di indirizzo, programmazione e controllo ed attività gestionale	48
Art. 40 Autonomia e responsabilità dei dirigenti	48
Capo VIII – TIPOLOGIE DI STRUTTURE	49
Art. 41 Strutture Complesse	49
Art. 42 Strutture Semplici a Valenza Dipartimentale	49
Art. 43 Strutture Semplici	50
Capo IX – LE RISORSE	50
Art. 44 Gestione risorse umane	50
Art. 45 La dotazione organica	50
Art. 46 Valorizzazione delle risorse umane	51
Art. 47 Rapporto con le Organizzazioni Sindacali	51
Capo X – TIPOLOGIE DI INCARICHI	51
Art. 48 Tipologie di incarico dirigenziale	51
Art. 49 Tipologie affidamento e revoca	52

Art. 50	Verifica dei risultati delle attività dei dirigenti	52
Art. 51	Il Collegio Tecnico	52
Art. 52	Posizioni organizzative e funzioni di coordinamento	53
Capo XI – FUNZIONI AZIENDALI		53
Art. 53	Il Responsabile della prevenzione, della corruzione e della trasparenza	53
Art. 54	Il Servizio Ispettivo	53
Art. 55	Funzione di gestione dei sinistri	54
TITOLO QUARTO		54
MODALITA' DI GESTIONE, CONTROLLO E VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE		54
Capo I – LA PROGRAMMAZIONE AZIENDALE		54
Art. 56	La pianificazione strategica: il piano della performance	54
Art. 57	La Direzione per obiettivi: il ciclo di gestione della performance	54
Art. 58	Processo di budget e Direttiva Annuale del Direttore Generale	54
Art. 59	Procedure di consultazione al fine della predisposizione degli atti di programmazione	56
Capo II – IL SISTEMA DEI CONTROLLI		56
Art. 60	Disciplina dei controlli interni	56
Art. 61	Disciplina della Funzione Qualità	57
Capo III – REGOLAMENTAZIONE INTERNA		58
Art. 62	Regolamenti Aziendali	58
Art. 63	Altri Regolamenti	59
Capo IV – AZIONI DI INFORMAZIONE, ACCOGLIENZA, TUTELA E PARTECIPAZIONE DEGLI UTENTI		59
Art. 64	Principi generali	59
Art. 65	Ufficio Relazioni con il Pubblico	60
Art. 66	Lo sviluppo delle competenze e la formazione	60

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;

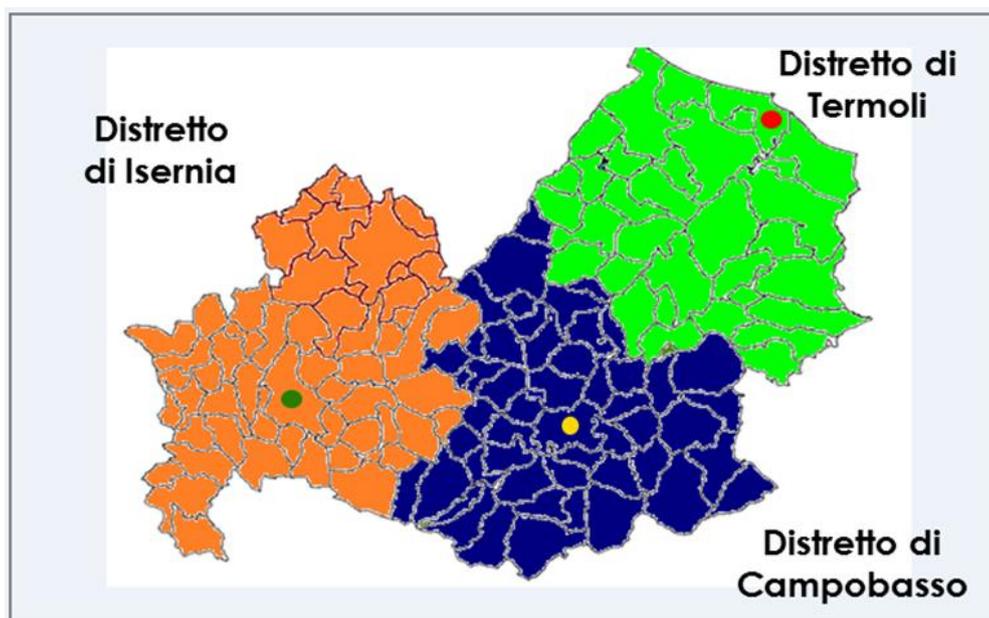
- il distretto esercita la funzione di tutela della salute dei cittadini attraverso il ruolo di garante dell'accesso ottimale alle prestazioni, dell'appropriatezza della risposta nell'offerta di servizi, della qualità ed unitarietà dei percorsi assistenziali ;
- il rafforzamento dei compiti del Distretto, 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 relazione 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
Montelongò	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

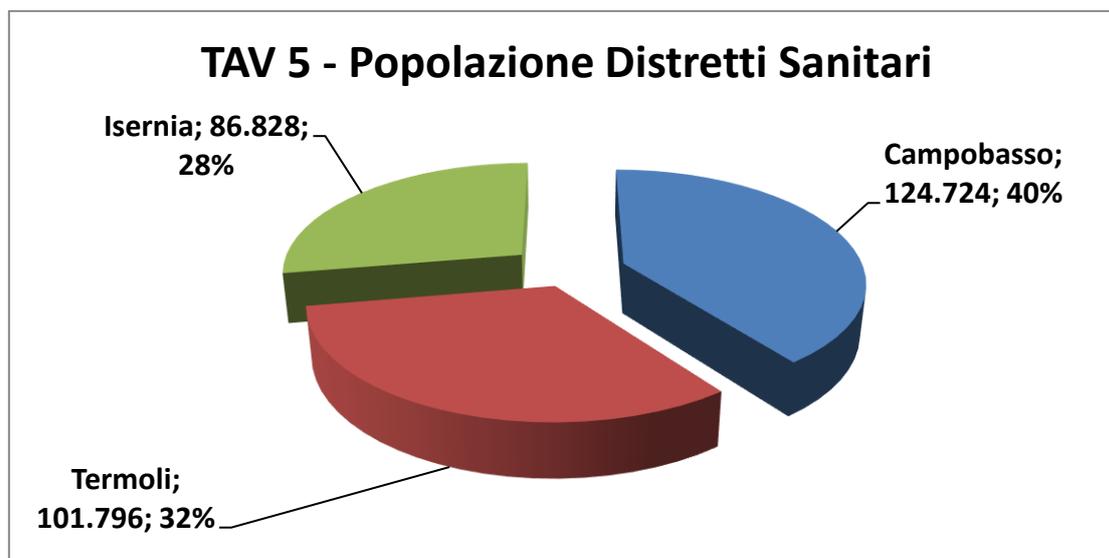
(*) Sede del Distretto Socio Sanitario

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 DDSoS, 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%

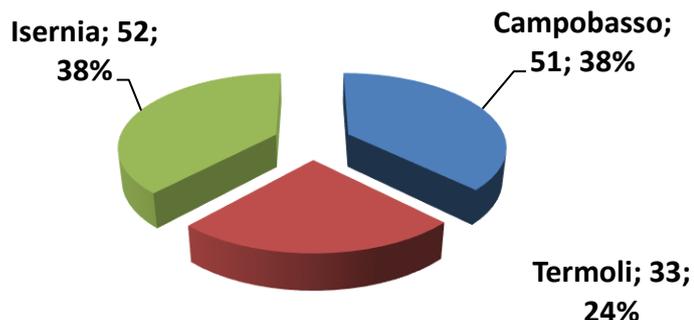
Gli aspetti

Le TAV 6 e 6 bis documentano che il numero dei comuni fra i 3 DDSoSsa 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

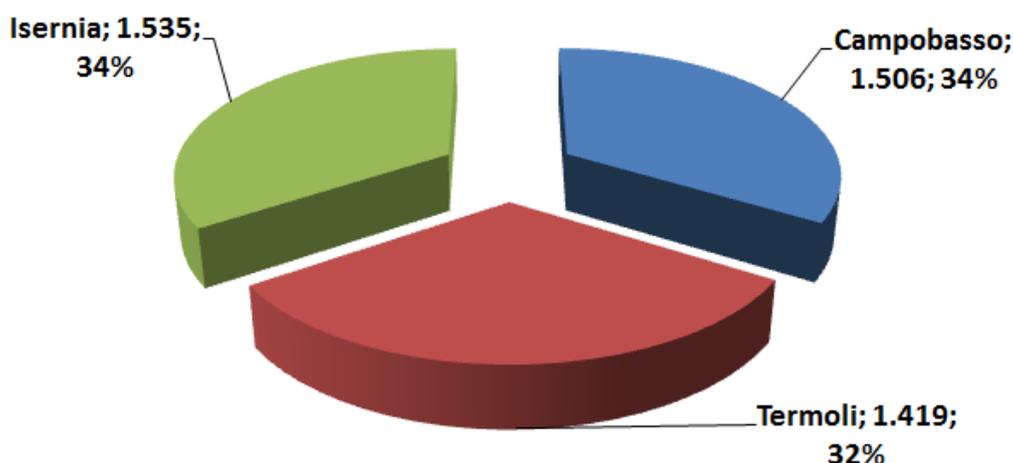


L'estensione territoriale è abbastanza uniforme nei 3 DDSoS (TAV 7 e 7 bis), mentre da un punto di vista altimetrico i DDSoS di Campobasso ed Isernia sono prevalentemente montuosi, con rispettivamente il 71% e l'81% di "montagna interna".

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%

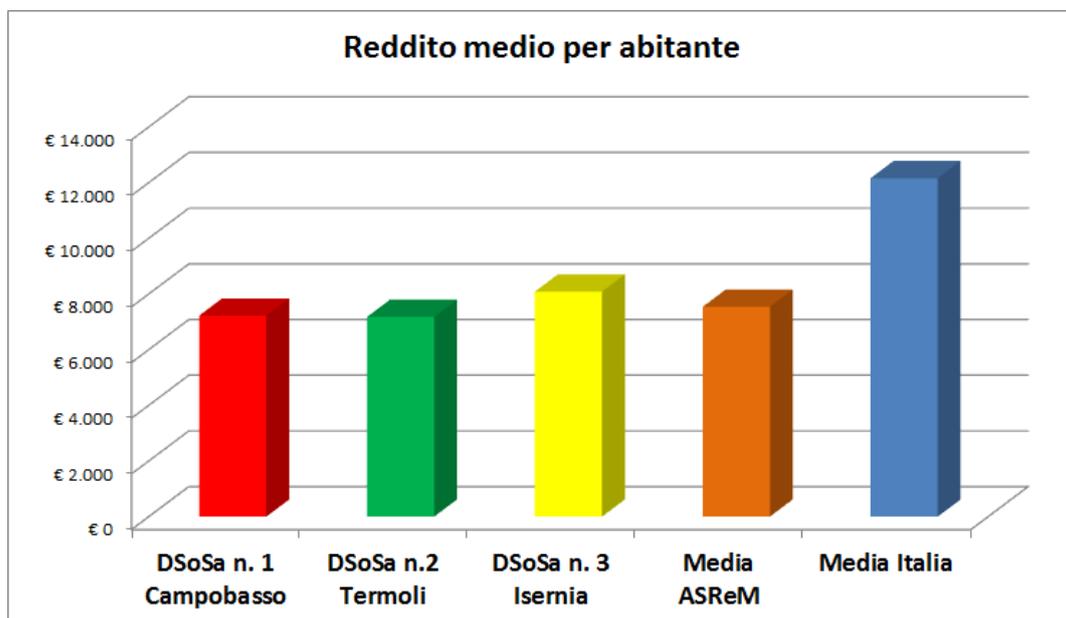
Le aree comunali afferiscono in modo uniforme in tutti e tre i DDSa al grado di urbanizzazione “scarsamente popolato, mentre solo il 5% afferisce alla “densità intermedia, ed il solo Comune dei Campobasso presenta un grado di urbanizzazione “densamente popolato”.

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		



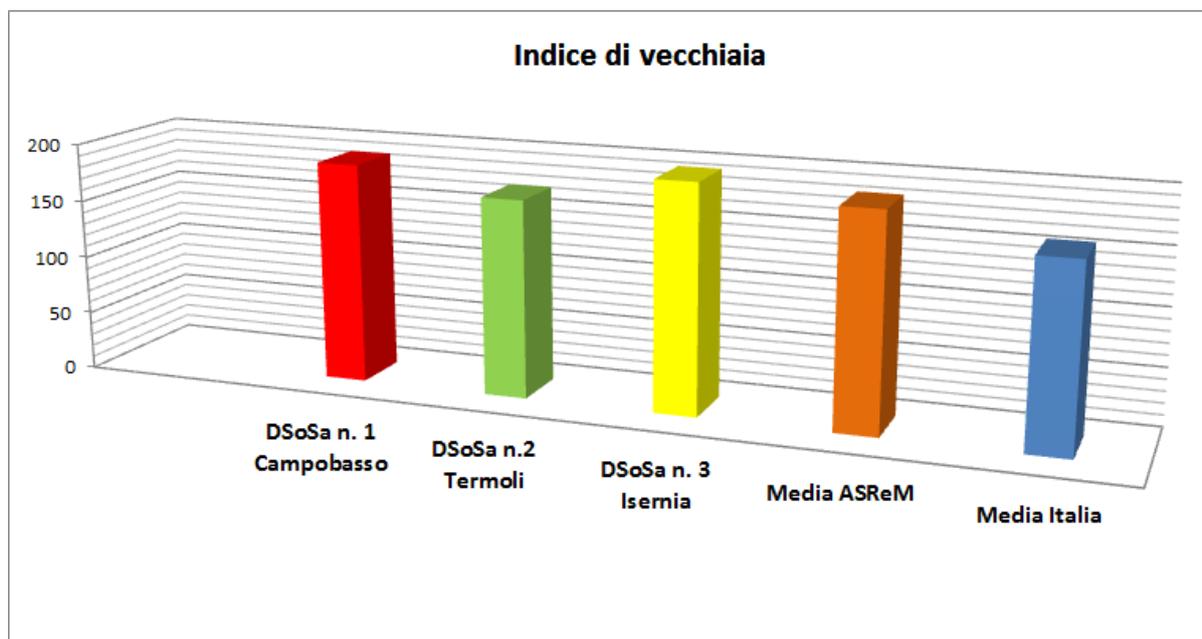
Indice di vecchiaia

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 DDSoSsa 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 DDSoSsa 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

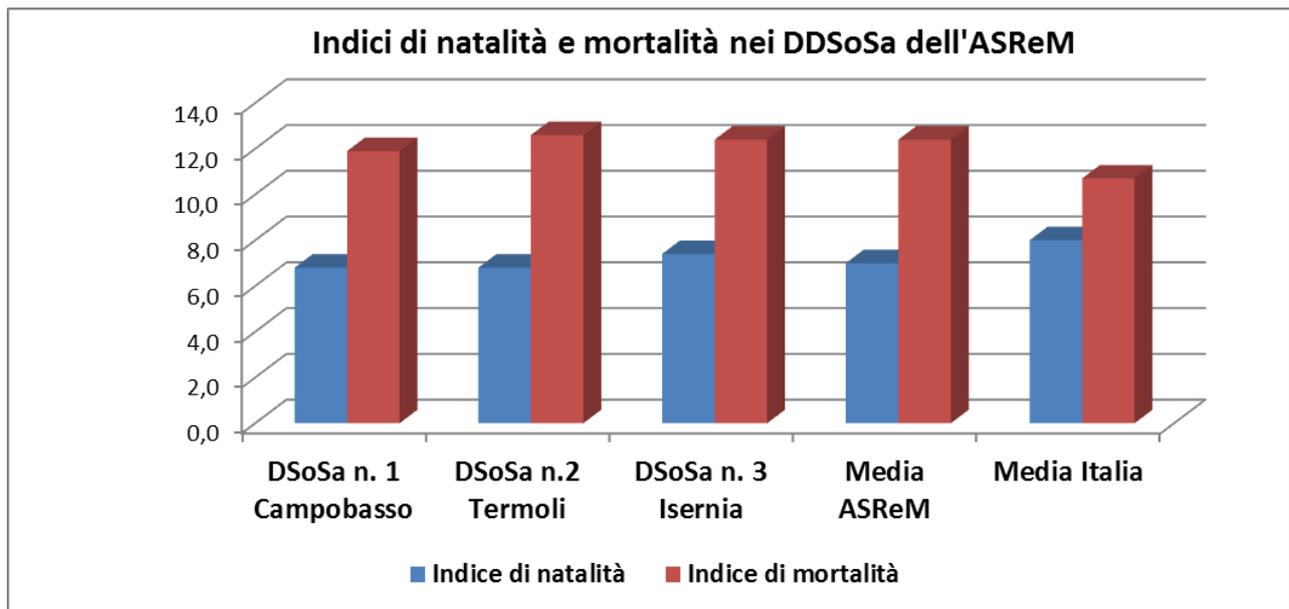
Rappresenta il numero medio di nascite in un anno ogni mille abitanti. Nel grafico sotto riportato si evidenzia una maggiore natalità nel DSoSa n. 3 di Termoli. Complessivamente il Molise ha rispetto alla media nazionale una riduzione della natalità del 12,5%, con punte più basse, del 15%, nei DDSa di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

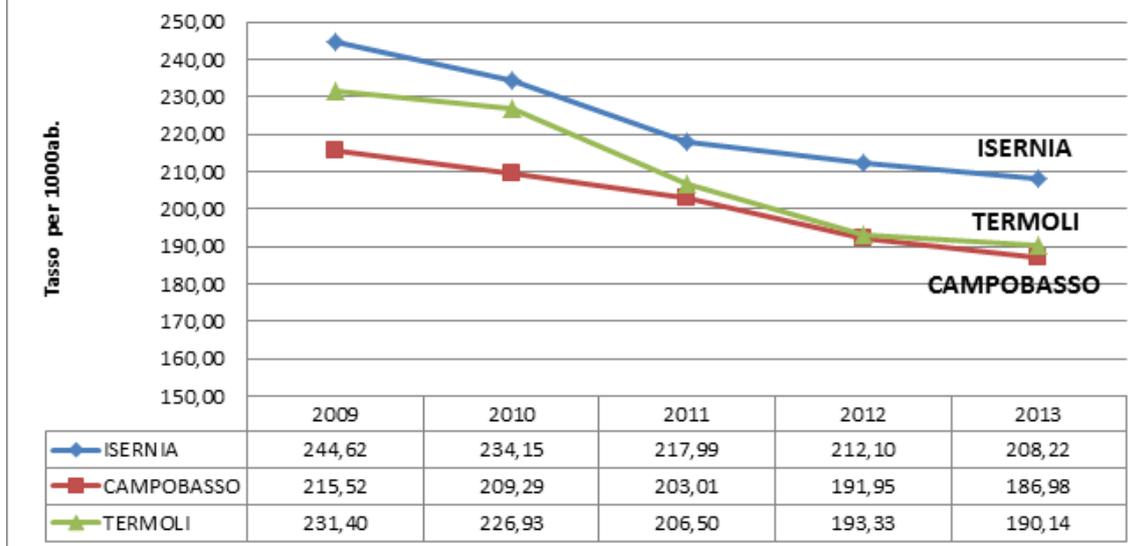
TAV 21 - Distribuzione dell'età media nell' ASReM in relazione alla densità di popolazione

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.

Tasso di Ospedalizzazione Distretti Sociosanitari



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	Località	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 nelle richiamate intese fra Regione e Unimol.

Con DCA n. 53 del 26/10/2017 è stato approvato il "Protocollo d'Intesa tra Regione Molise e l'Università degli Studi del Molise per la disciplina dell'integrazione tra le attività didattiche, scientifiche ed assistenziali". Tale Protocollo è allegato al presente Atto Aziendale, di cui costituisce parte integrante. Analogamente eventuali, modifiche, integrazioni, rinnovi e provvedimenti attuativi saranno oggetto di integrazione del presente Atto aziendale, con specifici provvedimenti del Direttore generale dell'ASReM.

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.oll
- 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 all'attenzione e all'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. 20 *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. 21 *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) l'articolazione complessiva delle strutture stesse (Organigramma).

Al Piano di Organizzazione Aziendale è allegata la dotazione organica complessiva dell'ASReM.

Art. 22 *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** 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. 23

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 transmurali:

- **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 transmurali**, costituiti da unità intra ed extra ospedaliere.
- **Dipartimenti transmurali 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. 24

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. 25

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. 26

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. 27

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. 28

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. 29

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 ricoprono 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. 30

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. 31

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. 32

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. 33

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. 34

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. 35

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) epidemiologia;
- c) igiene degli alimenti e della nutrizione;

- d) prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro;
- e) sanità animale;
- f) igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati;
- g) 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. 36

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).

Le Aree funzionali omogenee

La prima fase del processo di trasformazione del modello rigido dipartimentale, per funzioni, nel modello articolato per intensità di cura consisterà nella configurazione dell'organizzazione ospedaliera per aree funzionali omogenee.

Le aree funzionali omogenee sono costituite per l'integrazione e l'ottimizzazione degli interventi assistenziali di UUOO omogenee dal punto di vista della competenza specialistica. Singole UUOO (o loro articolazioni interne, o loro professionisti) che costituiscono un'area funzionale omogenea per funzioni o attività di governo clinico, si dovranno coordinare e integrare all'interno di gruppi operativi interdisciplinari, permanenti o temporanei, e di reti professionali in particolare per realizzare profili di cura e/o percorsi assistenziali.

Per ogni area funzionale gestionale viene individuata una U.O. capofila.

All'interno di ciascuna Area Funzionale Omogenea vi è un'articolazione in Unità Operative e Sezioni, ognuna delle quali diretta da un Responsabile.

All'Area Funzionale sono assegnate le risorse necessarie, ripartite tra le SO che compongono l'Area, in rapporto agli obiettivi concordati in sede di discussione di budget:

- Personale dirigente e del comparto.
- Gli spazi occupati per le attività dell'Area funzionale
- Le attrezzature utilizzate dalle UO/SA per le attività dell'Area funzionale

Con atti interni all'Area può essere modificata l'attribuzione del personale non dirigente, in rapporto alle variazioni delle attività e dell'organizzazione dell'Area stessa.

Per il personale che presta servizio in più Aree funzionali l'attribuzione avviene in sede di predisposizione di

budget attraverso la concertazione tra il Direttore del Dipartimento ed il Dirigente della SO interessata; per l'Area sanitaria la concertazione avviene anche con il Direttore di Presidio.

Reti professionali

Una rete professionale è costituita da un insieme di singoli professionisti, UUOO e/o loro articolazioni, organizzati su base non gerarchica attorno a questioni o interessi comuni per il raggiungimento di obiettivi che sono perseguiti attivamente e in maniera sistematica basandosi sull'impegno, la stima e fiducia reciproche.

Le reti professionali sono finalizzate a coordinare i contributi professionali specialistici, afferenti ad una o più discipline, di più professionisti appartenenti a una o più UUOO di uno o più Dipartimenti o Aree Funzionali, per costituire un'offerta di prestazioni polispecialistiche integrate, anche ambulatoriali, riconducibili a profili di cura e/o percorsi assistenziali fondati sull'applicazione di linee guida e/o protocolli.

La funzione di promozione, coordinamento e manutenzione di una rete assistenziale, di norma, potrà essere affidata, come incarico professionale, ad un dirigente che non abbia incarichi di struttura e che assolverà al ruolo di nodo referente.

La partecipazione ad una rete professionale in funzione di particolari professionalità acquisite potrà implicare l'affidamento di incarico di alta specializzazione.

Gruppi Operativi Interdisciplinari

I gruppi operativi interdisciplinari sono intesi come momento di diffusione e applicazione delle conoscenze in medicina e nell'assistenza, come strumento di sviluppo del miglioramento della qualità, della diffusione delle migliori pratiche cliniche e assistenziali e del governo clinico e come supporto per i dipartimenti, le aree funzionali e le UUOO.

Sono costituiti da un insieme di singoli professionisti appartenenti a discipline e/o UUOO differenti in relazione alla necessità di raggiungere specifici obiettivi e finalità assistenziali, organizzative, di studio e di ricerca, da perseguire in via transitoria o permanente. Tra i gruppi operativi interdisciplinari potranno essere compresi gruppi formalmente costituiti in Azienda per la diffusione e l'applicazione delle conoscenze relative agli strumenti del Governo Clinico, tra i quali: EBM, Linee Guida, Procedure, Protocolli, MCQ, Clinical Audit, Profili di Cura, Percorsi Diagnostico-Terapeutici, Risk Management, Disease Management, Revisione di Appropriatezza del Ricovero Ospedaliero, Tecnology assesment, Sistemi di Indicatori.

Art. 37

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. 38

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. 39

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. 40

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. 41 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. 42 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. 43 **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. 44 **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. 45 **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 presidono alla sua definizione possono essere oggetto di revisione.

Art. 46 **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. 47 **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. 48 **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. 49 **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. 50 **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. 51 **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. 52 **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. 53 **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. 54 **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. 55

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 Provv. 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. 56

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. 57

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. 58

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 nella 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. 59

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. 60

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. 61 **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 Accredimento Professionale Accredimento 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. 62

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. 63 **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. 64 **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 nel Comitato Consultivo Paritario, condividendo le fasi di programmazione delle attività e di valutazione della qualità dei servizi.

Art. 65
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. 66
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.

Protocollo d'intesa tra Regione Molise e l'Università degli Studi del Molise per la disciplina dell'integrazione tra le attività didattiche, scientifiche ed assistenziali.

La **REGIONE MOLISE**, di seguito denominata anche Regione, con sede in Campobasso alla via XXIV Maggio, legalmente rappresentata dall'Arch. Paolo Di Laura Frattura nella qualità di Presidente P.T.;

L'UNIVERSITÀ' DEGLI STUDI DEL MOLISE, di seguito denominata anche Università o UNIMOL, con sede in Campobasso, alla via De Sanctis legalmente rappresentata dal Prof. Gianmaria Palmieri, nella qualità di Rettore P.T.;

VISTI:

- la L. 23 dicembre 1978, n. 833 "Istituzione del servizio sanitario nazionale", e successive modificazioni ed integrazioni;
- il D. Lgs 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni ed integrazioni concernente: "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 e successive modificazioni" ed, in particolare, gli articoli 6 e 6 bis;
- la Legge 30 novembre 1998, n. 419, "Delega al Governo per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale e per l'adozione di un testo unico in materia di organizzazione e funzionamento del Servizio Sanitario nazionale. Modifiche al D. Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502" ed, in particolare, l'art. 6 che ridefinisce i rapporti tra Servizio Sanitario Nazionale ed Università;
- il D. Lgs. 21 dicembre 1999, n. 517, "Disciplina dei rapporti fra Servizio Sanitario Nazionale ed Università, a norma dell'art. 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419";
- la legge 30 dicembre 2010, n. 240 "Norme in materia di organizzazione delle università, di personale accademico e reclutamento, nonché delega al Governo per incentivare la qualità e l'efficienza del sistema universitario";
- il D. Interministeriale del 4 febbraio 2015 n. 68, "Riordino scuole di specializzazione di area sanitaria";

PRESO ATTO della non ancora intervenuta convenzione e del DPCM previsto dall'art. 6, comma 13 Legge 240/2010 per la predisposizione dello schema tipo dei nuovi protocolli d'intesa per la regolamentazione dei rapporti tra Regioni ed Università, e richiamato pertanto il D.P.C.M. 24 maggio 2001 "Linee guida concernenti i Protocolli di Intesa da stipulare tra Regioni e Università per lo svolgimento delle attività assistenziali delle Università nel riquadro della programmazione nazionale e regionale ai sensi dell'art. 1, comma 2, del D.Lgs 21 dicembre 1999, n. 517. Intesa ai sensi dell'art. 8 della Legge 15 marzo 1997, n. 59."

RICHIAMATA altresì la sentenza della Corte Costituzionale n. 71/2001 in cui, tra l'altro, si è ripetutamente osservato che "(omissis) l'attività di assistenza ospedaliera e quella didattico scientifica affidate dalla legislazione vigente al personale medico universitario si pongono tra loro in un rapporto che non è solo di stretta connessione, ma di vera e propria compenetrazione"

VISTA la legge 8 novembre 2012, n. 189, recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un piu' alto livello di tutela della salute;

VISTO il nuovo Patto per la Salute 2014_2016, siglato in data 10 luglio 2014 tra il Governo le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, in merito alla spesa e alla programmazione

del Servizio Sanitario Nazionale e finalizzato a migliorare la qualità dei servizi, a promuovere l'appropriatezza delle prestazioni e a garantire l'unitarietà del sistema;

VISTO il Piano di Rientro dal debito sanitario per il triennio 2007/2009, sottoscritto in data 27 marzo 2007 tra il Ministro della Salute, il Ministro dell'Economia e delle Finanze ed il Presidente della Regione Molise, ed approvato con Deliberazione di Giunta Regionale del 30 marzo 2007, n. 362, tra i cui obiettivi generali figurano:

- riassetto della rete ospedaliera regionale e riduzione dei posti letto
- riduzione del tasso di ospedalizzazione
- sviluppo regimi di assistenza alternativa ai ricoveri ordinari
- potenziamento e regolazione del sistema delle cure primarie
- il conseguimento dei risparmi previsti dalla normativa nazionale

come integrato dalla delibera P.C.M. 18.5.2015 recante la definizione di nuovi ulteriori obiettivi connessi alla realizzazione del piano di rientro stesso;

DATO ATTO che la Legge Regionale n. 9/2005, all'art. 13 comma 6, prevedeva che la Giunta Regionale, promuove l'avvio delle attività connesse alla Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi del Molise;

RICHIAMATI:

- il Protocollo di Intesa stipulato tra Regione Molise e l'Università degli Studi del Molise in data 30 ottobre 2006, per la disciplina dell'integrazione fra attività didattiche, scientifiche ed assistenziali del Dipartimento di Medicina e Scienze della Salute "Vincenzo Tiberio";
- la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013, con la quale il Presidente della Regione è stato nominato Commissario ad acta per la realizzazione del Piano di Rientro.

CONSIDERATO

- che vi è la necessità di consentire al Dipartimento di Medicina e Scienze della Salute "Vincenzo Tiberio" dell'Università degli Studi del Molise di disporre delle strutture assistenziali necessarie per le attività didattiche dei corsi di laurea delle professioni sanitarie, del corso di laurea magistrale a ciclo unico in Medicina e Chirurgia e delle Scuole di Specializzazione dell'Area Medica, come previsto dalla normativa vigente, dal citato protocollo nonché dagli accordi successivi allo stesso in parte dipendenti, di seguito elencati:
 1. protocollo d'intesa per la collaborazione tra Università e SSR nella formazione del personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica mediante l'espletamento dei Corsi di Laurea nelle professioni sanitarie attivati dalla Facoltà di Medicina e Chirurgia sottoscritto in data 2 aprile 2007 tra la Regione Molise e l'Università degli Studi del Molise;
 2. protocollo d'intesa per la formazione specialistica dei laureati in Medicina e Chirurgia stipulato in data 31/01/2008 tra la Regione Molise e l'Università degli Studi del Molise;
 3. accordo attuativo tra Università e ASReM stipulato in data 04/02/2008, per l'espletamento dei Corsi di Laurea nelle professioni sanitarie;
- che il Piano Sanitario Regionale (PSR) approvato con deliberazione del Consiglio Regionale n. 190 del 09/07/2008 ha previsto che la Regione tenga conto delle esigenze rappresentate dall'Università riguardanti le strutture e le attività assistenziali essenziali allo svolgimento delle funzioni istituzionali di didattica e di ricerca della Facoltà di Medicina e Chirurgia;

- che con DCA n. 52 del 12.09.2016 rubricato “Accordo sul programma operativo straordinario 2015-2018 della Regione Molise (Rep. Atti n. 155/CSR del 3.8.2016) Provvedimenti” è stato recepito l’Accordo Stato - Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano recante “*Accordo concernente l'intervento straordinario per l'emergenza economico-finanziaria del servizio sanitario della Regione Molise e per il riassetto della gestione del Servizio sanitario regionale ai sensi dell'Articolo 1, comma 604, della legge 23 dicembre 2014, n. 190*” ed unito Programma Operativo Straordinario 2015-2018 allegato al citato accordo e col medesimo approvato;
- che nell’ambito del citato Programma Operativo, al punto 15 - Rapporto con le Università, è prevista la stipula di accordi tra Regione e Università degli studi del Molise;
- che, attesa l’inscindibilità delle prestazioni afferenti all’assistenza da quelle della ricerca e didattica (Corte Costituzionale, sent. n. 71/2001, n. 136/1997, n. 126/1981, n. 103/1977) l'UNIMOL ritiene necessario ricorrere a strutture assistenziali pubbliche regionali esterne all'Ateneo, facenti capo all’A.S.R.E.M., nonché a strutture private accreditate, attraverso la stipula di convenzioni *ad hoc*, in tal caso senza oneri aggiuntivi per il S.S.R.;
- che la Regione individua l'ASReM quale sede naturale nella quale può realizzarsi l'integrazione tra attività assistenziale, di didattica e di ricerca del Dipartimento di Medicina e Scienze della Salute “Vincenzo Tiberio” dell'Università degli Studi;
- che gli obiettivi, le strategie e l'organizzazione dell'ASReM sono volti a garantire l'attività assistenziale e che gli stessi potranno essere integrati con le attività didattiche e scientifiche previste dagli ordinamenti dei percorsi formativi del Dipartimento di Medicina e Scienze della Salute “Vincenzo Tiberio” dell'Università degli Studi del Molise;
- che le attività assistenziali, didattiche e di ricerca sono obiettivi di rilievo per tutte le articolazioni organizzative dell'Azienda e per tutto il personale impiegato, fermo restando il rispetto delle competenze, dei compiti istituzionali e dello stato giuridico del personale secondo i livelli organizzativi predisposti dal Direttore Generale dell'Azienda e dal Direttore del Dipartimento di Medicina e Scienze della Salute “Vincenzo Tiberio”;
- che l'ASReM, nell'ottica dei principi di cui al citato d.lgs. n. 517/1999, di integrazione dell'attività assistenziale, formativa e di ricerca tra servizio sanitario nazionale e università nonché di leale cooperazione dei rispettivi rapporti, intende mettere a disposizione dell'Università, che le chiede, proprie strutture assistenziali anche per lo svolgimento dell'attività didattica, di ricerca, avvalendosi del personale universitario docente del Dipartimento di Medicina e Scienze della Salute “Vincenzo Tiberio” dell'Università;
- che, in particolare, l'ASReM, anche al fine di assicurare i livelli essenziali di assistenza nel rispetto dei principi, di cui all'art. 1 del d.lsg. n. 502/1992 e ss.mm.ii., della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse, intende mettere a disposizione dell'Università le strutture operative meglio descritte nell'allegato B, le relative attrezzature e il proprio personale in esse impiegato al fine di consentire all'Università lo svolgimento delle attività previste per i fini istituzionali di didattica e ricerca.

**TUTTO CIO' PREMESSO, CONSIDERATO E RITENUTO CONVENGONO E
STIPULANO QUANTO SEGUE:**

**CAPO I
PRINCIPI GENERALI**

**Articolo 1
Principio di collaborazione tra Regione e Università**

1. La Regione Molise e l'Università degli Studi del Molise, in seguito denominate Regione ed Università, allo scopo di una fattiva collaborazione nella salvaguardia delle rispettive autonomie e delle specifiche finalità istituzionali, alla luce anche della sentenza della Corte Costituzionale n. 71/2001 sopra citata, in cui si è ripetutamente osservato che "(omissis) l'attività di assistenza ospedaliera e quella didattico- scientifica affidate dalla legislazione vigente al personale medico universitario si pongono tra loro in un rapporto che non è solo di stretta connessione, ma di vera e propria compenetrazione", sviluppano i reciproci rapporti sulla base dei seguenti principi:
- impegno a perseguire, negli adempimenti e nelle determinazioni di rispettiva competenza, gli obiettivi di efficacia, efficienza, economicità dell'attività integrata di assistenza, didattica e ricerca, nell'interesse congiunto della tutela della salute della collettività, che rappresenta contestualmente obiettivo di assistenza del Servizio Sanitario Nazionale e della funzione didattica, formativa e di ricerca propria dell'Università;
 - apporto dell'Università alla programmazione sanitaria regionale per la parte relativa alla definizione degli indirizzi dei programmi di intervento e dei modelli organizzativi che interessano le strutture e i servizi sanitari destinati all'esercizio dei compiti istituzionali dell'Università in tutti i livelli di formazione nell'Area medica, nonché della ricerca biomedica e sui servizi sanitari;
 - impegno alla reciproca informazione o consultazione in ordine alle determinazioni che abbiano influenza sull'esercizio integrato delle attività di competenza;
 - inscindibilità delle funzioni di didattica, ricerca e assistenza sulla base dei presupposti di seguito indicati:
 - a) autonomia dell'università nell'esercizio delle proprie funzioni istituzionali di didattica e di ricerca, che sono svolte nel pieno rispetto dei diritti di salute del cittadino, tenuto conto dei necessari compiti assistenziali;
 - b) impegno nello sviluppo di percorsi di formazione ospedale-territorio;
 - c) rispetto dello stato giuridico del personale dei rispettivi ordinamenti;
 - d) coordinamento degli organismi di governo e di gestione delle strutture didattiche e di ricerca con quelle assistenziali.

**Articolo 2
Oggetto dell'intesa**

1. Il presente Protocollo di Intesa disciplina le modalità di collaborazione tra la Regione e l'Università per lo svolgimento delle attività integrate di didattica, ricerca ed assistenza nell'interesse congiunto della tutela della salute della collettività, regolando in particolare:
- a) la partecipazione dell'Università alla programmazione sanitaria regionale;
 - b) le modalità di integrazione tra funzione didattica, formativa e di ricerca dell'Università e funzione assistenziale, nonché l'apporto del personale dirigente del Servizio sanitario alle attività formative dell'Università.

CAPO II

PARTECIPAZIONE DELL'UNIVERSITÀ' ALLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA REGIONALE

Articolo 3

Principi della partecipazione dell'Università agli atti di programmazione

1. Ai sensi e nei limiti di quanto previsto dall'Art. 1 del DPCM 24 maggio 2001 (“Linee Guida concernenti i Protocolli di Intesa da stipulare tra Regioni e Università per lo svolgimento delle attività assistenziali delle Università nel riquadro della programmazione nazionale e regionale ai sensi dell’articolo1, comma 2, del Decreto Legislativo 21 dicembre 199, n. 517. Intesa ai sensi dell’articolo 8 della Legge 15 marzo 1997, n. 59”), l'Università contribuisce, attraverso l’emanazione di pareri non vincolanti e limitatamente agli aspetti concernenti le strutture e le attività assistenziali essenziali, nell’ambito delle proprie funzioni istituzionali di didattica e di ricerca:
 - a) all'elaborazione del Piano Sanitario Regionale;
 - b) alla definizione di indirizzi di politica sanitaria sulla ricerca, nonché di progetti concernenti la programmazione attuativa regionale e locale;
 - c) alla realizzazione di programmi sanitari di intervento di interesse regionale;
 - d) all'applicazione di eventuali nuovi modelli organizzativi e formativi in ambito sanitario.
2. I Piani Sanitari Regionali, nonché gli altri atti aventi valenza programmatica sanitaria regionale, terranno conto degli accordi contenuti nel presente Protocollo di Intesa.
3. Il Piano Sanitario Regionale ed i provvedimenti di riorganizzazione della rete ospedaliera contribuiscono a promuovere la stretta interdipendenza e la sinergia fra l’assistenza, la didattica e la ricerca, con l’obiettivo condiviso di concorrere alla funzione di miglioramento del servizio pubblico con particolare riguardo alla tutela della salute sia nell’ambito dell’assistenza ospedaliera che con riferimento all’attività extra-ospedaliera, obiettivi ai quali l’Università concorre nei limiti delle garanzie istituzionali.

CAPO III

ASSETTO ISTITUZIONALE ORGANIZZATIVO

Articolo 4

L'integrazione delle attività assistenziali con la didattica e la ricerca universitarie

1. L'integrazione tra l'attività didattica e di ricerca del Dipartimento di Medicina e Scienze della Salute “Vincenzo Tiberio” dell'Università e l'attività assistenziale si realizza prioritariamente nei Presidi Ospedalieri dell'ASReM.
2. Il Presidio ospedaliero "A. Cardarelli" di Campobasso costituisce, prioritariamente, la struttura di riferimento dell'Università per le attività assistenziali essenziali allo svolgimento delle attività di didattica e di ricerca del Dipartimento di Medicina e Scienze della Salute “Vincenzo Tiberio”, che potranno tuttavia essere svolte in tutti i presidi ospedalieri ed ambulatoriali dell'ASReM.

3. L'integrazione tra attività didattiche e di ricerca del Dipartimento di Medicina e Scienze della Salute "Vincenzo Tiberio" dell'Università degli Studi del Molise e l'attività assistenziale, oltre che presso i Presidi Ospedalieri dell'ASReM, potrà realizzarsi anche nelle strutture sanitarie territoriali dell'ASReM, soprattutto in relazione all'esigenza di potenziare il ruolo di queste ultime per l'attuazione di più efficaci modelli assistenziali e di prevenzione da supportare attraverso la formazione e la ricerca.

Articolo 5

Criteria e parametri per il dimensionamento delle strutture assistenziali necessarie a garantire l'adeguato espletamento delle funzioni didattiche e di ricerca in coerenza con la programmazione regionale

1. Fermo restando quanto stabilito al successivo comma 3, il dimensionamento delle strutture assistenziali necessarie a garantire l'adeguato espletamento delle attività didattiche e di ricerca dei Corsi di Laurea magistrale a ciclo unico in Medicina e Chirurgia, di laurea e laurea magistrale delle Professioni Sanitarie e delle Scuole di Specializzazione dell'area medica del Dipartimento di Medicina e Scienze della Salute "Vincenzo Tiberio" dell'Università degli Studi del Molise, tenuto conto di quanto precisato dall'art. 7, comma 3 del D.P.C.M. 24 maggio 2001, è determinato secondo lo schema di calcolo ed il derivante dimensionamento finale a regime di cui all'allegato A (Criteria per la determinazione dei posti letto) al presente Protocollo e parte integrante dello stesso. Il numero massimo di posti letto dedicati alle attività didattiche viene determinato applicando il criterio definito dall'allegato A al presente Protocollo d'Intesa nell'ambito della programmazione definita ai sensi del D.M. n. 70/2015.
2. Il dimensionamento delle suddette strutture assistenziali è effettuato tenendo altresì conto della programmazione regionale, dello sviluppo di eccellenze regionali previste, anche attraverso l'utilizzo di specifici programmi assistenziali a direzione universitaria, nonché nel rispetto delle esigenze quali/quantitative minime connesse al percorso formativo obbligatorio del medico in formazione specialistica previsto dagli statuti/ordinamenti didattici delle Scuole di Specializzazione attive presso l'Ateneo, in rapporto al numero degli iscritti, considerando altresì le modificazioni intervenute dalla data di emanazione del DPCM 24.05.2001 ad oggi in materia di parametri posti letto/1000 abitanti in relazione alla evoluzione normativa intervenuta in materia di appropriatezza dell'utilizzo dei diversi setting assistenziali, che ha ridimensionato il numero complessivo di posti letto per acuti previsti dalla pianificazione sanitaria nazionale.
3. La Regione e l'Università, in coerenza con il Piano di rientro e successivi programmi operativi di prosecuzione dello stesso e con i conseguenti obiettivi di ridimensionamento e di riqualificazione della rete ospedaliera, fatti comunque salvi i criteri di dimensionamento di cui al richiamato allegato A, concordano di definire la quantificazione dei posti letto provvisoriamente riconosciuti come funzionali allo sviluppo delle attività didattiche e di ricerca del Dipartimento di Medicina e Scienze della Salute "Vincenzo Tiberio" per il periodo 2017-2018, utilizzando l'allegato B al presente Protocollo.
4. L'allegato B di cui al precedente comma potrà essere aggiornato, in relazione all'evoluzione dell'organizzazione didattica del Dipartimento di Medicina e Scienze della Salute "Vincenzo Tiberio" dell'Università degli Studi del Molise e/o dell'organizzazione assistenziale dell'ASReM, nonché dei progressi tecnologici e scientifici finalizzati al miglioramento dei livelli assistenziali, con le modalità di cui ai successivi articoli 6 e 15.

Articolo 6

Modello organizzativo: i Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI)

1. Il modello organizzativo funzionale, attraverso il quale l'ASReM si impegna per le attività di cui all'art. 5, è quello dei Dipartimenti Assistenziali Integrati (DAI) ai sensi dell'art. 3 del d.lgs. n. 517/99 che comprende strutture complesse e semplici sia a direzione ospedaliera sia a direzione universitaria. Il personale afferente alle varie strutture costituenti il DAI è misto.
2. L'ASReM, per i fini di cui al precedente comma 1, si impegna a garantire la dotazione di spazi, posti letto, servizi, personale e attrezzature, con successivo accordo attuativo da stipularsi entro 90 giorni dalla entrata in vigore del presente protocollo tra l'ASReM e l'Università degli Studi del Molise. L'assegnazione degli spazi è attuata mediante provvedimento del Direttore Generale. L'adozione dei provvedimenti di istituzione, modifica e/o disattivazione di Dipartimenti Assistenziali Integrati e delle relative UU.OO. complesse o semplici, avverrà da parte del Direttore Generale ASReM d'intesa con il Rettore.
3. L'utilizzo delle strutture ASReM da parte di UNIMOL è effettuato nel rispetto delle esigenze organizzative dell'ASReM sulla base delle direttive provenienti dal Direttore Generale dell'ASReM, nell'ambito della programmazione formativa di cui all'allegato A.
4. Nell'ambito dei Dipartimenti o delle UU.OO. complesse possono essere individuate UU.OO. semplici. La direzione di dette UU.OO. complesse o la responsabilità delle UU.OO. semplici può competere sia a personale universitario ai sensi dall'art. 102 del DPR 382/80, che a personale ospedaliero individuato ai sensi degli art. 15 e ss del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, 502 e ss.mm.ii..
5. La nomina dei Direttori dei Dipartimenti Assistenziali Integrati (DAI), nonché dei Direttori delle UU.OO. complesse affidate a docenti universitari, spetta al Direttore Generale dell'ASReM d'intesa con il Rettore, sentito il Direttore di Dipartimento. L'istituzione delle Unità Operative deve avvenire comunque e sempre nel rispetto dei parametri standard per l'individuazione delle strutture complesse e semplici deliberate dal Comitato LEA in data 26 marzo 2012.
6. All'interno dei Dipartimenti saranno adottati modelli di organizzazione dell'attività che integrano assistenza, didattica e ricerca definiti organizzativamente dal Direttore Generale dell'ASReM d'intesa con il Rettore. L'organizzazione delle attività assistenziali deve essere coerente con il programma formativo, previsto dagli ordinamenti didattici dell'Università per il Dipartimento di Medicina e Scienze della Salute "Vincenzo Tiberio" così come indicati nell'allegato A.
7. La gestione economica del personale universitario spetta, per quanto di rispettiva competenza, all'Università. La gestione economica del personale dell' ASReM compete esclusivamente a quest'ultima. Gli oneri conseguenti a tutte le voci retributive del personale universitario docente gravano sui bilanci dell'Università e dell'ASReM, secondo il rispettivo ordinamento. Gli oneri conseguenti a tutte le voci retributive del personale dell'ASReM gravano sui bilanci di questa ultima.
9. L'ASReM adotterà, entro 90 giorni dall'entrata in vigore del presente Protocollo d'Intesa, il regolamento di funzionamento dei DAI, proposto d'intesa tra il Direttore Generale dell'ASReM e il Rettore.

Articolo 7

Programma di attività

1. Annualmente, entro il 31 ottobre, l'Università degli Studi del Molise, su proposta del Dipartimento di Medicina e Scienze della Salute "Vincenzo Tiberio", propone il piano di sviluppo per le attività didattiche e di ricerca a carattere assistenziale all'Assessorato Regionale alle Politiche per la Salute e al Direttore Generale dell'Azienda, in tempo utile per consentire a quest'ultimo di presentare alla Regione il Piano annuale preventivo di attività contenente tutte le

prestazioni assistenziali che si prevede di erogare nell'anno successivo, sulla base delle potenzialità delle strutture esistenti. Il piano comprende anche gli eventuali aggiornamenti della programmazione formativa di cui all'Allegato A. Durante il periodo di vigenza del Programma Operativo straordinario la proposta è valutata dalla struttura commissariale.

2. Il Direttore Generale dell'ASReM, sulla base della suddetta proposta, elabora autonomamente il proprio piano, garantendo il raggiungimento degli obiettivi riferiti alle prestazioni assistenziali, alla didattica e alla ricerca nell'ambito delle risorse disponibili e verifica, inoltre, la coerenza tra l'organizzazione dell'ASReM e l'organizzazione interna del Dipartimento di Medicina e Scienze della Salute "Vincenzo Tiberio" per quanto attiene la necessaria integrazione tra assistenza didattica e ricerca.
3. Il piano è suddiviso per tipologia di prestazioni.
4. Il Piano, in particolare, contiene per quanto attiene i DAI l'indicazione:
 - dei livelli qualitativi e quantitativi delle prestazioni assistenziali;
 - delle modalità di funzionamento dei servizi;
 - del piano della didattica universitaria, deliberato dai competenti organi accademici;
 - dei progetti di ricerca finalizzata, approvati dai competenti organi accademici;
 - dei programmi di formazione di competenza aziendale;
 - delle modalità di integrazione dell'attività assistenziale con quelle didattiche;
 - dei programmi di adeguamento tecnologico ed infrastrutturale;
 - delle modalità di esercizio della libera professione;
 - del sistema della gestione del rischio clinico per la sicurezza dei pazienti.
5. Il Piano è conforme alle esigenze di programmazione regionale, ma deve tener conto comunque della presenza programmata dei DAI oltre che del loro dimensionamento derivante dai volumi minimi assistenziali da erogare, quale necessario presupposto per il perseguimento delle finalità istituzionali dell'Università.
6. Entro 90 giorni dalla ricezione del Piano delle attività la Regione comunica il proprio parere.

CAPO IV PERSONALE Stato giuridico del personale

Articolo 8 Stato giuridico del personale, assicurazione e responsabilità

1. Il personale operante nelle strutture assistenziali integrate istituite ai sensi del presente protocollo conserva il proprio stato giuridico ed il rapporto di lavoro con l'Ente da cui dipende.
2. Restano comunque ferme le coperture assicurative obbligatorie previste per legge.

Articolo 9 Personale universitario

1. L'Università svolgerà, presso l'ASReM, attività assistenziale attraverso il personale docente individuato ai sensi dell'Allegato B al presente Protocollo.
2. Il Direttore Generale dell'ASReM, d'intesa con il Magnifico Rettore dell'Ateneo, elabora periodicamente, nel rispetto dell'art. 3, comma 6 e dell'art. 5, comma 1, del d. lgs. n. 517/99, la programmazione del personale docente e ricercatore universitario da inserire nella attività

assistenziale, avuto riguardo alle esigenze assistenziali desumibili dal programma di attività di cui al precedente art. 8 ed alla programmazione della didattica del Dipartimento di Medicina e Scienze della Salute “Vincenzo Tiberio”, assicurando la coerenza tra il settore scientifico-disciplinare di inquadramento e l'attività assistenziale della struttura e/o programma di assegnazione, tenendo altresì conto del verificato possesso dei requisiti professionali e di esperienza richiesti per l'incarico da assegnare.

3. Fatto comunque salvo quanto affermato in via generale dell'art. 5 comma 2 del D. Lgs. 517/1999, i professori ordinari, i professori associati ed i ricercatori chiamati dal Consiglio del Dipartimento di Medicina e Scienze della Salute “Vincenzo Tiberio” per le esigenze didattico-scientifiche non godranno dell'automatica attribuzione delle funzioni assistenziali, se non nel rispetto della valenza clinica della disciplina, del possesso dei requisiti professionali richiesti dalla posizione da ricoprire, delle esigenze di dotazione organica e della compatibilità di bilancio.
4. In sede di prima attuazione la programmazione di cui al precedente comma 2 è quella riportata nell'Allegato B al presente protocollo.
5. Ai fini assistenziali, i direttori delle UU.OO. complesse affidate a personale docente di ruolo, sono nominati ai sensi dell'art. 102 del D.P.R. n. 382/80 dal Rettore Generale d'intesa con il Rettore, sentito il Direttore di Dipartimento. Le sostituzioni e/o le integrazioni del personale devono essere preventivamente concordate fra l'ASReM e l'Università, nel rispetto dell'art. 5, comma 1, del D.Lgs. 517/99.
6. Come previsto dall' art. 5, comma 4 del d.lgs. n. 517/1999, ai professori di prima fascia ai quali non sia stato possibile conferire un incarico gestionale di direzione di struttura complessa o di responsabile di struttura semplice può essere affidata la direzione di un programma di natura assistenziale, attuabile anche presso strutture territoriali dell'ASReM. Tali programmi sono finalizzati alla integrazione delle attività assistenziali didattiche e di ricerca con particolare riguardo alle innovazioni tecnologiche o assistenziali, nonché al coordinamento di attività sistematiche di revisione e valutazione della pratica clinica e assistenziale.
La responsabilità e la gestione di analoghi programmi può essere affidata, in relazione alla minore complessità e rilevanza degli stessi, anche ai professori di seconda fascia ai quali non sia stato conferito un incarico di direzione semplice o complessa.
7. Il Direttore Generale dell'ASReM, su proposta del Dipartimento di Medicina e Scienze della Salute “Vincenzo Tiberio”, sentito il Rettore, approva i suddetti programmi e ne affida la responsabilità. I suddetti incarichi, corrispondenti a posizioni di alta professionalità, possono essere assimilati, a tutti gli effetti, agli incarichi di responsabilità di natura professionale previsti dal CCNL del personale del SSN.
8. Il personale universitario docente, utilizzato presso le strutture assistenziali integrate e nei programmi di cui al precedente comma 2, risponde all'Università secondo il rispettivo ordinamento. Per quanto riguarda lo svolgimento delle proprie attività assistenziali risponde comunque alle norme e ai criteri di valutazione previsti dai CC.CC.NN.LL. dei Dirigenti Sanitari del S.S.N., nonché alle direttive ed ai regolamenti emanati dalla direzione aziendale ASReM nel rispetto dello stato giuridico dei docenti. Dell'adempimento dei doveri assistenziali il personale universitario risponde al Direttore Generale dell'ASReM. In particolare, gli incarichi di natura professionale e quelli di direzione di struttura semplice o complessa attribuiti ai professori o ricercatori universitari sono soggetti alle valutazioni e verifiche previste dalle norme vigenti per il personale del Servizio Sanitario Nazionale.
9. La rilevazione dell'orario di lavoro del personale universitario, docente e non docente, viene effettuata, anche con l'ausilio di strumenti elettronici, presso la struttura in cui viene prestato il servizio. Salvo specifici accordi tra il Direttore Generale dell'ASReM e il Direttore del Dipartimento di Medicina e Scienze della Salute “Vincenzo Tiberio”, ogni docente espletterà la propria attività assistenziale in 24 ore settimanali. Il conteggio degli stipendi e delle pratiche

relative al personale universitario sono eseguite dagli uffici preposti di ASReM e dell'Università.

10. Le attività di ricerca relative a finanziamenti pubblici o privati attribuiti ai docenti dell'Università, saranno svolte da questi ultimi in piena autonomia, sia presso la sede universitaria che presso l'ASReM.
11. Le UU.OO. già affidate a Dirigenti del S.S.N., qualora questi diventino Professori universitari di ruolo, sono mantenute a direzione o responsabilità degli stessi.
12. La sospensione dell'attività assistenziale, ovvero l'avvio dei provvedimenti propedeutici alla revoca delle funzioni assistenziali, con conseguente allontanamento dalla struttura, è disposta dal Direttore Generale dell'ASReM ovvero dalla struttura esterna "clinicizzata", sentito l'Ufficio di Disciplina dell'ASReM, nei confronti dei docenti e/o dei ricercatori universitari responsabili di gravissime mancanze ai doveri di ufficio, in conformità a quanto previsto all'art. 5, comma 14 del D.Lgs. 517/1999, sentito un Comitato di Garanti composto da tre membri nominati d'intesa dall'ASReM e dall'Università ed esterne alle stesse.
13. Per quanto non disciplinato nel presente articolo trova applicazione la normativa di cui all'art. 5 del D. Lgs 517/1999.

Articolo 10

Trattamento economico del personale universitario

1. Ai professori e ai ricercatori universitari, nonché alle figure equiparate di cui all'articolo 16 della Legge 9 novembre 1990, n. 341, cui siano conferiti compiti didattici, che svolgono attività assistenziale presso le strutture integrate di cui al presente protocollo o hanno la responsabilità di programmi di cui al comma 6 del precedente art. 9, spettano i trattamenti economici posti rispettivamente a carico dell'Università e dell'Azienda secondo quanto previsto dall'art. 6 del D.Lgs. n. 517/1999.

All'Università compete il pagamento delle seguenti voci:

- Retribuzione lorda (tabellare);
- Indennità Integrativa Speciale;
- Classi e scatti;
- Assegno aggiuntivo di tempo pieno (quando dovuto)

All'Azienda compete il pagamento delle seguenti voci, quando dovute:

- un trattamento aggiuntivo graduato in relazione alle responsabilità connesse ai diversi tipi di incarico affidati dall'Azienda secondo i criteri stabiliti dal CCNL per il personale della dirigenza del SS, nei limiti delle disponibilità del fondo di riferimento, formato da:
 - a) retribuzione di posizione minima unificata;
 - b) retribuzione di posizione variabile aziendale (comprensivo della maggiorazione prevista nel caso di conferimento dell'incarico di direttore di dipartimento);
- un trattamento aggiuntivo graduato in relazione ai risultati ottenuti nell'attività assistenziale e gestionale, valutati secondo parametri di efficacia, appropriatezza ed efficienza nonché all'efficacia nella realizzazione dell'integrazione tra attività assistenziale, didattica e di ricerca, nei limiti della disponibilità del fondo di riferimento;
- compensi legati alle particolari condizioni di lavoro ove spettanti (indennità di rischio radiologico, di turno, pronta disponibilità, ect.), nei limiti della disponibilità del fondo di riferimento;
- l'indennità di struttura complessa, ove prevista;
- l'indennità di esclusività del rapporto di lavoro solo per coloro che hanno optato per l'attività professionale intramoenia secondo quanto previsto dal CCNL dell'area della dirigenza medica sanitaria.

I trattamenti riconosciuti di cui ai punti precedenti, ai sensi dell'articolo 6, comma 2, del D.Lgs. n. 517/1999, devono essere erogati nei limiti delle risorse da attribuire ai sensi dell'art. 102, comma 2, del D.P.R. n. 382 del 1980 globalmente considerate e devono essere definiti secondo criteri di congruità e proporzione rispetto a quelle previste al medesimo scopo dai CCNL di cui all'art. 15 del D.Lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazioni.

2. Il trattamento economico di cui al precedente comma 1 sarà determinato con oneri a carico dell'ASReM per la parte assistenziale, nei limiti previsti dalla normativa nazionale (D. Lgs. 517/99).
3. Il nuovo personale universitario assegnato alle UU.OO., al momento della presa di servizio, se inserito nell'attività assistenziale, è retribuito con le modalità stabilite al punto precedente ed è conteggiato nell'ambito della dotazione di personale prevista dalla U.O., fermo restando che tutti i provvedimenti riguardanti lo stato giuridico rimangono di competenza dell'Ateneo.
4. Per quanto non disciplinato nel presente articolo trova applicazione la normativa di cui all'art. 6 del D. Lgs 517/1999.

Articolo 11

Trattamento attività libero-professionale intramuraria

1. L'attività libero-professionale intramuraria è esercitata nei DAI e nelle strutture ad essi afferenti e direttamente gestite nelle strutture sanitarie dell'ASReM nel rispetto della vigente legislazione e secondo quanto previsto nel regolamento dell'attività libero-professionale intramuraria approvato dall'ASReM.
2. L'attività, sia in forma ambulatoriale sia in forma di ricovero, viene esercitata dal personale medico che opera nelle suddette strutture, che ha espresso opzione per l'attività libero-professionale intramuraria e viene espletata al di fuori dell'orario di lavoro.
3. I posti letto riservati all'attività libero-professionale sono attivati nelle suddette strutture nei limiti di posti assegnati alle medesime dalla programmazione sanitaria regionale e nel rispetto del parametro indicato dalla normativa vigente.

CAPO V

FORMAZIONE E RICERCA

Articolo 12

Attività didattica e di ricerca del personale del SSR

1. Il personale del S.S.R. in servizio presso i DAI o le strutture esterne "clinicizzate" partecipa all'attività didattica universitaria nell'ambito di corsi di specializzazione e di insegnamento previsti dall'art. 6, commi 2 e 3 del D. Lgs. 502/1992, esercitando didattica frontale, tutorato, assistenza nei laboratori didattici ed altre attività formative, nel rispetto degli ordinamenti didattici e dell'organizzazione delle strutture didattiche dell'Università.
2. L'Università definisce, attraverso il Dipartimento di Medicina e Scienze della Salute "Vincenzo Tiberio", le modalità e forme di partecipazione del personale del S.S.R. all'attività didattica.
3. Ai Dirigenti ospedalieri, ed alle altre figure professionali coinvolte nella didattica dei Corsi di Laurea e laurea magistrale delle Professioni sanitarie, potranno essere attribuiti dal Dipartimento di Medicina e Scienze della Salute "Vincenzo Tiberio", anche attraverso l'emanazione di appositi bandi, in osservanza della vigente normativa e dei regolamenti specifici dell'Ateneo, incarichi di didattica frontale retribuiti, da svolgersi al di fuori dell'orario di lavoro con oneri a carico dell'Ateneo secondo i parametri economici previsti dal CCNL per il personale sanitario per analoghi incarichi.

4. Allo stesso personale, in possesso dei necessari requisiti professionali, potranno essere affidati, anche attraverso appositi bandi, incarichi per attività didattiche professionalizzanti ed attività tutoriali di tipo dimostrativo da svolgersi di norma nell'ambito dei compiti istituzionali di assistenza, salvaguardando comunque le esigenze relative all'esercizio delle attività assistenziali. Tali incarichi saranno attribuiti a titolo gratuito secondo le modalità previste dai regolamenti di Ateneo e dalla normativa universitaria vigente.

Articolo 13

Scuole di Specializzazione dell'Università del Molise

1. Le strutture sanitarie ospedaliere e territoriali oggetto della presente intesa saranno anche sede formativa propria delle Scuole di Specializzazione dell'Università degli Studi del Molise, con l'impegno dell'ASReM a rendere disponibili tutte le strutture richieste dai requisiti minimi previsti dalla normativa per le singole Scuole.
2. Ai sensi della normativa vigente la struttura didattica delle Scuole sarà a direzione universitaria.
3. I docenti universitari direttori di Scuole di Specializzazione del Dipartimento di Medicina e Scienze della Salute "Vincenzo Tiberio" dell'Università degli Studi del Molise, ai quali sia stato affidato un programma di natura assistenziale di cui all'art. 9, comma 6, nell'ambito del suddetto programma perseguiranno gli obiettivi didattici e di ricerca coerenti con le finalità e il funzionamento delle Scuole di Specializzazione, e potranno afferire funzionalmente ad un Dipartimento Assistenziale Integrato (DAI) senza creazione comunque di nuove UO.
4. Oltre alle tipologie di attività didattica previste ai punti che precedono si svolgerà anche attività di internato obbligatorio degli specializzandi, presso i Presidi Ospedalieri dell'ASReM.
5. Le attività didattiche, nel rispetto della normativa vigente, saranno affidate dal Dipartimento di Medicina e Scienze della Salute "Vincenzo Tiberio" dell'Università degli Studi del Molise a docenti universitari e dirigenti sanitari ospedalieri secondo le modalità sopra indicate.
6. La formazione medica specialistica del Dipartimento di Medicina e Scienze della Salute "Vincenzo Tiberio" dell'Università degli Studi del Molise sarà monitorata da un Osservatorio Regionale per la formazione medica specialistica nominato dalla Regione Molise ai sensi dell'art. 44 del D.Lgs. n. 368 del 17 agosto 1999.

Articolo 14

Risorse per le attività formative

1. Gli oneri assicurativi per la copertura degli studenti nello svolgimento di attività didattiche programmate nelle strutture assistenziali sono a carico dell'Università.
2. La ASReM provvederà a fornire agli studenti UNIMOL, durante la frequenza nelle sue strutture, i presidi di sicurezza individuali previsti dalla vigente normativa ed assicurerà loro le condizioni di sicurezza ed igiene sul posto di lavoro previste per i dipendenti.
3. In nessun caso è consentito agli studenti di svolgere attività in sostituzione di personale dipendente.
4. Per il coordinamento delle attività professionalizzanti nelle proprie strutture, la ASReM metterà a disposizione della struttura didattica il personale necessario, su richiesta del Presidente del Corso di Studi.
5. La formazione pedagogica del personale ASReM che partecipa alle attività didattiche del Dipartimento di Medicina e Scienze della Salute "Vincenzo Tiberio" dell'Università degli Studi del Molise sarà effettuata per impegno congiunto dei due enti e potrà essere accreditata come formazione continua (ECM) e come formazione aziendale.

CAPO VI DISPOSIZIONI FINALI

Articolo 15 Modalità di attuazione

1. Gli accordi di cui al presente protocollo, ivi inclusi gli allegati che dello stesso fanno parte integrante, vengono attuati mediante provvedimenti adottati dal Direttore Generale dell'ASReM d'intesa con il Rettore ed approvati con delibera della Giunta Regionale entro tre mesi dalla sottoscrizione del presente protocollo. Nel periodo di vigenza del Piano di Rientro ed in conformità alla delibera del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013 e successive integrazioni, i predetti provvedimenti saranno adottati con Decreto del commissario ad acta.
2. I suddetti provvedimenti come sopra approvati ed immediatamente esecutivi costituiranno parte integrante dell'Atto aziendale dell'ASReM.
3. Il presente Protocollo sarà recepito nell' Atto Aziendale che sarà conseguentemente adeguato.

Articolo 16 Risultati di gestione

1. In caso di risultati di gestione negativi l'Università è tenuta a ripianare la quota di disavanzo per la parte direttamente imputabile ai risultati negativi dell'attività delle strutture a direzione universitaria, come certificati dalla contabilità analitica aziendale. In tale caso, l'Azienda sentito il Rettore, può procedere alla ridefinizione della consistenza della dotazione organica del personale universitario.
2. Gli oneri sostenuti dall'Azienda per le attività di didattica dei Corsi di Laurea di cui all'art. 3 del DPCM 24 maggio 2001 e di ricerca non d'interesse assistenziale devono essere rilevati nell'analisi finanziaria ed economica delle aziende, evidenziati nei rispettivi bilanci, e devono essere rimborsati dall'Università all'Azienda.
3. Con riferimento alla gestione delle attività di cui al presente Protocollo si prevede l'impiego di un distinto sistema di contabilità analitica.

Articolo 17 Durata

1. Il periodo di efficacia del presente protocollo inizia con l'emanazione degli atti di cui all'articolo 15, comma 1, e termina con la scadenza dell'anno accademico 2018-2019.
2. È esclusa ogni forma di rinnovo tacito ed automatico.
3. Nell'ambito di quanto indicato nell'Allegato B, sarà possibile una rimodulazione delle strutture da attivare, da effettuarsi entro il 31 dicembre di ogni anno, in osservanza all'attuazione di politiche per il contenimento della spesa.

Articolo 18 Norma di rinvio

1. Per quanto non esplicitamente previsto nella presente convenzione, si fa rinvio alla normativa statale e regionale applicabile.
2. In sede di prima attuazione, nelle more dell'adozione del regolamento di cui all'articolo 6 comma 8, le funzioni vicarie del Direttore del DAI, saranno assegnate dal Direttore Generale dell'ASReM d'intesa con il Rettore, sulla base di requisiti di esperienza e capacità clinica,

gestionale, scientifica e formativa, tra un candidato proposto dall'Università degli Studi del Molise e uno proposto dall'ASREM.

Articolo 19

Norma di salvaguardia

1. La Regione e l'Università, nel rispetto del principio di leale cooperazione richiamato dal D. Lgs. 517/99, si impegnano a risolvere con opportune modalità di concertazione le eventuali problematiche urgenti ed indifferibili non espressamente disciplinate dal presente Protocollo d'Intesa.

Campobasso, li

L. C. S.

Il Presidente della Regione Molise,
Commissario ad Acta per il Piano di Rientro
Arch. Paolo DI LAURA FRATTURA

Il Magnifico Rettore
dell'Università degli Studi del Molise
Prof. Gianmaria PALMIERI

**Protocollo d'intesa tra Regione Molise, Azienda Sanitaria Regionale del Molise –
A.S.Re.M. e l'Università degli Studi del Molise per la disciplina dell'integrazione tra le
attività didattiche, scientifiche ed assistenziali.
(Periodo 2017-2018)**

ALLEGATO A

Criteri per la determinazione dei posti letto necessari per le attività didattiche e scientifiche a carattere assistenziale del Dipartimento di Medicina e Scienze della Salute “Vincenzo Tiberio” dell'Università degli Studi del Molise

Indice

1. Premesse

2. L'offerta formativa del Dipartimento di Medicina e Scienze della Salute “Vincenzo Tiberio” dell'Università degli Studi del Molise

3. Criterio di quantificazione della dotazione di posti letto necessari al soddisfacimento delle attività formative del Dipartimento

I. PREMESSE

In conformità al disposto del D.Lgs. 517/1999 per la disciplina dei rapporti tra Servizio sanitario regionale ed Università, l'attività assistenziale necessaria per lo svolgimento dei compiti istituzionali di didattica e ricerca **del Dipartimento di Medicina e Scienze della Salute “Vincenzo Tiberio”** dell'Università degli Studi del Molise, è determinata nel quadro della programmazione nazionale e regionale in modo da assicurarne la funzionalità e la coerenza con le esigenze della didattica e della ricerca, secondo quanto previsto dal Protocollo d'intesa tra la Regione Molise, l'ASReM e l'Università del Molise, di cui il presente documento è allegato quale parte integrante e sostanziale.

Affinché le suddette attività assistenziali perseguano l'efficace e sinergica integrazione con le funzioni istituzionali di didattica e di ricerca dell'Università, è necessario che le stesse siano dimensionate in armonia con la programmazione e l'offerta formativa **del Dipartimento di Medicina e Scienze della Salute “Vincenzo Tiberio”**.

In data 13 ottobre 2009 l'Università degli Studi del Molise ha trasmesso alla Regione Molise il documento di Programmazione formativa **del Dipartimento di Medicina e Scienze della Salute “Vincenzo Tiberio”**, sulla base del quale vengono stabiliti, nel presente allegato, i criteri per la determinazione della dotazione di posti letto necessari al soddisfacimento delle attività formative del Dipartimento.

2. L'OFFERTA FORMATIVA del Dipartimento di Medicina e Scienze della Salute "Vincenzo Tiberio"

L'offerta formativa del Dipartimento di Medicina e Scienze della Salute "Vincenzo Tiberio" da considerarsi ai fini della individuazione delle discipline e dimensionamento delle strutture assistenziali è così definito:

Corso di laurea magistrale	Medicina e Chirurgia
Corsi di laurea delle professioni sanitarie	Infermieristica Dietistica Tecniche della Prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro
Corso di laurea specialistica	Scienze delle Professioni Sanitarie della Prevenzione
Scuole di Specializzazione	Istituite con Decreto Rettorale n. 1969 del 22/12/2008 Geriatria Pediatria Ostetricia e Ginecologia Scienze dell'Alimentazione Igiene e Medicina Preventiva Biochimica Clinica Patologia Clinica Istituzione richiesta nell'agosto 2009 Endocrinologia Radiodiagnostica Oculistica Medicina Legale e delle Assicurazioni Dermatologia e Venereologia Psichiatria Malattie dell'Apparato Respiratorio Ortopedia e Traumatologia

3. Criterio di quantificazione della dotazione di posti letto necessari al soddisfacimento delle attività formative del Dipartimento

Nella definizione del modello da utilizzare per pervenire alla quantificazione del numero di posti letto necessari ad una Facoltà di Medicina e Chirurgia per svolgere l'attività di assistenza complementare a quelle di didattica e ricerca si può ricorrere a due criteri fondamentali:

- criterio tradizionale del rapporto di 1 a 3 posti letto/studenti iscritti al primo anno del corso di laurea in Medicina e Chirurgia;
- criterio basato sul rapporto tra crediti formativi professionalizzanti che gli studenti devono conseguire e volume di prestazioni/attività cliniche (e quindi di posti letto) necessarie per la suddetta attività didattica professionalizzante.

In considerazione del contesto generale in cui il Protocollo d'intesa si va ad inserire, ed in particolare tenendo conto dell'esigenza generale di una riduzione dei posti letto regionali, si ritiene di dover adottare per i tre anni di durata del Protocollo il criterio di cui alla lettera a), con la sotto riportata correzione :

L'art. 3 comma 1 del DPCM 24.5.2001, recante "Linee guida concernenti i protocolli di intesa da stipulare tra regioni e università per lo svolgimento delle attività assistenziali delle università nel quadro della programmazione nazionale e regionale ai sensi dell'art. 1, comma 2, del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n.517", prevedeva l'attribuzione per le attività didattico/scientifiche/assistenziali della Facoltà di Medicina e Chirurgia di 3 posti letto per ogni studente iscritto al primo anno del Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia . Va però allo stesso tempo considerato che, all'epoca dell' emanazione di tale normativa, vigeva nella programmazione nazionale uno standard ospedaliero di 4.5 posti letto in acuzie x 1000 abitanti (c.f.r. Legge 537/1993). Ad oggi tale standard è stato riconsiderato al ribasso e fissato nella misura di 3 posti letto in acuzie per 1000 abitanti, come da L. 135/2012, nonché Patto della Salute 2014-2016.

Pertanto, anche il numero di posti letto per studente iscritto al primo anno del Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia deve logicamente essere proporzionalmente rivisto, tenendo conto dell'effetto delle misure di razionalizzazione intervenute nel tempo e corrispondentemente ridotto a 2 posti letto per studente iscritto al 1° anno dei corsi di laurea magistrale.

Di conseguenza, considerato che il numero di studenti iscritti al primo anno del Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia per l'anno accademico 2016/2017 è pari a 72, il numero massimo di posti letto da rendersi disponibili a regime per le attività didattico/scientifiche/assistenziali relative al suddetto Corso di Laurea sarà pari a n. 144.

Protocollo d'intesa tra Regione Molise, Università degli Studi del Molise, per la disciplina dell'integrazione tra le attività didattiche, scientifiche ed assistenziali (Periodo 2017-2018)

ALLEGATO B

Elenco delle Unità Operative (U.O.) da clinicizzare, delle relative dotazioni di posti letto, delle strutture a direzione universitaria e delle posizioni dirigenziali universitarie da attivare presso le strutture ASREM - periodo 2017-2018

U.O.C. Medicina Campobasso	P.I. ordinari	P.I. DH	P.I. totali
	40	2	42
Qualifica universitaria	Equiparazione ruolo sanitario		
Prof. Associato MED/13	Direttore U.O.C		
Prof. Associato MED/26	Programma Gestione pazienti Neurologici in Medicina UOSVD		
Ricercatore MED/11	<i>Dirigente Medico</i>		
Ricercatore TD MED/09	<i>Dirigente Medico</i>		
Ricercatore TD MED/10	<i>Dirigente Medico</i>		
U.O.C. Laboratorio Campobasso	P.I. ordinari	P.I. DH	P.I. totali
	-	-	-
Qualifica universitaria	Equiparazione ruolo sanitario		
Prof. Ordinario MED/04	Direttore UOC		
Ricercatore MED 46	Dirigente Biologo		
Ricercatore TD MED 04	Dirigente Biologo		
U.O.C. Radiodiagnostica Campobasso	P.I. ordinari	P.I. DH	P.I. totali
	-	-	-
Qualifica universitaria	Equiparazione ruolo sanitario		
Prof. Ordinario MED/36	Direttore UOC		
Prof. Associato MED/37	Programma Neuroradiologia		
U.O.C. Ortopedia Termoli	P.L. ordinari	P.L. DH	P.L. totali
	19	2	21
Qualifica universitaria	Equiparazione ruolo sanitario		
Professore Associato MED/33	Direttore UOC		
U.O.C. Chirurgia Isernia	P.L. ordinari	P.L. DH	P.L. totali
	25	1	26
Qualifica universitaria	Equiparazione ruolo sanitario		
Professore Associato MED/18	Direttore UOC		

Programma Assistenziale Medicina Isernia	P.L. ordinari	P.L. DH	P.L. totali
	24	3	27
Qualifica universitaria	Equiparazione ruolo sanitario		
Prof. Associato	Direttore UOSVD		

Programma Assistenziale U.O.C. Oculistica	P.I. ordinari	P.I. DH	P.I. totali
	-	-	-
Qualifica universitaria	Equiparazione ruolo sanitario		
Prof. Ordinario MED/30	Direttore UOC		
Ricercatore a TD B MED/30	Dirigente Medico		

Programma Assistenziale U.O.C. Igiene ed Epidemiologia	P.I. ordinari	P.I. DH	P.I. totali
	-	-	-
Qualifica universitaria	Equiparazione ruolo sanitario		
Prof. Ordinario MED/42	Direttore UOC		

Programma Assistenziale U.O.C. Igiene Ospedaliera	P.I. ordinari	P.I. DH	P.I. totali
	-	-	-
Qualifica universitaria	Equiparazione ruolo sanitario		
Prof. Ordinario MED/42	Direttore UOC		

Programma Assistenziale U.O.S.V.D. Reumatologia	P.I. ordinari	P.I. DH	P.I. totali
	-	-	-
Qualifica universitaria	Equiparazione ruolo sanitario		
Prof. Associato MED/16	Direttore UOSVD		

Programma Assistenziale U.O.S.V.D. Assistenza psichiatrica nelle carceri	P.I. ordinari	P.I. DH	P.I. totali
	-	-	-
Qualifica universitaria	Equiparazione ruolo sanitario		
Prof. Associato MED/25	Direttore UOSVD		

Programma Assistenziale U.O.S.V.D. Genetica	P.I. ordinari	P.I. DH	P.I. totali
	-	-	-
Qualifica universitaria	Equiparazione ruolo sanitario		
Prof. Associato MED/03	Direttore UOSVD		

Programma Assistenziale U.O.C. Controllo Spesa Farmaceutica	P.I. ordinari	P.I. DH	P.I. totali
	-	-	-
Qualifica universitaria	Equiparazione ruolo sanitario		
Prof. Ordinario BIO/10	Direttore UOC		

Programma Assistenziale Servizio Ambulatoriale Medicina dello Sport ASREM	P.I. ordinari	P.I. DH	P.I. totali
	-	-	-
Qualifica universitaria	Equiparazione ruolo sanitario		
Prof. Associato BIO/16	Direttore UOSVD		
Ricercatore MED/09	Dirigente Medico		

UOC Chirurgia Generale Campobasso	P.I. ordinari	P.I. DH	P.I. totali
	18	12	30
Qualifica universitaria	Equiparazione ruolo sanitario		
Ricercatore MED/18	Dirigente Medico		
Ricercatore TD MED/18	Dirigente Medico		

UOC Anatomia Patologica Campobasso	P.I. ordinari	P.I. DH	P.I. totali
	-	-	-
Qualifica universitaria	Equiparazione ruolo sanitario		
Ricercatore TD MED/08	Dirigente Medico		

Servizio Ambulatoriale Dermatologia	P. L. ordinari	P.L.	P.I. totali
	-	-	-
Qualifica universitaria	Equiparazione ruolo sanitario		
Ricercatore TD MED/35	Dirigente Medico		

Programma Assistenziale U.O.S.V.D. Pediatria	P. L. ordinari	P.L.	P.I. totali
	7	-	-
Qualifica universitaria	Equiparazione ruolo sanitario		
Ricercatore TD B	Direttore UOSVD		



Atto aziendale 2°Parte

Piano di Organizzazione Aziendale

Le strutture organizzative

I Dipartimenti

Le reti assistenziali

Le Case della Salute

Legenda

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. intraospedaliera e funzionale per le UU.OO. extraospedaliera.

Legenda

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



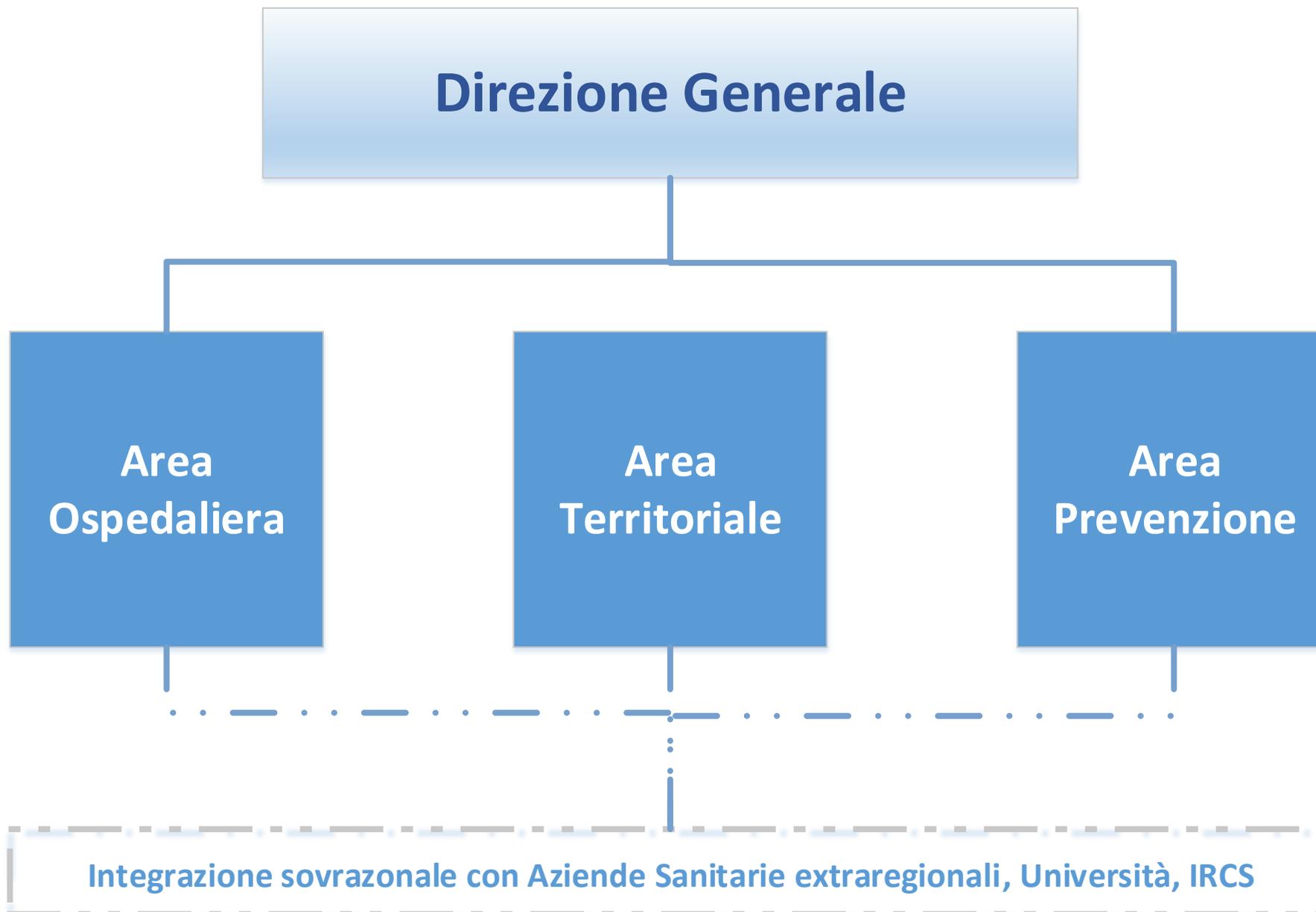
Rapporto gerarchico



Rapporto funzionale

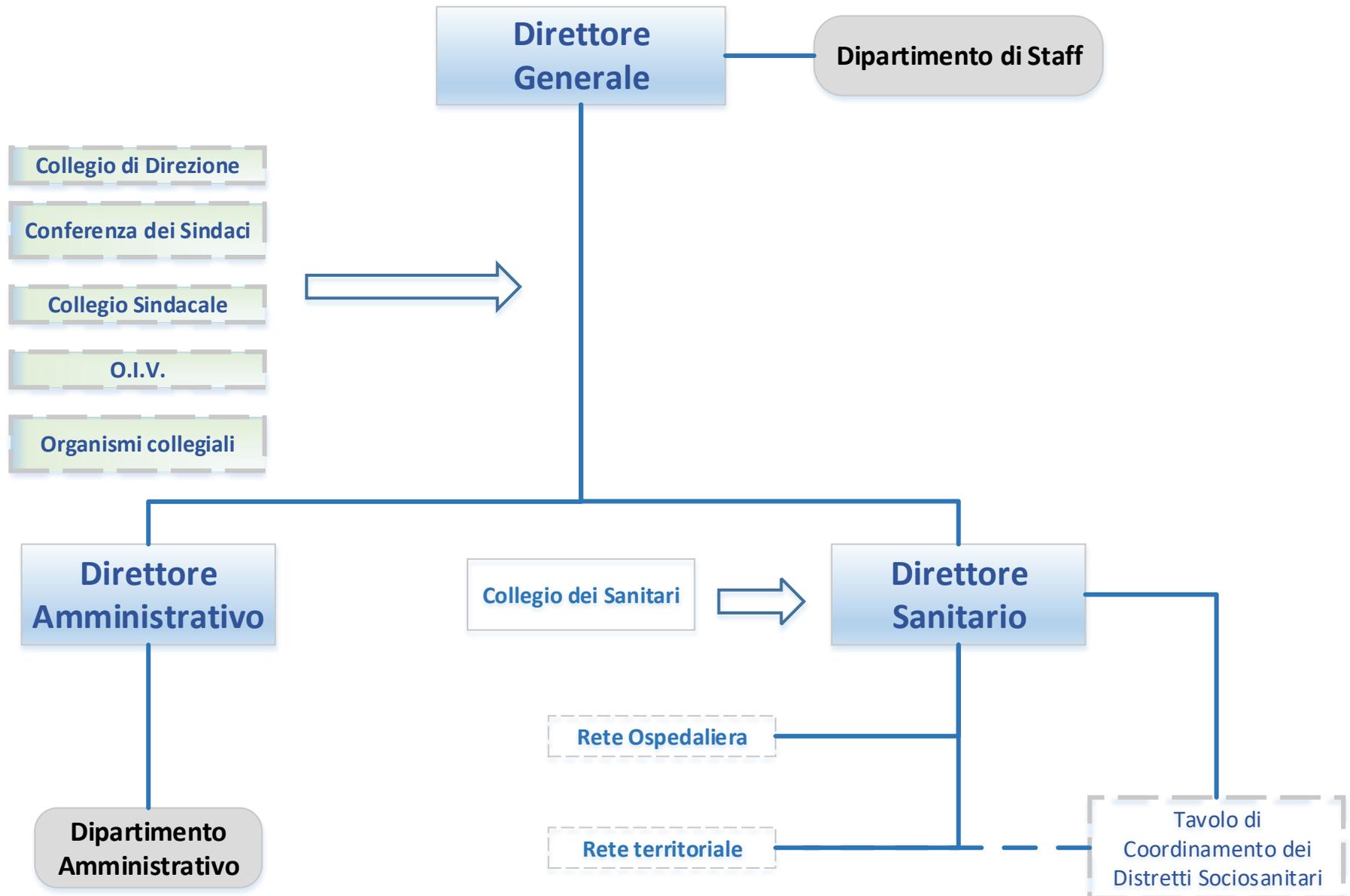


Rapporto di integrazione interaziendale



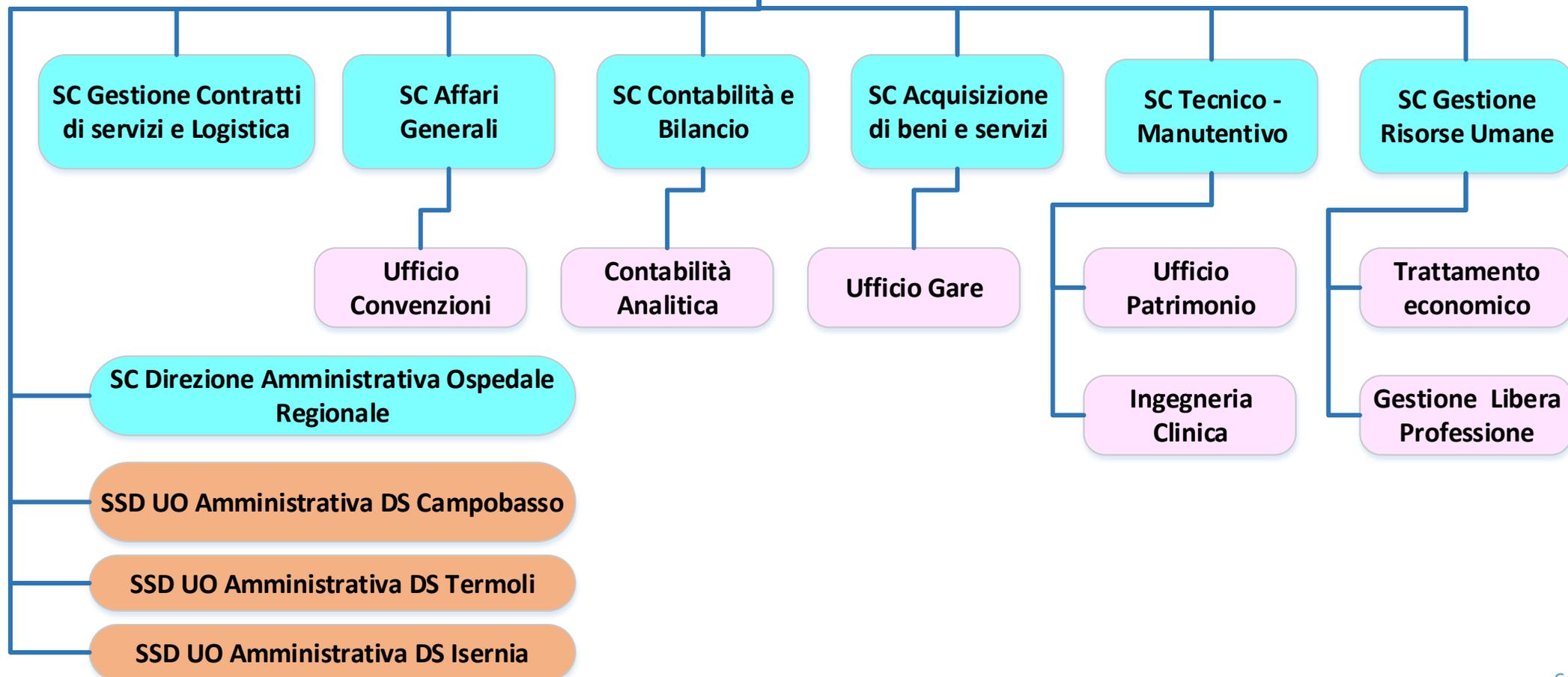
Piano di Organizzazione Aziendale – Le strutture organizzative

Direzione Generale



Direttore Amministrativo

Dipartimento Amministrativo



Piano di Organizzazione Aziendale – Le strutture organizzative

Area delle strutture Centrali – Dipartimento di staff

Dipartimento di staff

Direttore Generale

SC Programmazione Controllo di Gestione

SS Committenza

SS Valutazione delle performance aziendali

SC Supporto Giuridico Amministrativo

SS Affari Legali e Contenzioso

SSD Formazione - Comunicazione e rapporti con le Università

SSD Sistema Informatico (ICT)

SSD Prevenzione e protezione – Medico competente

SSD Nucleo Ispettivo e Controllo esterno

Direttore Sanitario

SC Integrazione Ospedale territorio e sociosanitaria

SS Governance della Rete Territoriale Consultoriale e degli screening oncologici

SS Tutela della salute in carcere

SC Governance del Farmaco

SS Farmacia (Plesso Campobasso)

SS Farmacia (Plesso Termoli)

SS Farmacia (Plesso Isernia)

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

Farmacia DS Campobasso

Farmacia DS Termoli

Farmacia DS Isernia

SC di Riabilitazione e di Assistenza centri residenziali e semiresidenziale

SSD Risk Management

SSD Qualità e Governance clinica

SSD Coordinamento Medicina Legale

SSD Rete territoriale della non autosufficienza

SSD Neuropsichiatria Infantile

SSD Innovazione, Piani e Progetti

Telemedicina

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

Piano di Organizzazione Aziendale – Le strutture organizzative

Elencazione dei Dipartimenti

**Dipartimenti
Funzionali**

Dipartimento di staff

Dipartimento Amministrativo

**Rete
Ospedaliera**

Dipartimento strutturale medico

Dipartimento strutturale chirurgico

Transmurale

Dipartimento transmurale strutturale dell'emergenza

Dipartimento misto transmurale dei servizi

Dipartimento misto transmurale della donna e del bambino

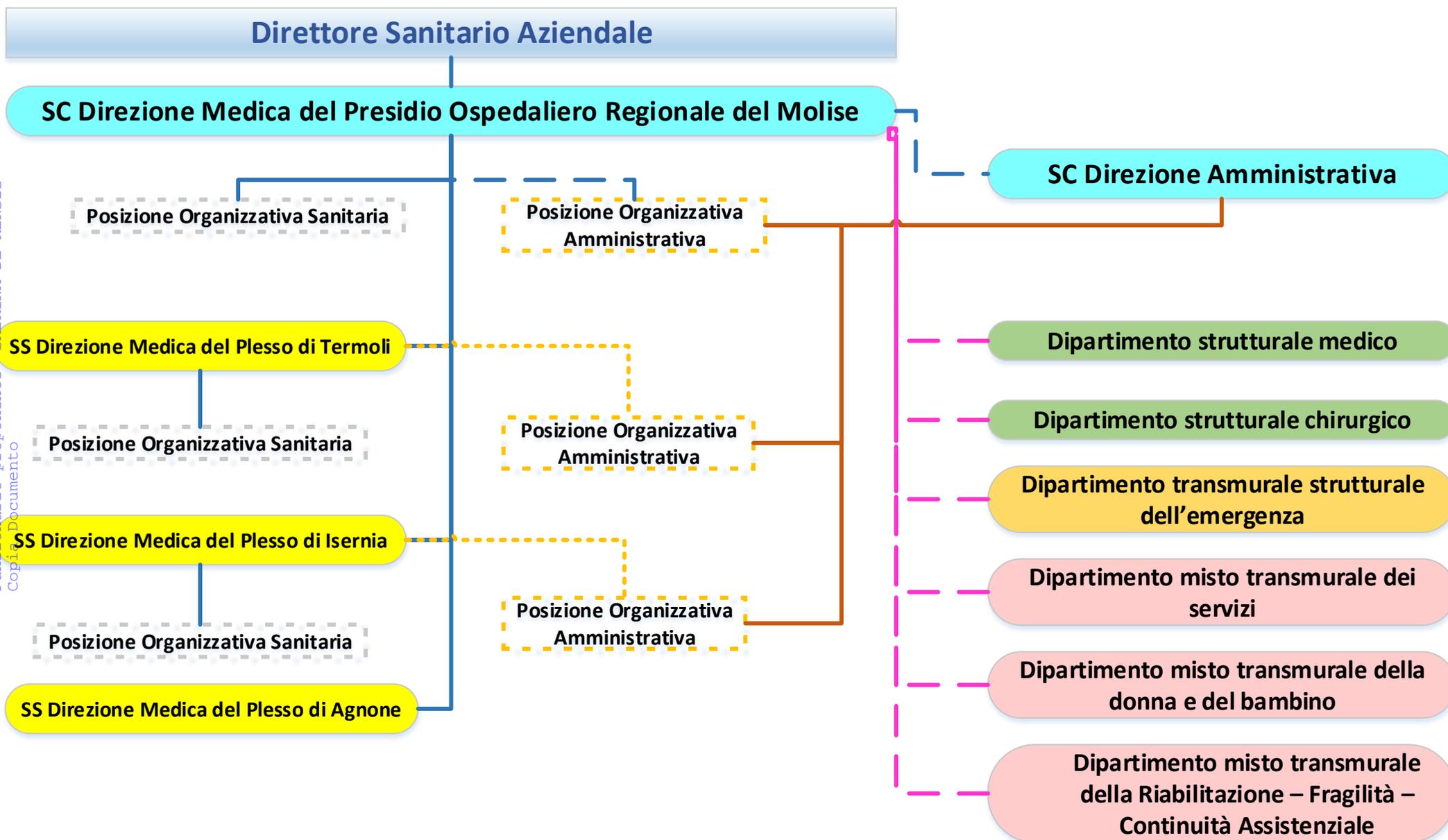
Dipartimento misto transmurale della Riabilitazione – Fragilità – Continuità Assistenziale

**Rete
Territoriale**

Dipartimento strutturale di Prevenzione

Dipartimento strutturale di Salute Mentale e delle Dipendenze

Piano di Organizzazione Aziendale – Le strutture organizzative La Rete Ospedaliera



Piano di Organizzazione Aziendale

La rete di assistenza ospedaliera

<i>Plessi Ospedalieri Pubblici</i>	
a	PLESSO OSP. CARDARELLI Campobasso
f	PLESSO OSP. VENEZIALE Isernia
i	PLESSO OSP. SAN TIMOTEO Termoli
h	PLESSO OSP. CARACCIOLO - Agnone

<i>Strutture Private Accreditate</i>	
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
g	FONDAZIONE G.P. II Campobasso



DEA I Livello

	R.O.	D.H.	Totale PL
<i>Plesso Ospedaliero Pubblico</i>	534	84	618
<i>Struttura Privata Accreditata</i>	355	25	380
Totale Posti Letto Molise	889	109	998

Piano di Organizzazione Aziendale

La rete di assistenza ospedaliera



Plesso CARDARELLI Campobasso

Plesso SAN TIMOTEO Termoli

Plesso VENEZIALE Isernia

Plesso CARACCIOLO Agnone

Dotazione complessiva dei posti letto dell'Ospedale Regionale del Molise

Reparto	RO	DH+DS	TOTALE PL	Reparto	RO	DH+DS	TOTALE PL
Anestesia e Terapia Intensiva	19	0	19	Oculistica	0	6	6
Cardiologia	27	3	30	Oncologia	8	17	25
Chirurgia Generale	60	9	69	Ortopedia e Traumatologia	50	4	54
Chirurgia senologica e Brest Unit	2	1	3	Ostetricia e Ginecologia	44	5	49
Chirurgia Vascolare	6	1	7	Otorinolaringoiatria	3	5	8
Day hospital Agnone	0	3	3	Pediatria	16	1	17
Day Surgery Agnone	0	3	3	Pronto Soccorso-Medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza	20	0	20
Detenuti (letti tecnici)	4	0	4	Psichiatria	16	3	19
IVG	0	2	2	Recupero e riabilitazione funzionale	57	2	59
Lungodegenti	36	0	36	Stroke Unit	6	0	6
Malattie endocrine, nutrizione e ricamb.	0	3	3	Terapia del dolore	0	2	2
Malattie Infettive e Tropicali	2	1	3	Terapia Intensiva Neonatale	5	0	5
Medicina Interna	102	6	108	Terapia Intensiva Neonatale - Neonatologia	7	1	8
Nefrologia ed Emodialisi	8	2	10	Unità coronarica nell'ambito della Cardiologia	15	0	15
Neurologia	6	2	8	Urologia	19	2	21
Nido (letti tecnici)	20	0	20	Totali posti letto (escluso i letti tecnici)	534	84	618

Piano di Organizzazione Aziendale

La rete di assistenza ospedaliera



PLesso CARDARELLI Campobasso

Reparto	Plesso di Campobasso			
	RO	DH/DS	Totale PL	Struttura
Day hospital				
Cardiologia	9	1	10	SC
Chirurgia Generale	22	5	27	SC
Chirurgia Vascolare	6	1	7	SC
Malattie endocrine, nutrizione e ricamb.		3	3	SC
Malattie Infettive e Tropicali	2	1	3	SSD
Medicina Interna	38	2	40	SC
Nefrologia ed Emodialisi	8	2	10	SC
Nido (**)	8		8	
Neurologia	6	2	8	SC
Oculistica		2	2	SC
Ortopedia e Traumatologia	20	2	22	SC
Ostetricia e Ginecologia	22	2	24	SC
Otorinolaringoiatria	3	1	4	SC
Pediatria	6	1	7	SC
Psichiatria	5	1	6	SS*
Urologia	10	1	11	SC
Anestesia e Terapia Intensiva	8		8	SC
Unità coronarica nell'ambito della Cardiologia	6		6	SS
Pronto Soccorso-Medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza	10		10	SC
Recupero e riabilitazione funzionale	17	2	19	SC
Terapia Intensiva Neonatale - Neonatologia	7	1	8	SS
Oncologia		6	6	SC
Terapia Intensiva Neonatale	5		5	
Detenuti (**)	4		4	
Laboratorio Analisi				SC
Centro Trasfusionale				SC
Anatomia Patologica				SSD
Farmacia Ospedaliera				SS
Servizio di Odontoiatria e Stomatologia				SSD
Emodialisi				SS
Servizio di Gastroenterologia				SSD
Medicina Nucleare				SSD
Medicina Legale Ospedaliera				SSD
Terapia del dolore		1	1	
Chirurgia toracica				SS
Chirurgia senologica e Brest Unit	2	1	3	SSD
Anziano Fragile				SS
IVG		2	2	SSD
Centro Nutrizione Artificiale Clinica e Domiciliare				SSD
Centrale Operativa 118 (Regionale)				SC
Stroke Unit	6		6	SS
Direzione Sanitaria				SC
UO Amministrativa				SC
Totali	218	40	258	38
Strutture Complesse (SC)				22
Strutture Semplici Dipartimentali (SSD)				9
Strutture Semplici (SS)				7
SS* Struttura Semplice del Dipartimento di Salute Mentale e delle D.				
(**) Letti tecnici non rientranti nel calcolo dei complessivi posti letto				

Piano di Organizzazione Aziendale

La rete di assistenza ospedaliera



Plesso VENEZIALE Isernia

Ospedale Regionale del Molise				
Reparto	Plesso di Isernia			
	RO	DH/DS	Totale PL	Struttura
Cardiologia	9	1	10	SSD
Chirurgia Generale	20	1	21	SC
Medicina Interna	25	2	27	SC
Nido (**)	6		6	
Oculistica		2	2	
Ortopedia e Traumatologia	15	1	16	SC
Ostetricia e Ginecologia	8	1	9	SS
Otorinolaringoiatria		2	2	
Pediatria	5		5	SS
Psichiatria	5	1	6	SS*
Anestesia e Terapia Intensiva	6		6	SSD
Unità coronarica nell'ambito della Cardiologia	5		5	
Pronto Soccorso-Medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza	5		5	SSD
Recupero e riabilitazione funzionale	20		20	SS
Lungodegenti	18		18	SS
Oncologia	4	6	10	SS
Laboratorio Analisi				SS
Centro Trasfusionale				SS
Farmacia Ospedaliera				SS
Servizio di Emodialisi				SS
Radiodiagnostica				SSD
Terapia del dolore		1	1	
Chirurgia endoscopica				SS
Direzione Sanitaria				SS
Totali	145	18	163	18
Strutture Complesse (SC)				3
Strutture Semplici Dipartimentali (SSD)				4
Strutture Semplici (SS)				11
SS* Struttura Semplice del Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze				
(**) Letti tecnici non rientranti nel calcolo dei complessivi posti letto				

Piano di Organizzazione Aziendale

La rete di assistenza ospedaliera



Plesso SAN TIMOTEO Termoli

Ospedale Regionale del Molise				
Reparto	Plesso di Termoli			
	RO	DH/DS	Total e PL	Struttura
Cardiologia	9	1	10	SSD
Chirurgia Generale	18	3	21	SC
Medicina Interna	25	2	27	SC
Nido (**)	6		6	
Oculistica		2	2	SSD
Ortopedia e Traumatologia	15	1	16	SC
Ostetricia e Ginecologia	14	2	16	SC
Otorinolaringoiatria		2	2	
Pediatria	5		5	SS
Psichiatria	6	1	7	SS*
Urologia	9	1	10	SSD
Anestesia e Terapia Intensiva	5		5	SSD
Unità coronarica nell'ambito della Cardiologia	4		4	
Pronto Soccorso-Medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza	5		5	SSD
Recupero e riabilitazione funzionale	20		20	SS
Lungodegenti	18		18	SC
Oncologia	4	5	9	SS
Laboratorio Analisi				SS
Centro Trasfusionale				SS
Farmacia Ospedaliera				SS
Servizio di Emodialisi				SS
Radiodiagnostica				SC
Chirurgia epato biliare				SS
Direzione Sanitaria				SS
Totali	157	20	177	20
Strutture Complesse (SC)				6
Strutture Semplici Dipartimentali (SSD)				5
Strutture Semplici (SS)				9
SS* Struttura Semplice del Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze				
(**) Letti tecnici non rientranti nel calcolo dei complessivi posti letto				

Piano di Organizzazione Aziendale

La rete di assistenza ospedaliera



PLesso CARACCIOLO Agnone

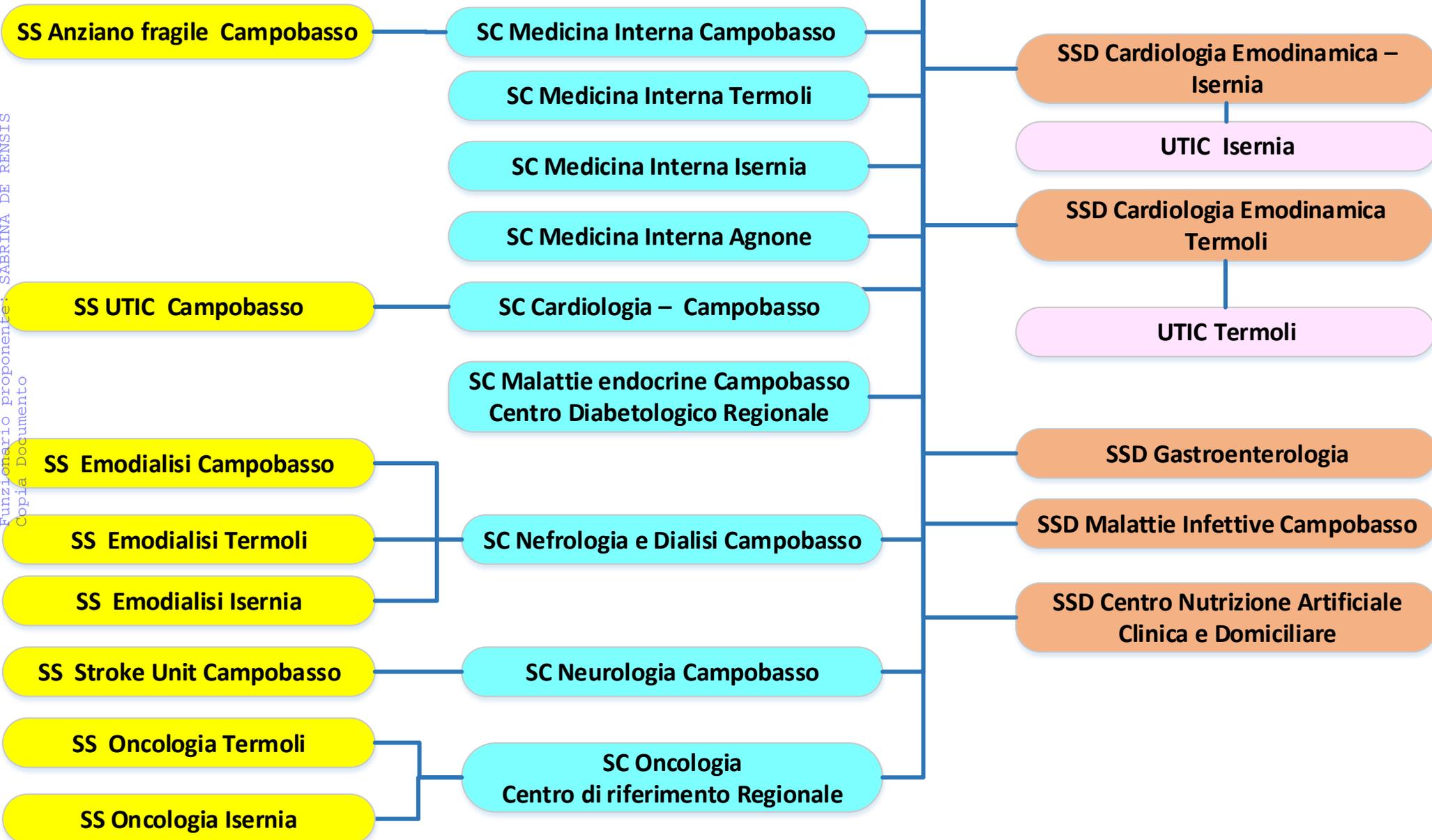
Ospedale Regionale del Molise				
Reparto	Plesso di Agnone			
	RO	DH+DS	Totale PL	Struttura
Day hospital		3	3	
Medicina Interna	14		14	SC
Day Surgery		3	3	
Pronto Soccorso				
Centro Regionale di riferimento della rete di assistenza reumatologica				
Laboratorio Analisi				
Emodialisi				
Radiodiagnostica				
Direzione Sanitaria				SS
Totale	14	6	20	2
Strutture Complesse (SC)				1
Strutture Semplici Dipartimentali (SSD)				0
Strutture Semplici (SS)				1

Piano di Organizzazione Aziendale – Le strutture organizzative

Il Dipartimento strutturale medico



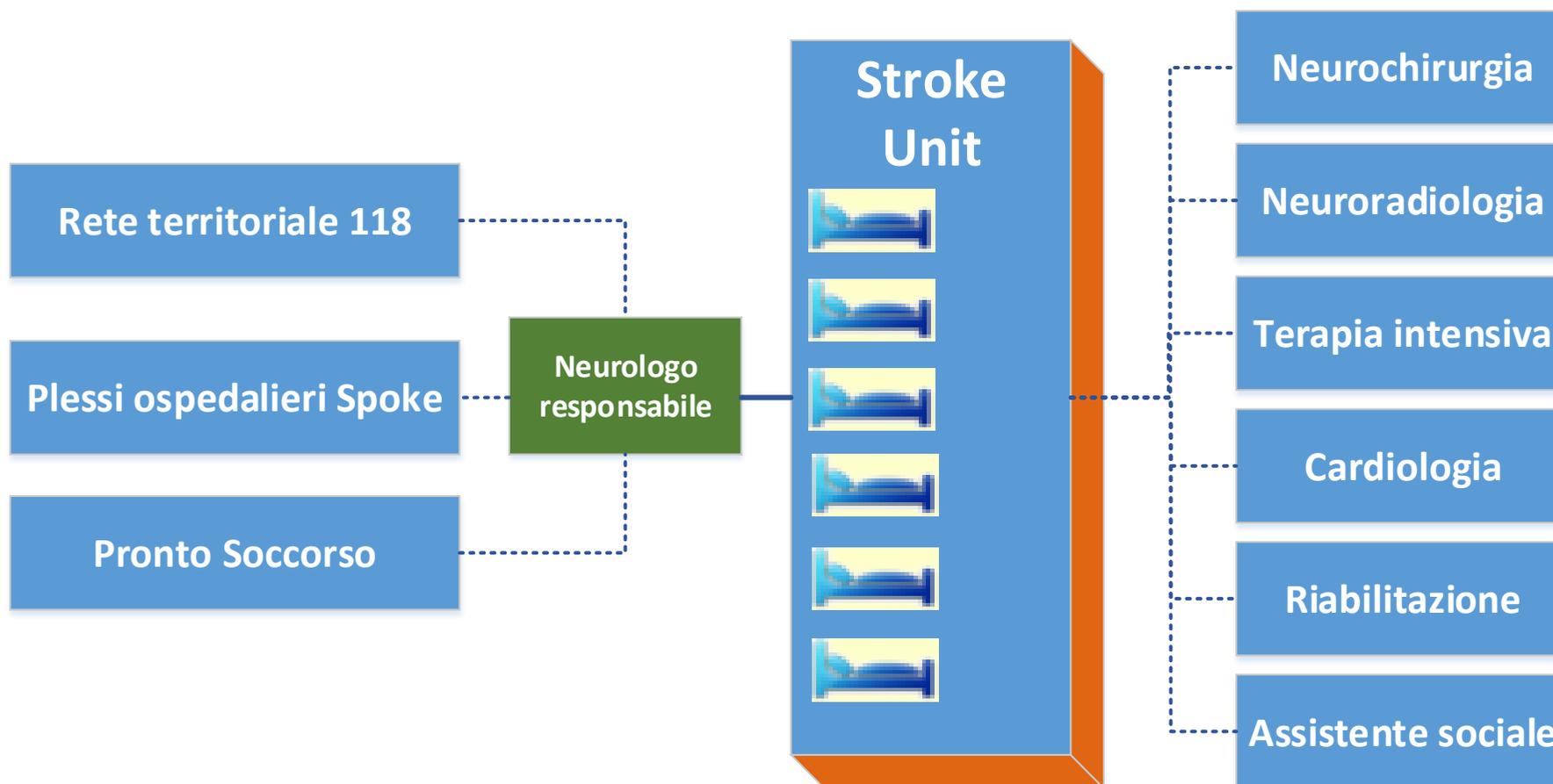
Dipartimento strutturale medico



Atto: D.G. 2018/301 del 27-03-2018
 Funzionario proponente: SABRINA DE RENSIS
 Copia Documento

SS Stroke Unit Plesso di Campobasso

Correlazioni funzionali

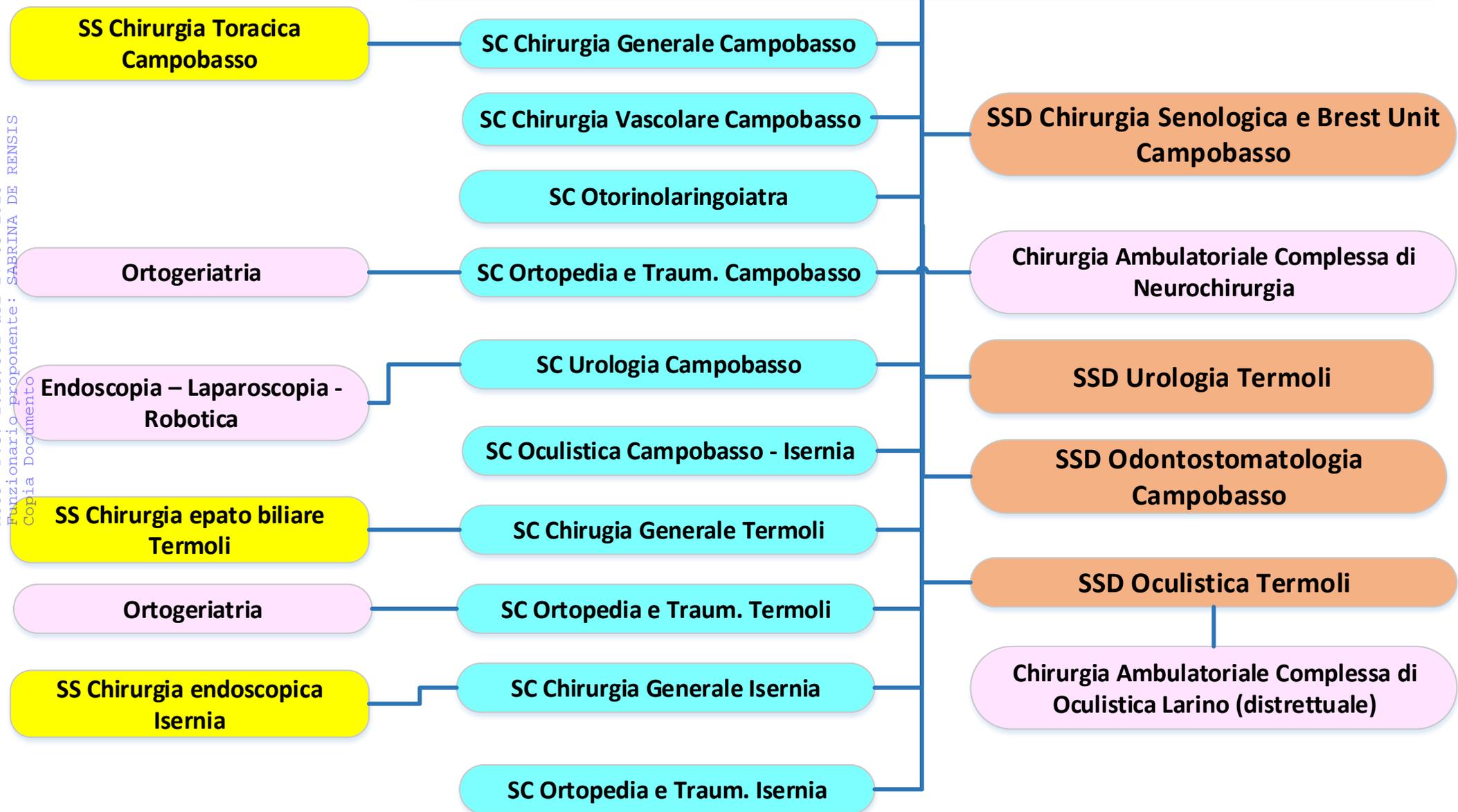


Piano di Organizzazione Aziendale – Le strutture organizzative

Il Dipartimento strutturale chirurgico

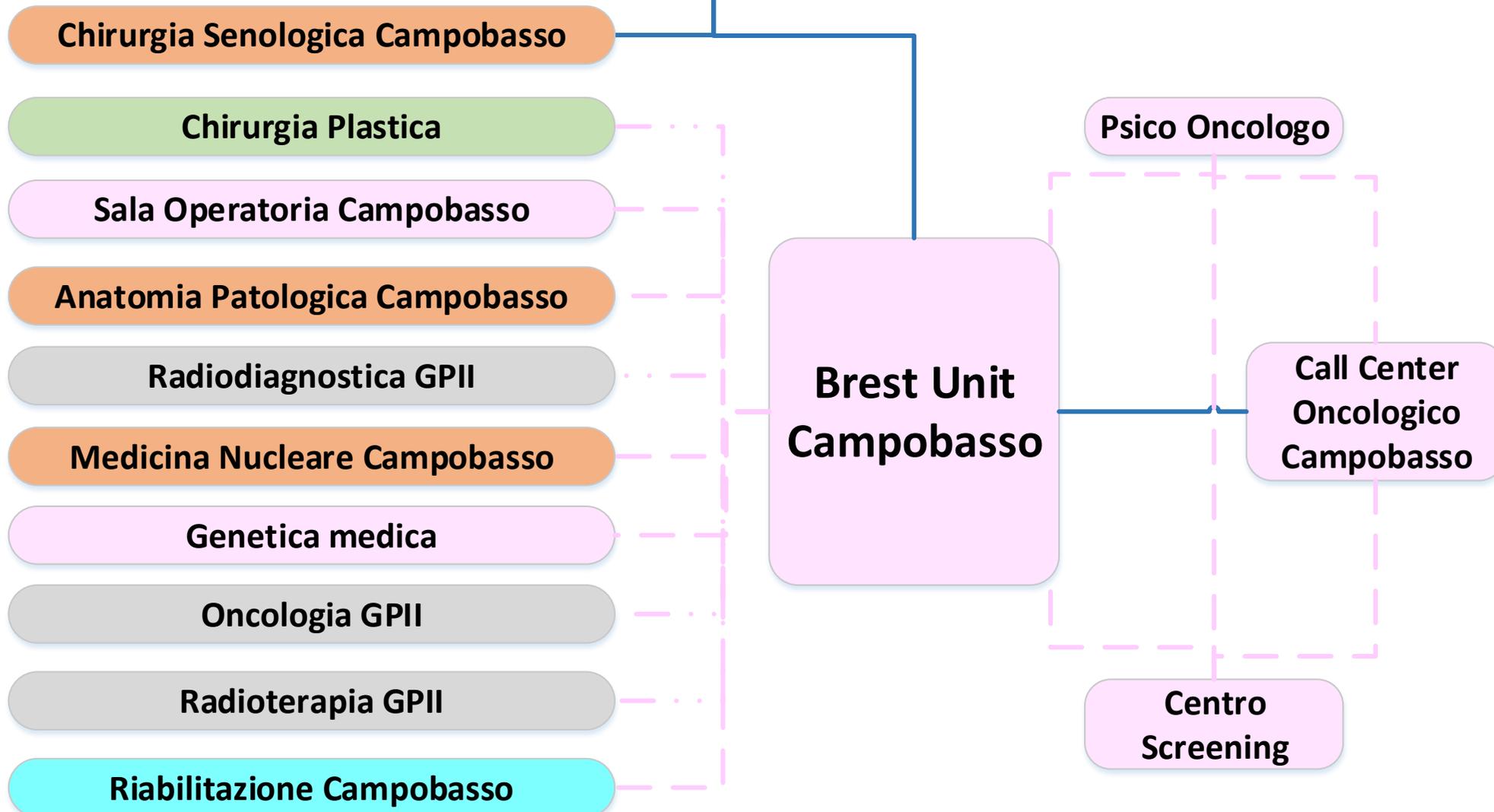


Dipartimento strutturale chirurgico



Atto: D.G. 2018/301 del 27-03-2018
 Funzionario proponente: SABRINA DE RENSIS
 Copia Documento

SSD Chirurgia Senologica e Brest Unit Campobasso

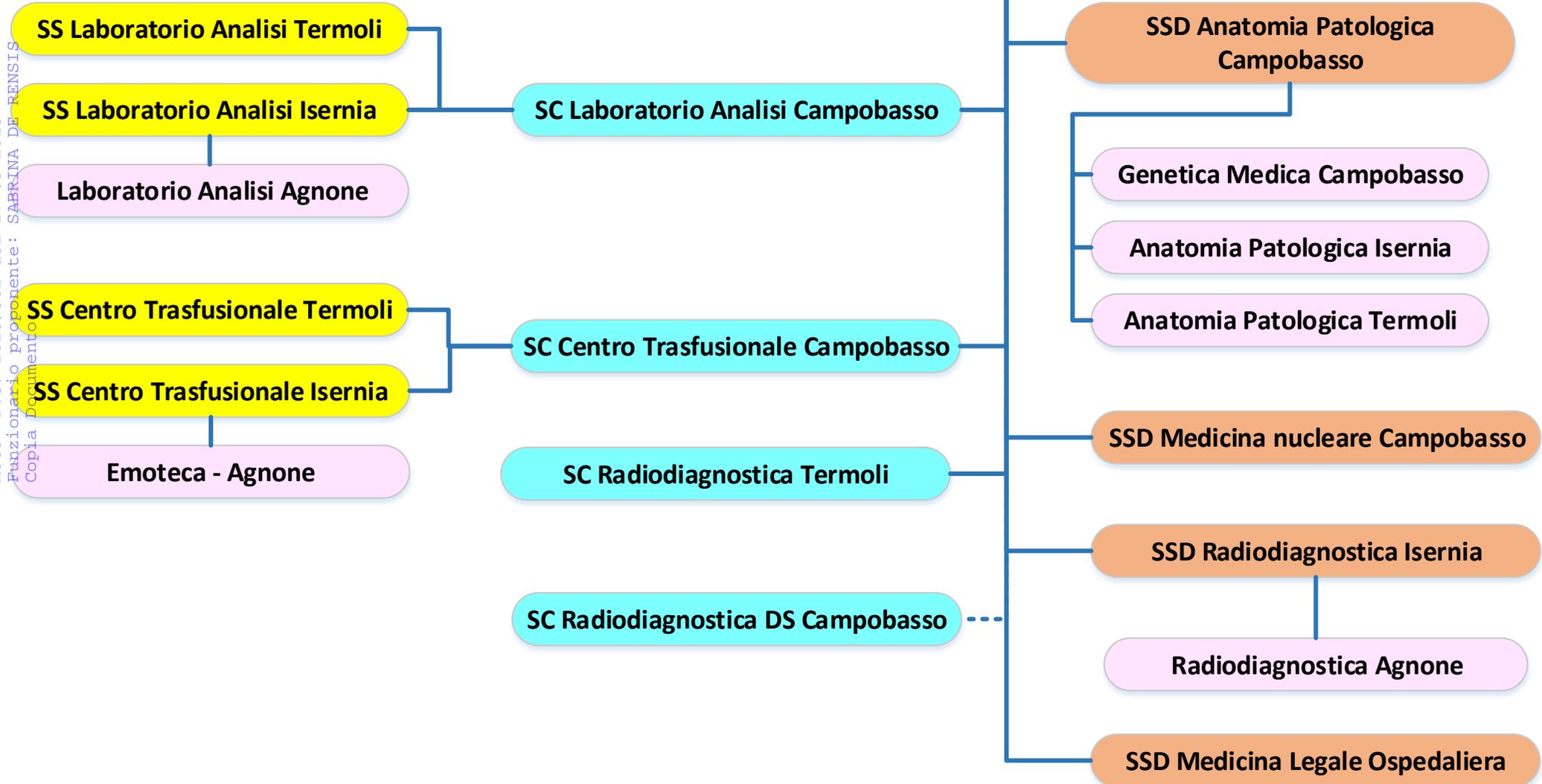


Piano di Organizzazione Aziendale – Le strutture organizzative

Il Dipartimento Strutturale dei servizi



Dipartimento misto transmurale dei servizi

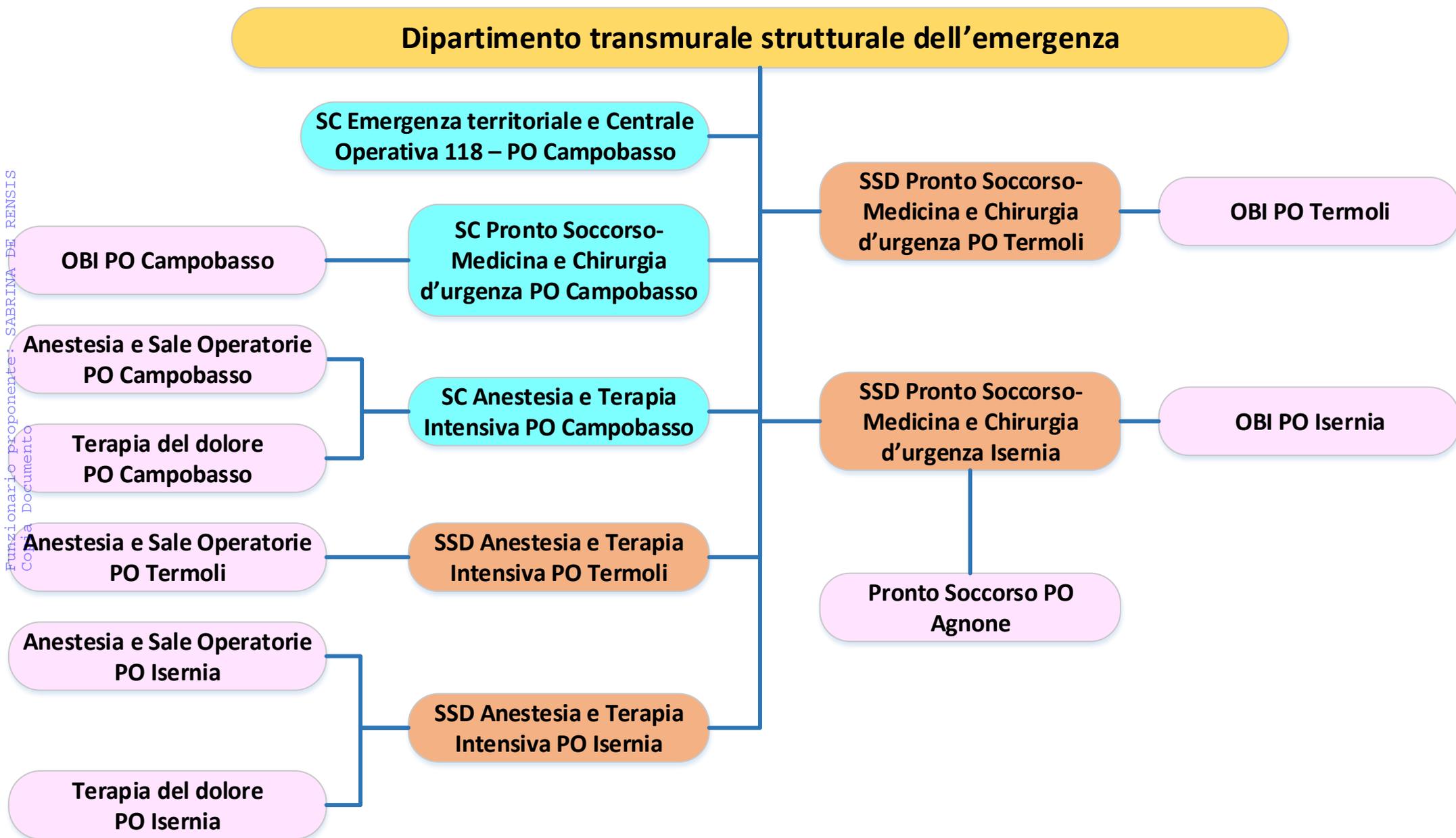


Atto: D.G. 2018/301 del 27-03-2018
Funzionario proponente: SABRINA DE RENZIS
Copia Documento

Piano di Organizzazione Aziendale – Le strutture organizzative

Il Dipartimento transmurale strutturale dell'emergenza

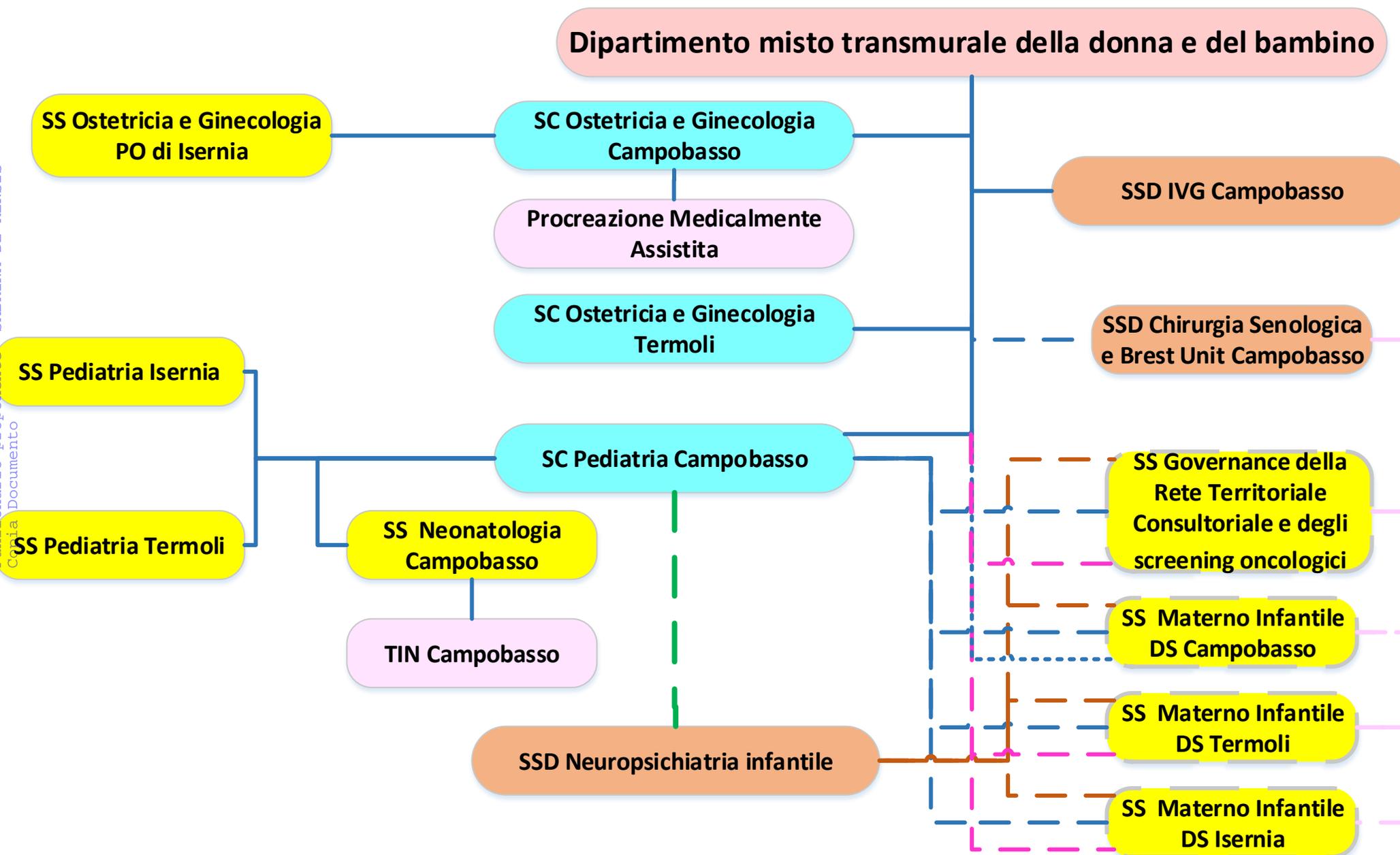
Atto: D.G. 2018/301 del 27-03-2018
Funzionario proponente: SABRINA DE RENSIS
Copia Documento



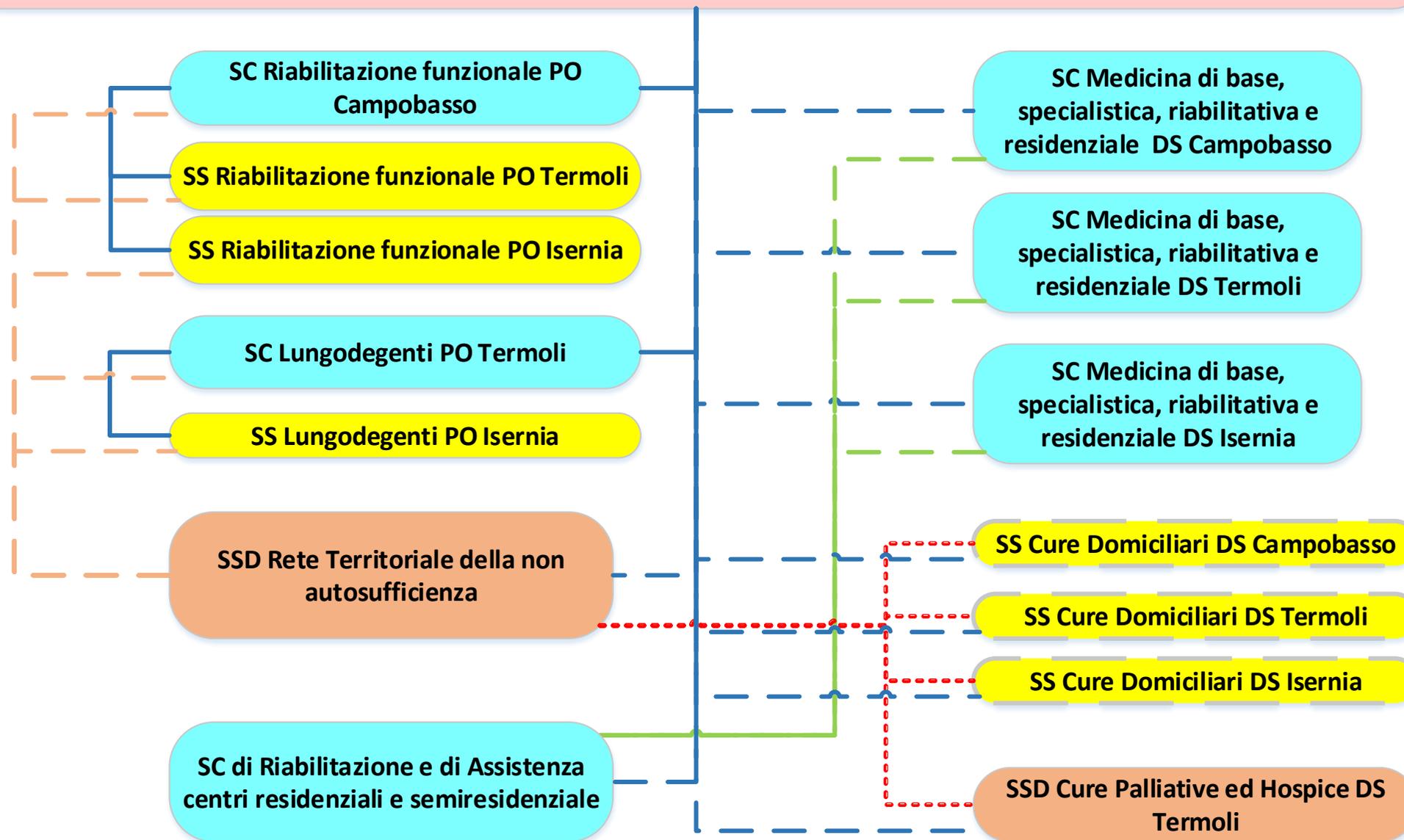
Piano di Organizzazione Aziendale – Le strutture organizzative

Il Dipartimento misto transmurale della donna e del bambino

Atto: D.G. 2018/301 del 27-03-2018
Funzionario proponente: SABRINA DE RENSIS
Copia Documento



Dipartimento misto transmurale della Riabilitazione – Fragilità – Continuità Assistenziale



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

DCA n.47 del 28 agosto 2017

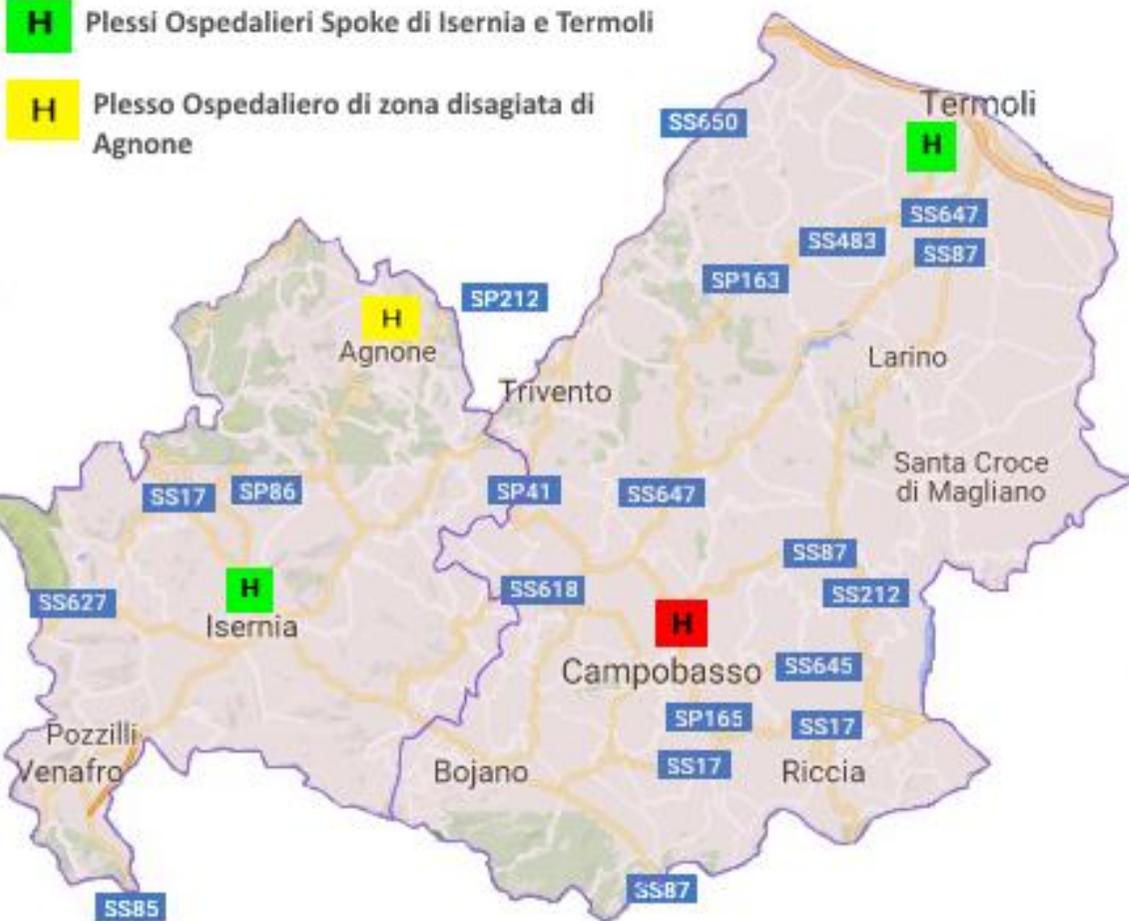
Discipline	PL R.O.	PL D.H.	Totali PL
02 D.H.	0	6	6
07 Cardiochirurgia	20	0	20
08 Cardiologia	18	2	20
10 Chirurgia generale	51	7	58
14 Chirurgia Vascolare	6	0	6
21 Geriatria	20	0	20
27 Medicina Generale	36	4	40
30 Neurochirurgia	35	0	35
32 Neurologia	46	0	46
36 Ortopedia	10	0	10
50 Terapia Intensiva	12	0	12
57 Riabilitazione	40	0	40
64 Oncologia	8	2	10
66 Oncoematologia	8	2	10
70 Radioterapia	0	2	2
75 Neuroriabilitazione	45	0	45
Totali posti letto accreditati	355	25	380

I Plessi Ospedalieri della Rete dell'emergenza

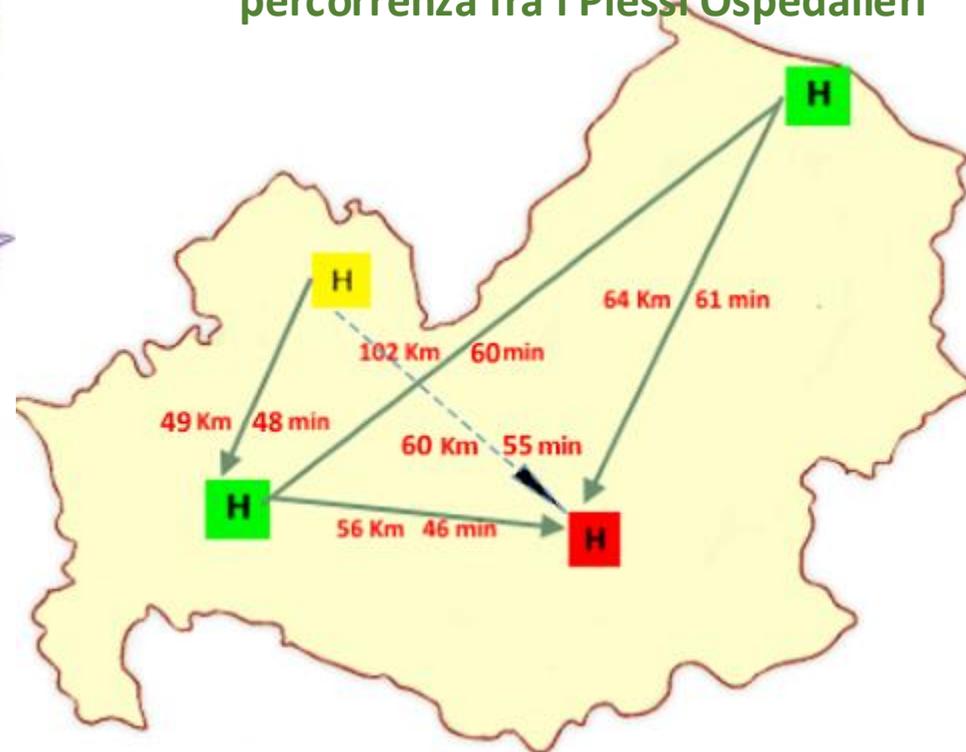
H Plesso Ospedaliero Hub di Campobasso

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

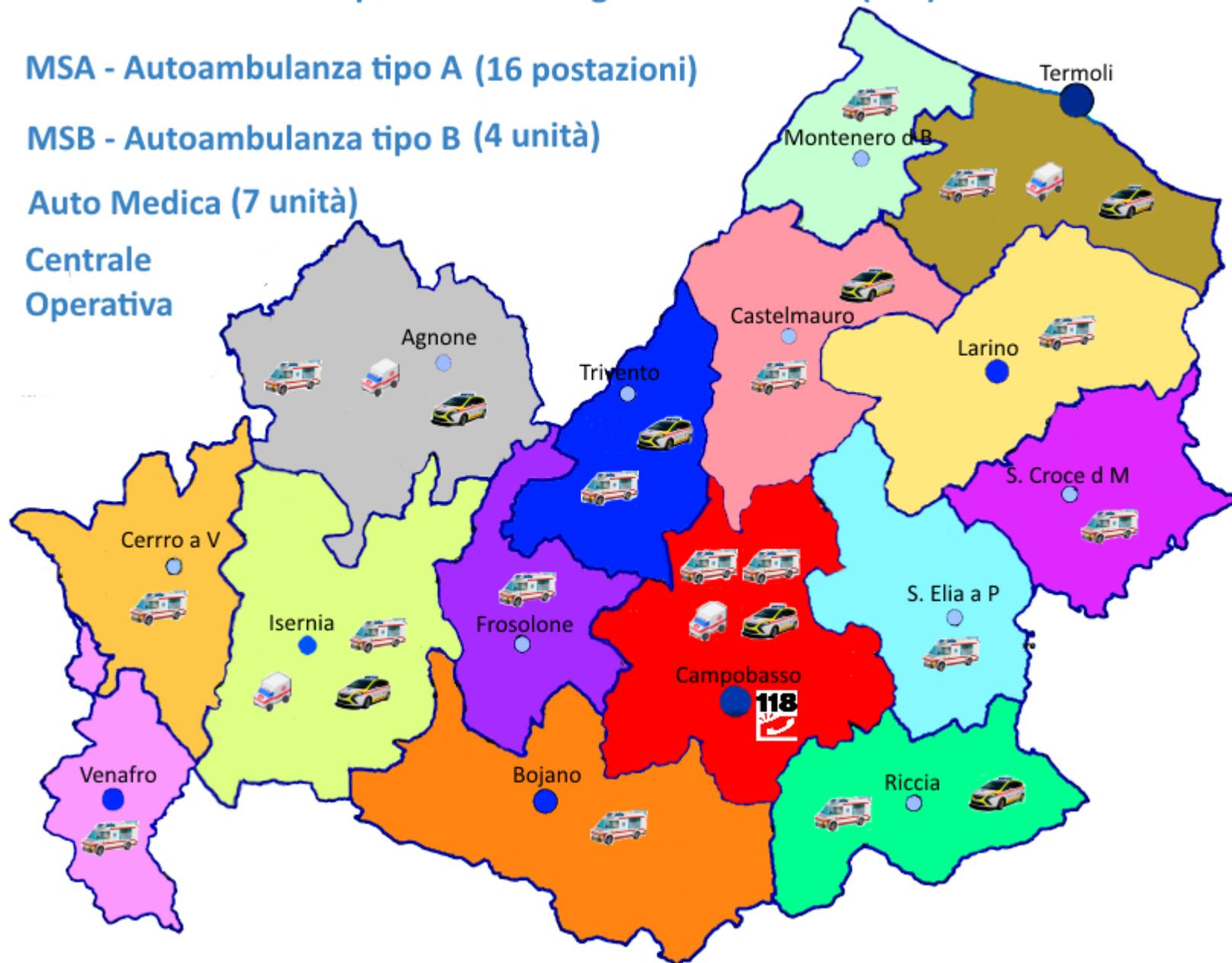
Distribuzione dei mezzi di trasporto dell'emergenza territoriale (118)

 **MSA - Autoambulanza tipo A (16 postazioni)**

 **MSB - Autoambulanza tipo B (4 unità)**

 **Auto Medica (7 unità)**

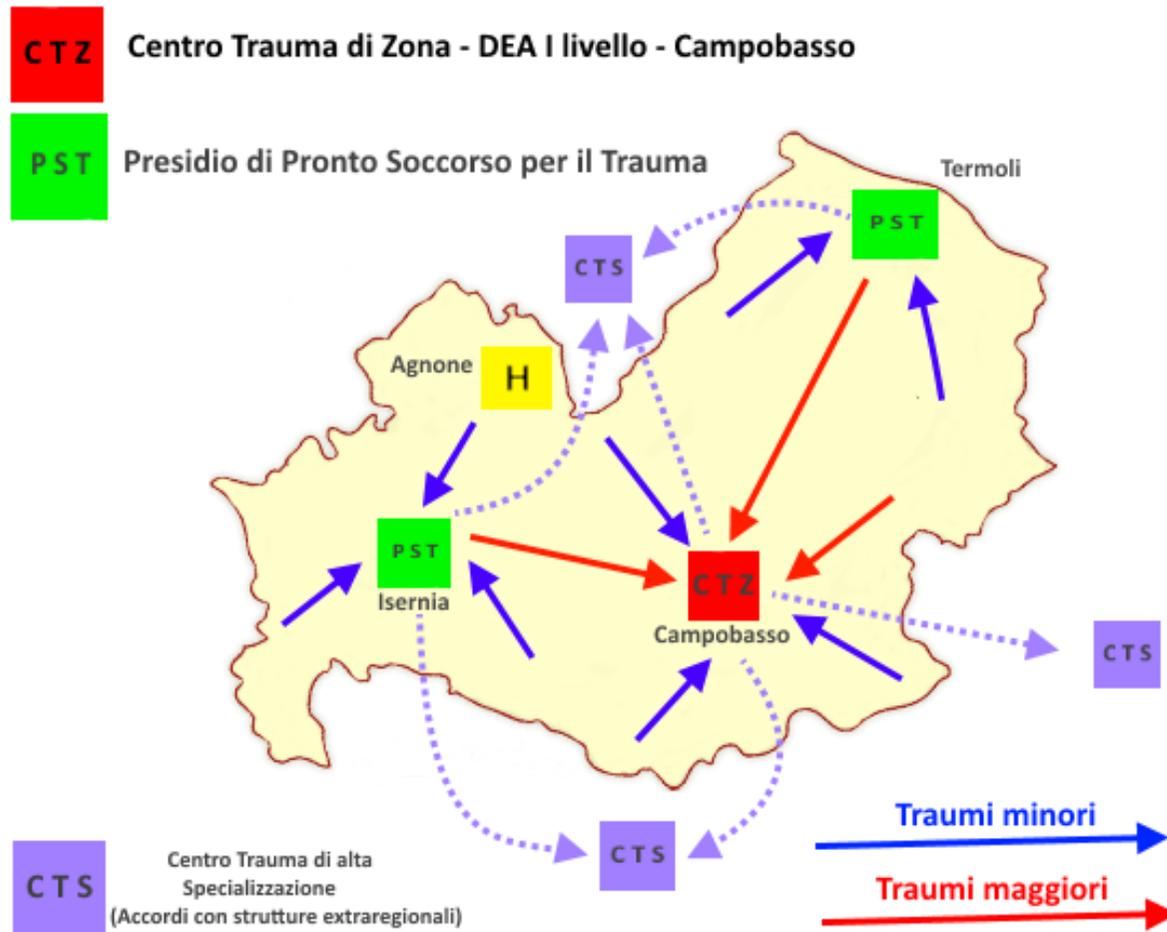
118
 **Centrale Operativa**



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.

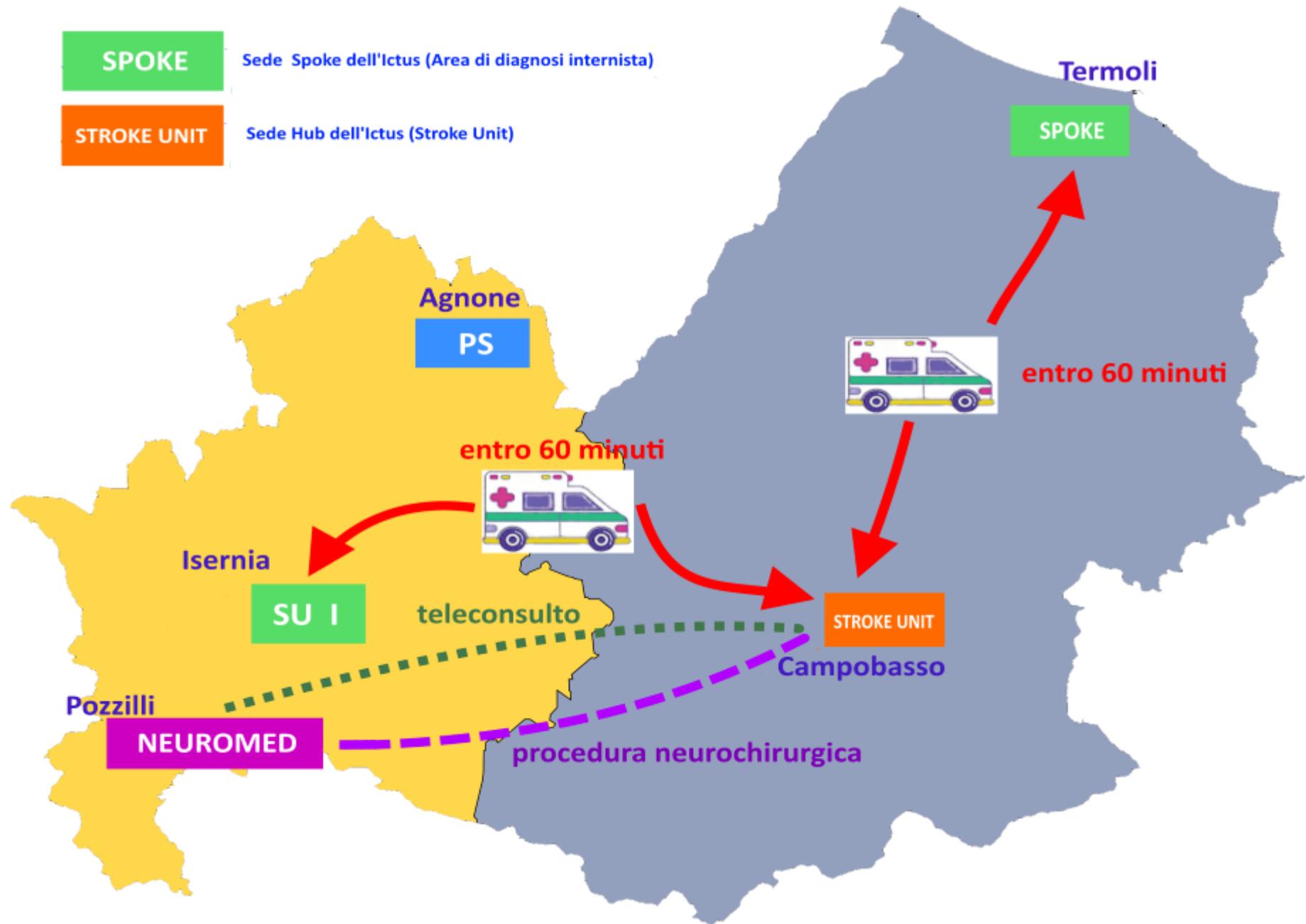
Centro trauma di Zona (CTZ): individuato presso il DEA di I livello che garantisce H24 il trattamento in modo definitivo di tutte le lesioni tranne quelle connesse con tutte o alcune alte specialità

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 necessitano 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.

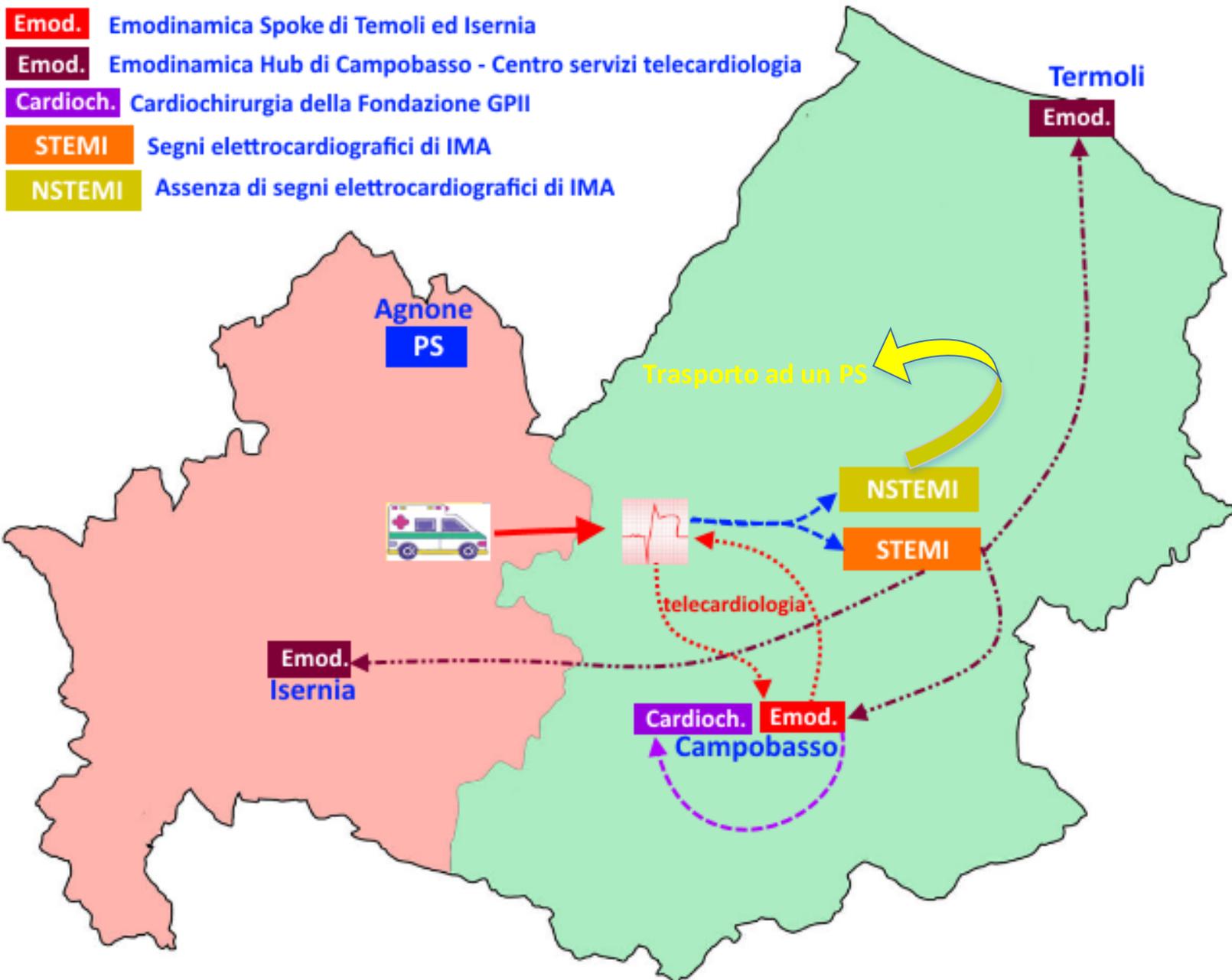
Piano di Organizzazione Aziendale

La Rete per l'Ictus



Piano di Organizzazione Aziendale

La Rete per le Emergenze Cardiologiche



Piano di Organizzazione Aziendale

La Rete Oncologica

Posti letto totali = 78

 Posti letto pubblici di degenza ordinaria di Oncologia

 Posti letto pubblici di day hospital di Oncologia

 Posti letto Fondazione GPII di degenza ordinaria di Oncologia

 Posti letto Fondazione GPII di day hospitale di Oncologia

 Posti letto Fondazione GPII di degenza ordinaria di Oncoematologia

 Posti letto Fondazione GPII di day hospital di Oncoematologia

 Posti letto Fondazione GPII di degenza ordinaria di Chirurgia Oncologica

 Posti letto Fondazione GPII di day hospital di Chirurgia Oncologica

 Radioterapia Fondazione GPII



 Correlazione con la Neurochirurgia della NEUROMED



Atto: D.G. 2018/301 del 27-03-2018
Funzionario proponente: SABRINA DE RENSIS
Copia Documento

Piano di Organizzazione Aziendale

La Rete della Terapia del dolore



Ambulatorio territoriale



Ambulatorio Ospedaliero



Day Hospital Ospedaliero



Hospice di Larino



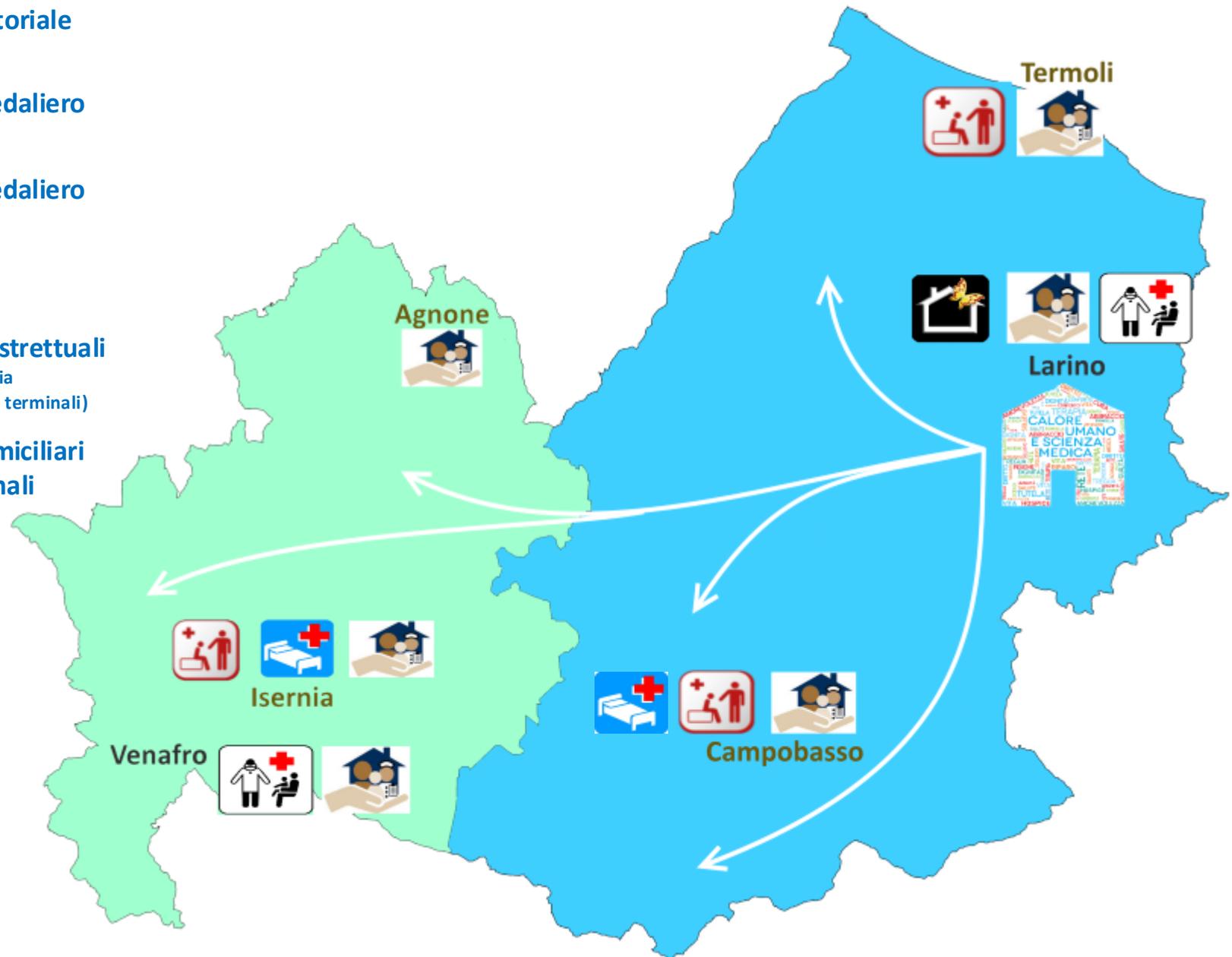
Cure Domiciliari distrettuali

(svolgono attività di terapia palliativa per pazienti non terminali)



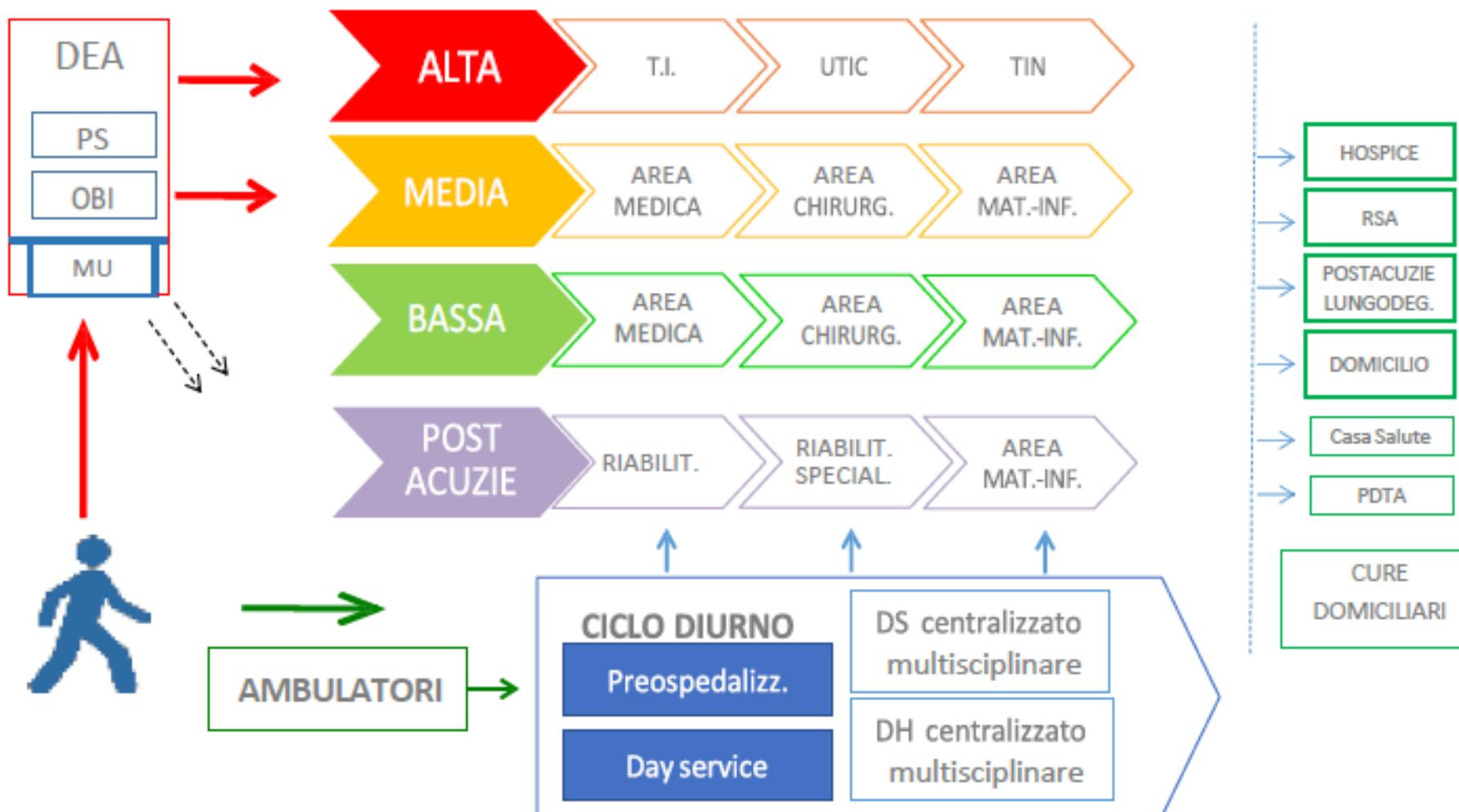
Cure Palliative Domiciliari per pazienti terminali

(UO interdistrettuale del DS di Termoli)

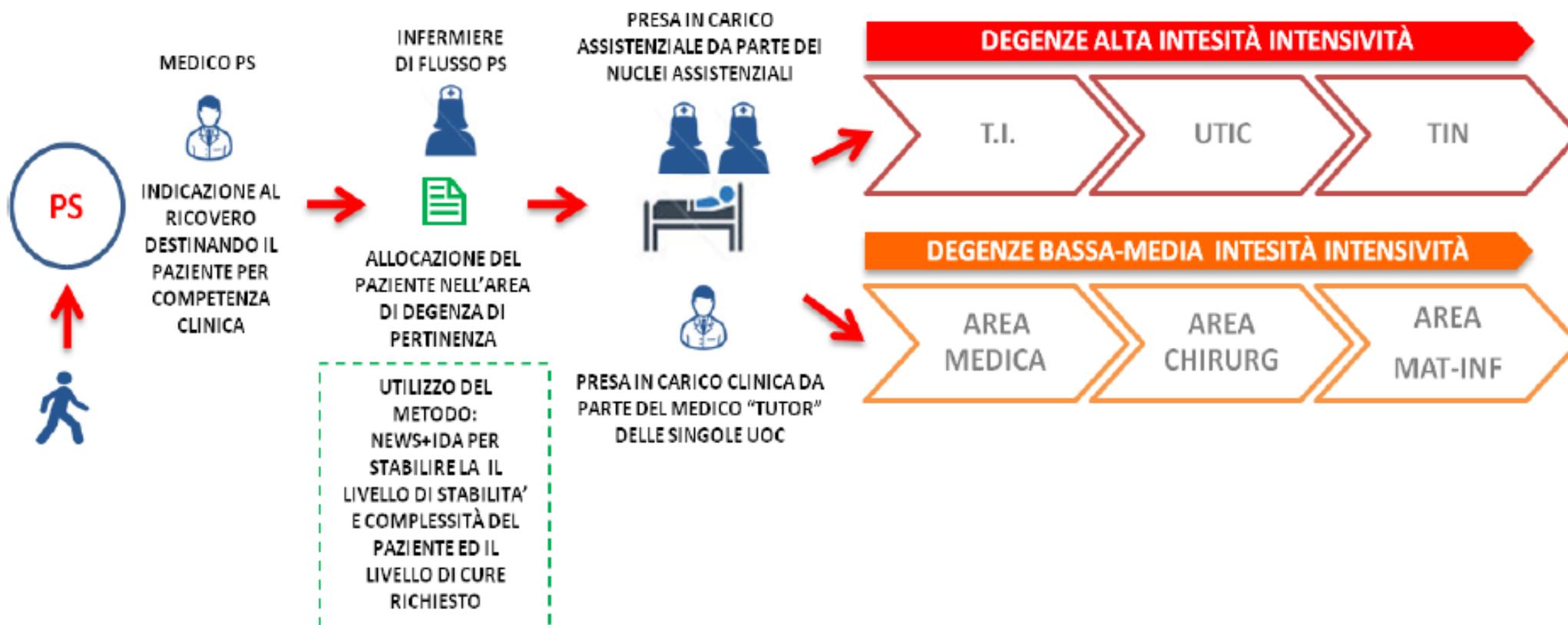


Assetto dell'ospedale organizzato secondo il modello per intensità di cura

DEGENZA ORDINARIA - INTENSITÀ DI CURA



Aspetti organizzativi e percorso di presa in carico del paziente



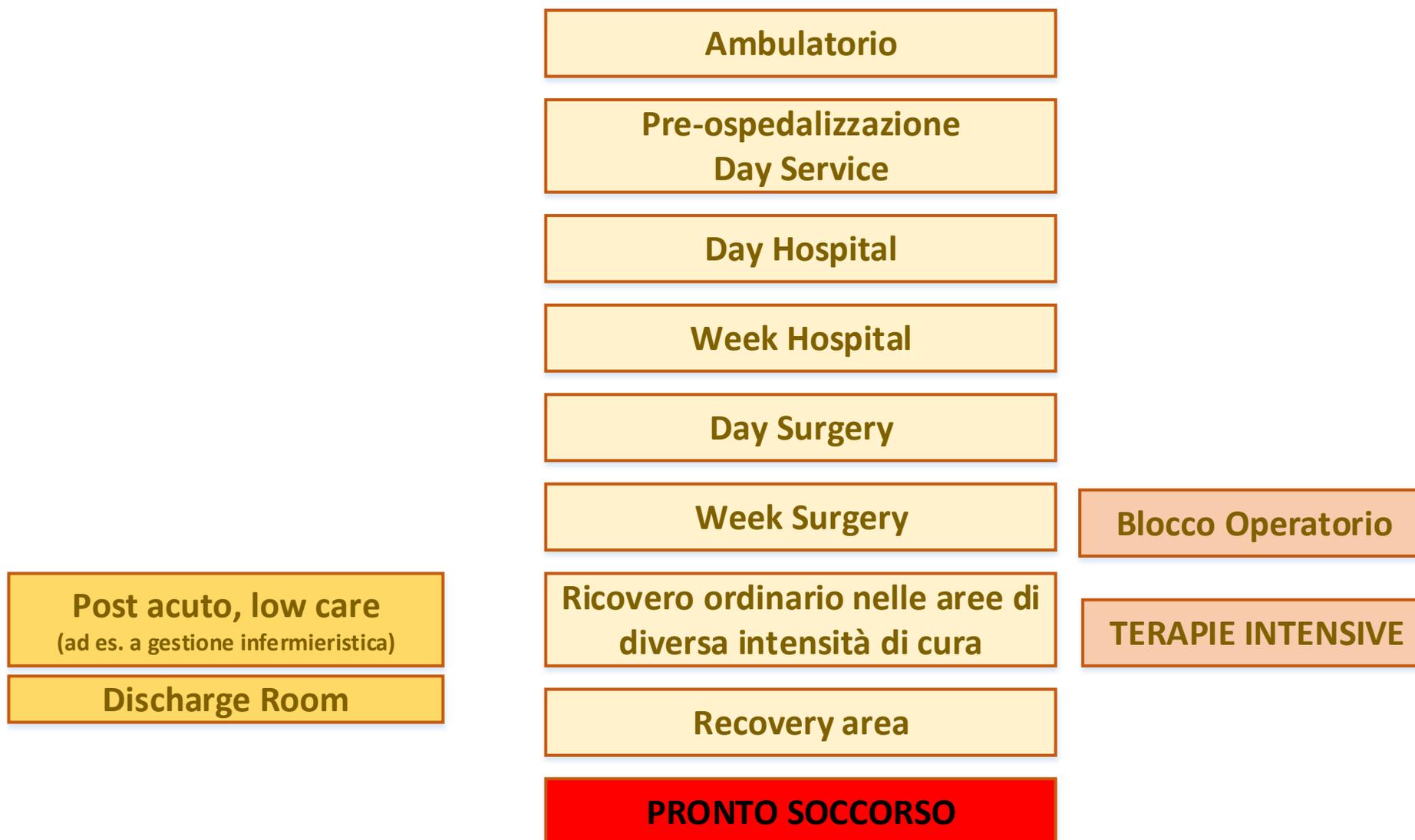
Il Piano di Organizzazione Aziendale

L'Ospedale per Intensità di Cura e Complessità Assistenziale

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

**Attività di Formazione
(durata max 3 mesi)**

**Sviluppo ed acquisizione
del software per la
classificazione dei
pazienti
(durata massima 2 mesi)**

**Sperimentazione
(durata massima 2 mesi)**

**Implementazione
(durata massima 5
mesi)**

**Conoscenza dei
modelli organizzativi
di ospedali per
intensità di cura**

**Acquisizione delle
competenze di
strumenti per la
classificazione dei
pazienti che
integrano più score
(Tri-Co)**

**Acquisizione di un software
per la classificazione dei
pazienti secondo il metodo
Tri-Co, quale associazione
dei due score:**

- Il MEWS che esplora la severità/instabilità clinica considerandola in 5 dimensioni;
 - l'IDA che indaga la complessità assistenziale valutando il livello di dipendenza dall'assistenza infermieristica.
- E composto da 7 aree (bisogni assistenziali + procedure diagnostico/terapeutiche).

**Sperimentazione
della classificazione
dei pazienti in
ciascun plesso
ospedaliero.**

**Validazione del
metodo di
classificazione o
introduzione di
eventuali modifiche**

- Realizzazioni degli interventi strutturali necessari.
- Distribuzione dei posti letto per intensità di cura in ogni plesso ospedaliero.
- Riorganizzazione degli spazi assistenziali.
- Riorganizzazione delle modalità di lavoro del personale

Il Piano di Organizzazione Aziendale

L'Ospedale per Intensità di Cura e Complessità Assistenziale

DEA I Livello – Presidio Hub Plesso Ospedaliero di Campobasso

Alta Intensità
di cura

Terapia Intensiva

UTIC

TIN

Media Intensità
di cura

Medicina d'Urgenza e Accett.

Cardiologia

Chirurgia Generale

Chirurgia Vascolare

Medicina Generale

Malattie Infettive

Chirurgia senologica e Brest Unit

Nefrologia ed Emodialisi 4 PL

Neurologia

Stroke Unit

Ortopedia e Traumatologia

Otorinolaringoiatria

Urologia

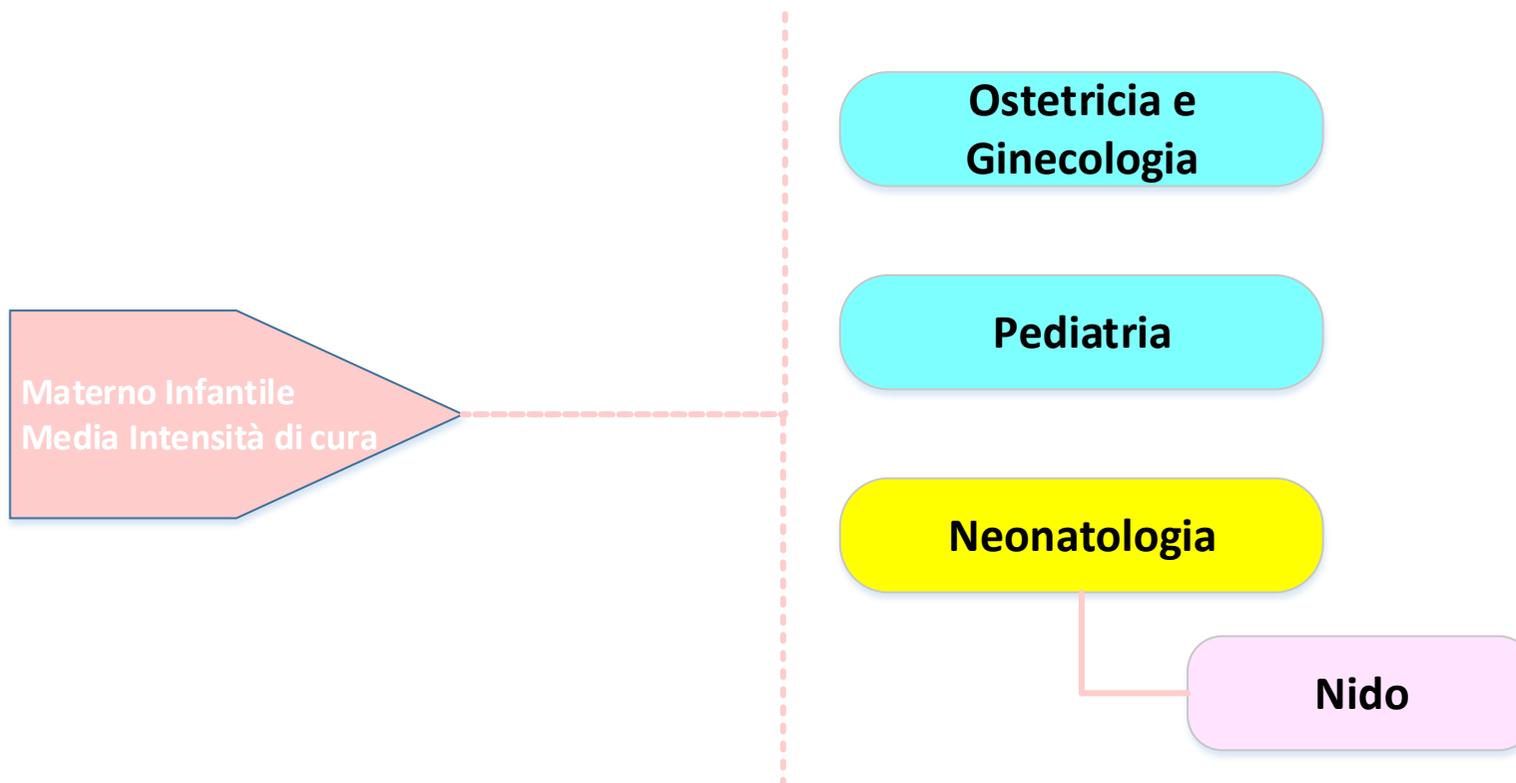
Psichiatria

Chirurgia toracica

DETENUTI

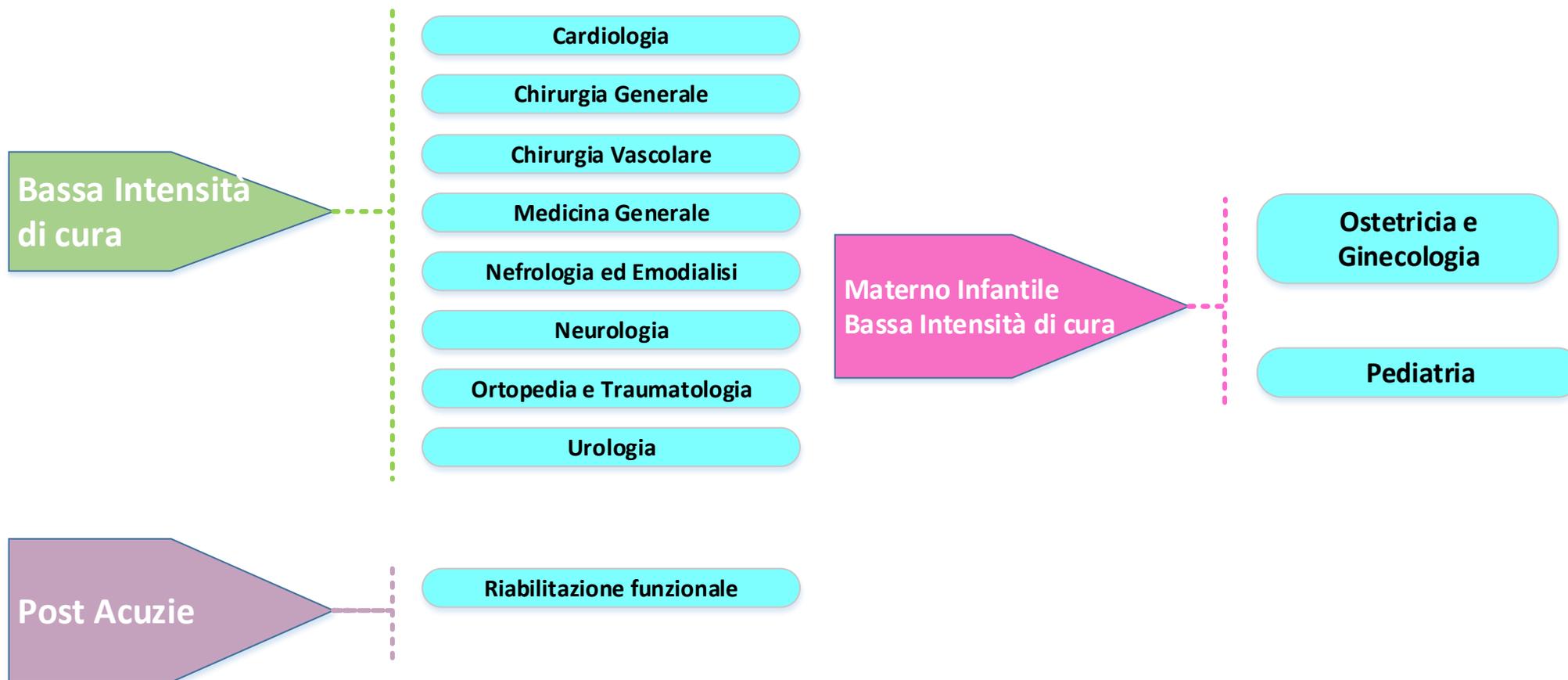
(esempio di distribuzione di posti letto per intensità di cura)

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

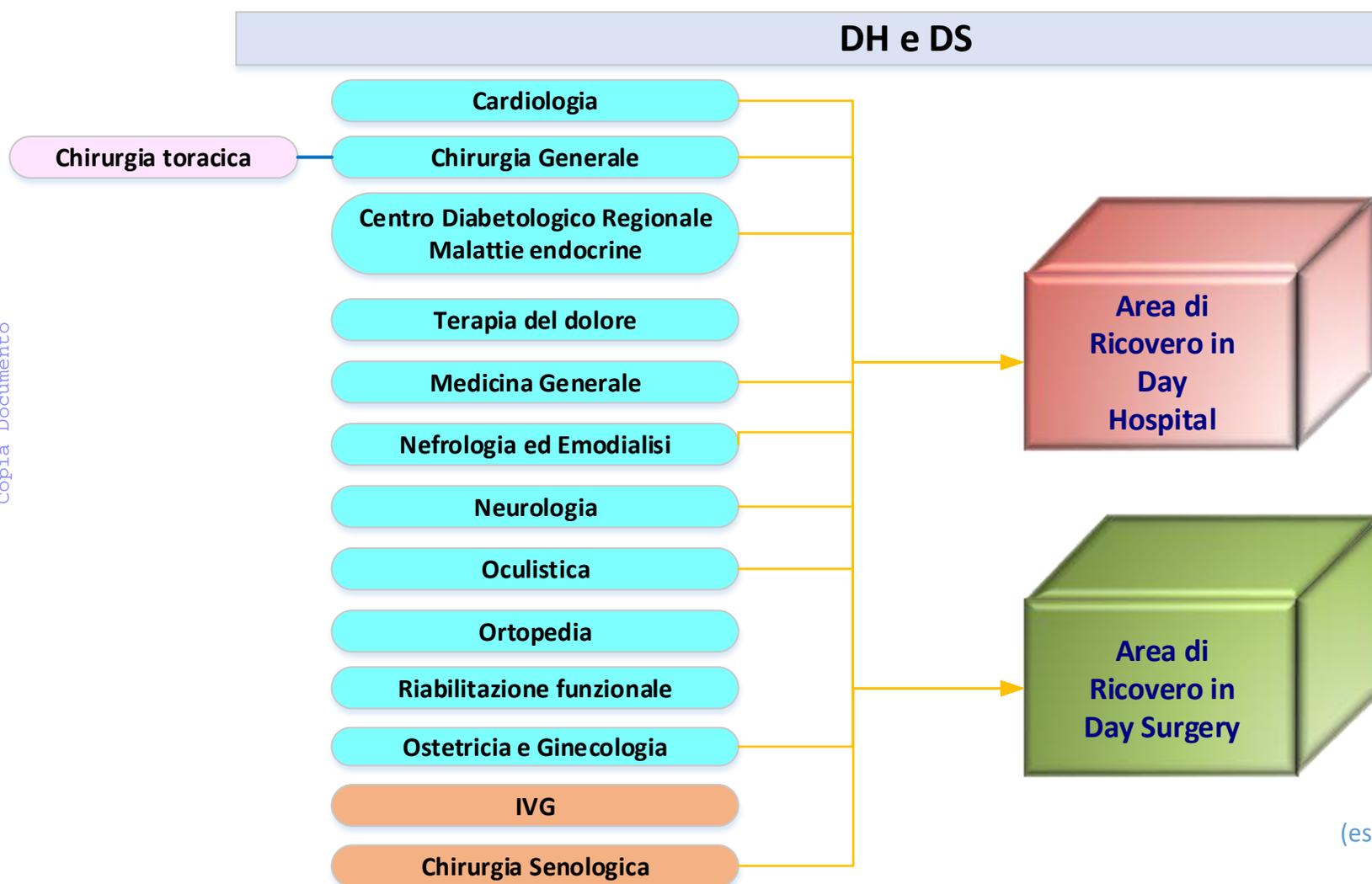


(esempio di distribuzione di posti letto per intensità di cura)

Il Piano di Organizzazione Aziendale

L'Ospedale per Intensità di Cura e Complessità Assistenziale

DEA I Livello – Presidio Hub Plesso Ospedaliero di Campobasso

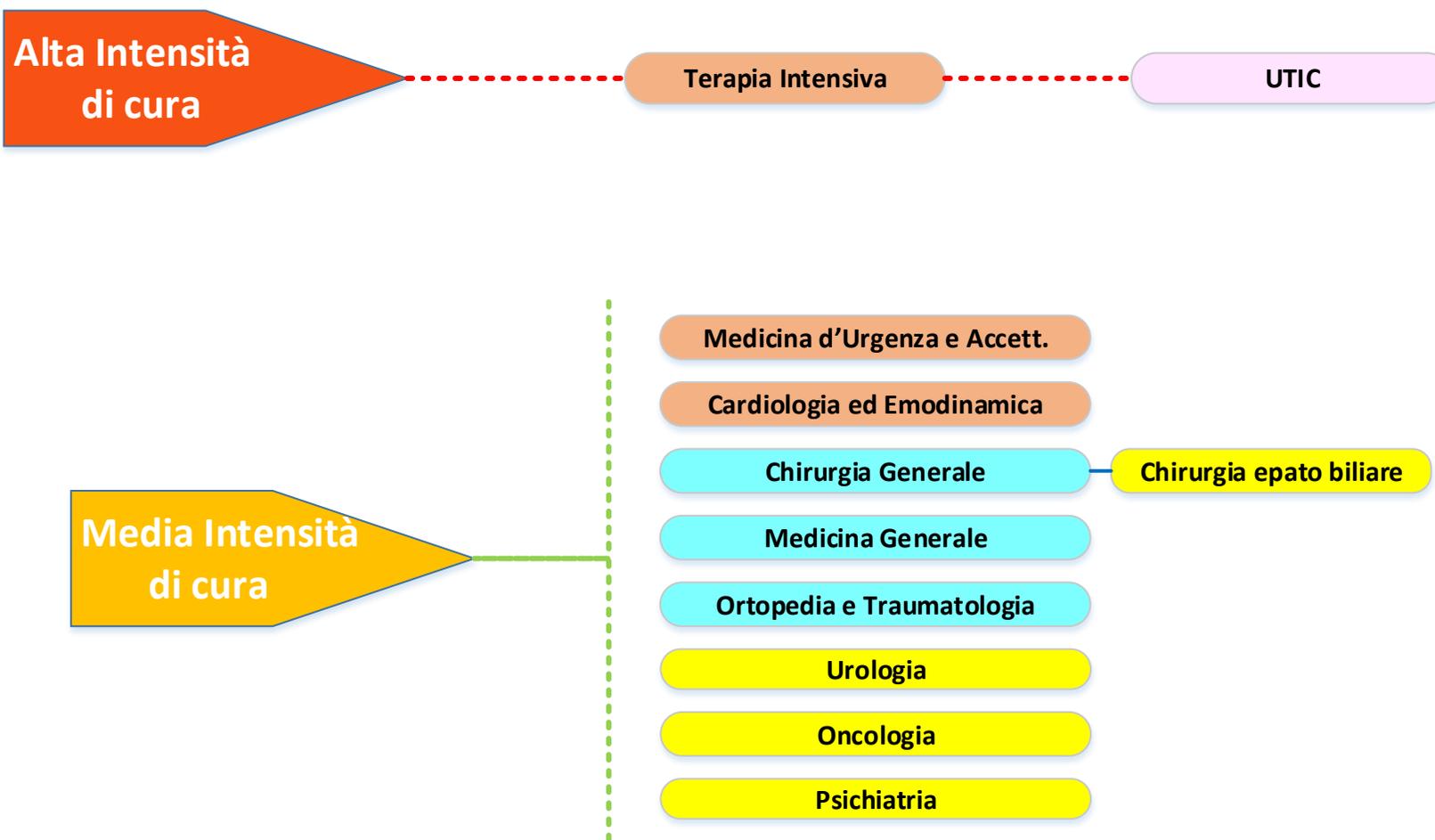


(esempio di distribuzione di posti letto per intensità di cura)

Il Piano di Organizzazione Aziendale

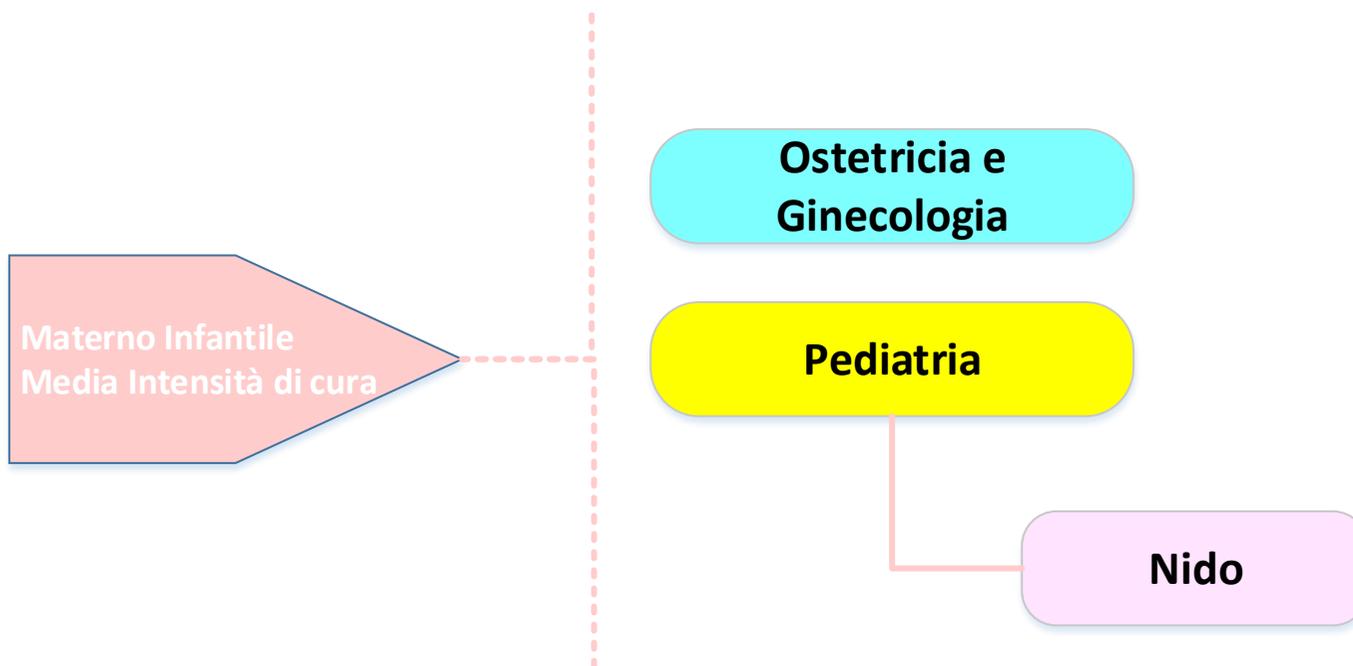
L'Ospedale per Intensità di Cura e Complessità Assistenziale

Plesso Ospedaliero di Termoli Presidio SpoKe



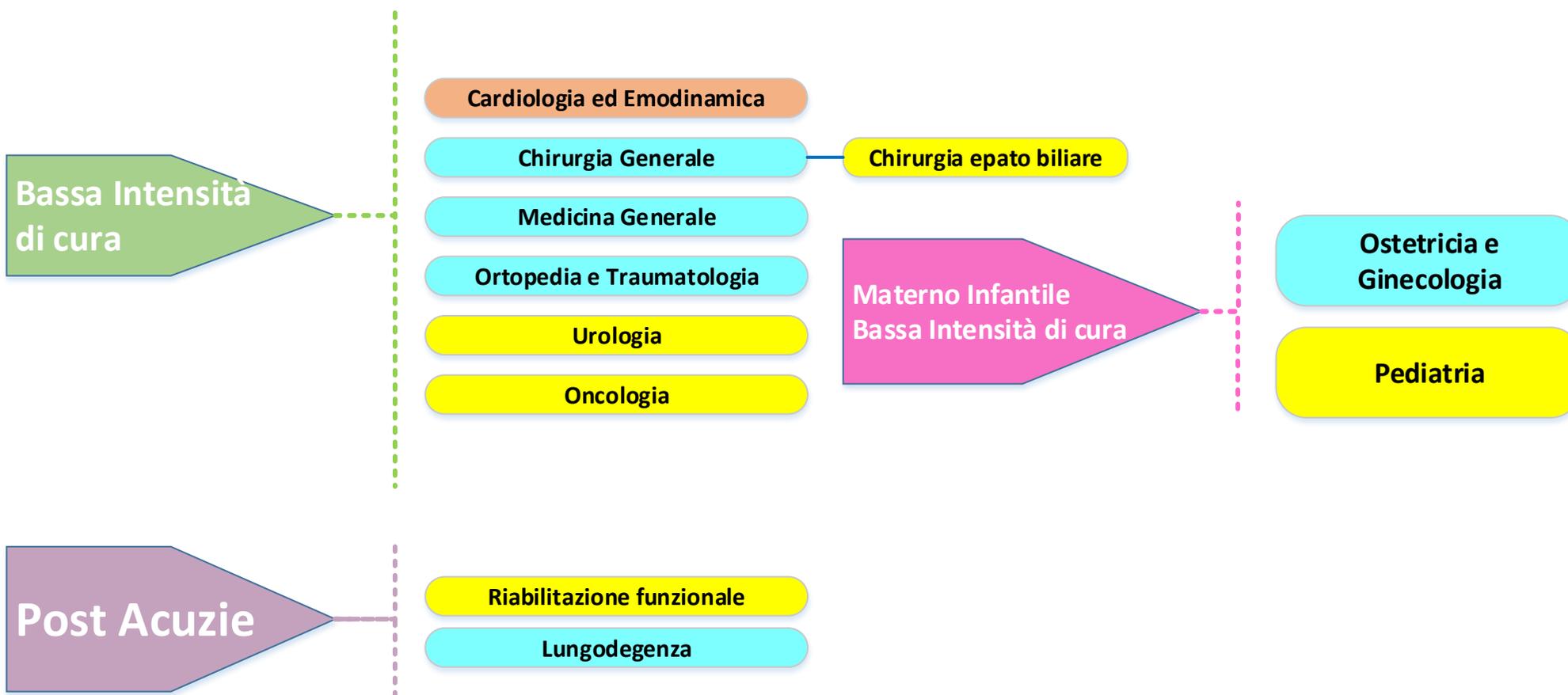
(esempio di distribuzione di posti letto per intensità di cura)

Plesso Ospedaliero di Termoli Presidio SpoKe



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

Plesso Ospedaliero di Termoli Presidio SpoKe



(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

DH e DS

Cardiologia ed Emodinamica

Chirurgia epato biliare

Chirurgia Generale

Medicina Generale

Ortopedia e Traumatologia

Oculistica

Ostetricia e Ginecologia

Otorinolaringoiatria

Oncologia

Urologia

Area di
Ricovero in
Day Hospital

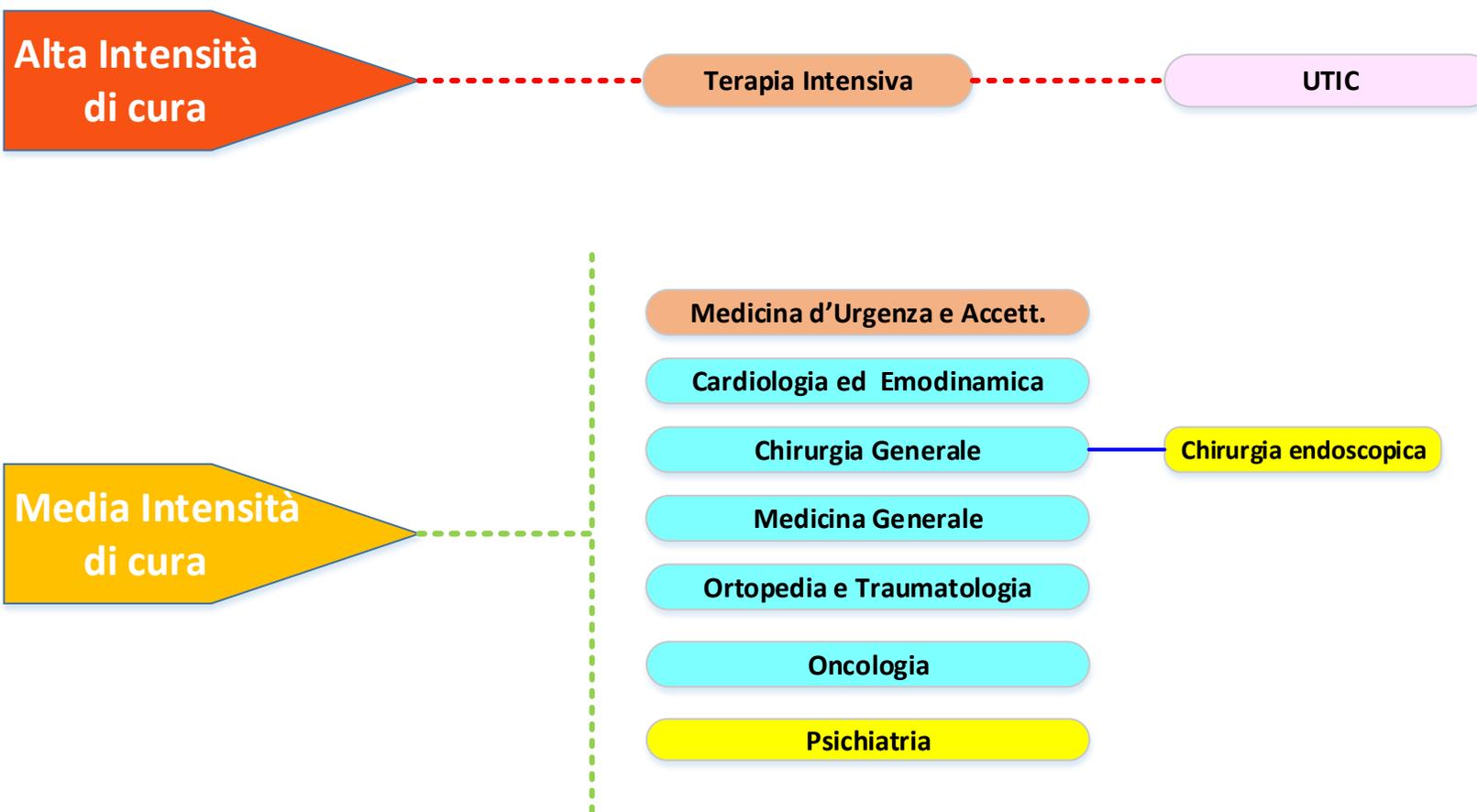
Area di
Ricovero in
Day Surgery

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

Il Piano di Organizzazione Aziendale

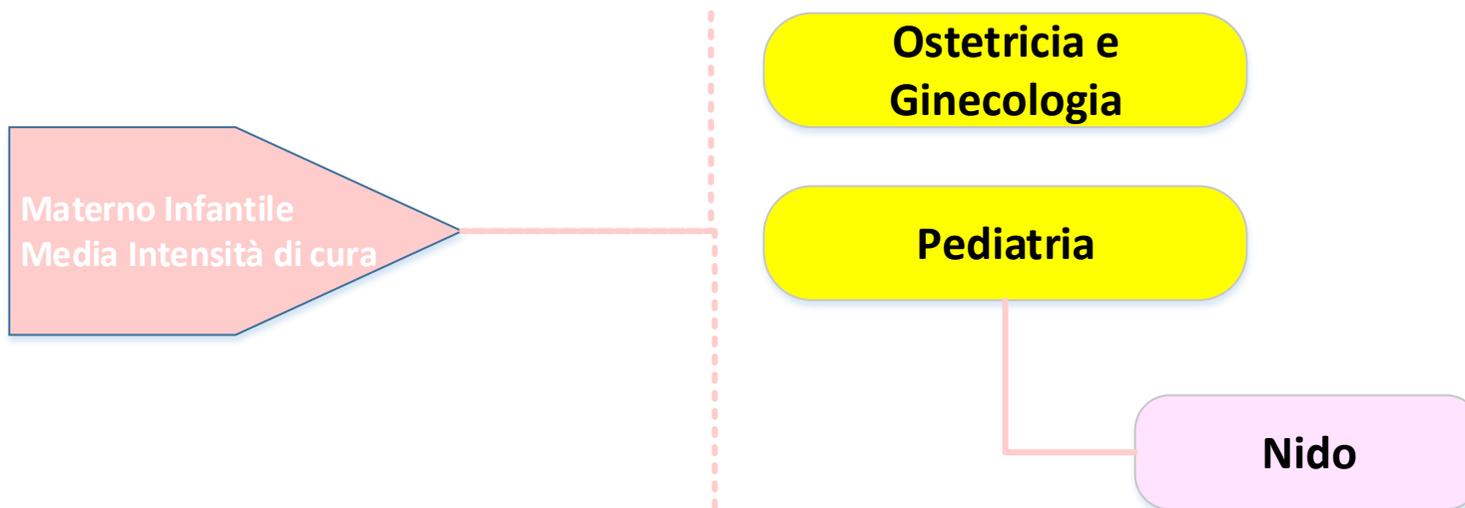
L'Ospedale per Intensità di Cura e Complessità Assistenziale

Plesso Ospedaliero di Isernia Presidio SpoKe



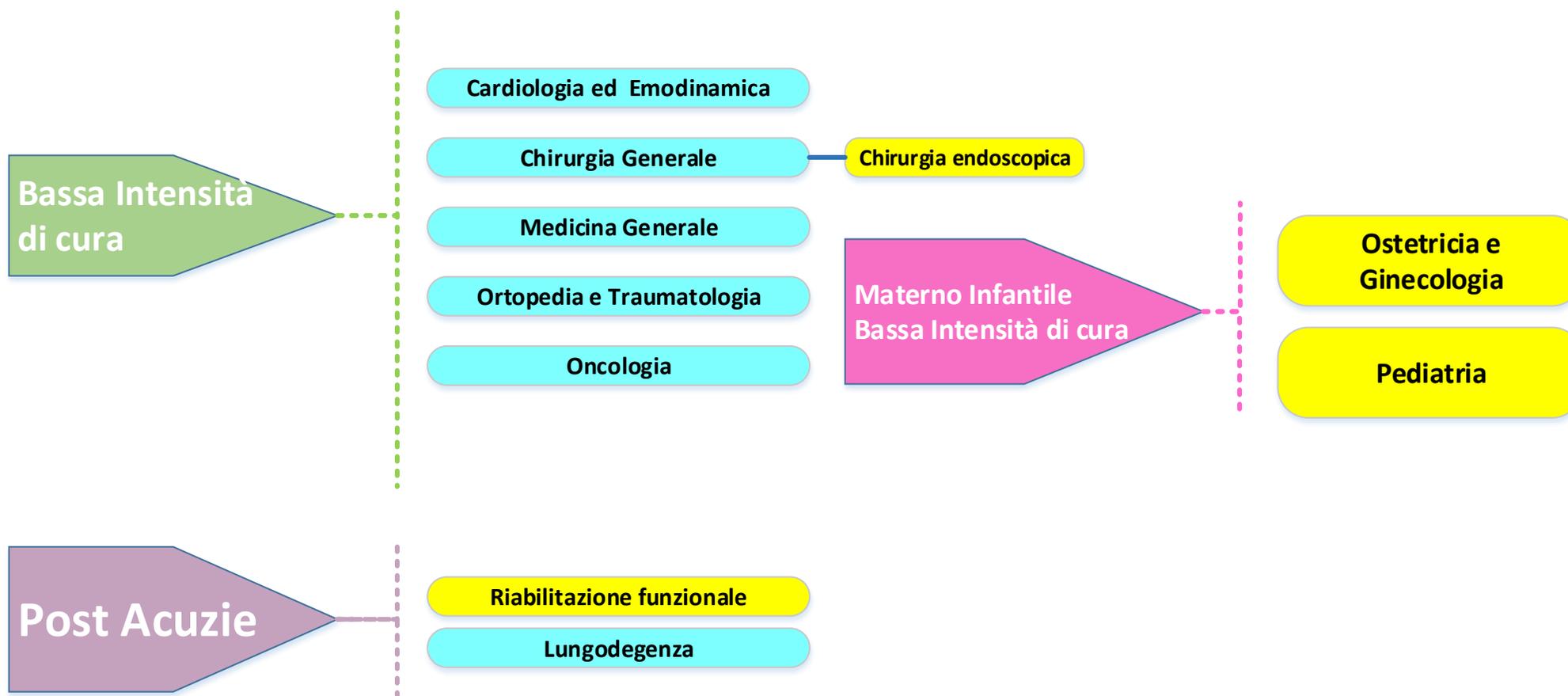
(esempio di distribuzione di posti letto per intensità di cura)

Plesso Ospedaliero di Isernia Presidio SpoKe



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

Plesso Ospedaliero di Isernia Presidio SpoKe



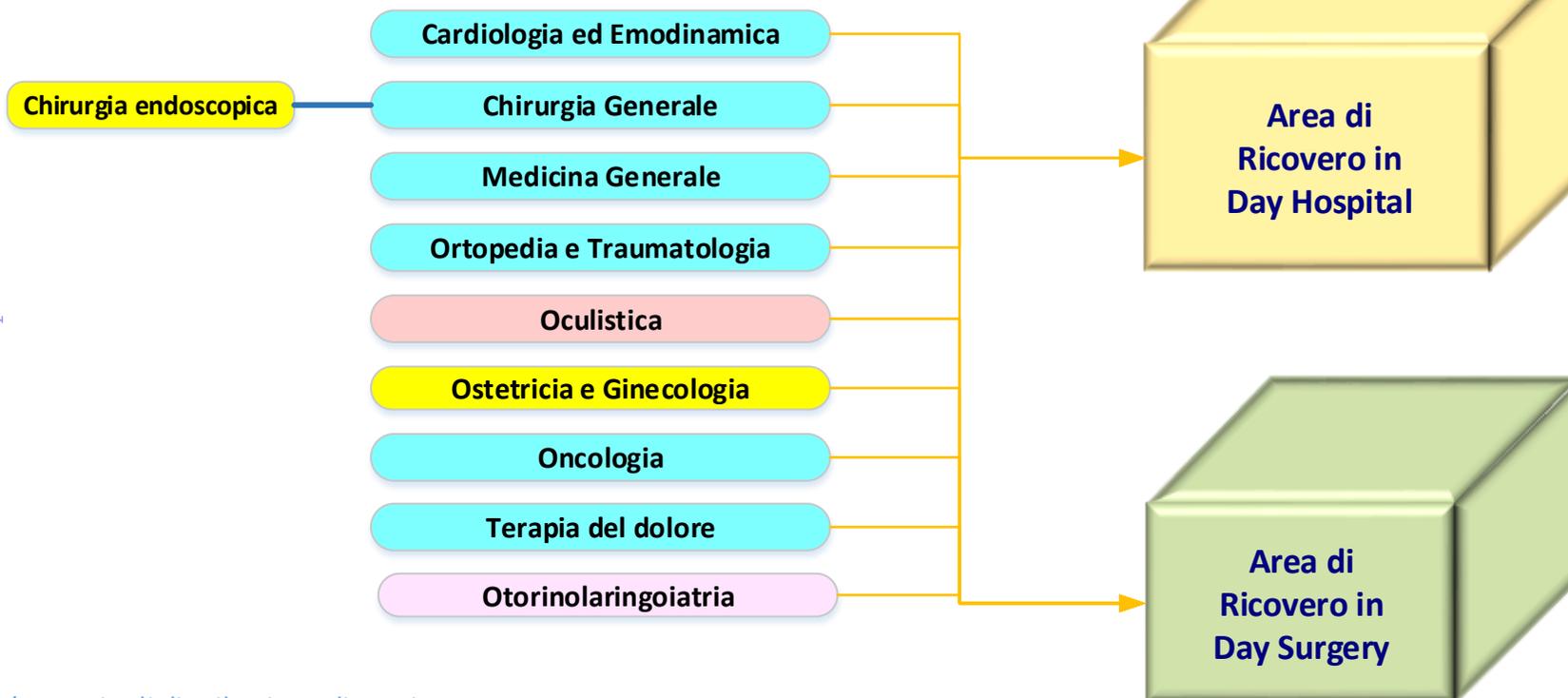
(esempio di distribuzione di posti letto per intensità di cura)

Il Piano di Organizzazione Aziendale

L'Ospedale per Intensità di Cura e Complessità Assistenziale

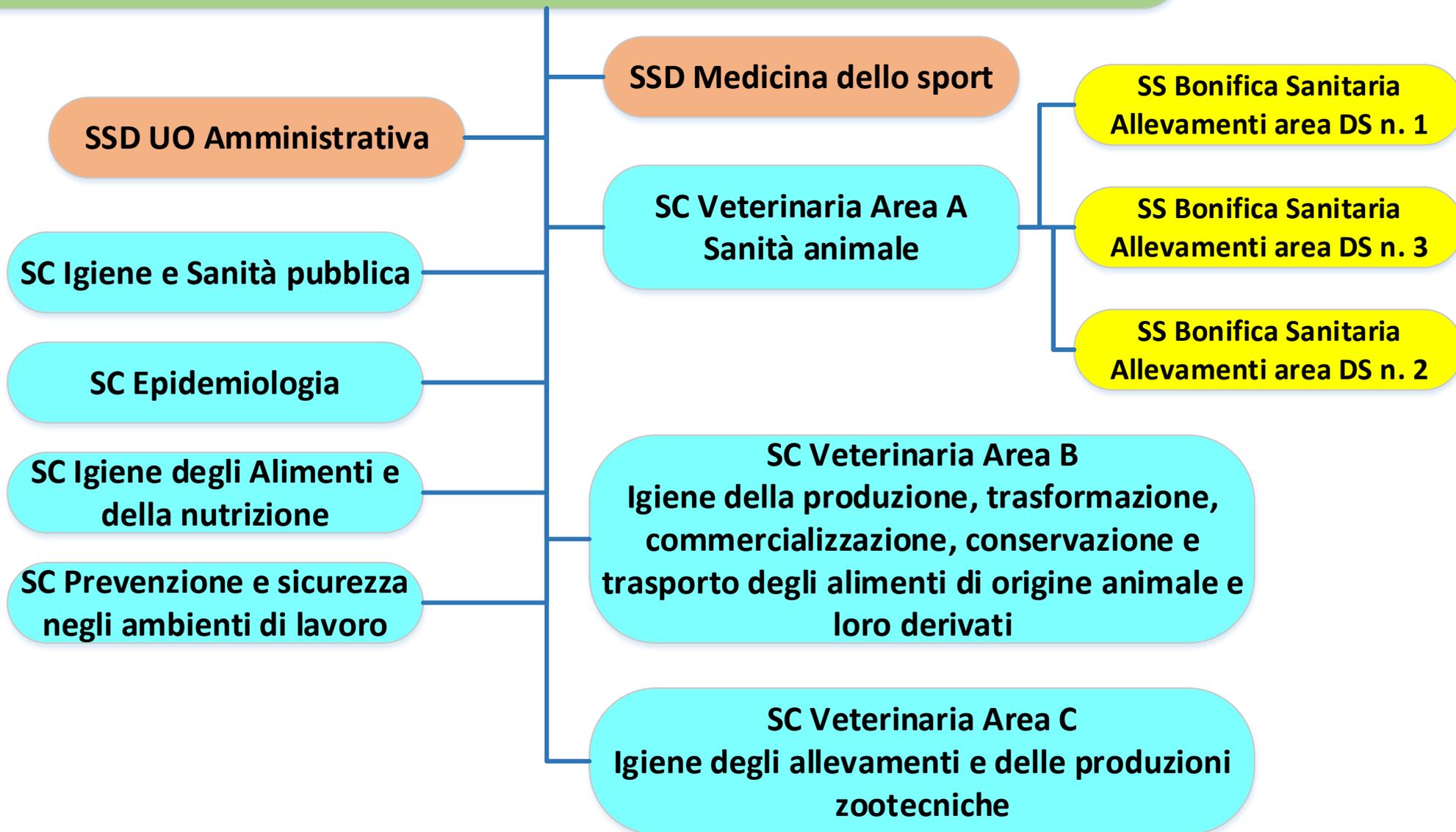
Plesso Ospedaliero di Isernia Presidio SpoKe

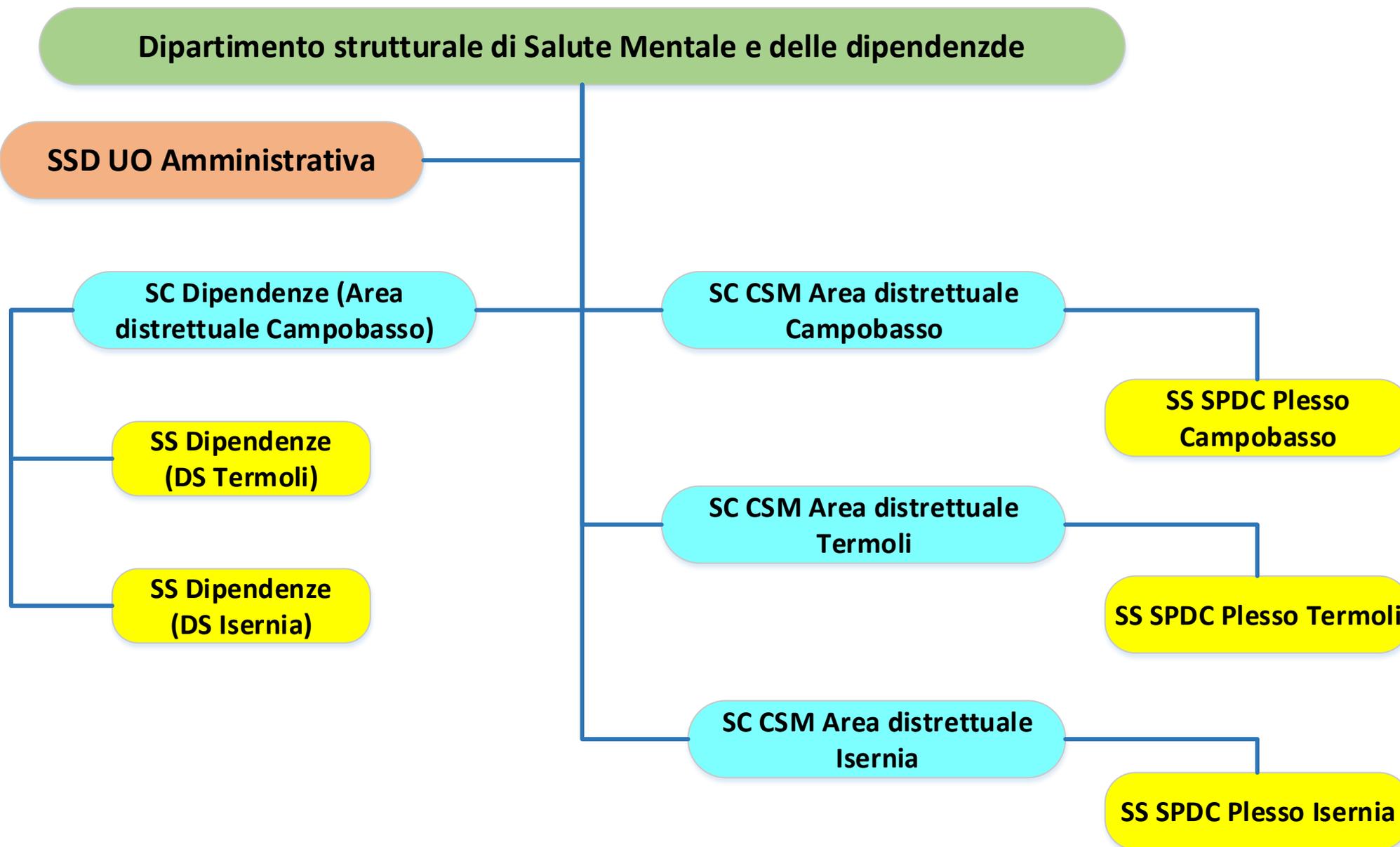
DH e DS



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

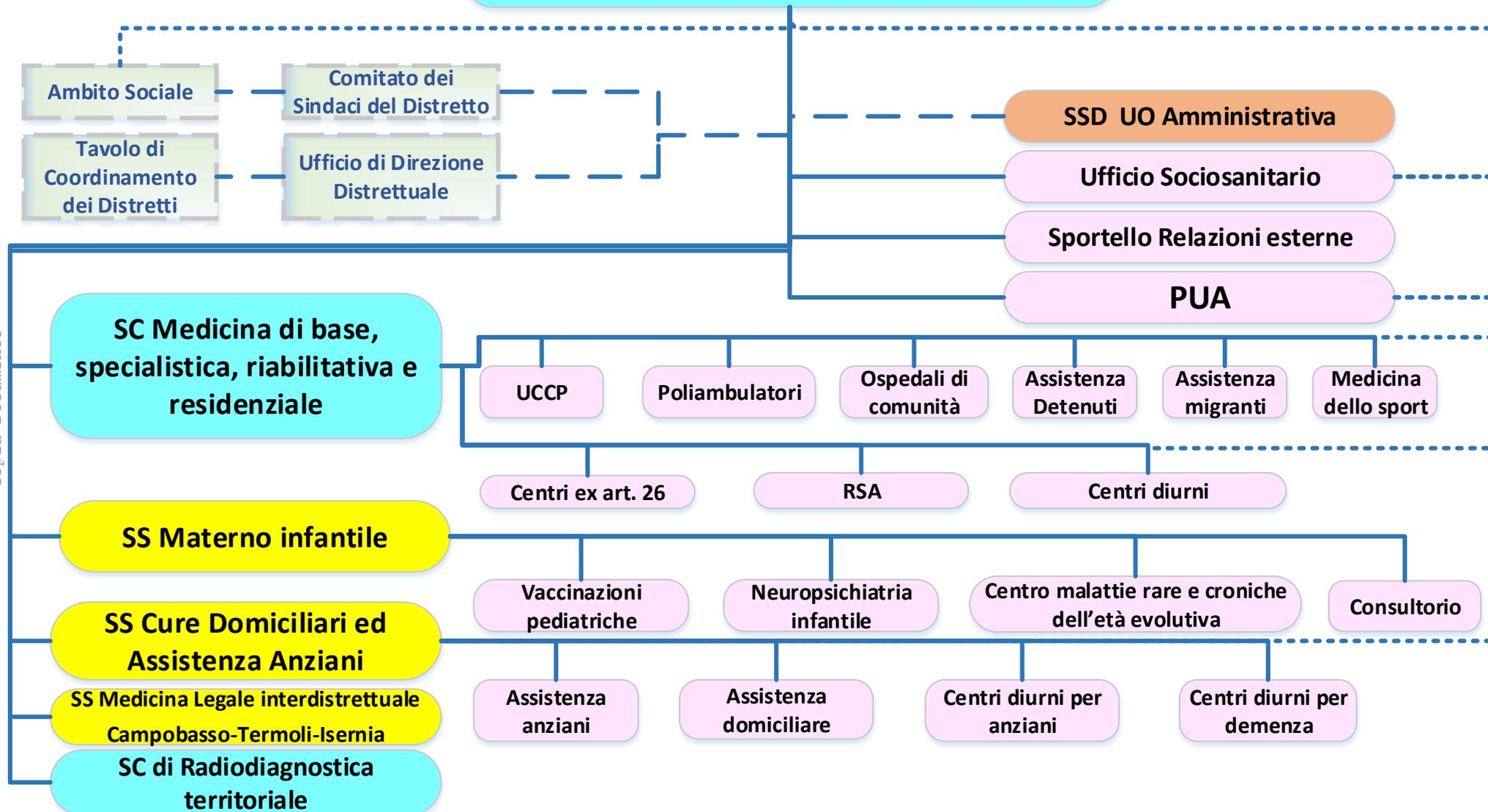
Dipartimento strutturale di Prevenzione





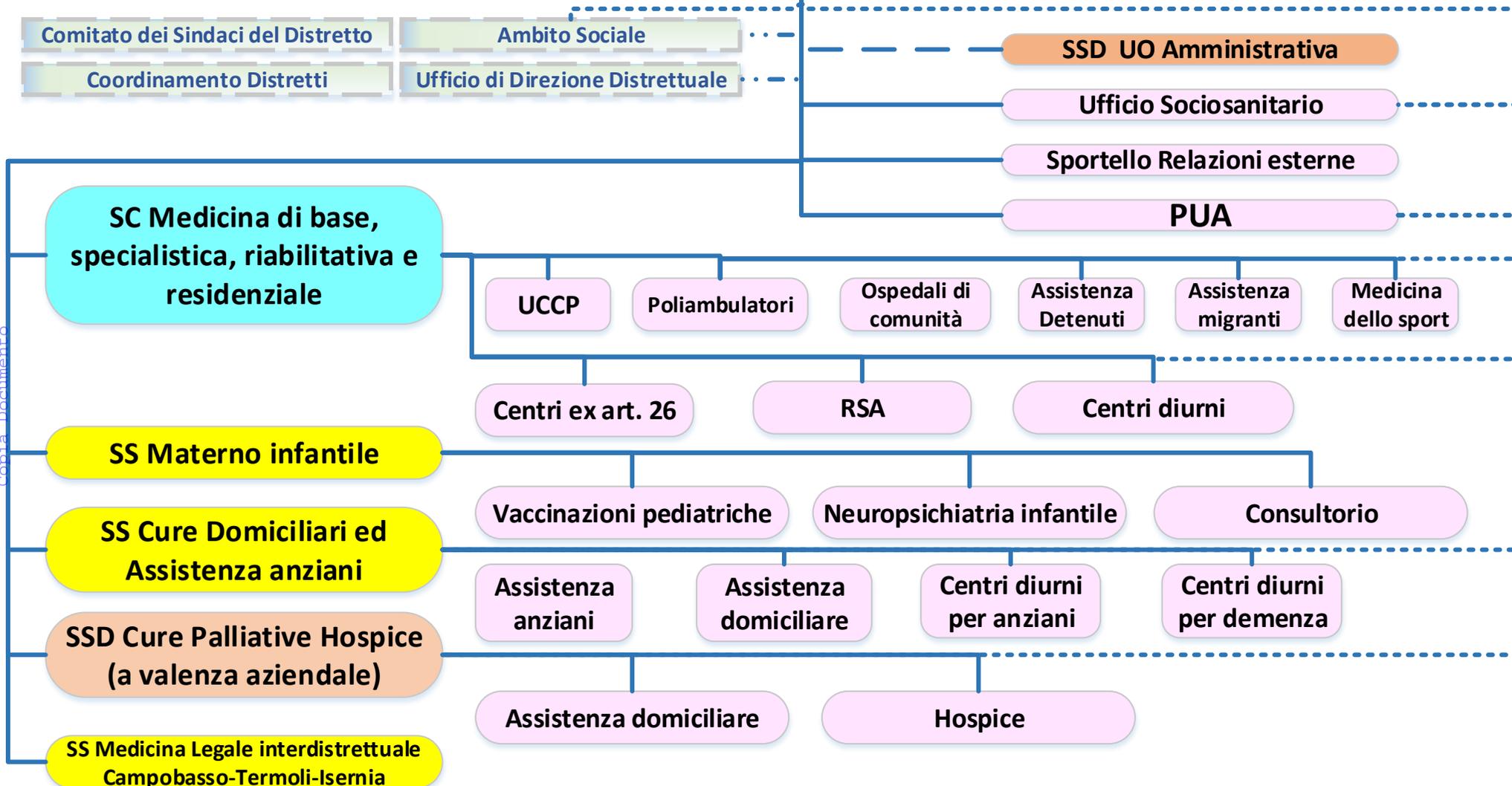
Distretto Sociosanitario n. 1 di Campobasso

Direttore del Distretto Sociosanitario



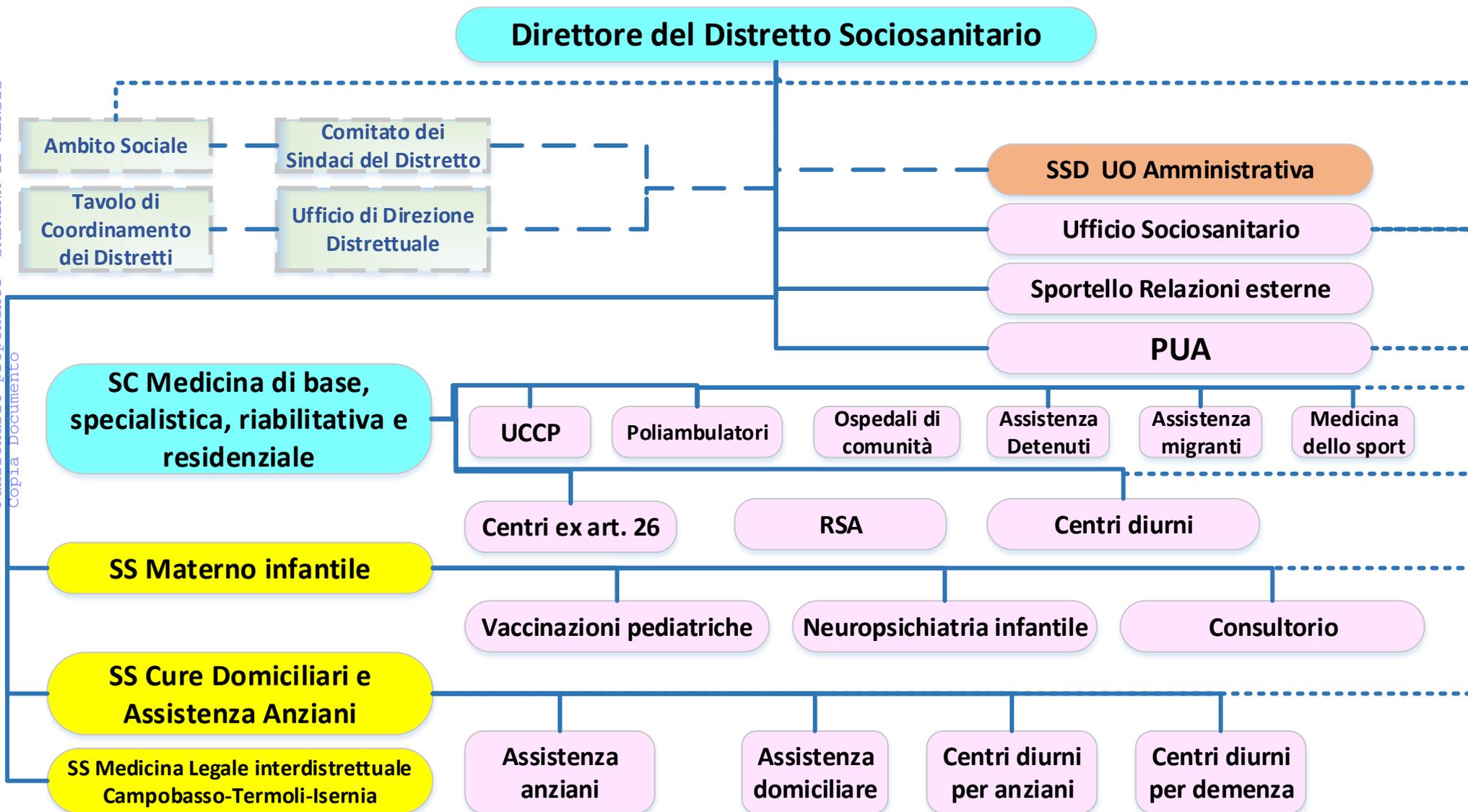
Distretto Sociosanitario n. 2 di Termoli

Direttore del Distretto Sociosanitario



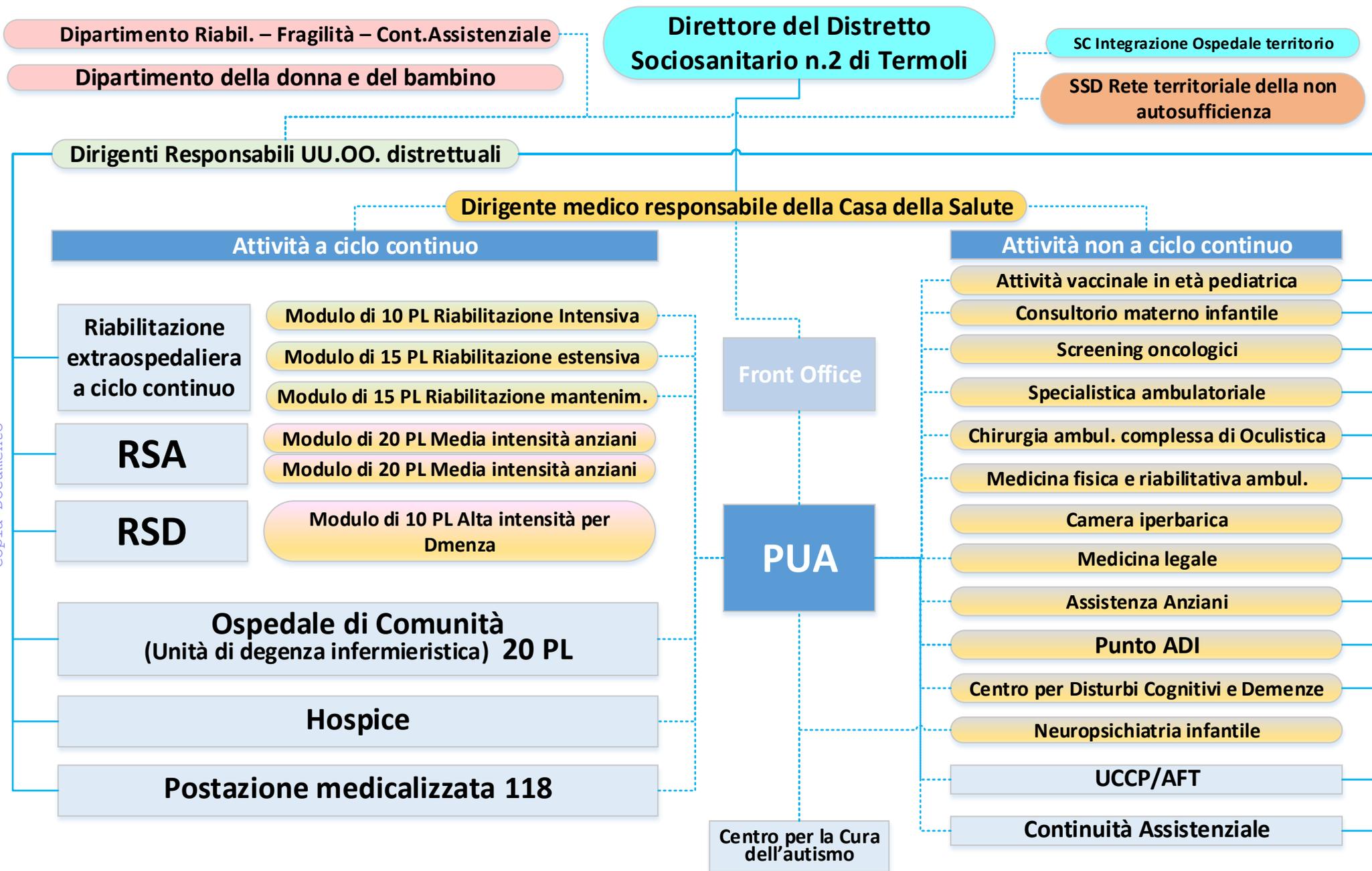
Distretto Sociosanitario n. 3 di Isernia

Direttore del Distretto Sociosanitario



Piano di Organizzazione Aziendale – Le strutture organizzative

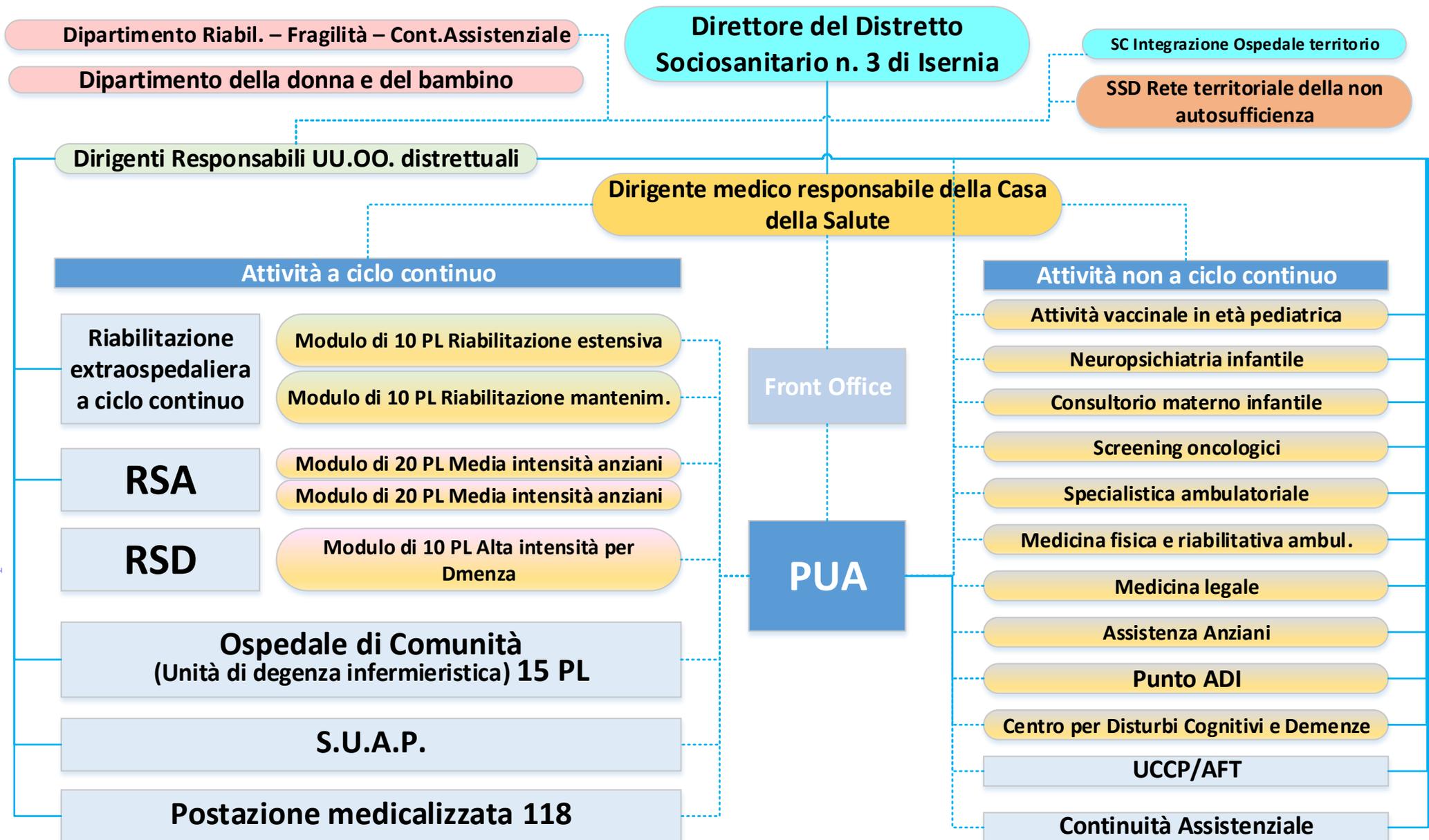
I Distretti Sociosanitari – La Casa della Salute di Larino



Atto: D.G. 2018/301 del 27-03-2018
Funzionario proponente: SABRINA DE RENSIS
Copia Documento

Piano di Organizzazione Aziendale

La Casa della Salute di Venafro



Piano di Organizzazione Aziendale

Programma di implementazione delle Case della Salute

Atto: D.G. 2018/301 del 27-03-2018
Funzionario proponente: SABRINA DE RENSIS
Copia Documento



Sedi di Casa della Salute	Distretto Sociosanitario
Bojano	
Riccia	Distretto Sociosanitario
Trivento	n.1 di Campobasso
Campobasso	
Larino	
Castelmauro	Distretto Sociosanitario
Santa Croce di Magliano	n.2 di Termoli
Montenero di Bisaccia	
Termoli	
Agnone	
Isernia	Distretto Sociosanitario
Venafro	n.3 di Isernia
Frosolone	

Piano di Organizzazione Aziendale

L'assistenza residenziale e semiresidenziale per le non autosufficienze



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

DCA n.28 del 27 aprile 2017

Programmazione di posti letto residenziali -
area della non autosufficienza

RSA per anziani non autosufficienti	
strutture pubbliche	
Casa della Salute - Agnone	40
Casa della Salute - Larino	40
Casa della Salute - Riccia	20
Casa della Salute - Trivento	20
Casa della Salute - Venafro	40
Casa Pistilli - Campobasso	40
Colletorto	60
Ripabottoni	20
Palata	30
TOTALE	310
strutture private accreditate	
Fisiomedica Loretana - Toro	20
Coop.A.S.S. Sant'Elia a Pianisi	10
Gea Medica - Isernia	20
Carsic - Venafro	20
San Nicola - Castel del Giudice	20
Casa mia per anziani - Isernia	20
Opera Serena - Termoli	20
TOTALE	130

Piano di Organizzazione Aziendale

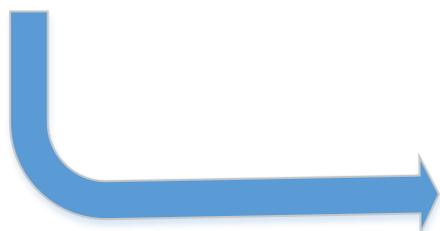
L'assistenza residenziale e semiresidenziale per le disabilità



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



DCA n. 3 del 31/01/ 2017

DCA n. 70 del 27/12/2017



SALUTE MENTALE			
STRUTTURE SOCIO-SANITARIE	N. STRUTTURE ACCREDITATE/DA ACCREDITARE	POSTI LETTO RESIDENZIALI	POSTI LETTO SEMIRESIDENZIALI
COMUNITA' DI RIABILITAZIONE PSICOSOCIALE (CRP AD ALTA INTENSITA')	13	130	39
COMUNITA' DI RIABILITAZIONE PSICOSOCIALE (CRP A MEDIA INTENSITA')	1	4	0
CENTRI DIURNI	3	0	45
COMUNITA' TERAPEUTICHE PER PERSONE DIPENDENTI DA SOSTANZE DI ABUSO - COMUNITA' A CARATTERE PEDAGOGICO RIABILITATIVO	2	41	0
COMUNITA' TERAPEUTICHE PER PERSONE DIPENDENTI DA SOSTANZE DI ABUSO - COMUNITA' A CARATTERE TERAPEUTICO RIABILITATIVO	2	28	0
TOTALE	21	203	84

Declaratoria delle competenze delle Strutture

Dipartimento di Staff

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

1. SC Programmazione e Controllo di Gestione

(all'interno del Dipartimento di Staff)

E' la UOC che svolge le seguenti funzioni attraverso un'organizzazione del lavoro basata su funzioni di alta professionalità. Essa sovrintende:

- 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)

- Predisporre gli atti deliberativi, definizione contratti e 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/o distrettuali.
- Esegue il controllo dei tetti di spesa della delle aree dei diversi servizi sanitari acquistati all'esterno:
 - Specialistica;
 - Ospedaliera;
 - Riabilitazione;
 - Salute Mentale;
 - Dipendenze;
 - Sociosanitarie

3. SS Valutazione delle performance aziendali

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

In precedenza denominata "Struttura Tecnica permanente":

- Fornisce supporto alla Direzione Generale in relazione alla Gestione del Ciclo di Gestione della Performance, di cui al D.Lgs 150/2009 e smi, per :
 - diffusione in ambito aziendale della cultura della responsabilità per il miglioramento continuo delle performance organizzative e individuali e per la valorizzazione del capitale umano;
 - traduzione delle strategie aziendali in obiettivi ed indicatori;
 - definizione del sistema di budget per obiettivi;
 - componente del Comitato Budget;
 - supporto alla predisposizione degli atti amministrativi di competenza della Direzione Aziendale in materia di gestione del Ciclo della Performance;
 - supporto e coordinamento della STP (Struttura Tecnica Permanente) ASReM nel processo di misurazione e valutazione della performance da parte dell'OIV;
 - interfaccia tra Direzione Aziendale, Dirigenza, OIV nelle varie fasi di gestione della performance;
 - supporto ai Direttori/Responsabili delle Unità operative per gli adempimenti connessi alle verifiche della performance organizzativa annuale;
 - supporto ai Direttori/Responsabili delle Unità Operative per gli adempimenti, anche mediante sistemi on line, connessi alla valorizzazione delle performance individuali annuali del personale della Dirigenza e del comparto, preordinati alla liquidazione degli incentivi da parte del Trattamento Economico.

4. SC Supporto Giuridico Amministrativo

(all'interno del Dipartimento di Staff)

E' la UOC che svolge le seguenti funzioni attraverso un organizzazione del lavoro basata su funzioni di alta professionalità. Essa sovrintende:

- Al rilascio dei pareri ed al supporto consulenziale alla Direzione Strategica; tale funzione verrà espletata mediante la consulenza diretta (verbale o scritta) in materia giuridica, amministrativa e contrattuale;
- All'analisi ed alla redazione dei contratti stipulati dall'Ente, svolgendo le funzioni di ufficiale rogante;
- Alla verifica delle condizioni per il rilascio del patrocinio legale ai dipendenti coinvolti, per ragioni di servizio, in procedimenti civili, penali ed amministrativo-contabili;

- Alla gestione degli atti conseguenti all'accertamento di responsabilità civile e penale del personale dipendente e convenzionato;
- Alla prevenzione del contenzioso nei confronti del personale dipendente e convenzionato;
- All'esame di soluzioni stragiudiziali da sottoporre all'approvazione della Direzione Strategica;
- Alla gestione amministrativo-contabile del budget complessivo assegnato.
- Al recupero crediti aziendali (in mancanza di affidamento a terzi);
- Alle funzioni previste dall'art 214 del Decreto Legislativo 28/8/2016 n. 174 (ufficio recupero crediti aziendali in esecuzione delle sentenze definitive della Corte dei Conti).
- Alle funzioni di internal auditing, vale a dire:
 - verificare l'efficacia delle procedure amministrative interne,
 - individuando le aree di rischio;
 - formulare protocolli di comportamento e direttive aziendali;
 - verificare la corretta applicazione delle direttive, fornendo consulenza
 - sulla loro implementazione;
 - controllare le procedure relative alle autorizzazioni interne
 - valutare la rispondenza delle procedure e formulare eventuali correttivi;
 - controllo della gestione economico patrimoniale

5. SS Affari Legali e contenzioso

(all'interno della SC Supporto Giuridico Amministrativo)

E' la struttura che sovrintende:

- Al regolare svolgimento di tutta l'attività giudiziale relativa al contenzioso aziendale;
- All'affidamento di incarichi professionali, al monitoraggio del contenzioso;
- Ai rapporti con gli studi legali esterni e con i periti di parte ed alle relative liquidazioni di spese e compensi;
- Collabora con Struttura Affari Generali per la gestione dei rapporti con le assicurazioni ed in genere ogni attività connessa alla corretta gestione dei sinistri assicurativi (denunce, regolazione premi, sottoscrizione quietanze, tutela assicurativa in favore dei dipendenti);
- Alla partecipazione a sistemi di monitoraggio medico-legale e multidisciplinare del contenzioso e di studi di distribuzione degli eventi negativi e di criticità dell'assistenza.

6. 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
 - Evidence Based Medicine
 - Health Technology Assessment
 - Analisi delle Performance
 - Sistema aziendale degli obiettivi
 - Evidenza Clinica delle Procedure (Good Practice)
 - 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 .

7. 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.
- Predispose 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 socio-sanitari.

8. 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 Population health 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 nelle 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.

9. 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 Professional 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.

10. 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

L'ART.1 della legge 8 marzo 2017 n. 24 recante "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie", (Gazzetta Ufficiale, serie Generale, n. 64 del 17 marzo 2017), entrata in vigore giorno 1 aprile 2017, sancisce che la Sicurezza delle Cure è parte costitutiva del diritto alla salute ed è realizzabile anche mediante le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio e all'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative. Alle attività di prevenzione del rischio deve concorrere tutto il personale delle strutture pubbliche o private, inclusi i liberi professionisti che vi operino in regime di convenzione con il SSN. Per la realizzazione di tali obiettivi tutte le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie devono attivare un'adeguata funzione di Risk Management che rappresenta l'insieme delle azioni, delle metodologie e degli strumenti impiegati in azienda per l'analisi del profilo di rischio e per la definizione di un intervento sistemico e continuo che combini attività e decisioni di natura strategica con la fase di gestione operativa.

RAPPORTO TRA CLINICAL GOVERNANCE e RISK MANAGEMENT

Il RM utilizza tutti gli strumenti del GC:

- Linee Guida e Percorsi Assistenziali
- Evidence-Based Practice
- Data Management
- Health Technology Assessment
- Clinical Audit
- Formazione continua,
- Training, accreditamento Professionale
- Comunicazione

Coerentemente con una efficace integrazione tra le funzioni di Staff, implicita nella prospettiva sistemica della clinical governance, la cornice strategica entro cui declinare operativamente alcuni strumenti del RM è quella del Governo Clinico, delle sue dimensioni e dei suoi strumenti:

- Qualità, Appropriatezza, Efficacia (Audit, Linee Guida, EB-care ed EBM, formazione in ECM, analisi costi/efficacia processi organizzativo-gestionali-assistenziali...);
- Accountability/Monitoraggio Performance (elaborazione/valutazione indicatori, Sistemi informativi,

- comparazione-benchmarking...);
- ottimizzazione delle risorse, contenimento delle spese (gestione sinistri);
- miglioramento continuo delle prestazioni (sperimentazione progressiva per progetti...);
- soddisfazione dell'assistito, trasparenza (comunicazione dell'errore, tenuta della documentazione sanitaria...).

Per garantire, inoltre, una progettualità di sistema diffusa, capace di elaborare risposte organiche, coordinate e bilanciate ed una capillare diffusione degli obiettivi, in un'ottica di integrazione strategica di tutte le funzioni aziendali, il RM realizza parte delle sue attività in collaborazione con altre funzioni aziendali di Staff (Medicina Legale, Affari Legali, Formazione....) e non (Dipartimento transmurale dell'Emergenza, Dipartimento misto transmurale della donna e del bambino...) e con comitati multidisciplinari (Comitato per il Controllo delle Infezioni Ospedaliere, Comitato Valutazione Sinistri (CVS), Gruppi di lavoro per i PDTA...).

ATTIVITA' SPECIFICHE

- ✓ definizione di un Piano per la Gestione del Rischio che definisca le strategie e le modalità per la gestione della sicurezza dei pazienti e comprenda anche la gestione del rischio occupazionale (fisico, chimico, biologico), non clinico (organizzativo, economico, d'immagine...) e clinico (a carico dei pazienti); il Piano, coerente con gli obiettivi strategici Regionali ed Aziendali e con le priorità emerse dall'analisi delle criticità, deve definire anche ruoli, responsabilità, risorse impiegate, valutazione, monitoraggio e formazione specifica;
- ✓ progettazione, monitoraggio, implementazione delle attività correlate ai requisiti LEA in tema di rischio clinico;
- ✓ coordinamento della "Rete Aziendale dei facilitatori e degli Hospital Risk Manager": operatori aziendali adeguatamente formati per la realizzazione della fotografia del rischio, il controllo dei processi e implementazione di strategie organizzative per il miglioramento della sicurezza. Sono coordinati dal Risk Manager e legittimati con delibera aziendale. L'HOSPITAL RISK MANAGER è una figura che opera all'interno dell'azienda ospedaliera, nell'ambito della quale dovrà sviluppare le funzioni di gestione del rischio attraverso la definizione della policy aziendale e l'implementazione delle attività di identificazione, misurazione, monitoraggio, riduzione e mitigazione dei rischi, oltre alla diffusione della cultura del rischio in ogni articolazione organizzativa anche per gli adempimenti di cui al D. L.vo n°81 del 9/4/2008;
- ✓ analisi/alimentazione dei Flussi informativi inerenti la Sicurezza delle cure (database aziendale dei sinistri e degli eventi avversi e sentinella coerente con il Flusso SIMES, sorveglianza ICA, Emovigilanza, Farmacovigilanza, SDO (Patient Safety Indicators), infortuni ;
- ✓ effettuazione e documentazione della "fotografia del rischio" relativo ai processi clinico-assistenziali ed organizzativi aziendali;
- ✓ analisi e valutazione dei processi coinvolti in relazione alla classe di rischio;
- ✓ redazione relative proposte operative per il contenimento del rischio;
- ✓ gestione degli audit interni;
- ✓ implementazione di linee guida diagnostiche-terapeutiche, PDTA, Best Practice, Procedure, Protocolli e prassi organizzative;
- ✓ Identificazione, validazione, implementazione di buone pratiche aziendali per la sicurezza del paziente;
- ✓ redazione del Piano Formativo sul Risk Management, coordinamento, pianificazione, gestione della formazione continua e attivazione percorsi formativi e di aggiornamento in grado di promuovere la cultura del rischio e della sicurezza dei pazienti rivolto a tutti gli operatori sanitari sul tema degli eventi avversi e sentinella, sui sinistri, sulle raccomandazioni ministeriali e buone pratiche cliniche;
- ✓ pianificazione e coordinamento dei percorsi formativi specifici per la rete aziendale dei facilitatori e degli Hospital Risk Manager.

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.

11. 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);
- supporta l'attività didattica delle Università con cui sono stati definiti protocolli d'intesa

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.
- Predispone 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.

12. 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.

13. SC Integrazione ospedale territorio e socio sanitaria

(all'interno del Dipartimento di Staff)

INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA

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 D.Lgs. 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;

- predisporre 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 ed alle registrazioni ed abilitazioni dei professionisti alle attività previste dalle disposizioni regionali e nazionali (Sistema TS, 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.

GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA

Il fenomeno delle liste di attesa è presente in tutti gli Stati dove insiste un sistema sanitario universalistico e che offra un livello di assistenza avanzato. Per il peculiare impatto che riveste sia sull'organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale che sul diritto dei cittadini all'erogazione delle prestazioni definite nell'ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza, la realizzazione di un Piano Nazionale di governo delle liste d'attesa costituisce un impegno comune del Governo e delle Regioni, con la consapevolezza che non esistono soluzioni semplici e univoche, ma vanno poste in essere azioni complesse ed articolate, considerando in particolare la promozione del principio di appropriatezza nelle sue due dimensioni clinica ed organizzativa. La gestione delle liste di attesa può trovare più facile soluzione se si individuano strumenti e modi di collaborazione di tutti gli attori del sistema, sia quelli operanti sul versante prescrittivo sia quelli di tutela del cittadino per una concreta presa in carico dei pazienti fin dal processo di definizione o approfondimento diagnostico da parte degli specialisti e delle strutture, prevedendo anche modelli di gestione integrata dell'assistenza per pazienti cronici nell'ambito delle cure primarie (Chronic Care Model), attraverso l'attuazione e gestione programmata dei protocolli diagnostici. L'obiettivo della struttura è quello di promuovere la capacità dell'Azienda, attraverso i sistemi individuati (Medicina di base, PUA) di intercettare il reale bisogno di salute, di ridurre l'inappropriatezza e di rendere compatibile la domanda con la garanzia dei LEA. La soluzione del problema non può essere meramente quantitativa sul versante dell'organizzazione dell'offerta e dei volumi della produzione, ma deve coniugare il bisogno espresso con adeguate strategie di governo della domanda che tenga conto della applicazione di rigorosi criteri sia di appropriatezza che di priorità delle prestazioni. A tal fine, si conviene sulla necessità di individuare strumenti di governo clinico, ai diversi livelli del sistema, che coinvolgano direttamente tutti i professionisti prescrittori, ad integrazione degli interventi già previsti nei provvedimenti adottati a seguito del Piano Nazionale di contenimento dei tempi d'attesa. Il governo delle liste d'attesa è, altresì, fortemente connesso ad altri processi che, sia a livello centrale che periferico, si ripercuotono decisamente sulle modalità organizzative del rapporto domanda-offerta, rispetto a cui deve essere perseguita una necessaria coerenza di sistema. Nella ridefinizione di tali modalità operative, devono essere assicurati criteri per garantire l'omogeneità tra quanto già indicato nelle disposizioni nazionali e regionali, ovvero:

- le altre iniziative in corso finalizzate all'informatizzazione del ciclo prescrizione-prenotazione-referto, con particolare attenzione alle classi di priorità, fino alla digitalizzazione

dei documenti stessi ; • gli obiettivi dei contratti e degli accordi collettivi nazionali, sia per quanto attiene le modalità prescrittive che per l'attività libero professionale intramuraria (ALPI) ; • gli indirizzi definiti in materia di accreditamento istituzionale e per la stipula dei contratti con gli erogatori, in particolare per quanto riguarda la gestione trasparente e programmata del volume e della tipologia delle prestazioni oggetto degli accordi, anche in coerenza con quanto indicato nelle linee guida nazionali - sistema CUP. D'intesa con i Direttori delle macrostrutture, si provvederà alla definizione di necessarie articolazioni periferiche.

La struttura svolgerà le seguenti azioni:

- monitoraggio delle liste di attesa
- reportistica periodica delle liste di attesa con individuazione delle criticità e pubblicizzazione sul sito web aziendale con la comparazione con le liste di attesa in libera professione;
- gestione delle agende di prenotazione e del sistema CUP;
- monitoraggio del call center;
- controllo delle condizioni di erogabilità delle prestazioni, con particolare riferimento
 - a) all'utilizzo delle classi di priorità,
 - b) alla presenza del quesito diagnostico,
 - c) alla corretta identificazione delle prime visite e dei controlli
- la vigilanza sistematica sulle situazioni di sospensione dell'erogazione delle prestazioni

14. 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 tutti 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

15. 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.

16. 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 svolge le seguenti funzioni:

- 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);
- coordina tutte le attività aziendali di settore, con particolare riferimento alle aree di neuropsichiatria distrettuali, che rappresentano il I livello di attività.

17. 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

Vengono svolte le seguenti funzioni:

- Programmazione acquisti, procedure di gara farmaci, dispositivi medici e beni sanitari, gestione e validazione ordini, distribuzione.
1. 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 e regionali in collaborazione con la struttura Acquisizione di beni e servizi.
- Gestione amministrativa – contabile del budget complessivo assegnato alla Struttura.

ATTIVITÀ TERRITORIALE

Vengono svolte le seguenti funzioni:

- 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.

18. SS Farmacia del Plesso Ospedaliero di Campobasso

(all'interno della SC Governance del Farmaco)

19. SS Farmacia del Plesso Ospedaliero di Isernia

(all'interno della SC Governance del Farmaco)

20. 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.

21. SSD Coordinamento Medicina Legale

(all'interno del Dipartimento di Staff)

L'Unità Operativa svolge le seguenti funzioni:

- 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.
- E' parte integrante del Comitato Valutazione Sinistri, del Comitato di Bioetica, della Commissione per l'accertamento della morte encefalica e della legge 81/2008.

22. SC Riabilitazione e di assistenza centri residenziali e semiresidenziali

(all'interno del Dipartimento di 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 al Distretto Sociosanitario 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 nell'area della riabilitazione e della residenzialità;
- uniformare i modelli ed i percorsi per l'accesso alle prestazioni di protesica;
- valutazione dell'appropriatezza dei percorsi,

- indirizzo tecnico e controllo sulle UU.OO. distrettuali eroganti prestazioni di attività ambulatoriale riabilitativa, residenziale e semiresidenziale (riabilitazione ex art. 26, RSA, centri diurni)
- attività di controllo sui centri accreditati, sia per gli aspetti del mantenimento dei requisiti di accreditamento, dell'appropriatezza delle prestazioni che del controllo degli aspetti contrattuali e del budget assegnato alla singola struttura

23. SSD Rete Territoriale della non autosufficienza

(all'interno del Dipartimento Staff)

Svolge 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.

Svolge compiti di coordinamento connessi all'assistenza anziani a livello ambulatoriale e domiciliare dei Distretti sociosanitari.

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 si configurano come settori di attività:

- 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 sociosanitari, 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;
- attività di coordinamento, al fine di sviluppare e rendere omogeneo su tutto il territorio aziendale
 - i percorsi terapeutici della cronicità, quali SLA, Demenze, Parkinsonismo.
 - l'attività ambulatoriale e domiciliari per anziani, demenze e parkinsonismo, in

- collaborazione con l'UO assistenza di base
- Centri diurni per anziani e per demenze.

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.

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

(all'interno del Dipartimento di Staff)

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.

25. SC Affari Generali

(all'interno del Dipartimento Amministrativo)

E' la Uoc che svolge le seguenti funzioni attraverso un'organizzazione del lavoro basata su funzioni di alta professionalità:

- 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.
- Svolge la gestione dei rapporti con le assicurazioni ed in genere ogni attività connessa alla corretta gestione dei sinistri assicurativi (denunce, regolazione premi, sottoscrizione quietanze, tutela assicurativa in favore dei dipendenti).
- Attività amministrative di carattere generale non riconducibili a specifici settori dell'Azienda.

- Supporto al dirigente incaricato, nell'attuale attribuzione delle competenze, della redazione del piano triennale anticorruzione e piano della trasparenza e i relativi aggiornamenti, nonché provvede alla gestione del relativo fabbisogno formativo.

26. SC Gestione Contratti di Servizi e Logistica

(all'interno del Dipartimento Amministrativo)

E' la Uoc che svolge le seguenti funzioni attraverso un'organizzazione del lavoro basata su funzioni di alta professionalità:

- Collabora 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, sia appaltate dall'Azienda: tale gestione deve intendersi estesa dalla programmazione dei fabbisogni e delle modalità di erogazione alla gestione operativa ed alla attività di controllo della prestazione;
- Gestione magazzini sotto il profilo contabile, gestionale, organizzativo;
- Gestione anagrafica articoli in carico;
- Gestione inventario aziendale;
- Alla gestione amministrativo-contabile del budget complessivo assegnato alla struttura.

27. 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.
- Procede 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.

28. SC Acquisizioni beni e servizi

(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 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;
- Alla gestione amministrativo-contabile del budget complessivo assegnato alla struttura

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 lettere di 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.

29. 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.

30. 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.
- 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..).
- Cura le procedure di selezione e di acquisizione del personale.
- Adozione atti e gestione procedure relative a frequentatori e collaboratori volontari.
- Supporta il Collegio Tecnico nella valutazione del personale dirigente e predispone gli atti conseguenti all'attribuzione degli incarichi e la relativa graduazione.

TRATTAMENTO ECONOMICO

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.

LIBERA PROFESSIONE

Svolge le seguenti funzioni:

- 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.

31. SC Direzione Amministrativa Ospedale Regionale

(all'interno del Dipartimento Amministrativo)

E' preposto un dirigente amministrativo che svolge le funzioni di coordinamento delle attività amministrative dell'ospedale e che concorre, insieme al Direttore Sanitario Ospedaliero, per le specifiche competenze, al conseguimento degli obiettivi fissati dal direttore generale per il presidio ospedaliero

32. SSD UO Amministrativa DS n. 1 Campobasso

(all'interno del Dipartimento Amministrativo)

33. SSD UO Amministrativa DS n. 2 Termoli

(all'interno del Dipartimento Amministrativo)

34. SSD UO Amministrativa DS n. 3 Isernia

(all'interno del Dipartimento Amministrativo)

In Ciascuna UO è preposto un dirigente amministrativo che coordina le attività amministrative del Distretto Sociosanitario a supporto del Direttore del Distretto Sociosanitario.

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) SSD Medicina dello sport
- 6) SC VETERINARIO - AREA A - Sanità animale;
- 7) SC VETERINARIO - AREA B Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati;
- 8) SC VETERINARIO - AREA C - Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche;
- 9) SS VETERINARIA Bonifica sanitaria degli allevamenti area DS Campobasso
- 10) SS VETERINARIA Bonifica sanitaria degli allevamenti area DS Termoli
- 11) SS VETERINARIA Bonifica sanitaria degli allevamenti area DS Isernia

35. SC Igiene e sanità pubblica

(all'interno del Dipartimento di Prevenzione)

Svolge le seguenti funzioni:

- 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.

36. SC Epidemiologia

(all'interno del Dipartimento di Prevenzione)

Svolge le seguenti funzioni:

- Promozione di standard epidemiologici per i sistemi informativi sanitari, attività epidemiologica valutativa, uso di dati di letteratura ed epidemiologici ai fini di pianificazione e valutazione.
- Assistenza metodologica e collaborazione alla realizzazione di indagini ad hoc.
- 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 progetti locali.
- 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.

37. SC Igiene degli alimenti e della nutrizione

(all'interno del Dipartimento di Prevenzione)

Svolge le seguenti funzioni:

- 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 cronic-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.

38. SC Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro

(all'interno del Dipartimento di Prevenzione)

Svolge le seguenti funzioni:

- 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 ai luoghi di lavoro.

39. SSD Medicina dello sport

(all'interno del Dipartimento di Prevenzione)

Svolge le seguenti funzioni:

- Tutela sanitaria delle attività sportive:
 - certificazioni previste dal DM 24/04/2013;
 - certificazioni per attività agonistica prevista dal DM 18/02/982;
 - vigilanza e controllo su impianti sportivi e presso società per la verifica di tutte le certificazioni sanitarie;
- Promozione di attività motorie per la popolazione articolata per fasce di età.

40. SC VETERINARIA - AREA A - Sanità animale

(all'interno del Dipartimento di Prevenzione)

Svolge le seguenti funzioni:

- Prevenzione e controllo delle malattie infettive e diffuse degli animali e delle zoonosi. Profili pianificate nazionali e regionali.
- Gestione delle anagrafi zootecniche e delle anagrafe regionale degli animali d'affezione.
- Piano di contrasto avvelenamenti animali d'affezione.
- Attività dello "sportello regionale degli animali d'affezione".
- Prevenzione e controllo del randagismo, della rabbia e del fenomeno di aggressività dei cani.
- Contenimento e controllo delle colonie feline (sterilizzazione)
- Controlli sulle misure di bio-sicurezza negli allevamenti zootecnici.
- 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 (es. N.A.S. e Forza dell'Ordine).
- 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.
- Accertamento cause di morte e monitoraggio mortalità.
- Piano sorveglianza TSE.

41. SS VETERINARIA –Bonifica Sanitaria degli allevamenti – area DS Campobasso

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

42. SS VETERINARIA –Bonifica Sanitaria degli allevamenti – area DS Termoli

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

43. SS VETERINARIA –Bonifica Sanitaria degli allevamenti – area DS Isernia

(all'interno della SC VETERINARIO AREA A Sanità animale)
Profilassi pianificate nazionali e regionali.

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

(all'interno del Dipartimento di Prevenzione)

Svolge le seguenti funzioni:

- 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 (es. 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.

45. SC VETERINARIA - AREA C - Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche

(all'interno del Dipartimento di Prevenzione)

Svolge le seguenti funzioni:

- 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 (es. N.A.S., A.R.P.A., C.F.S., G.F. ecc.).

- Gestione degli stati di allerta degli alimenti e mangimi.
- Disinfezione degli allevamenti e degli autoveicoli destinati al trasporto degli animali.
- Prelevamento campioni
- Interventi in materia di igiene urbana e di controllo sugli animali sinantropi e selvatici.
- Controllo sulla riproduzione animale
- Autorizzazione al trasporto carcasce e animali vivi.

46. SSD UO Amministrativa

(all'interno del Dipartimento di Prevenzione)

E' preposto un dirigente amministrativo che coordina le attività amministrative del Dipartimento a supporto del Direttore dello stesso Dipartimento.

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 familiari 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, attraverso forme di collaborazione con la neuropsichiatria infantile) 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

47. SC Centro di Salute Mentale - Area distrettuale Campobasso

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

48. SC Centro di Salute Mentale - Area distrettuale Termoli

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

49. SC Centro di Salute Mentale - Area distrettuale Isernia

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

Svolge le seguenti funzioni:

- 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, di cui al 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.

50. SPDC del Plesso Ospedaliero di Campobasso

(all'interno della SC CSM Area distrettuale Campobasso)

51. SPDC del Plesso Ospedaliero di Termoli

(all'interno della SC CSM Area distrettuale Termoli)

52. 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.

53. 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.

54. SS Dipendenze (Area DS Isernia)

(all'interno della SC Dipendenze)

55. SS Dipendenze (Area DS Termoli)

(all'interno della SC Dipendenze)

Svolgono le attività professionali del Ser.D., sopra descritte nelle specifiche aree distrettuali.

56. SSD UO Amministrativa DS

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

E' preposto un dirigente amministrativo che coordina le attività amministrative del Dipartimento a supporto del Direttore dello stesso Dipartimento.

Distretto Socio Sanitario

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.

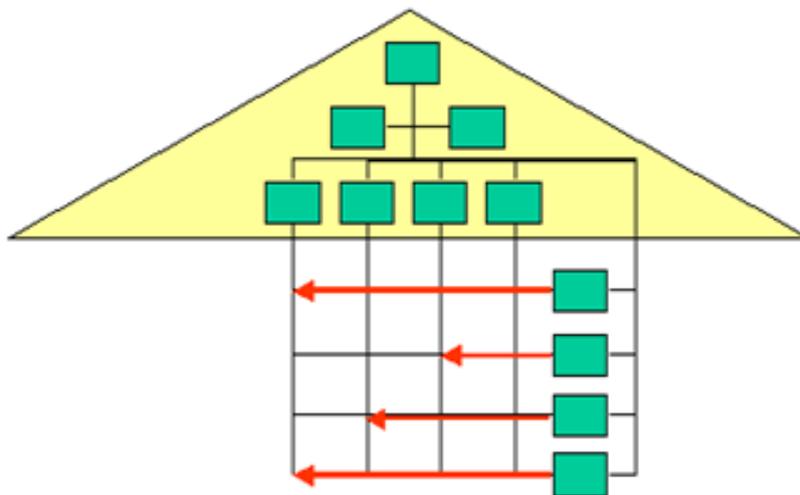
Il modello proposto, anche mediante progettazioni sperimentali intermedie, individua le funzioni di tutela sanitaria e socio-sanitaria della popolazione in capo alla Direzione del Distretto Socio-Sanitario e la razionalizzazione delle competenze tecnico-professionali nell'organizzazione dipartimentale/coordinamento 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 socio-sanitari. 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.l.gs 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 cronicodegenerative, 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 ricomponesse 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 partecipata (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:

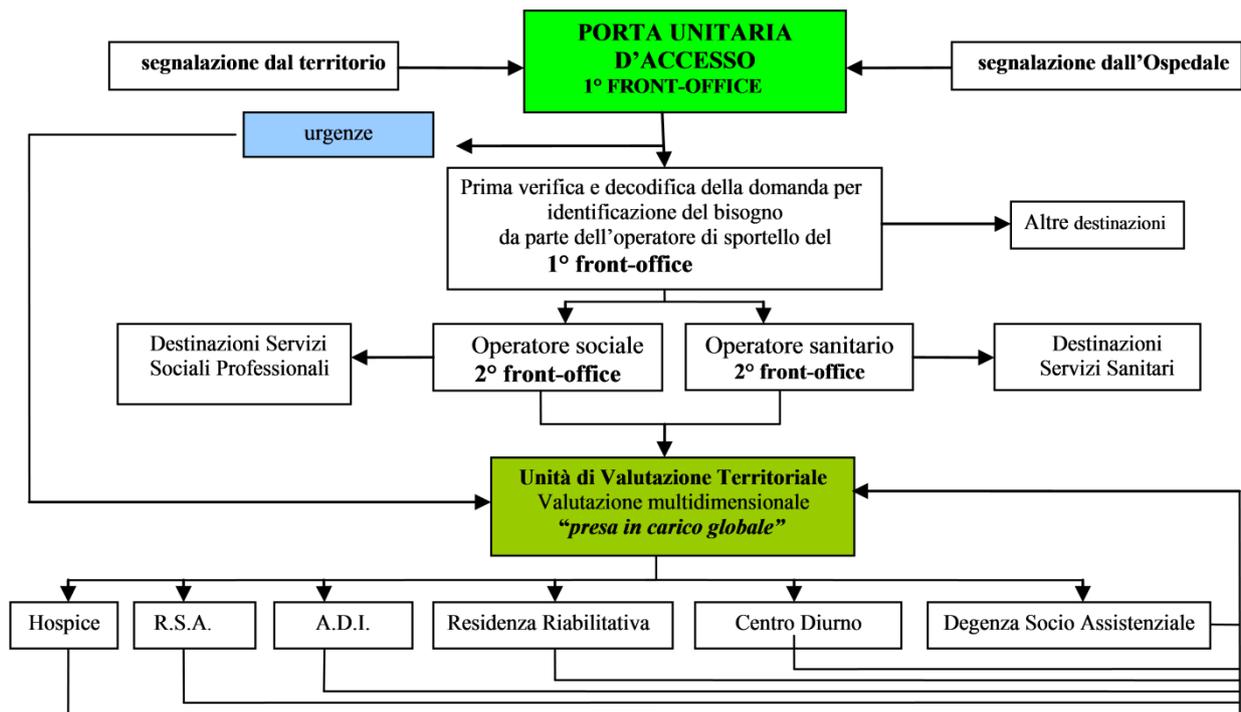
- Medico di Medicina Generale / Pediatra di Libera Scelta;
- Unità Operativa Distrettuale;
- Segretariato Sociale dell'Ambito Territoriale (che opera in stretto raccordo funzionale con i Servizi Sociali Professionali);

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 alla 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:

**57. SC UO di Medicina di base, specialistica, riabilitativa e residenziale
DS di Campobasso**

**58. SC UO di Medicina di base, specialistica, riabilitativa e residenziale
DS di Termoli**

**59. SC UO di Medicina di base, specialistica, riabilitativa e residenziale
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;
- continuità assistenziale notturna e festiva con eventuale mezzo di trasporto per soccorso sanitario. Tali funzioni vanno integrate con le funzioni dell'emergenza territoriale;
- medicina sportiva con rilascio di certificazione di specifica competenza;
- assistenza farmaceutica ed assistenza integrativa;
- attività ambulatoriale e domiciliare riabilitativa e di fisioterapia in collegamento con l'UO di Assistenza Sanitaria e di Assistenza Anziani;

- attività riabilitativa e sociale attraverso le strutture semiresidenziali e residenziali, anche utilizzando specifici protocolli con gli enti locali;
- assistenza protesica, anche attraverso il collegamento con il CIA -Centro Informazione Ausili;
- formulazione dei piani di intervento;
- filtro e valutazione dei trattamenti in regime di ricovero e controlli degli standards dei centri convenzionati, in collaborazione e sotto il coordinamento della funzione centrale corrispondente;
- partecipazione ai progetti di altre UUOO del distretto sanitario.

60. 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. Nel periodo che precede il transito delle UU.OO del PO di Campobasso presso la Fondazione GPII svolge le funzioni di Radiodiagnostica per il PO del cardarelli.

Afferisce funzionalmente al Dipartimento misto trasnmurale dei servizi.

61. SS UO Cure Domiciliari ed assistenza anziani DS di Campobasso

62. SS UO Cure Domiciliari ed assistenza anziani DS di Termoli

63. SS UO Cure Domiciliari ed assistenza anziani DS di Isernia

Svolge le seguenti attività:

- attività di valutazione multidimensionale (UVM) in collegamento con i presidi anche extra distrettuali dell' ASReM e/o altre Aziende Sanitarie;
- filtro della domanda di ricovero e vigilanza sulle Case di Cura e di Riposo attraverso la UVM
- cure mediche a domicilio nell'ambito della non auto sufficienza e attività di assistenza domiciliare integrata (ADI);
- attività di collegamento dei medici di medicina generale per la elaborazione dei programmi terapeutici e riabilitativi;
- coordinamento funzionale con la UO di Assistenza di base per le funzioni specialistiche e di riabilitazione;
- partecipazione ai progetti di altre UUOO del distretto sanitario;
- elabora e garantisce i percorsi terapeutici della cronicità, quali SLA, Demenze, Parkinsonismo;
- attività ambulatoriale e domiciliari per anziani, demenze e parkinsonismo, in collaborazione con l'UO assistenza di base
- centri diurni per anziani e per demenze.

64. SSD 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.

La SSD 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 (UVM).D).

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 ed afferisce funzionalmente al Dipartimento della Riabilitazione – Fragilità – Continuità Assistenziale.

65. SS UO Materno-Infantile DS Campobasso

66. SS UO Materno-Infantile DS Termoli

67. 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 multisetoriale
 - 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.

68. SS UO Medicina legale interdistrettuale Campobasso Termoli-Isernia

Svolge le seguenti funzioni:

- 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;
- e. attività di consulenza medico legale nel plesso ospedaliero di riferimento distrettuale, collegandosi funzionalmente con la Direzione Medica di Presidio;
- f. supporta le funzioni affari legali, coordinamento medicina legale e risk management nelle controversie ed in occasione di eventi avversi che interessano il distretto sanitario ed il plesso ospedaliero di riferimento.

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 multimoliiprofessionali), 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.

LA RETE OSPEDALIERA

Il DCA n. 47 del 28/8/2017 ha approvato il “Documento di programmazione della rete ospedaliera, e delle reti dell'emergenza e delle reti tempo-dipendenti”. In tale documento trova un riferimento peculiare, tra gli altri, il Decreto del Ministero della Salute n. 70 del 2015 sugli Standard qualitativi, strutturali e tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera e il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 che ha approvato la nuova definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

In particolare, il D.M. 70/2015 evidenzia come “I significativi cambiamenti registrati in questi anni in tema di assistenza sanitaria ed in particolare in quella ospedaliera richiedono un sostanziale ammodernamento del Servizio sanitario nazionale (SSN), partendo da alcune tematiche prioritarie, come l'implementazione del governo clinico e la sicurezza delle cure, la ricerca e l'innovazione, [...] e la necessaria riorganizzazione della rete ospedaliera in base a standard di dotazione strutturale e tecnologica, bacino di utenza, complessità delle prestazioni erogate.”.

Al fine di promuovere la qualità dell'assistenza, la sicurezza delle cure, l'uso appropriato delle risorse risulta necessario assicurare forme alternative al ricovero in tutti i casi in cui queste ultime rispondano più efficacemente ai bisogni della popolazione.

Il raggiungimento di tali finalità richiede di implementare un sistema basato sull'integrazione tra i servizi ospedalieri, nonché sull'integrazione della rete ospedaliera con la rete dei servizi territoriali.

La gestione dei posti letto deve avvenire, pertanto, con la massima flessibilità, al fine di assicurare la maggior dinamicità organizzativa rispetto alla domanda appropriata di ricovero, con specifica rilevanza per le necessità provenienti dal pronto soccorso aventi le caratteristiche dell'urgenza e dell'emergenza. E' prevista anche l'informatizzazione delle disponibilità dei posti letto per aree geografiche.

L'ospedale integra la propria funzione con gli altri servizi territoriali attraverso l'adozione ordinaria di linee guida per la gestione integrata dei PDTA – Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali - per le patologie complesse ed a lungo termine (in particolare quelle oncologiche e cardiovascolari) e di Protocolli di Dimissione protetta per i pazienti che richiedono continuità di cura in fase post acuta (in particolare per i pazienti con lesioni traumatiche e neurologiche).

Le Regioni, in questo quadro di riferimento, si avvalgono di programmi di telemedicina per la gestione integrata tra ospedale e territorio di alcune condizioni cliniche, ove ciò sia appropriato, tra le quali lo scompenso cardiaco, le broncopneumopatie croniche, il diabete, secondo appositi PDTA.

Nell'ambito delle reti ospedaliere distinte per patologia e tenuto conto dell'impatto sanitario delle patologie tempo-dipendenti, si distinguono quali priorità del sistema sanitario di ciascuna regione quelle riferite alla rete per le emergenze cardiologiche, alla rete per il trauma e alla rete per l'ictus.

Il modello Hub & Spoke

Nella complessiva organizzazione delle reti, secondo quanto previsto dal POS ed in coerenza con le previsioni del DM n. 70/2015, è stato adottato il modello di rete integrata “Hub & Spoke” che prevede la concentrazione della casistica più complessa in un numero limitato di centri (Hub), fortemente integrati con i centri periferici (Spoke).

Il territorio e la popolazione della Regione Molise, infatti, richiedono di modulare le Reti attraverso un sistema 118 sviluppato in aree complesse, adattando la costituzione degli equipaggi di soccorso alla necessità di interventi tempestivi e di un trasporto rapido, integrato ad un sistema ospedaliero concentrato su quattro plessi ospedalieri, confluenti nell'Ospedale Unico regionale del Molise, in grado di offrire una risposta qualitativamente adeguata ai volumi di attività svolta.

Secondo tale modello viene riconosciuto al plesso ospedaliero di Campobasso, situato in area centrale e nell'ambito territoriale più popolato, il ruolo di Hub per le reti tempo-dipendenti, attribuendo ai due plessi ospedalieri di Termoli ed Isernia il ruolo di Spoke.

La definizione del sistema di rete deve necessariamente prevedere, da una parte un programma di formazione degli operatori, che dovranno dare vita al sistema e dall'altra individuare le modalità di verifica dell'efficienza del sistema stesso mediante un set di indicatori misurabili.

A tal fine:

- il Presidio “Cardarelli” di Campobasso – DEA di I livello ‘allargato’ a discipline già presenti e ritenute indispensabili in ragione delle caratteristiche peculiari della rete, costituisce HUB per la rete Ospedaliera e dell’Emergenza Urgenza e funzionalmente integrato con la Fondazione Giovanni Paolo II;
 - i Presidi “Veneziale” di Isernia e “S. Timoteo” di Termoli sono strutturalmente e funzionalmente collegati con il Presidio Ospedaliero Cardarelli di Campobasso;
 - l’Ospedale “S.F. Caracciolo” di Agnone, si configura come Ospedale di area disagiata, con funzioni di assistenza e di cura dei pazienti acuti con la possibilità di ricoverare ed osservare i pazienti che richiedono un periodo di cure più lungo, oltre che stabilizzare e provvedere al trasferimento all’ospedale di livello superiore. La programmazione regionale nel prevedere una integrazione funzionale tra il Presidio ospedaliero “Cardarelli” di Campobasso e la Fondazione di Ricerca e Cura “Giovanni Paolo II arricchisce la strutturazione della complessiva assistenza attraverso la creazione di un unico ospedale che renderà possibile l’erogazione di prestazioni sanitarie razionalizzando l’offerta ed evitando la duplicazione di servizi.
- Il Protocollo d’Intesa tra la Regione Molise e Azienda Sanitaria del Molise - ASReM nonché Fondazione di Ricerca e Cura “Giovanni Paolo II”, in particolare, determina una ridefinizione della dotazione complessiva di posti letto per il SSR e conseguente redistribuzione funzionale delle discipline, comunque entro lo standard fissato dal D.M. n. 70/2015 nel rispetto dei criteri di riferimento del Programma Operativo Straordinario 2015-2018 volti alla riduzione dell’ inappropriata sanità e dell’inadeguatezza organizzativa.
- Lo stesso Protocollo d’Intesa, in ragione del ruolo dell’Hub regionale attribuito al Presidio “Cardarelli”, attribuisce allo stesso la governance della rete oncologica regionale.

Il modello organizzativo “patient-focused o care-focused”

Il modello organizzativo ospedaliero regionale è basato sull’Ospedale Unico Regionale articolato in Plessi ospedalieri presenti sul territorio. L’Ospedale Unico Regionale si articola anche attraverso i Dipartimenti interpresidio che includono UU.OO. appartenenti a più Plessi Ospedalieri, favorendo 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 Plesso Ospedaliero che si intende promuovere e progressivamente implementare, 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 Plesso Ospedaliero orientato al “patient-focused o care-focused” è finalizzato 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 tale quadro programmatico, la definizione e la gestione della rete è affidata ad un Coordinamento Regionale delle Reti dell’emergenza e tempo dipendenti che assicura il coinvolgimento istituzionale di tutti i soggetti partecipi, in corrispondenza al modello di Ospedale Unico Regionale, sopra delineato, con il compito di monitorare le reti ed i percorsi assistenziali dell’emergenza.

La complessiva riorganizzazione delle discipline e dei relativi posti letto è rappresentata nelle corrispondenti pagine della rete di assistenza ospedaliera del Piano di Organizzazione Aziendale.

69. SC Direzione Medica del Presidio Ospedaliero Regionale del Molise

A tale struttura è individuato un dirigente medico secondo le procedure previste dall'art. 15 del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i. e dal CCNL della dirigenza medica vigente. La struttura ha sede presso il Plesso Ospedaliero di Campobasso.

Ad esso spettano le seguenti responsabilità e funzioni:

1. Area di responsabilità

- dirige con autonomia tecnico-funzionale ed economico-finanziaria la struttura ospedaliera di cui è preposto e ne è responsabile ai fini organizzativi e gestionale;
- opera in posizione di linea al direttore sanitario di azienda per le rispettive tipologie di Dipartimento, con ruolo di autonoma responsabilità nell'espletamento delle funzioni di direzione a lui delegate dallo stesso;
- assicura il contributo e l'integrazione funzionale delle UU.OO. del dipartimento alle linee di programma dell'azienda;
- contribuisce all'individuazione delle linee di sviluppo e delle azioni comprese nelle responsabilità dei settori della direzione sanitaria rappresentando le specificità del dipartimento di riferimento;
- assicura l'applicazione delle linee di sviluppo delle azioni individuate dai responsabili dei settori della direzione sanitaria nei dipartimenti di riferimento;
- assicura, attraverso il raccordo con il nucleo di controllo di gestione del presidio, il supporto per il comitato di dipartimento e per il direttore di dipartimento;
- concorre alla definizione dei criteri e delle priorità di allocazione delle risorse per le UU.OO. verificando la congruità tra risorse assegnate e obiettivi prefissati;
- propone l'integrazione della pianta organica delle UU.OO. d'intesa con i responsabili;
- definisce l'assegnazione del personale infermieristico, di concerto con i dirigenti dei servizi infermieristici.

2. Funzioni gestionali e organizzative

- partecipazione alla definizione delle linee strategiche e degli obiettivi aziendali, delle politiche di sviluppo e dei programmi da realizzare;
- predisposizione degli atti necessari al processo di budget in collaborazione con la direzione sanitaria aziendale;
- utilizzo degli strumenti di controllo di gestione e più in generale dell'analisi economica;
- negoziazione del budget con i direttori di dipartimento e con i responsabili delle UU.OO.;
- gestione dati statistici;
- sovrintende ed indirizza la raccolta, l'elaborazione e la trasmissione dei dati di attività (ricoveri, day hospital, DRG, attività ambulatoriale, etc.), coordinando i centri preposti alle singole funzioni;
- gestione dei flussi informativi (Ministero della Sanità, Sistema Informativo Aziendale, Controllo Interno, CUP, etc.);
- controllo della correttezza dei dati, del rispetto dei tempi di trasmissione e della loro completezza;
- stesura della relazione sanitaria annuale del servizio;
- definizione dei criteri e dei provvedimenti necessari alla allocazione delle risorse per le unità operative ivi compreso il personale;
- verifica dei risultati dei processi di lavoro e sull'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse, con particolare riferimento agli episodi di ricovero ed all'utilizzo delle tecnologie complesse;
- realizzazione di integrazione, mediazione e collegamento tra le UU.OO. attraverso la stesura di protocolli e l'istituzione e partecipazione con gruppi di lavoro su tematiche specifiche; favorire e supportare l'utilizzo di linee guida predisposte da società scientifiche o da gruppi di esperti per una buona pratica clinica;
- Direzione nell'ottica dei Dipartimenti: l'ambito di azione direzionale della direzione sanitaria ospedaliera si riferisce all'intero ospedale con i suoi quattro plessi, compresi i dipartimenti;

- il direttore medico fa parte del comitato direttivo del dipartimento (e pertanto di tutti i dipartimenti) al fine di mantenere l'operatività nell'ambito delle direttive assegnate unitariamente all'intera struttura ospedaliera;
- missione del medico di direzione sanitaria del presidio ospedaliero, referente del dipartimento:
 - garantire, a livello di dipartimento, le funzioni di direzione sanitaria a lui delegate dal direttore medico ospedale;
 - assicurare, attraverso il raccordo con i responsabili di settore della direzione sanitaria, che le linee di sviluppo e le azioni da essi individuate siano realizzate a livello di dipartimento nei tempi e nei modi stabiliti dal responsabile della gestione complessiva e dal direttore medico di ospedale;
 - costituire il supporto di direzione sanitaria per il comitato di dipartimento in ordine: alla programmazione delle attività di dipartimento (analisi della domanda e dell'offerta di servizi, processo di budgeting), alla valutazione dell'attività sanitaria svolta nel dipartimento, al controllo dell'efficacia dei risultati e dell'efficienza nell'allocazione delle risorse;
- valutazione dei bisogni, dell'offerta, del prodotto (anche in termini di efficacia);
- vigilanza in materia di tariffe e prestazioni;
- direzione dei dirigenti medici di con funzioni igienico-organizzative, tramite l'assegnazione di responsabilità di unità funzionali e/o obiettivi ed il controllo dei risultati, e degli uffici della direzione sanitaria del presidio ospedaliero; predispone piano d'intervento per la formazione dell'équipe della direzione sanitaria;
- gestione della libera professione intramurale in regime di ricovero ed ambulatoriale;
- predisposizione di valutazioni tecnico-sanitarie sugli interventi di ristrutturazione e/o innovazioni edilizie, collaborazione alla progettazione;
- proposte e pareri per l'acquisto attrezzature e dei dispositivi medici; definizione delle priorità;
- cooperazione alla definizione di programmi per la valutazione di efficienza ed efficacia delle attività di emergenza sanitaria;
- attività di assistenza socio-sanitario e sociale;
- cooperazione all'organizzazione dell'assistenza ospedaliera alternativa al ricovero (day hospital, assistenza domiciliare) in collegamento con i servizi territoriali;
- cooperazione all'organizzazione dell'accettazione sanitaria, del pronto soccorso e delle sale operatorie;
- definizione delle modalità con cui viene garantita la continuità dell'assistenza al paziente in caso di urgenza od eventi imprevisti (clinici, organizzativi tecnologici), dispone di tutti i provvedimenti necessari a garantire, ivi compresa la predisposizione dei turni di guardia e pronta disponibilità del personale sanitario, tecnico, amministrativo, professionale addetti ai servizi sanitari, disciplina;
- procede all'espletamento dei procedimenti disciplinari a carico del personale cui è preposto ai sensi della normativa vigente e comunque fatte salve le competenze dei responsabili delle UU.OO.;
- adozione di provvedimenti di emergenza (chiusura attività, chiusura sala operatoria, pronto soccorso etc.);
- gestione de conflitti, dei rischi, dei reclami, delle vertenze medico-legali;
- collaborazione alla definizione del piano di formazione ed aggiornamento permanente aziendale per il personale;
- revisione della propria attività.

3. Funzioni proprie a supporto delle unità operative e dipartimenti ospedalieri

- gestione documentazione sanitaria e consegna cartelle cliniche, vigilanza sulla tenuta degli archivi clinici;
- predisposizione, con i vari responsabili delle UU.OO. di tutta la modulistica sanitaria necessaria allo svolgimento dell'attività assistenziale;
- vigilanza sulla validità dei farmaci conservati in reparto, disciplina degli stupefacenti, e controllo della spesa farmaceutica;
- funzioni di dietetica;

- funzione di vigilanza sull'ammissione e sulla attività di personale volontario, specializzandi, frequentatori ed in formazione nelle unità operative;
- definizione delle tipologie degli ambulatori, orari di attività e del volume di prestazione;
- proposte di convenzioni con particolari servizi esterni quando non è possibile attivarli nel presidio;
- autorizzazione per l'esecuzione di consulenze e esami presso strutture convenzionate;
- tenuta e aggiornamento dei regolamenti interni e raccomandazioni, linee guida.

4. Gestione e supervisione dei servizi generali di supporto alle attività sanitarie in collaborazione con altri uffici del Presidio/Azienda, quali:

- igiene ambientale;
- ristorazione dei degenti;
- gestione dei rifiuti ospedalieri;
- gestione della biancheria pulita / sporca;
- gestione dei trasporti in ambulanza dei degenti;
- sterilizzazione del materiale ad uso sanitario.

5. Sviluppo aree progettuali

- programma di prevenzione e controllo delle infezioni ospedaliere;
- programma di accreditamento delle strutture sanitarie del proprio presidio;
- programma di miglioramento della qualità dei servizi rivolti al cittadino.

6. Promozione e sviluppo della qualità dell'assistenza

- introduzione e utilizzo nell'organizzazione ospedaliera di strumenti e metodologia necessari alla verifica e revisione della qualità (VRQ) ed al miglioramento continuo della qualità (MCQ) dei servizi e delle prestazioni sanitarie;
- partecipazione alle commissioni per la lotta delle infezioni ospedaliere, buon uso del sangue, farmaco terapia;
- partecipazione alle attività di revisione tra pari e di vigilanza sul rispetto dei protocolli diagnostici e terapeutici previsti dalla normativa vigente (esempio gestione di differente tipologia di interventi chirurgici, protocolli comportamentali di sala operatoria, protocolli gestione di materiale sporco, etc.);
- emanazioni di direttive sulla corretta gestione delle liste di attesa e vigilanza sulla tenuta dei registri;
- formulazione e rispetto della carta dei servizi sanitari;
- promozione di iniziative rivolte a migliorare l'accessibilità dell'utente alla struttura;
- l'attivazione di indagini, anche attraverso questionari, volte a verificare il livello di gradimento, da parte dell'utenza;
- diffonde al personale coinvolto i risultati del programma di verifica e revisione di qualità attuato in aree specifiche.

7. Funzioni medico-legali

- polizia mortuaria; denunce delle cause di morte;
- denuncia degli infanti deformati o immaturi;
- denuncia malattie professionali;
- dichiarazione di nascita;
- dichiarazione di interruzione volontaria di gravidanza;
- donazioni e trapianto di organi:
 - cura la compilazione e l'aggiornamento dell'elenco dei sanitari in possesso dei requisiti per far parte del collegio medico e trasmette copia agli organi competenti;
 - convoca il collegio medico;
 - dopo ogni controllo aggiorna il verbale e stabilisce, sentiti i colleghi, l'ora dei controlli successivi;
 - verifica se l'episodio del ricovero abbia configurato la necessità di emettere il referto medico;

- richiede l'autorizzazione al Magistrato in caso di paziente a disposizione dell'autorità giudiziaria;
- verifica se esiste un documento dissenso espresso dal defunto;
- può far parte del collegio medico, ed ha l'obbligo di compilare il certificato di morte e redige il foglio ISTAT sulla causa di morte, in qualità di medico necroscopo; compila, se necessario, il referto consegnandolo all'autorità di polizia giudiziaria;
- raccoglie i verbali e li invia alle autorità competenti per territorio;
- conserva negli archivi un duplicato dei verbali di accertamento di morte e di prelievo, con la relativa documentazione clinica;
- gestione della documentazione sanitaria;
- certificazioni mediche e rapporti con l'autorità giudiziaria;
- promuove il rispetto dei principi etici e deontologici da parte delle figure professionali addette alle attività sanitarie e in particolare del consenso informato ai trattamenti sanitari; coopera alla predisposizione della relativa modulistica;
- diffusione della normativa nazionale e regionale, vigilanza sul rispetto delle norme relative alla sperimentazione clinica, partecipazione all'attività della commissione, predisposizione della relazione tecnica e della delibera aziendale. Cura i rapporti con le Aziende/ditte farmaceutiche;
- vigilanza sul rispetto della riservatezza dei dati sanitari ed esprime parere obbligatorio sulla raccolta, elaborazione e trasmissione dei dati sanitari con particolare riguardo ai mezzi informatici ed informatici.

8. Funzione Igienistiche

- il programma di prevenzione e controllo delle infezioni ospedaliere:
 - presiede il Comitato di Controllo delle Infezioni Ospedaliere (CIO);
 - definisce con il Comitato strategie e protocolli di lotta;
- vigilanza smaltimento rifiuti (urbani, ospedalieri, tossico/nocivi):
 - individuazione locali di deposito temporaneo;
 - certificazione dell'avvenuto trattamento dei rifiuti ospedalieri prima del loro allontanamento;
 - vigilanza sul rispetto del tempo di deposito temporaneo dei rifiuti;
 - diffusione della normativa e dei protocolli relativa alla gestione dei rifiuti;
 - trasmissione dei dati annuali al catasto (modello MUD);
 - verifica il rispetto delle modalità del rispetto dei rifiuti ;
- controllo epidemiologico della collettività ospedaliera;
- collabora con il Servizio di Prevenzione e Protezione e i medici competenti alla individuazione delle strategie competitive relative agli ambienti di lavoro;
- collabora relativamente alla gestione dell'emergenza (antincendio, massiccio afflusso, etc.);
- controllo della salute del personale, ambulatorio di medicina preventiva, vaccinazioni;
- collabora alla identificazione dei possibili rischi ed alla individuazione dei soggetti esposti con il Servizio di Prevenzione e Protezione (sicurezza nei posti del lavoro - inquinamento e microclima);
- vigilanza su cucina e mensa;
- collabora alla progettazione e gestione del programma HACCP (Hazard Analysis Critical Control Point) nei servizi di ristorazione ospedaliera.
- pulizia, disinfezione, disinfestazione, sterilizzazione;
- definizione, diffusione, verifica e revisione di linee guida e protocolli scritti di pulizia ambientale, disinfezione, sterilizzazione, disinfestazione;
- denuncia malattia infettiva;
- sorveglianza sull'acqua potabile;
- effettua indagini epidemiologiche su problematiche specifiche;
- vigila sull'applicazione delle norme vigenti relativamente alla prevenzione degli infortuni ed alla sicurezza degli ambienti di lavoro;
- effettua di persona sopralluoghi.

A tale SC afferiscono tre SS, con funzioni delegate dal Direttore della SC relative al plesso ospedaliero di riferimento:

70. SS Direzione Medica del Plesso di Termoli

71. SS Direzione Medica del Plesso di Isernia

72. SS Direzione Medica del Plesso di Agnone

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. In particolare all'interno della SC di Medicina Interna è individuata una SS "Anziano fragile" per il trattamento delle patologie acute dell'anziano "fragile", al fine di realizzare interventi diagnostici e terapeutici diretti a ripristinare, per quanto possibile e quanto più rapidamente, la stabilità clinica.

All'interno del Dipartimento è prevista una SSD Centro Nutrizione Artificiale Clinica e Domiciliare che svolge attività sui pazienti ricoverati e sui pazienti cronici sul territorio anche mediante posizionamento di PIC per nutrizione parenterale e sondino naso gastrico per la nutrizione enterale.

Pertanto, sebbene situata presso l'Ospedale Cardarelli di Campobasso, entra a far parte anche del Dipartimento trans murale della Riabilitazione- Fragilità- Continuità assistenziale per la quota di attività svolta sul territorio e a domicilio del malato

E' individuato come dipartimento strutturale.

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, ed è individuato come dipartimento strutturale.

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 misto transmurale dell'ASREM.

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.

All'interno del Dipartimento dei Servizi è individuata una SSD di Medicina Legale Ospedaliera collegata funzionalmente alla Direzione Ospedaliera con i seguenti compiti:

- Attività di Medicina Necroscopica (in qualità di medico necroscopo delegato dalla Direzione Sanitaria);
- Accertamento morte (in qualità di componente dell'equipe prevista dalla legge 578/93);
- Riscontri diagnostici su soggetto giunto cadavere in Ospedale;
- Procedure inerenti il prelievo di cornee al fine della donazione;
- Consulenze per i diversi reparti per problemi medico-legali;
- Intervento in caso di violenza sessuale, violenza in famiglia e sui minori;
- Valutazioni medico-legali per il Comitato valutazione sinistri, a richiesta.

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 strutturale 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, ed è individuato come dipartimento misto transmurale.

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,
 - pre-ospedalizzazione,
 - 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 sovregionale con cui condividere la risposta per competenze, che, a loro volta, necessitano di bacini epidemiologici diversi per la loro sostenibilità clinica ed economica.

Il DCA n. 47 del 28/8/2017 ha approvato il "Documento di programmazione della rete ospedaliera, e delle reti dell'emergenza e delle reti tempo-dipendenti" che costituisce il riferimento organizzativo-funzionale dell'ASReM

Centralizzazione delle patologie

L'accentramento delle aree assistenziali ospedaliere comporta, infatti, il trasferimento presso strutture territoriali di prossimità, di parte delle attività assistenziali, determinando, quindi, la concentrazione dell'attività ospedaliera alla sola acuzie e liberando, in tal modo, risorse da dedicare all'emergenza.

La centralizzazione delle patologie più complesse permette di assicurare, dunque, la riduzione del tempo necessario per raggiungere la sede idonea al trattamento definitivo, garantendo la presenza di professionalità con maggiore esperienza nella gestione, attivando, eventualmente, solo per le competenze non disponibili, centri extraregionali attraverso accordi e protocolli assistenziali.

Il Decreto del Ministero della salute del 2 aprile 2015 n. 70 prevede che *"La rete ospedaliera dell'emergenza è costituita da strutture di diversa complessità assistenziale che si relazionano secondo il modello hub and spoke [...]. Tali strutture sono in grado di rispondere alle necessità d'intervento secondo livelli di capacità crescenti in base alla loro complessità, alle competenze del personale nonché alle risorse disponibili"*.

Il Pronto Soccorso è una funzione inclusiva della capacità assistenziale dell'intero ospedale e quindi le sue problematiche gestionali di "sovraffollamento" e "attesa prolungata" del ricovero devono necessariamente essere integrate con l'organizzazione funzionale dell'Ospedale di cui fa parte.

Trasferimenti secondari

Nel sistema in rete assume fondamentale importanza la movimentazione dei pazienti, sia per i trasporti secondari dallo "Spoke" all'"Hub", sia per i trasferimenti alla dimissione verso le strutture residenziali intermedie.

Ogni Plesso Ospedaliero deve essere dotato di un parco mezzi utilizzabile dal 118 o dall'equipe ospedaliera per il trasferimento dei pazienti tra gli ospedali e dagli ospedali verso le strutture intermedie secondo quanto previsto dal regolamento dei trasferimenti che presuppone almeno una Unità di Rianimazione Mobile in ognuno dei tre Plessi Ospedalieri.

Pronto Soccorso, Medicina d'Urgenza e Osservazione Breve Intensiva (OBI)

Il riassetto della rete ospedaliera prevede per ognuno dei Pressi Ospedalieri un reparto di Medicina d'Urgenza (n. 10 posti letto a Campobasso, n. 5 a Termoli ed Isernia) con annessi posti letti tecnici di Osservazione Breve Intensiva (OBI). L' OBI è prevista quale specifico Livello Essenziale di Assistenza dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 (nuovi LEA) in funzione, tra l'altro, di garanzia di appropriatezza dei percorsi assistenziali complessi.

Il Pronto Soccorso, oltre che porre gli interventi immediati per i casi gravissimi, ha il compito di svolgere l'accettazione sanitaria in urgenza.

Il giudizio clinico che riguarda la necessità di ospedalizzazione del portatore di patologia cronica, in un ospedale per acuti, alcune volte può essere emesso subito dopo la prima visita in Pronto Soccorso. In altri casi, occorrono la riflessione di alcune ore e l'ausilio della tecnologia per poter esprimere tale giudizio.

Sono spesso i pazienti ad alta complessità oppure ad alta, ma breve, criticità – soggettiva o oggettiva – che

necessitano di una Osservazione Breve ed Intensiva (O.B.I.), in genere di poche ore, affinché possa essere consentito un giudizio ponderato sul loro percorso assistenziale in urgenza.

Lo strumento ritenuto necessario per ridurre ricoveri e dimissioni improprie è rappresentato dall'Osservazione Breve Intensiva (OBI), funzione che va differenziata da quella del reparto di Medicina d'Urgenza:

L'OBI è un'area, possibilmente adiacente al Pronto Soccorso, ove i pazienti possano sostare in attesa della definizione diagnostica e per un'ulteriore osservazione clinica intensiva, di norma per non più di 24 ore.

Diversi studi indicano la necessità di 1 letto di OBI ogni 4000-8000 accessi in Pronto Soccorso.

In relazione al numero di accessi al Pronto Soccorso, alla capacità ricettiva ed alla funzione nella rete dei plessi ospedalieri si prevede l'attivazione dei seguenti posti letto:

Plesso ospedaliero	Posti letto OBI
Campobasso	6
Isernia	5
Termoli	5
Agnone	2
Totale	18

La complessiva riorganizzazione delle discipline e dei relativi posti letto afferenti alla rete dell'emergenza è rappresentato di seguito.

Agnone	Termoli	Isernia	Campobasso	Afferenze Specialistiche
X(*)	X	X	X	Radiologia
	X	X	X	Laboratorio Analisi
	X	X	X	Pronto Soccorso con OBI/Med. Urg.
X	X	X	X	Medicina Generale
	X	X	X	Chirurgia Generale
	X	X	X	Anestesia/ Terapia Intensiva Adulti
	X	X	X	Centro Trasfusionale
	X	X	X	Cardiologia con UTIC
			(**)X	Cardiochirurgia
	X	X	(**)X	Emodinamica interventistica
			X	Neurologia/ Stroke Unit
			(***)X	Neurochirurgia
	X	X	X	Ortopedia e Traumatologia
	X	X	X	Ostetricia e Ginecologia
	X	X	X	Pediatria
	X	X	X	Psichiatria
			X	Endoscopia Digestiva/Gastroenterologia
			X	Chirurgia Vascolare
			X	Malattie Infettive
			X	Neonatologia/STIN/STEN
			X	Nutrizione Clinica
			X	Oculistica
	X	X	(****)X	Oncologia
			X	Otorino
			X	Urologia

(*) Trasmissione delle immagini a distanza.

(**) La Fondazione Giovanni Paolo II entra nella rete per le emergenze cardiologiche per la competenza Cardiochirurgica.

(***) L'IRCCS Neuromed entra nella rete per la competenza Neurochirurgica in collaborazione per il percorso trauma con la funzione neurochirurgica presente nel PO di Campobasso.

(****) In forma integrata con la Fondazione Giovanni Paolo II.

Nell'organizzazione ASREM al Bed Manager è affidato il ruolo di gestione dei trasferimenti tra Plessi Ospedalieri e del rapporto col territorio per la collocazione del paziente nel setting più appropriato in rapporto alle condizioni cliniche alla dimissione che ottimizzi l'utilizzo dei posti letto dei Plessi Ospedalieri. I documenti per la presa in carico dei pazienti da parte delle strutture e/o del MMG vengono prodotti e gestiti tramite un software che condivide la documentazione clinica tra Plessi Ospedalieri, strutture territoriali e medici di assistenza primaria. Il Sistema informativo permette la condivisione dei dati ai fini della valutazione multidimensionale e multi specialistica delle UVM prevista per i pazienti che abbiano necessità di continuità assistenziale alla dimissione (dimissione protetta).

Aspetti organizzativi prioritari

E' necessario fornire il centro "Hub" delle competenze di radiodiagnostica interventistica e di endoscopia d'urgenza indispensabili alla gestione di Patologie Tempo Dipendenti.

E' necessario predisporre un sistema di governo dei posti letto la cui disponibilità sia conoscibile in tempo reale, per consentire agli operatori di gestire gli accessi, con particolare riferimento nelle Terapie intensive e semi intensive, nelle UTIC, e nell'unica Stroke Unit prevista (Bed Manager). Tale funzione è affidata al SET 118 con la possibilità di utilizzare all'uopo anche il personale dirigente sanitario convenzionato con il sistema dell'emergenza territoriale, sotto la direzione del responsabile del 118.

RETE TERRITORIALE DEL SOCCORSO: SISTEMA 118

La revisione complessiva del sistema dell'emergenza non può prescindere dalla riorganizzazione della rete territoriale del soccorso, in un modello coerente con le mutate esigenze della rete ospedaliera e i mutati standard, per garantire una risposta appropriata e tempestiva in grado di gestire e trasportare il paziente nella sede definitiva di cura in sicurezza e in continuità con il percorso clinico.

Il quadro della programmazione regionale è dato dal DCA n. 47 del 28/8/2017 che ha approvato il "Documento di programmazione della rete ospedaliera, e delle reti dell'emergenza e delle reti tempo-dipendenti", il cui sviluppo operativo aziendale è di seguito riportato.

La popolazione residente nel Molise è distribuita diffusamente in un ambiente orografico complesso per cui una parte della cittadinanza, con significativa incidenza di soggetti anziani, vive in piccole comunità, disperse sul territorio.

La situazione viaria è sviluppata a raggiera con molte aree che sono caratterizzate da percorsi terminali con vie di collegamento interno di percorribilità difficoltosa, da cui conseguono tempi di percorrenza superiori alle medie prevedibili in altre condizioni logistiche.

Al fine della riorganizzazione del trasporto verso le sedi ospedaliere, sono state considerate le distanze delle zone territoriali rispetto ai Plessi Ospedalieri delle aree centrale (Plesso Ospedaliero di Campobasso), occidentale (Plesso Ospedaliero di Isernia), orientale (Plesso Ospedaliero di Termoli) raggiungibili in 30 min' (in rosso) o 60 min'.

Le postazioni a maggior carico di interventi sono situate nei centri più popolosi (Campobasso, Termoli) così come il maggior numero di richieste di intervento.

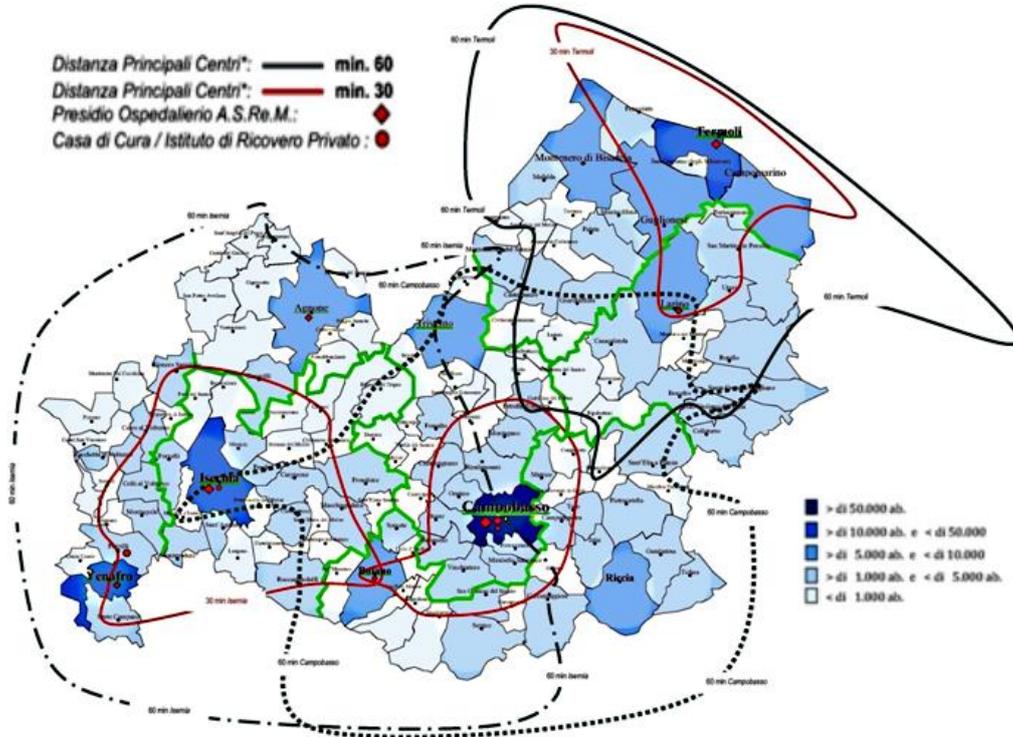
Le postazioni situate nei centri a maggior densità abitativa superano i 2.000 interventi annui. La gran parte dell'attività viene svolta dalle postazioni situate nei centri maggiori che coprono un territorio più piccolo, ma più densamente abitato.

La distribuzione sul territorio, pertanto, e le caratteristiche demografiche della popolazione, implicano bisogni diversificati e il sistema 118, in alcune aree, ha adattato la strategia alle necessità della popolazione effettuando tipologie di intervento diversificate:

- Intervento di emergenza con attività cliniche e trasporto tempestivo nella sede idonea per la gestione diagnostica e terapeutica in caso di approccio alla patologia complessa;
- Intervento sanitario domiciliare o sulla scena, atto a garantire la sicurezza clinica e il contemporaneo mantenimento dell'autonomia della persona nel proprio ambiente sociale mediante il coinvolgimento del medico di medicina generale nel rispetto, peraltro, delle attuali Linee Guida;
- Attività ambulatoriale, con carattere eccezionale, nelle zone particolarmente disagiate dove l'unico presidio

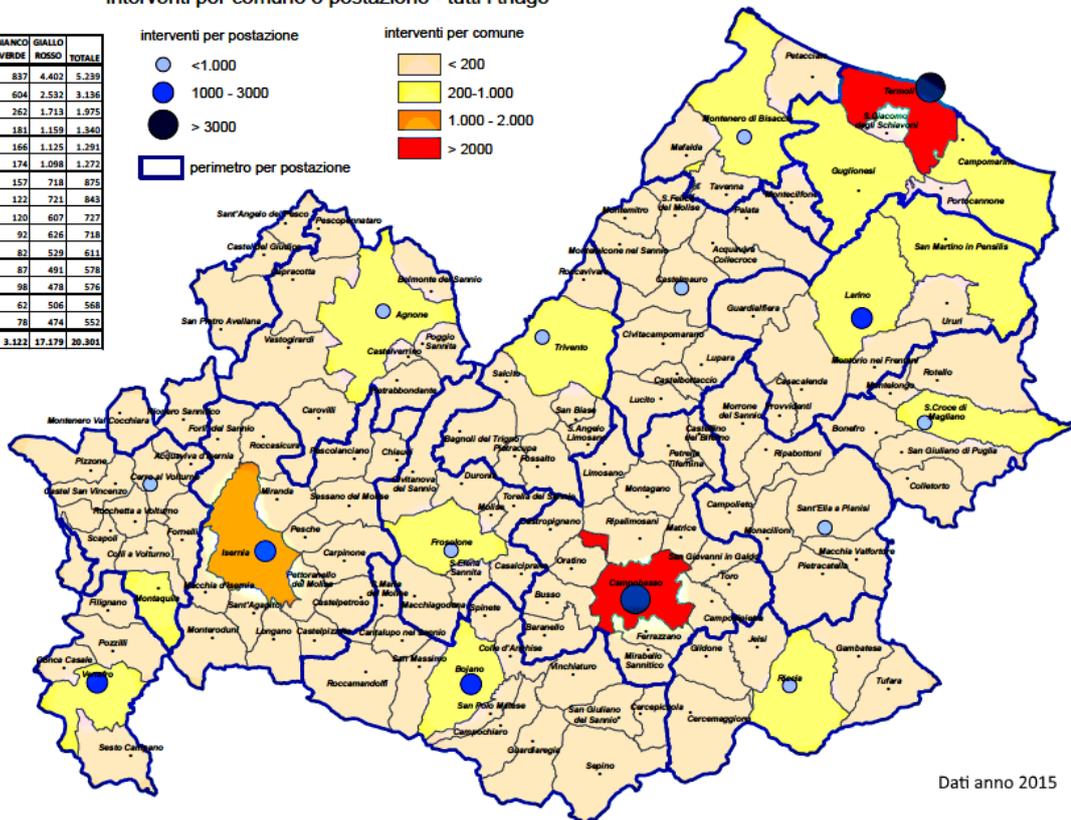
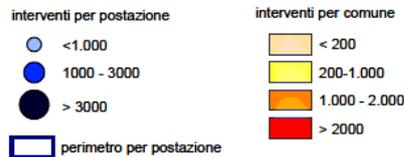
notturno è rappresentato dalla postazione del 118.

Il ruolo attuale e i tempi di intervento con l'elisoccorso appaiono limitati all'utilizzo in eccezionali condizioni logistiche o per incidenti che richiedono la centralizzazione rapida o, soprattutto, per il trasporto verso centri extraregionali.



118 interventi per comune e postazione - tutti i triage

CENTRALE	BIANCO VERDE	GIALLO ROSSO	TOTALE
UOT-CAMPOBASSO (2)	837	4.402	5.239
UOT-TERMOLI	604	2.532	3.136
UOT-ISERNIA	262	1.713	1.975
UOT-LARINO	181	1.159	1.340
UOT-VENAFRO	166	1.125	1.291
UOT-BOIANO	174	1.098	1.272
UOT-MONTENERO	157	718	875
UOT-S.CROCE	122	721	843
UOT-RICCIA	120	607	727
UOT-CERRO	92	626	718
UOT-FROSOLONE	87	529	611
UOT-AGNONE	87	491	578
UOT-S.EUA	98	478	576
UOT-TRIVENTO	62	506	568
UOT-CASTELMAURO	78	474	552
TOTALE	3.122	17.179	20.301



Dati anno 2015

Posizione centrale relativamente alle 3 aree geografiche del Molise:

- area centrale → osp. di Campobasso;
- area occidentale → osp. di Isernia;
- area orientale → osp. di Termoli.

In merito, dall'analisi dei dati di attività del SET-118, si osserva che le postazioni dell'entroterra effettuano meno prestazioni, con tempistiche più lunghe. Le postazioni localizzate nelle aree afferenti agli ospedali effettuano, invece, un numero di prestazioni superiori alla media. La necessità di diversificare gli interventi, inoltre, rispetto alla nuova configurazione della rete ospedaliera secondo il modello Hub & Spoke, insieme alla razionalizzazione dell'offerta dell'emergenza territoriale, impone quindi una redistribuzione di personale e mezzi, che consenta anche alla Centrale Operativa di poter disporre di mezzi ed equipaggi per sopperire ai lunghi tempi di assistenza legati alle distanze dai Plessi Ospedalieri.

Ridefinizione della dotazione dei mezzi e del personale del SET 118 Molise.

Postazioni	MSA	MSB	Auto Medica
Agnone	1	1	1
Bojano	1	-	-
Castelmauro	1	-	1
Cb mgrappa	1	1	1
Cb toscana	1	-	-
Cerro al Volturno	1	-	-
Frosolone	1	-	-
Isernia	1	1	1
Larino	1	-	-
Montenero di Bisaccia	1	-	-
Riccia	1	-	1
S. Croce di Magliano	1	-	-
S. Elia a Pianisi	1	-	-
Termoli	1	1	1
Trivento	1	-	1
Venafro	1	-	-
Tot.	16	4	7

Dotazione di personale per postazione.

Postazioni	Autista/Soccorritore	Infermiere	Medico
Agnone	3	2	1
Bojano	1	1	1
Castelmauro	2	1	1
Cb mgrappa	3	2	1
Cb toscana	1	1	1
Cerro al Volturno	1	1	1
Frosolone	1	1	1
Isernia	3	2	1
Larino	1	1	1
Montenero di Bisaccia	1	1	1
Riccia	2	1	1
S. Croce di Magliano	1	1	1
S. Elia a Pianisi	1	1	1
Termoli	3	2	1
Trivento	2	1	1
Venafro	1	1	1
Tot.	27	20	16

Dotazione di personale per mezzi di soccorso.

Mezzo soccorso	MSA	MSB	Auto Medica
Autista Soccorritore	1	1	1
Infermiere	1	1	-
Medico	1	-	1

Nel caso di contemporanea presenza nella postazione del MSA e Auto medica, è previsto comunque n. 1 medico per turno.

Completano l'organizzazione:

- la Centrale Operativa Unica, situata a Campobasso, con 2 postazioni-operatori, più una terza postazione di supporto impiegata dal medico;
- Attività di elisoccorso assicurata attraverso una convenzione con la Regione Abruzzo, che mette a disposizione le eliambulanze, con relativo personale tecnico e sanitario, dalle basi di Pescara e di L'Aquila.

L'attività delle postazioni situate nelle sedi ospedaliere, in cui sono maggiori il numero di prestazioni, può essere, pertanto, rimodulata da parte della Centrale Operativa anche in funzione del supporto ad altre aree in difficoltà e al trasporto secondario. Le sedi più disagiate vengono dotate di auto medica finalizzata al *rendez vous* consentendo la diversificazione degli interventi in base al triage.

La dotazione di mezzi e personale sopra delineata consente una diversificazione dinamica e qualitativa degli interventi con l'attivazione, secondo il fabbisogno, di auto-medicalizzate e/o mezzi di soccorso avanzati o di base, per consentire gli interventi nei tempi previsti per le patologie tempo-dipendenti.

Inoltre, dal momento che gran parte delle postazioni è chiamato a fornire prestazioni ambulatoriali in sede, o a portare soccorso in casi attribuiti dal triage a codice bianco o verde, si istituisce la Centrale della Continuità Assistenziale con un numero dedicato, in rete con le postazioni di continuità assistenziali distribuite nel territorio e in coordinamento con la Centrale Operativa del SET 118, verso cui indirizzare le richieste di prestazioni che, secondo i protocolli, non richiedano l'attivazione della rete dell'emergenza.

Il SET 118, munito di dotazione informatica per la trasmissione di informazioni cliniche e strumentali, è indispensabile per la centralizzazione primaria per le reti tempo dipendenti e per la condivisione dei dati per l'integrazione con l'attività di continuità territoriale.

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:

- 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.
- 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 programmazione regionale della rete per il trauma è contenuta nel DCA n. 47 del 28/8/2017 che ha approvato il "Documento di programmazione della rete ospedaliera, e delle reti dell'emergenza e delle reti tempo-dipendenti", a cui si fa riferimento nello specifico PDTA approvato con Deliberazione del Direttore Generale n. N. 1032 DEL 29/09/2017, avente per oggetto POS 2015-18 - PROGRAMMA 11 "RIEQUILIBRIO OSPEDALE-TERRITORIO" - INTERVENTO 11.2 RETE DELL'EMERGENZA E DELLE RETI TEMPO DIPENDENTI, AZIONE 11.2.3 - RETE TRAUMA, ADEMPIMENTI: INDICATORE: DEFINIZIONE DELLE CONDIZIONI DI CENTRALIZZAZIONE PRIMARIA E SECONDARIA - BACK TRASPORT, TRASFERIMENTO VERSO STRUTTURE ACCREDITATE REGIONALI O PUBBLICHE EXTRAREGIONALI - DIFINIZIONE DEI PDTA INTRA OSPEDALIERI DALLO SCENARIO ALLA DIMISSIONE CON DEFINIZIONE DI STRATEGIE ALTERNATIVE – APPROVAZIONE"

LA RETE TRAUMI IN MOLISE

PROFILI ORGANIZZATIVI

Il trauma maggiore fa parte delle patologie ad alta complessità, i cui esiti in termini di mortalità e di disabilità dipendono fortemente dai fattori tempo e qualità degli interventi assistenziali messi in atto nel percorso dalla fase pre-ospedaliera, all'ospedale, fino alla riabilitazione.

Il modello di riferimento utilizzato per la definizione del PDTA TRAUMA MAGGIORE NEL PAZIENTE ADULTO in Molise rappresentato dal SISTEMA INTEGRATO DI ASSISTENZA PER IL TRAUMA MAGGIORE (SIAT), documento prodotto dal Consiglio Superiore di Sanità, su indicazione del Ministero della Salute. Secondo il modello SIAT tutti i traumi con criteri di triage indicativi di trauma maggiore devono essere trasportati al Centro Hub 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 di controllo e di trattamento in sede extra-ospedaliera dell'instabilità respiratoria e/o cardio-circolatoria, il paziente deve essere trasportato, indipendentemente dal tipo di lesioni, al più vicino ospedale inserito nella rete per poi essere trasferito se necessario alla struttura di livello superiore (Centro Hub), una volta ottenuto il controllo delle funzioni vitali (Centralizzazione secondaria).

Il PDTA TRAUMA MAGGIORE NEL PAZIENTE ADULTO in Molise è stato elaborato inoltre sulle indicazioni del Programma operativo Straordinario 2015/18, approvato con l'accordo Stato- Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano (Rep. Atti n. 155/CSR del 3/8/2016 e recepito con DCA n.52 del 12/9/2016).

L'APPLICAZIONE DEL MODELLO IN MOLISE

I presupposti fondamentali per l'Applicazione del Sistema Traumi in Molise sono:

1. Costituzione di un Coordinamento SIAT
2. Introduzione di un Database Regionale per il Trauma
3. Identificazione dell'Ospedale HUB
4. Identificazione degli Ospedali SPOKE
5. Attivazione in tutti i Centri inseriti nella rete di un sistema di teleconsulto per la condivisione immediata di immagini radiologiche, referti, esami di laboratorio etc.
6. Completamento dell'adeguamento strutturale dell'Eliporto del P.O. Cardarelli di Campobasso.
7. Costituzione del Trauma Team funzionale multidisciplinare, presso il CTZ, organizzato secondo quanto previsto dal DM 70/2015, per il mantenimento giornaliero della continuità assistenziale al trauma maggiore. La struttura funzionale svolge questo ruolo per i pazienti ricoverati presso la

struttura Hub e di riferimento per i Plessi Ospedalieri spoke.

8. I Plessi Ospedalieri di Isernia e Termoli sede di Pronto Soccorso per i traumi (PST) svolgono un ruolo autonomo per la gestione del trauma e assumono per i traumi maggiori il ruolo di “spoke”;
9. Il Plesso Ospedaliero di Campobasso sede di centro Trauma di Zona (CTZ) assume il ruolo “hub” con conservazione di competenze di chirurgia vascolare, toracica e oculistica;
10. La competenza neurochirurgica nell’ambito della rete trauma è stabilita sulla base dei tempi necessari per raggiungere il centro Hub di competenza in rapporto alla gravità del quadro clinico:
 - a. in caso di pazienti soccorsi in aree che prevedano il raggiungimento del CTZ di Campobasso in tempi superiori a quelli previsti dalle linee guida per il trattamento sono previste convenzioni con centri neurochirurgici extra regionali raggiungibili nei tempi previsti dagli standard nazionali;
 - b. per la gestione dei pazienti con trauma maggiore ed interessamento neurochirurgico presso il CTZ di Campobasso, le condizioni cliniche definiranno o l’indifferibilità del trattamento neurochirurgico che verrà trattato in sede, o la possibilità di collaborazione, tramite accordi interaziendali tra Centro Hub e IRCCSS Neuromed e/o Centri Traumi di alta Specializzazione (CTS) extraregionali, secondo protocolli in continuità di soccorso;
 - c. la gestione ed il trattamento delle emergenze neurochirurgiche indifferibili (i.e. posizionamento sistemi di monitoraggio PIC, posizionamento di catetere ventricolare per idrocefalo acuto, evacuazione ematoma epidurale, sottodurale o intraparenchimale acuto, craniectomia decompressiva), e la gestione di pazienti che richiedano trattamenti neurochirurgici di maggiore complessità intrasportabili, sono affidate al personale neurochirurgico del Trauma Team funzionale del CTZ in servizio c/o l’Ospedale Cardarelli di Campobasso con la collaborazione della Neurochirurgia della IRCCSS Neuromed, regolamentata da uno specifico protocollo d’intesa. La collaborazione presso la sede del CTZ avrà una durata connessa al raggiungimento dello standard di dotazione organica finalizzato a rendere disponibile h24 la competenza di neurochirurgia per i traumi maggiori nel plesso ospedaliero di Campobasso;
 - d. per il trattamento dei pazienti trasportabili che richiedano interventi neurochirurgici di maggiore complessità (rispetto a quelli sopramenzionati) e per i quali comunque il trattamento chirurgico sia differibile, potrà essere predisposto trasferimento c/o IRCCS Neuromed o presso altra struttura extra regione dotata di UO di Neurochirurgia, a seconda della disponibilità di posti letto, dalla complessità del quadro clinico e delle modalità di trasferimento possibili, in relazione alle condizioni di viabilità, meteo, etc.
11. Protocollo d’intesa fra Regione, ASReM e Fondazione GPII per l’adozione di Linee Guida ufficiali al fine di garantire h 24/24 le urgenze traumatologiche del Cuore e dei Grossi Vasi.
12. Attivazione di Radiologia Interventista presso il PO di Campobasso.
13. Per le discipline non presenti presso i Plessi ospedalieri regionali sono previste convenzioni presso strutture extraregionali (Centro Grandi Ustionati, Rianimazione Pediatrica, Chirurgia della mano, Chirurgia maxillo-facciale...).
14. Attivazione della funzione di Bed Management quale sistema di governo dei posti letto, la cui disponibilità sia acquisibile in tempo reale, al fine di assicurare la massima dinamicità organizzativa alla Rete Trauma ed una gestione appropriata ed efficace degli accessi, con particolare riferimento ai Pronto Soccorso ed alle Terapie Intensive e semi intensive. Tale funzione è affidata al SET 118, con la possibilità di utilizzare anche il personale dirigente sanitario convenzionato con il sistema dell’emergenza territoriale, sotto la direzione del responsabile del 118.
15. Regolamentazione e adozione di normativa ufficiale per i Trasferimenti Secondari.
16. Per ogni area sono previsti accordi con la struttura Riabilitativa di riferimento per garantire l’accesso precoce alla Fase Riabilitativa nell’ambito di percorsi diagnostico terapeutici preferenziali per i pazienti con trauma.
17. L’Ospedale di area disagiata Caracciolo di Agnone, sede di Pronto Soccorso, è in collegamento tramite il servizio di telemedicina con il Pronto Soccorso del Plesso Ospedaliero di Isernia, da cui dipende funzionalmente per la gestione dei pazienti traumatizzati che vi si rivolgono autonomamente.

COORDINAMENTO SIAT

La funzione di coordinamento del SIAT regionale, a cui è affidato il compito di validare i percorsi clinici, individuare indicatori di qualità organizzativa e di processo sulla base dei criteri previsti dalle linee guida e dalla normativa e provvedere alla rilevazione delle attività della rete mediante report periodici soggetti ad audit, è demandata al Comitato Tecnico composto da:

- Direttore Sanitario Aziendale ASReM,
- Direttore Sanitario IRCCSS Neuromed per la competenza neurochirurgica, o suo delegato,
- Direttore Sanitario IRCCSS “ Fondazione Giovanni Paolo II”, per la competenza di Chirurgia dei grossi vasi, o suo delegato,
- Direttore del Dipartimento Emergenza SET 118,
- Direttori Sanitari dei P.O. inseriti in Rete (Campobasso, Isernia e Termoli),
- Direttori di UOC di MCAU dei P.O. inseriti in Rete.
- Direttori delle UOC di Rianimazione dei P.O. inseriti in Rete

Il Comitato di coordinamento del SIAT regionale svolge, in particolare, le seguenti funzioni:

- Redazione, aggiornamento periodico e verifica dei protocolli di intervento, dalla diagnosi di trauma grave alla centralizzazione del paziente per la cura definitiva nei nodi della rete, inclusi i vari servizi ad essa funzionalmente connessi;
- definizione e verifica dei processi di integrazione fra 118 ed i nodi della rete ospedaliera;
- definizione del piano formativo;
- definizione di indicatori e standard della qualità dell'assistenza al grave traumatizzato;
- verifica e controllo di qualità dei processi assistenziali, sviluppo di azioni di miglioramento della qualità, inclusa la promozione di strumenti dedicati quale il Registro Regionale Traumi;
- promozione di iniziative volte alla prevenzione (educazione sanitaria, didattica, ricerca ecc.)

DATABASE REGIONALE dei TRAUMI MAGGIORI (MoLink)

Il database clinico sui traumi gravi della Regione Molise, sviluppato sulla base di un tracciato record alla cui stesura dovranno collaborare i rappresentanti del Coordinamento SIAT, ha due obiettivi:

- monitorare il percorso e l'esito dei pazienti con trauma grave;
- valutare la funzionalità e l'efficacia del Sistema regionale Integrato di Assistenza ai Traumi (SIAT).

I pazienti inclusi nella rilevazione presenteranno almeno una delle seguenti caratteristiche:

- Injury Severity Score > 15
- ricovero in Terapia Intensiva
- decesso in Pronto Soccorso.

Il database consente di identificare i pazienti con trauma grave trattati in ospedali della rete Hub & Spoke regionale e di ricostruire, attraverso il linkage con i flussi informativi regionali, i percorsi clinici e gli esiti dei pazienti. A partire da questi dati si possono attivare programmi di ricerca mirati e produrre conoscenze sull'efficacia clinica, sulle implicazioni organizzative ed economiche e sulle necessità formative dei professionisti coinvolti. Tali conoscenze sono necessarie per il governo della rete e per investire sul terreno dell'innovazione tecnologica e organizzativa.

RETE HUB & SPOKE

La Rete per il Trauma è rappresentata secondo il classico schema HUB & SPOKE. La rete è quindi costituita da un nodo centrale che è il Centro HUB per il Trauma e dai raggi periferici rappresentati dagli Ospedali sede di Pronto Soccorso per il Trauma e dotati delle specialità necessarie alla prima stabilizzazione del Trauma Maggiore. Il Principio della Rete prevede la Centralizzazione Primaria dal Territorio, o Secondaria dai Centri SPOKE, del Trauma Maggiore presso l'Ospedale HUB. Il Centro HUB del Molise è sede di coordinamento interdisciplinare per tutte le attività connesse alla gestione dei traumatizzati maggiori, a garanzia della continuità del percorso clinico-assistenziale.

Gli obiettivi del Centro HUB sono:

- presa in carico dei traumatizzati maggiori;
- gestione dei rapporti con il SET 118 e con gli altri nodi della rete;
- organizzazione del percorso clinico integrato per la gestione dei traumatizzati maggiori all'interno dell'ospedale;
- coordinamento degli interventi fra le varie Unità Operative coinvolte nel trattamento del paziente;
- definizione del piano formativo nel contesto ospedaliero;
- verifica e controllo del rispetto degli standard nelle diverse fasi del processo assistenziale;
- inserimento dati nel Registro Regionale Traumi.

CENTRO HUB

Il CENTRO HUB di riferimento per il TRAUMA è l'Ospedale Cardarelli di Campobasso. Il Centro HUB assicura h 24/24 le risorse necessarie per identificare e trattare in modo definitivo qualsiasi tipo di lesione e fornisce cure intensive ai traumatizzati maggiori con lesioni mono o poli-distrettuali. Deve essere dotato di un Trauma Team funzionale multidisciplinare organizzato secondo quanto previsto dal DM 70/2015, per il mantenimento giornaliero della continuità assistenziale al trauma maggiore. La struttura funzionale svolge questo ruolo per i pazienti ricoverati presso la struttura Hub e di riferimento per i Plessi Ospedalieri spoke. E' necessario pertanto identificare un gruppo di specialisti referenti che costituisca il Trauma Group (TG), mentre deve essere sempre presente, nell'ambito delle 24 ore, un Trauma Team (TT), composto dagli specialisti di turno per l'urgenza, inseriti nel piano di allertamento che si occuperà direttamente del politraumatizzato non appena ne avrà avuta la comunicazione da parte del sistema 118 o del PS. Deve essere garantita la disponibilità di un posto in Terapia Intensiva per ogni trauma maggiore.

GESTIONE DEL TRAUMA MAGGIORE

Il politrauma rappresenta per definizione un complesso quadro clinico caratterizzato da lesioni evolutive e potenzialmente letali in relazione al danno primario ed al danno secondario che risulta strettamente correlato al percorso diagnostico terapeutico, ai tempi, alle decisioni ed alle risorse disponibili. Il tempo critico intercorso tra il ricovero, le manovre rianimatorie, l'esecuzione di indagini radiologiche, ecografiche di base ed avanzate (MSCT), i primi risultati di laboratorio e la disponibilità di emocomponenti, non dovrebbe superare i 30/60 minuti, mentre una eventuale craniotomia, laparotomia o toracotomia emergente dovrebbe avvenire entro 60/90 minuti ed entro 120 minuti la stabilizzazione urgente di fratture di ossa lunghe.

Nel già citata Deliberazione del Direttore Generale n. 1032 DEL 29/09/2017 sono definiti i percorsi assistenziali delle tre fasi di assistenza al Trauma Maggiore:

1. fase extra-ospedaliera,
2. fase intra-ospedaliera,
3. fase riabilitativa.

LA RETE PER L'ICTUS

La programmazione regionale della rete per l'ictus è contenuta nel DCA n. 47 del 28/8/2017 che ha approvato il "Documento di programmazione della rete ospedaliera, e delle reti dell'emergenza e delle reti tempo-dipendenti", a cui si fa riferimento nello specifico PDTA approvato con Deliberazione del Direttore Generale n. 1030 DEL 29/09/2017 "POS 2015/18 - PROGRAMMA 11: RIEQUILIBRIO OSPEDALE-TERRITORIO - INTERVENTO 11.2 RETE DELL'EMERGENZA E DELLE RETI TEMPO DIPENDENTI - AZIONE 11.2.4 - RETE ICTUS - ADEMPIMENTI: INDICATORE: DEFINIZIONE PDTA PER LA CURA DELLE PATOLOGIE CEREBROVASCOLARI ACUTE - APPROVAZIONE".

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.

I livelli di assistenza della 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.

Area di diagnosi internistica (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 o esistenti nel contesto della struttura);
- almeno un medico esperto dedicato;
- personale infermieristico formato e in numero adeguato;
- possibilità di monitoraggio di almeno un posto letto;
- riabilitazione precoce (fisioterapia, logopedia, terapia occupazionale);
- assistente sociale;
- TC cerebrale 24ore su 7 giorni;
- collegamento operativo con le Stroke Unit 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 (Plesso Ospedaliero Hub) di Campobasso

Oltre ai requisiti delle Aree di de, 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.

La centralizzazione primaria del 118

- ✓ Il personale del 118 sulla scena seleziona, secondo criteri clinici definiti dalle linee guida, i pazienti passibili di trattamento trombolitico.
- ✓ Il paziente con sintomi neurologici acuti deve eseguire la TC entro 60' presso la struttura ospedaliera di riferimento.
- ✓ Eseguita la TC, il Medico di Emergenza allerta il centro "Hub" in teleconsulto, trasmette le immagini principali dell'esame tomografico a distanza secondo criteri definiti.
- ✓ I Centri condividono la decisione dell'eventuale trasferimento.
- ✓ Se il paziente non può essere trasferito presso l'Hub nei tempi previsti dalle linee guida per il trattamento trombolitico, viene stabilito il percorso della trombolisi nella sede periferica nei tempi previsti, e deciso l'eventuale contestuale trasferimento presso il centro "Hub".
- ✓ Nel centro Hub è prevista la radiologia interventistica.
- ✓ Nel caso che il paziente non sia candidabile a trombolisi, questo viene ricoverato presso l'ospedale di riferimento, trattato secondo le indicazioni delle linee guida e inviato rapidamente al programma riabilitativo.
- ✓ In caso di ictus emorragico il Paziente viene trasferito esclusivamente presso l'Hub.

L'attuazione del modello secondo i criteri descritti viene configurato in coerenza con la contestuale ridefinizione delle caratteristiche dei mezzi e degli equipaggi facenti capo alle postazioni dell'emergenza territoriale prevista nel presente documento e la formazione del personale addetto.

In particolare, il percorso formativo dovrà essere articolato secondo due livelli di intervento:

- implementazione della selezione extra-ospedaliera da parte del personale 118;
- implementazione delle competenze del personale della medicina e dell'emergenza dei centri "spoke"

per acquisire capacità di valutazione diagnostica ai fini dell'indicazione e gestione della trombolisi secondo indicazioni fornite dal centro "hub".

La rete per l'ictus necessita di supporto tecnologico in ambito radiodiagnostico per la diagnosi puntuale delle condizioni anatomiche sottese all'evento e di una appropriata tecnologia per la trasmissione delle immagini, che deve rispondere a standard specifici.

Il Coordinamento Regionale della Rete di Emergenza e delle patologie tempo dipendenti valida i percorsi clinici e formula gli indicatori di qualità organizzativa e di processo sulla base dei criteri previsti dalle linee guida e dalla normativa provvedendo alla rilevazione dell'attività della rete mediante report periodici soggetti ad audit.

LA RETE PER LE EMERGENZE CARDIOLOGICHE

La programmazione regionale della rete per l'emergenza cardiologica è contenuta nel DCA n. 47 del 28/8/2017 che ha approvato il "Documento di programmazione della rete ospedaliera, e delle reti dell'emergenza e delle reti tempo-dipendenti", a cui si fa riferimento nello specifico PDTA approvato con Deliberazione del Direttore Generale n. 1031 DEL 29/09/2017 - POS 2015/18 - PROGRAMMA 11 "RIEQUILIBRIO OSPEDALE-TERRITORIO" - INTERVENTO 11.2 RETE DELL'EMERGENZA E DELLE RETI TEMPO DIPENDENTI - AZIONE 11.2.5 - RETE PER LE EMERGENZE CARDIOLOGICHE - ADEMPIMENTI: INDICATORE: DEFINIZIONE PERCORSO CLINICO INTRAOSPEDALIERO DALLO SCENARIO ALLA PRESA IN CARICO - APPROVAZIONE -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 di turnazione compatibile con le risorse disponibili.
- Accordi intra-regionali saranno attivati secondo criteri definiti per il trasferimento per competenza cardiocirurgica presso la Fondazione Giovanni Paolo II.

La centralizzazione primaria del 118

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 ricezione, attraverso il seguente percorso:

- Il personale del 118 sulla scena secondo i criteri clinici definiti esegue 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, ed è preso in carico U.O. di Cardiologia di pertinenza.

Paziente con dolore toracico che arriva al Pronto Soccorso con propri mezzi

- Il paziente con dolore toracico che giunge in modo autonomo al P.S. viene preso in carico al triage da personale adeguatamente formato, che identifica una sintomatologia compatibile con la Sindrome Coronarica Acuta ed esegue, entro i primi 15', l'ECG e il prelievo per gli enzimi.
- Il Medico di Emergenza consulta il Cardiologo della struttura che, nel caso di STEMI, attiva la sala emodinamica o, nel caso di non disponibilità, attiva il trasferimento verso l'HUB;

- I paziente con caratteristiche NSTEMI sarà preso in carico U.O. di Cardiologia di pertinenza;

I pazienti non sottoponibili per tempistica a angioplastica potranno essere sottoposti a trombolisi periferica, secondo i criteri da indicare nei protocolli, definito dai professionisti e validato dal Coordinamento Regionale di Rete, ed avviati nella struttura idonea alla sua gestione.

I pazienti ricoverati presso l'HUB in emergenza sono ritrasferiti presso la cardiologia dei presidi ospedalieri spoke non appena le condizioni cliniche lo consentano.

Il personale del Sistema 118, sia delle centrali operative che dei mezzi di soccorso, adotta protocolli e procedure condivise, validate dal Coordinamento Regionale delle Reti anche per le informazioni da raccogliere e fornire alle strutture operanti nell'ambito della rete nel corso della attività di assistenza.

Il Coordinamento Regionale della Rete di Emergenza e tempo dipendenti valida i percorsi clinici e formula gli indicatori di qualità organizzativa e di processo sulla base dei criteri previsti dalle linee guida e dalla normativa provvedendo alla rilevazione dell'attività della rete mediante report periodici soggetti ad audit.

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 complessiva delle strutture (Organigramma)

Denominazione Struttura	Tipologia	Allocazione
Acquisizioni beni e servizi	SC	Funzioni Centrali
Affari Generali	SC	Funzioni Centrali
Affari legali e contenzioso	SS	Funzioni Centrali
Anatomia Patologica	SSD	Plesso Ospedaliero di Campobasso
Anestesia e Terapia Intensiva	SC	Plesso Ospedaliero di Campobasso
Anestesia e Terapia Intensiva	SSD	Plesso Ospedaliero di Termoli
Anestesia e Terapia Intensiva	SSD	Plesso Ospedaliero di Isernia
Anziano fragile	SS	Plesso Ospedaliero di Campobasso
Bonifica sanitaria allevamenti	SS	Dipartimento di Prevenzione
Bonifica sanitaria allevamenti	SS	Dipartimento di Prevenzione
Bonifica sanitaria allevamenti	SS	Dipartimento di Prevenzione
Cardiologia	SSD	Plesso Ospedaliero di Termoli
Cardiologia	SSD	Plesso Ospedaliero di Isernia
Cardiologia	SC	Plesso Ospedaliero di Campobasso
Centrale Operativa 118 (Regionale)	SC	Plesso Ospedaliero di Campobasso
Centro Nutrizione Artificiale Clinica e Domiciliare	SSD	Plesso Ospedaliero di Campobasso
Centro Trasfusionale	SS	Plesso Ospedaliero di Termoli
Centro Trasfusionale	SS	Plesso Ospedaliero di Isernia
Centro Trasfusionale	SC	Plesso Ospedaliero di Campobasso
Chirurgia endoscopica	SS	Plesso Ospedaliero di Isernia
Chirurgia epatobiliare	SS	Plesso Ospedaliero di Termoli
Chirurgia Generale	SC	Plesso Ospedaliero di Termoli
Chirurgia Generale	SC	Plesso Ospedaliero di Isernia
Chirurgia Generale	SC	Plesso Ospedaliero di Campobasso
Chirurgia senologica e Brest Unit	SSD	Plesso Ospedaliero di Campobasso
Chirurgia Toracica	SS	Plesso Ospedaliero di Campobasso
Chirurgia Vascolare	SC	Plesso Ospedaliero di Campobasso
Commitenza	SS	Funzioni Centrali
Contabilità e Bilancio	SC	Funzioni Centrali
Coordinamenro della Medicina Legale	SSD	Funzioni Centrali
Dipendenze	SS	Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze area Isernia
Dipendenze	SS	Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze area Termoli
Dipendenze	SC	Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze area Campobasso
Direzione Amministrativa Ospedaliera	SC	Plesso Ospedaliero di Campobasso
Direzione delle Professioni Sanitarie (Di.P.Sa.)	SC	Funzioni Centrali
Direzione di Distretto Sociosanitario	SC	Distretto Sociosanitario di Termoli
Direzione di Distretto Sociosanitario	SC	Distretto Sociosanitario di Isernia
Direzione di Distretto Sociosanitario	SC	Distretto Sociosanitario di Campobasso

Articolazione complessiva delle strutture (Organigramma)

Denominazione Struttura	Tipologia	Allocazione
Direzione Sanitaria	SS	Plesso Ospedaliero di Termoli
Direzione Sanitaria	SS	Plesso Ospedaliero di Isernia
Direzione Sanitaria	SC	Plesso Ospedaliero di Campobasso
Direzione Sanitaria	SS	Plesso Ospedaliero di Agnone
Epidemiologia	SC	Dipartimento di Prevenzione
Farmacia Ospedaliera	SS	Plesso Ospedaliero di Termoli
Farmacia Ospedaliera	SS	Plesso Ospedaliero di Isernia
Farmacia Ospedaliera	SS	Plesso Ospedaliero di Campobasso
Gestione delle risorse umane	SC	Funzioni Centrali
Gestione di contratti di sevizi e logistica	SC	Funzioni Centrali
Governance del Farmaco	SC	Funzioni Centrali
Governance della rete territoriale consultoriale e degli screening oncologici	SS	Funzioni Centrali
Igiene degli Alimenti	SC	Dipartimento di Prevenzione
Igiene e Sanità Pubblica	SC	Dipartimento di Prevenzione
Innovazione, Piani e Progetti	SSD	Funzioni Centrali
Integrazione ospedale territorio e socio sanitaria	SC	Funzioni Centrali
IVG	SSD	Plesso Ospedaliero di Campobasso
Laboratorio Analisi	SS	Plesso Ospedaliero di Termoli
Laboratorio Analisi	SS	Plesso Ospedaliero di Isernia
Laboratorio Analisi	SC	Plesso Ospedaliero di Campobasso
Lungodegenti	SC	Plesso Ospedaliero di Termoli
Lungodegenti	SS	Plesso Ospedaliero di Isernia
Malattie endocrine, nutrizione e ricambio	SC	Plesso Ospedaliero di Campobasso
Malattie Infettive e Tropicali	SSD	Plesso Ospedaliero di Campobasso
Medicina del lavoro	SC	Dipartimento di Prevenzione
Medicina dello sport	SSD	Dipartimento di Prevenzione
Medicina Interna	SC	Plesso Ospedaliero di Agnone
Medicina Interna	SC	Plesso Ospedaliero di Termoli
Medicina Interna	SC	Plesso Ospedaliero di Isernia
Medicina Interna	SC	Plesso Ospedaliero di Campobasso
Medicina Legale Ospedaliera	SSD	Plesso Ospedaliero di Campobasso
Medicina Nucleare	SSD	Plesso Ospedaliero di Campobasso
Nefrologia ed Emodialisi	SC	Plesso Ospedaliero di Campobasso
Neurologia	SC	Plesso Ospedaliero di Campobasso
Neuropsichiatria infantile	SSD	Funzioni Centrali
Nucleo ispettivo e controllo esterno	SSD	Funzioni Centrali
Oculistica	SSD	Plesso Ospedaliero di Termoli
Oculistica	SC	Plesso Ospedaliero di Campobasso
Oncologia	SS	Plesso Ospedaliero di Termoli
Oncologia	SS	Plesso Ospedaliero di Isernia
Oncologia	SC	Plesso Ospedaliero di Campobasso
Ortopedia e Traumatologia	SC	Plesso Ospedaliero di Termoli
Ortopedia e Traumatologia	SC	Plesso Ospedaliero di Isernia

Articolazione complessiva delle strutture (Organigramma)

Denominazione Struttura	Tipologia	Allocazione
Ortopedia e Traumatologia	SC	Plesso Ospedaliero di Campobasso
Ostetricia e Ginecologia	SC	Plesso Ospedaliero di Termoli
Ostetricia e Ginecologia	SS	Plesso Ospedaliero di Isernia
Ostetricia e Ginecologia	SC	Plesso Ospedaliero di Campobasso
Otorinolaringoiatria	SC	Plesso Ospedaliero di Campobasso
Pediatria	SS	Plesso Ospedaliero di Termoli
Pediatria	SS	Plesso Ospedaliero di Isernia
Pediatria	SC	Plesso Ospedaliero di Campobasso
Prevenzione e protezione - Medico competente	SSD	Funzioni Centrali
Programmazione e Controllo di Gestione	SC	Funzioni Centrali
Pronto Soccorso - Medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza	SSD	Plesso Ospedaliero di Termoli
Pronto Soccorso - Medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza	SSD	Plesso Ospedaliero di Isernia
Pronto Soccorso - Medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza	SC	Plesso Ospedaliero di Campobasso
Psichiatria	SS	Plesso Ospedaliero di Termoli
Psichiatria	SS	Plesso Ospedaliero di Isernia
Psichiatria	SS	Plesso Ospedaliero di Campobasso
Qualità e governance clinica	SSD	Funzioni Centrali
Radiodiagnostica	SC	Plesso Ospedaliero di Termoli
Radiodiagnostica	SSD	Plesso Ospedaliero di Isernia
Radiodiagnostica	SC	Distretto Sociosanitario di Campobasso
Rete territoriale della non autosufficienza	SSD	Funzioni Centrali
Riabilitazione e di assistenza centri residenziali e semiresidenziali	SC	Funzioni Centrali
Riabilitazione funzionale	SS	Plesso Ospedaliero di Termoli
Riabilitazione funzionale	SS	Plesso Ospedaliero di Isernia
Riabilitazione funzionale	SC	Plesso Ospedaliero di Campobasso
Risk management	SSD	Funzioni Centrali
Servizio di Emodialisi	SS	Plesso Ospedaliero di Termoli
Servizio di Emodialisi	SS	Plesso Ospedaliero di Isernia
Servizio di Emodialisi	SS	Plesso Ospedaliero di Campobasso
Servizio di Gastroenterologia	SSD	Plesso Ospedaliero di Campobasso
Servizio di Odontoiatria e Stomatologia	SSD	Plesso Ospedaliero di Campobasso
Sistema Informatico (ICT)	SSD	Funzioni Centrali
Stroke Unit	SS	Plesso Ospedaliero di Campobasso
Struttura Formazione - Comunicazione e rapporti con le Università	SSD	Funzioni Centrali
Supporto Giuridico Amministrativo	SC	Funzioni Centrali
Tecnico- Manutentivo	SC	Funzioni Centrali
Terapia Intensiva Neonatale - Neonatologia -	SS	Plesso Ospedaliero di Campobasso

Articolazione complessiva delle strutture (Organigramma)

Denominazione Struttura	Tipologia	Allocazione
Tutela della Salute in carcere	SS	Funzioni Centrali
Unità coronarica nell'ambito della Cardiologia	SS	Plesso Ospedaliero di Campobasso
Unità Operativa di Salute Mentale	SC	Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze
Unità Operativa di Salute Mentale	SC	Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze
Unità Operativa di Salute Mentale	SC	Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze
UO Amministrativa DP	SSD	Dipartimento di Prevenzione
UO Amministrativa DS Campobasso	SSD	Distretto Sociosanitario di Campobasso
UO Amministrativa DS Isernia	SSD	Distretto Sociosanitario di Isernia
UO Amministrativa DS Termoli	SSD	Distretto Sociosanitario di Termoli
UO Amministrativa DSM e Dipendenze	SSD	Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze
UO Cure Domiciliari e Assistenza Anziani	SS	Distretto Sociosanitario di Termoli
UO Cure Domiciliari e Assistenza Anziani	SS	Distretto Sociosanitario di Isernia
UO Cure Domiciliari e Assistenza Anziani	SS	Distretto Sociosanitario di Campobasso
UO Cure Palliative - Hospice	SSD	Distretto Sociosanitario di Termoli
UO di Medicina di base, specialistica, riabilitativa e residenziale	SC	Distretto Sociosanitario di Termoli
UO di Medicina di base, specialistica, riabilitativa e residenziale	SC	Distretto Sociosanitario di Isernia
UO di Medicina di base, specialistica, riabilitativa e residenziale	SC	Distretto Sociosanitario di Campobasso
UO Materno Infantile	SS	Distretto Sociosanitario di Termoli
UO Materno Infantile	SS	Distretto Sociosanitario di Isernia
UO Materno Infantile	SS	Distretto Sociosanitario di Campobasso
UO Medicina Legale	SS	Distretti Sociosanitari di Campobasso-Termoli-Isernia
Urologia	SSD	Plesso Ospedaliero di Termoli
Urologia	SC	Plesso Ospedaliero di Campobasso
Valutazione delle performance aziendali	SS	Funzioni Centrali
Veterinaria area A - Sanità animale	SC	Dipartimento di Prevenzione
Veterinaria area B - Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati	SC	Dipartimento di Prevenzione

Articolazione complessiva delle strutture (Organigramma)

Denominazione Struttura	Tipologia	Allocazione
Veterinaria area C - Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche	SC	Dipartimento di Prevenzione
Strutture Complesse	62	
Strutture Semplici Dipartimentali	35	
Strutture Semplici	48	
Totali Strutture Aziendali	145	

Profili professionali	Dotazione organica
Assistente Amministrativo	90
Assistente tecnico	53
Assistenti sociali	71
Audiometristi	6
Ausiliario Specializzato	123
Avvocati	2
Biologi	36
Chimico	1
Coadiutore amministrativo	30
Coadiutore amministrativo esperto	16
Collaboratore tecnico professionale	12
Collaboratore tecnico professionale esperto	2
Collaboratore amministrativo prof	62
Collaboratore amministrativo prof esperto	34
Commesso	2
Dietisti	8
Dirigente Amministrativo	18
Dirigente informatico	1
Dirigenti delle professioni sanitarie	5
Farmacisti	14
Fisici	1
Fisioterapisti	83
Igienisti dentali	4
Infermieri	1766
Ingegnere clinico	1
Ingegneri	2
Logopedisti	13
medici	828
Neuropsicomotricisti	6
Odontoiatri	4
Operatore tecnico	105
Operatore tecnico esperto-autista	1
Operatore tecnico specializzato	66
Operatore tecnico specializzato esperto	4
Operatore tecnico specializzato esperto-autista	5
Ortottista	7
OSS	473
Osteriche	69
Psicologi	43
Sociologi	11
Tecnici della prevenzione	44
Tecnici di Laboratorio	111
Tecnici di Neurofiopatologia	10
Tecnici di Radiologia	100
Tecnici Perfusionisti	7
Tecnico della riabilitazione psichiatrica	6
Terapisti occupazionali	21
Veterinari	71
Totale complessivo	4448

Discipline dei dirigenti medici	
Disciplina	Dotazione organica complessiva
Anatomia Patologia	7
Anestesia e Rianimazione	64
Cardiologia	47
Chirurgia generale	44
Chirurgia plastica	1
Chirurgia Vascolare	7
Dermatologia	4
Dirigente medico	13
Dirigente sanitario	1
Ematologia	1
Endocrinologia	7
Farmacologia e tossicologia	18
Fisiatria	27
Gastroenterologia	12
Geriatrics	11
Igiene Degli Alimenti E Della Nutrizione	9
Igiene e sanità pubblica	35
Igiene ospedaliera	7
Malattie infettive	5
Medicina del lavoro	9
Medicina Dello Sport	5
Medicina e chirurgia d'urgenza	51
Medicina interna	65
Medicina legale	9
Medicina Nucleare	6
Medicina Trasfusionale	14
Nefrologia	22
Neonatologia	14
Neurochirurgia	5
Neurologia	15
Neuropsichiatria infantile	8
Oculistica	15
Oncologia	19
Organizzazione Sanitaria di Base	18
Ortopedia	33
Ostetricia e ginecologia	39
Otorinolaringoiatria	14
Patologia clinica	18
Pediatria	31
Pneumologia	4
Psichiatria	33
Radiologia	38
Reumatologia	2
Scienza dell'alimentazione	3
Urologia	18
Totale complessivo	828