

**AZIENDA SANITARIA LOCALE N. 3 DELL'ABRUZZO**



**ATTO AZIENDALE**

*Il Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale" prevede, all'articolo 3, che le aziende sanitarie disciplinino, con atto aziendale di diritto privato, la propria organizzazione e le relative modalità di funzionamento nel rispetto dei principi e dei criteri stabiliti dalla Regione.*

*Tale indicazione normativa è stata assunta dalla ASL Lanciano - Vasto come un'opportunità, al fine di disciplinare, con il proprio atto, il funzionamento interno e l'organizzazione, assicurando il rispetto e la valorizzazione delle specificità aziendali e, allo stesso tempo, puntando a superare la rigidità delle strutture esistenti attraverso la differenziazione e la flessibilità della realtà organizzativa.*

*Le scelte organizzative assunte con l'"Atto" sono perciò orientate alla sperimentazione di soluzioni innovative e alla formulazione di nuovi modelli operativi, nell'intento di dover esprimere al massimo grado l'"autonomia imprenditoriale" riconosciuta dalla legge all'Azienda sanitaria e nella consapevolezza che in essa, rispetto all'impresa privata, il cuore della managerialità risiede essenzialmente nell'organizzazione della struttura.*

*Sulle dinamiche organizzative, infatti, si giocano la maggior parte delle aspettative di miglioramento dell'efficienza e della funzionalità del sistema.*

*L'Azienda può "fare la differenza" attraverso la trasformazione della propria organizzazione, opponendo: alla burocratizzazione la semplificazione; alla rigidità, la flessibilità; al dissolvimento delle responsabilità nella complessità della struttura, l'evidenziazione e la valorizzazione in positivo di esse.*

*E può avere successo soltanto ricercando il massimo di risultato dalle risorse a disposizione e particolarmente da quella professionale.*

*Ad evitare ulteriormente irrigidimenti della struttura, l'"Atto" è stato redatto in forma tale da rappresentare la filosofia di fondo dell'organizzazione dell'azienda, il modo in cui essa si propone di essere e si presenta all'esterno; principi e regole sono stati dosati con cura e distribuiti razionalmente fra lo stesso e i regolamenti che ad esso daranno attuazione.*

*L'atto aziendale contiene una prima parte, in forma di "preambolo", in cui sono esposti i fondamenti ispiratori dell'organizzazione, del proprio modo di essere e di operare nel sistema della sanità sia regionale che locale; una seconda parte organizzata in forma di articolato, in cui sono dettati principi e regole per le diverse aree di intervento.*

*L'atto aziendale della USL Lanciano-Vasto, dunque, è finalizzato a costruire un'azienda sanitaria ispirata a principi innovativi quali quelli di una maggiore governabilità, un più accentuato dinamismo e il massimo sviluppo delle professionalità.*

*Quanto alla struttura, l'"Atto" è particolarmente significativo: i capitoli relativi agli organi sono seguiti da quelli sulle regole relative: "le politiche sanitarie", "le politiche gestionali" e "le politiche organizzative". L'ordine di questi tre fattori esprime di per sé la scelta di fondo di far precedere ad ogni decisione gestionale e organizzativa la rilevazione e cura delle esigenze di salute perseguite tramite le politiche sanitarie.*

*E' evidente la volontà di rendere l'organizzazione funzionale alla gestione e di ispirare quest'ultima alla funzione dell'azienda secondo un processo al centro del quale si collocano gli obiettivi di prevenzione e cura [in ottemperanza con le novità introdotte dal nuovo Piano Sanitario Regionale 2008-2010 e della delibera di Giunta Regionale Abruzzo n. 1439 del 18.12.2006 "Indicazioni e criteri per la rideterminazione delle dotazioni organiche delle USL della Regione Abruzzo"](#) a cui ha fatto seguito con delibera D.G. n. 369 del 5 maggio 2008 la ["Rideterminazione della dotazione organica aziendale"](#)*

*Si tratta di un modo innovativo di qualificare l'organizzazione di un sistema, del tutto opposto al modello amministrativo tradizionale in cui era l'azione ad essere subordinata alle esigenze di funzionamento degli uffici.*

*Si è trattato di un lavoro particolarmente impegnativo; a nome di tutta la Direzione Aziendale esprimo un vivo ringraziamento agli operatori che hanno collaborato alla formulazione del documento.*

*Il Direttore Generale  
Michele Caporossi*

# **INDICE**

## **PREAMBOLO**

### **TITOLO I - GLI ORGANI AZIENDALI**

*Art. 1 - GLI ORGANI DELL'AZIENDA*

*Art. 2 - IL DIRETTORE GENERALE*

*Art. 3 - LE DELEGHE*

*Art. 4 - IL COLLEGIO SINDACALE*

### **TITOLO II - GLI ORGANI CONSULTIVI**

*Art. 5 - IL COLLEGIO DI DIREZIONE*

*Art. 6 - IL CONSIGLIO DEI SANITARI*

### **TITOLO III LE POLITICHE SANITARIE**

*Art. 7 - LA POLITICA PER LA SALUTE*

*Art. 8 - LA CENTRALITA' DEL CITTADINO [E IL SISTEMA DELLE RETI](#)*

*Art. 9 - LA CONTINUITA' [E LA COMPLESSITA' DELL'ASSISTENZA](#)*

*Art. 10 - IL GOVERNO CLINICO*

### **TITOLO IV - LE POLITICHE GESTIONALI**

*Art. 11 - PRINCIPI GENERALI DELLE POLITICHE GESTIONALI*

*Art. 12 - LA PROGRAMMAZIONE*

*Art. 13 - IL SISTEMA DEI CONTROLLI*

*Art. 14 - IL DECENTRAMENTO*

*Art. 15 - LA VALORIZZAZIONE DEGLI OPERATORI*

*Art. 16 - I COMPITI DELLA DIRIGENZA*

*Art. 17 - LA TIPOLOGIA DEGLI INCARICHI DIRIGENZIALI*

*Art. 18 - L' ATTRIBUZIONE DEGLI INCARICHI*

*Art. 19 - LA VALUTAZIONE DEL PERSONALE*

*Art. 20 - LE RELAZIONI SINDACALI*

*Art. 21 - L'INTERAZIONE CON L'UNIVERSITA'*

*Art. 22 - L'INTERAZIONE CON GLI ALTRI ATTORI DEL SISTEMA SANITA'*

*Art. 23 - LE PARI OPPORTUNITA'*

*Art. 24 - LA SICUREZZA AZIENDALE*

*Art. 25 - I PRINCIPI SULL'ATTIVITA' CONTRATTUALE*

*Art. 26 - LE INNOVAZIONI GESTIONALI*

*Art. 27 - LA GESTIONE DEL PATRIMONIO*

*Art. 28 - L'ATTIVITA' DELIBERATIVA*

## **TITOLO V - LE POLITICHE ORGANIZZATIVE**

*Art. 29 - PRINCIPI GENERALI DI ORGANIZZAZIONE*

*Art. 30 - LA DIREZIONE AZIENDALE*

*Art. 31 - IL DIRETTORE SANITARIO*

*Art. 32 - IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO*

*Art. 33 - L'AREA CENTRALE DEI SERVIZI – DIPARTIMENTI*

*Art. 34 - IL DIPARTIMENTO*

*Art. 35 - IL PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO*

*Art. 36 – AREE DISTRETTUALI*

*Art. 37 – L'INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA*

*Art. 38 - IL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE*

*Art. 39 – SALUTE MENTALE*

*Art. 40 – IL DIPARTIMENTO DEL FARMACO*

*Art. 41 - IL DIPARTIMENTO INFERMIERISTICO, TECNICO, RIABILITATIVO, OSTETRICO*

*Art. 42 - I PROGRAMMI AZIENDALI E INTERAZIENDALI*

*Art. 43 – IL GOVERNO DEL DOLORE EVITABILE – CURE PALLIATIVE*

*Art. 44 – LA CONFERENZA DEI SERVIZI*

*Art. 45 – CONFERENZA DEI SINDACI*

*Art. 46 – I REFERENTI DELLA COMUNICAZIONE*

*Art. 47 – IL COMITATO DELLA COMUNICAZIONE*

*Art. 48 – IL COMITATO ETICO*

*Art. 49 – IL MEDICO COMPETENTE – SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE*

*Art. 50 - REFERENTE AZIENDALE PER LA PROMOZIONE DEI PROGETTI DI RICERCA SCIENTIFICA (es art. 12 D.Lgd 502/92)*

*Art. 51 - CENTRO DI ASCOLTO PER CONTRASTARE E PREVENIRE IL “MOBBING”*

*Art. 52 - ORGANIZZAZIONE DELLE ATTIVITA' DI MEDICINA LEGALE*

*Art. 53 – SERVIZIO CENTRALIZZATO DI PSICOLOGIA*

*Art. 54 - LISTE DI ATTESA*

*Art. 55 - STOMIZZATI*

*Art. 56 – AUDIT CIVICO*

*Art. 57 – MEDICINA PENITENZIARIA*

*Art. 58 – SISTEMA ORIENTATO ALLA QUALITA'*

*Art. 59 – COMITATO PER LE PARI OPPORTUNITA'*

## **TITOLO VI - NORME TRANSITORIE E FINALI**

*Art. 60 I REGOLAMENTI DI ATTUAZIONE*

*Art.-61 NORMA TRANSITORIA*

*Art. 62 NORMA FINALE*

## PREAMBOLO

1. Con Legge di piano regionale n. 72 del 25-10- 1994 è stata costituita l’Azienda USL Lanciano-Vasto che ai sensi e per gli effetti dell’art. 3 comma 1 bis del D.LGS n. 502 del 1992 e ss. Modifiche ed integrazioni che ha personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale.

2- . La sede legale dell’Azienda USL Lanciano – Vasto è fissata in Lanciano con indirizzo Via Silvio Spaventa n. 37 .

3. Il logo aziendale è il seguente.



4. Il patrimonio dell’Azienda è costituito da tutti i beni mobili ed immobili ad essa appartenenti.

5. L’ambito territoriale dell’Azienda U.S.L. Lanciano – Vasto comprende 76 Comuni:

*Castelfrentano, Lanciano, Altino, Casoli, S.Eusanio del Sangro, Civitella M. Raimondo, Palombaro, Fara San Martino, Lama dei Peligni, Lettopalena, Palena, Taranta Peligna, Colledimacine, Gessopalena, Montenerodomo, Roccascalegna, Torricella Peligna, Archi Atesa, Paglieta, Perano, Tornareccio, Borrello, Civitaluparella, Fallo, Gamberale, Pizzoferrato, Quadri, Roio del Sangro, Rosello, Bomba, Colledimezzo, Montazzoli, Montebello sul Sangro, Monteferrante, Montelapiano, Pennadomo, Pietraferrazzana, Villa Santa Maria, Vasto, Monteodorisio, Celenza sul Trigno, Dogliola, Cupello, Fresagrandinaria, Lentella, San Salvo, Carpineto Sinello, Carunchio, Casalanguida, Furci, Gissi, Guilmi, Liscia, Palmoli, San Buono, Tufillo, Castiglione M. Marino, Castelguidone, Fraine, Roccaspinalveti, San Giovanni Lipioni, Schiavi d’Abruzzo, Torrebruna, Casalbordino, Pollutri, Scerni, Torino di Sangro, Villalfonsina, Frisa, Rocca San Giovanni, San Vito Chetino, Treglio, Fossacesia, Mozzagrogna, S. Maria Imbaro.*

6. L’Azienda è un ente senza scopo di lucro, la cui azione è ispirata a obiettivi di efficacia delle prestazioni, alla qualità dei servizi erogati e all’ efficiente utilizzo delle proprie risorse.

7. La missione dell’Azienda è quella di promuovere e tutelare la salute degli individui e della collettività nell’ambito delle indicazioni programmatiche nazionali e regionali, in coerenza con gli indirizzi della Conferenza dei Sindaci.

8. L’Azienda è aperta al confronto con le istanze sociali, attenta allo sviluppo della capacità di ascolto nei confronti dei propri utenti, alla valorizzazione di un ruolo attivo dei cittadini, alla promozione e valorizzazione del contributo dei professionisti in uno spirito di collaborazione.

9. L’Azienda promuove il decentramento della gestione allo scopo di incrementare il grado di integrazione e di raccordo dell’intero sistema, a sostegno delle interdipendenze professionali e operative che contraddistinguono i percorsi di assistenza. L’Azienda favorisce lo sviluppo di “corti circuiti” orizzontali, mettendo in relazione diretta i diversi ambiti organizzativi della struttura, per

realizzare le integrazioni necessarie ad assicurare la continuità assistenziale. A tale scopo adotta i sistemi e gli strumenti organizzativi in grado di assicurare la continuità assistenziale, quali: i dipartimenti, i programmi, l'équipe, i gruppi di lavoro, la formazione interdisciplinare, il budgeting.

10. L'Azienda valorizza le proprie risorse umane attraverso la formazione e la promozione della collaborazione fra professionisti anche al fine della individuazione di sempre più efficaci percorsi diagnostico terapeutici.

11. L'Azienda considera funzionale ed opportuna la partecipazione a forme organizzative che vedano coinvolte le Aziende Sanitarie della Regione dell'Abruzzo ed i diversi attori del "sistema sanità" e che siano finalizzate all'adozione di modalità operative capaci di assicurare il miglioramento del grado di integrazione, di coerenza, di efficacia, di qualità e di sostenibilità dei servizi offerti tramite l'assunzione di comportamenti comuni nel campo degli interventi di programmazione, di amministrazione e di produzione dei servizi.

12. L'Azienda può assumere la gestione di attività o servizi socio assistenziali su delega degli Enti Locali ed assicura le prestazioni ed i servizi contemplati da eventuali livelli aggiuntivi di assistenza specificatamente finanziati dai Comuni in coerenza con la programmazione nazionale e regionale.

13. L'Azienda ispira la propria azione ai valori del rispetto, della collaborazione, della trasparenza, della responsabilità, della qualità clinica, della sicurezza e dell'innovazione.

14. L'atto aziendale, così come di seguito strutturato, è concepito come risorsa che può orientare e sostenere le relazioni sociali, istituzionali e professionali che stanno alla base dell'azione organizzativa.

15. E' redatto secondo le linee guida di cui alle Delibere della Giunta Regionale d'Abruzzo nr. 1115 del 9 ottobre 2006 e n. 21 del 9 gennaio 2007, *delle novità introdotte dal nuovo Piano Sanitario Regionale 2008-2010 e della delibera di Giunta Regionale Abruzzo n. 1439 del 18.12.2006 "Indicazioni e criteri per la rideterminazione delle dotazioni organiche delle USL della Regione Abruzzo" a cui ha fatto seguito con delibera D.G. n. 369 del 5 maggio 2008 la "Rideterminazione della dotazione organica aziendale"*, nonché secondo la vigente normativa regionale e nazionale

16. Si fa presente che tutte le modifiche apportate al presente Atto, sono contraddistinte dal carattere in formato "CORSIVO" così da poter essere riconoscibili in maniera chiara ed immediata.

## TITOLO I - GLI ORGANI AZIENDALI

### Art. 1 - GLI ORGANI DELL'AZIENDA

1. Gli organi dell'Azienda sono il Direttore Generale ed il Collegio Sindacale.

### Art. 2 - IL DIRETTORE GENERALE

1. Il Direttore Generale rappresenta legalmente l'Azienda, ne assicura il perseguimento della missione avvalendosi dell'attività degli organi e delle strutture aziendali, ne garantisce il governo complessivo avvalendosi del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo.

2. Il Direttore Generale è responsabile della gestione complessiva dell'Azienda e ne assicura il regolare funzionamento.

3. Il Direttore Generale esercita direttamente tutte le funzioni non attribuite ad altri livelli direzionali o dirigenziali con disposizione di legge o di regolamento di organizzazione, ovvero non delegate ai sensi del successivo art. 3.

4. Il Direttore Generale esercita le predette funzioni, nei casi stabiliti dalla legge, attraverso l'adozione di provvedimenti amministrativi e con atti di diritto privato.

5. Gli atti di diritto privato sono retti dal principio di libertà delle forme, nei limiti previsti dal codice civile e dalle leggi speciali.

6. Il Direttore Generale, sulla base di opportune intese con la Conferenza dei Sindaci, assicura i rapporti tra questa e l'Azienda, assumendo le misure organizzative e gli atti necessari affinché la Conferenza possa svolgere la sua funzione di organismo di controllo e di indirizzo.

7. Nel caso di assenza o di impedimento del Direttore Generale le funzioni sono svolte su delega dello stesso dal Direttore Amministrativo o dal Direttore Sanitario e, in mancanza di delega, dal direttore più anziano di età.

### Art. 3 - LE DELEGHE

1. Il Direttore Generale, tenuto conto della ripartizione di competenze operata con il Regolamento di organizzazione, può delegare ulteriori compiti relativi all'adozione di atti al Direttore Amministrativo, al Direttore Sanitario e ai dirigenti di struttura anche limitatamente all'adozione di singoli atti. L'adozione di atti che impegnano l'azienda verso l'esterno, per l'attuazione degli obiettivi definiti dalla programmazione aziendale, **può essere delegata unicamente ai dirigenti di struttura complessa**, coerentemente con quanto disposto dall'art. 15 bis del d.lgs. 502/92.

2. Non sono comunque delegabili gli atti relativi all'emanazione dei regolamenti aziendali e gli altri atti per i quali la normativa nazionale e regionale dispone l'indelegabilità.

3. La delega è disposta dal Direttore Generale con apposito atto motivato e pubblicato nell'albo.
4. Il soggetto delegato ha la piena responsabilità degli atti compiuti in virtù della delega conferita. Non sono previste forme di controllo preventivo sugli atti delegati. Con il regolamento di organizzazione vengono individuate modalità di controllo successivo delle attività delegate.
5. L'esercizio delle funzioni delegate avviene:
  - nel rispetto della normativa vigente;
  - nel rispetto degli obiettivi generali dell'Azienda;
  - garantendo la trasparenza, la esaustività e la chiarezza espositiva della motivazione e della decisione;
  - nel rispetto della compatibilità finanziaria.
6. La revoca delle deleghe conferite ha luogo nelle stesse forme seguite per il loro conferimento.
7. In caso di inerzia del soggetto delegato, o negli altri casi in cui lo ritenga opportuno, il Direttore Generale può adottare direttamente l'atto delegato ovvero delegarne l'adozione ad altro incaricato previa comunicazione al delegato originario.
8. Il Direttore Generale nel rispetto dei principi generali dell'ordinamento può annullare o revocare i provvedimenti amministrativi illegittimi o inopportuni assunti dal delegato. Per gli atti di diritto privato invalidi o inopportuni il Direttore Generale provvede ai sensi di quanto stabilito dal codice civile.

#### **Art. 4 - IL COLLEGIO SINDACALE**

1. Il Collegio Sindacale esercita il controllo sulla regolarità amministrativa e contabile dell'Azienda. In particolare vigila sull'osservanza delle leggi, verifica la regolare tenuta della contabilità e la corrispondenza del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili, accerta almeno ogni trimestre la consistenza di cassa.
2. Il Collegio Sindacale è nominato dal Direttore Generale e dura in carica tre anni (art. 3 D. Leg.vo 502/92 e s.m.i).
3. Si applica in particolare la normativa regionale (Art. 27 della L.R. 146/1996 ai quali conferisce il diritto di accesso agli atti ed ai documenti dell'Azienda ed in tema di responsabilità, si applicano le disposizioni previste per gli iscritti nel Registro dei Revisori Contabili).
4. I componenti del Collegio sono scelti tra gli iscritti nel registro dei revisori contabili.

## TITOLO II – GLI ORGANI CONSULTIVI

### Art. 5 - IL COLLEGIO DI DIREZIONE

1. Il Collegio di Direzione costituisce il luogo della promozione, del confronto e del coordinamento delle strategie complessive del governo clinico. In particolare il Collegio di Direzione:

- supporta il Direttore Generale con attività propositive e consultive nel governo delle attività cliniche, nella programmazione e valutazione delle attività tecnico-sanitarie e delle attività ad alta integrazione sanitaria, nell'elaborazione dei piani di attività dell'azienda, nell'organizzazione e lo sviluppo dei servizi, nell'utilizzo delle risorse umane;
- concorre alla formulazione, su delega del Direttore Generale, dei piani annuali e pluriennali relativi ai fabbisogni formativi e d'aggiornamento aziendali;
- concorre alla predisposizione delle soluzioni organizzative per l'attuazione dell'attività libero-professionale intramuraria e alla valutazione dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi clinici.

2. Il Collegio di Direzione è presieduto dal Direttore Generale ed è composto da:

- Direttore Sanitario Aziendale;
- Direttore Amministrativo Aziendale;
- Direttori dei Dipartimenti;
- Un Direttore Medico dello *Stabilimento* Ospedaliero;
- Un Direttore di Area Distrettuale;
- Dal Direttore del Dipartimento delle Professioni Infermieristiche e Tecnico-Sanitarie; in assenza un Dirigente Infermieristico (L.251/2000);
- Un Dirigente dell' area SPTA in assenza dei relativi Dipartimenti;
- Un Medico Convenzionato per le Cure Primarie.

*3. L' attività del Collegio di Direzione è disciplinato da apposito Regolamento (atto deliberativo del D.G. n. 861 del 30.10.07) per la composizione ed il funzionamento del Collegio di Direzione nel quale è previsto che l'individuazione dei singoli componenti del Collegio e la costituzione del Collegio medesimo viene effettuata dal Direttore Generale, secondo le disposizioni normative e delle direttive regionali vigenti in materia.*

4. Al Collegio di Direzione possono essere invitati a partecipare, senza diritto di voto anche i dirigenti di singole strutture in relazione alla specificità degli argomenti da trattare.

5. All'atto dell'insediamento il Collegio di Direzione determina proprie modalità di lavoro al fine di garantirne efficacia e coerenza rispetto al proprio mandato.

6. Il Collegio di Direzione è convocato dal Direttore Generale con la frequenza e le modalità necessarie all'espletamento delle funzioni attribuite, e comunque almeno una volta per semestre.

### Art. 6 - IL CONSIGLIO DEI SANITARI

1. Il Consiglio dei Sanitari svolge le funzioni consultive in materia tecnica e sanitaria ad esso attribuite dalle leggi statali e regionali e dalle altre norme di organizzazione aziendale. I pareri del Consiglio dei Sanitari sono obbligatori e non vincolanti.

2. Il Consiglio dei Sanitari è presieduto dal Direttore Sanitario ed è composto con modalità elettive dalle professionalità di carattere sanitario dell'azienda.

3. Il Direttore Generale richiede il parere del Consiglio dei Sanitari sui principali atti di programmazione ed organizzazione dei servizi sanitari e sui principali investimenti e piani di assegnazione delle risorse ad essi relativi.

4. Il Consiglio dei Sanitari, tenendo conto in particolare dell'art.10 3, comma 12 del D. Leg.vo 502 e s.m.i, *e delle delibere di Giunta n. 21 del 9.01.07 e n. 301 del 28.03.2007*, è composto da :

- n. 6 Direttori Medici di Strutture Complesse (UOC);
- n. 6 Dirigenti Medici;
- n.1 Direttore Medico Area Distrettuale;
- n. 1 Dirigente Veterinario;
- n. 1 Dirigente Farmacista;
- n. 1 Dirigente Biologo;
- n. 1 Dirigente Chimico;
- n. 1 Dirigente Fisico;
- n. 1 Dirigente Psicologo;
- n. 3 Infermieri;
- n. 1 Ostetrica;
- n. 1 Tecnico di Radiologia;
- n. 1 Tecnico di Laboratorio;
- n.1 Fisioterapista;
- n. 1 Tecnico della Prevenzione;
- n. 1 Assistenza Sanitaria;
- n. 1 Assistente Sociale;
- n. 1 Dirigente Sociologo;
- n. 1 Medico di Medicina Generale;
- n. 1 Pediatra di Libera Scelta;
- n. 1 Specialista Ambulatoriale;

5. All'interno della componente medica (di 13 persone) almeno 6 dipendenti devono provenire dall'area ospedaliera.

6. Le modalità elettive del Consiglio dei Sanitari sono definite all'interno di separato Regolamento.

## **‘TITOLO III LE POLITICHE SANITARIE**

### **Art. 7 - LA POLITICA PER LA SALUTE**

1. L’Azienda contribuisce con i propri servizi e le proprie competenze specifiche alle politiche con le quali il sistema sanitario nazionale e regionale promuovono, tutelano e migliorano la salute dei cittadini.

2. *La logica da applicare è quella di un “sistema di garanzie per la salute” ovvero rendere conto dei risultati e delle risorse utilizzate a tutti i portatori di interesse del sistema assistenziale;*

3. A questo fine l’Azienda è orientata a :

- *promuovere il potenziamento dell’offerta dei servizi territoriali da realizzarsi attraverso il progressivo spostamento di risorse economico-finanziarie dal macrolivello ospedaliero e con la riorganizzazione dell’assetto distrettuale;*
- *promuovere la ridefinizione dell’offerta ospedaliera orientata all’appropriata e tecnologicamente avanzata assistenza al paziente acuto e alla garanzia delle situazioni di emergenza- urgenza;*
- *promuovere il potenziamento dei servizi e degli interventi di prevenzione individuale e collettiva;*
- *promuovere la valorizzazione dell’intero sistema delle cure primarie, anche attraverso la promozione delle forme evolute di associazionismo medico (Unità Territoriali di Assistenza Primaria (di seguito UTAP), ecc.);*
- *promuovere la sostenibilità economica del sistema a garanzia dei livelli essenziali di assistenza, attraverso una forte politica di responsabilizzazione dei generatori di spesa e una incisiva lotta agli sprechi.;*

4. L’Azienda sostiene, altresì, l’integrazione socio-sanitaria per rispondere a bisogni di salute che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale, in particolare ricercando accordi interistituzionali con gli Enti Locali.

5. L’Azienda promuove il coinvolgimento dei cittadini, delle istituzioni, del volontariato, dell’associazionismo, dei produttori profit e non profit, degli operatori sanitari, delle organizzazioni sociali e sindacali e degli organi di comunicazione nel perseguimento delle politiche di salute nel rispetto e nella valorizzazione delle responsabilità e delle competenze di ciascuno.

### **Art. 8 - LA CENTRALITA’ DEL CITTADINO *E IL SISTEMA DELLE RETI***

1. L’Azienda in conformità alla L.R n. 5 del 10.03.2008, persegue una politica per la salute orientata ai bisogni del cittadino e impegnata a promuoverne le conoscenze per consentirgli di interagire con il sistema sanitario e di partecipare attivamente, come singolo e come collettività, alle definizioni delle scelte che riguardano la salute. L’azienda persegue tali obiettivi mediante strategie di comunicazione tese all’informazione, all’educazione e alla partecipazione.

2. L’Azienda garantisce la tutela dei diritti degli utenti dei servizi sanitari e la pubblicizzazione degli obiettivi aziendali anche attraverso:

- la Carta dei servizi sanitari ;

- il Servizio URP, Ufficio Stampa e Comunicazione ;
- Audit civico (Strumento metodologico di analisi critica-sistematica-propositiva mirante ad instaurare un rapporto di collaborazione tra l'Azienda ed i Cittadini finalizzato a favorire il miglioramento della qualità dei servizi socio-sanitari-assistenziali).

*3. Per produrre in modo più efficace e più efficiente dando centralità ai bisogni "globali" dei pazienti, i cambiamenti della produzione devono necessariamente accompagnarsi ad una profonde innovazioni del sistema organizzativo e dei suoi meccanismi di funzionamento e **il sistema delle Reti** risponde all'esigenza di superare la frammentarietà dell'assistenza, fornendo:*

- *al cittadino maggiori garanzie di efficacia e di continuità per la gestione del suo problema di salute;*
- *al sistema garanzie ponderate di efficienza che evitino inutili sperperi di risorse;*
- *ai professionisti garanzie di sviluppo di "competenze distintive" appropriate e coerenti con le funzioni svolte.*

## **Art. 9 - LA CONTINUITA' *E LA COMPLESSITA' DELL'ASSISTENZA***

1. L'azienda in conformità alla L.R. n. 5 del 10.03.2008, persegue prioritariamente l'obiettivo della continuità dei percorsi di cura intesa come presa in carico globale dell'assistito e integrazione di tutti momenti del percorso.

2. A questo fine l'Azienda promuove l'integrazione tra:

- le attività del servizio di continuità assistenziale e la medicina generale,
- la medicina generale e l'assistenza domiciliare,
- i percorsi facilitati di accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale,
- le cure primarie e l'assistenza ospedaliera,
- le diverse attività erogate nell'ambito dell'assistenza ospedaliera.

3. L'Azienda garantisce e sviluppa la continuità dei percorsi di cura attraverso la rete integrata dei servizi delle Aree Distrettuali e della rete ospedaliera regionale, intesa come rete delle strutture pubbliche e delle strutture private accreditate.

4. L'Azienda promuove lo sviluppo di strumenti operativi e modalità assistenziali in grado di assicurare la continuità dei percorsi di cura sul territorio. A questo fine favorisce ogni forma di associazionismo tra i medici di medicina generale, Pediatri di libera scelta, in quanto in grado di garantire percorsi di cura autonomi e completi e di realizzare la continuità tra i momenti ordinari di assistenza ambulatoriale e domiciliare e quelli straordinari del servizio di continuità assistenziale.

5. La continuità dei percorsi di cura nel quadro dell'assistenza ospedaliera è realizzata attraverso l'organizzazione dipartimentale del presidio ospedaliero funzionalmente unificato e per il tramite dell'integrazione dei dipartimenti che lo compongono con le strutture territoriali. Attraverso l'organizzazione dipartimentale e la sua integrazione con le strutture territoriali l'azienda promuove processi di assistenza e cura finalizzata diminuire progressivamente la necessità dello spostamento dei pazienti fra le strutture.

*6. Si ritiene necessario passare a modelli in grado di riferirsi concretamente alla complessità dei bisogni espressi dai pazienti, fornendo le risposte più adeguate per competenza e investimento di risorse. E' possibile, quindi, individuare tre possibili insiemi di variabili secondo le quali effettuare*

*una lettura del grado di complessità assistenziale in cui classificare i pazienti dei diversi servizi (ospedalieri e residenziali):*

- *l'asse della stabilità/instabilità clinica;*
- *l'asse della comprensione/scelta adeguata o inadeguata;*
- *l'asse della possibilità/capacità di agire coerentemente e quindi della autonomia/dipendenza.*

*7. L'organizzazione va dunque impostata con modalità che rispondono al moderno approccio orientato al concetto delle "cure progressive" individuabili in aree di degenza e servizi con almeno quattro livelli di complessità:*

- a) a bassa complessità assistenziale;*
- b) a media complessità assistenziale;*
- c) ad alta complessità assistenziale;*
- d) di assistenza intensiva.*

## **Art. 10 - IL GOVERNO CLINICO**

1. L'Azienda adotta i principi e gli strumenti del governo clinico nella realizzazione di relazioni funzionali appropriate tra la componente clinico-assistenziale e quella organizzativo-gestionale, al fine di promuovere il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza e mantenere elevati livelli di servizio.

2. A sostegno del "governo clinico", l'Azienda adotta un sistema di monitoraggio dei processi e degli esiti dell'assistenza erogata e provvede ai correttivi necessari. A questo fine l'Azienda provvede in particolare a garantire :

- *l'approccio multi disciplinare alle attività assistenziali mediante lo sviluppo di linee guida, protocolli, procedure e percorsi diagnostico-terapeutici;*
- *la responsabilizzazione mediante verifica dell'attività clinica, dell'outcome e del risk management;*
- *la medicina basata sull'evidenza e [la valutazione delle tecnologie](#);*
- *un programma di miglioramento continuo della qualità mediante sistemi di certificazione, piani di formazione permanente e Audit.*
- *appropriazione dei percorsi diagnostici-terapeutici*
- *autorizzazione e accreditamento*

*Il Governo clinico utilizza strumenti della Medicina basata sull'evidenza, valutazione delle tecnologie, Audit clinici e gestione del rischio clinico, l'autorizzazione e l'accreditamento.*

3. Il governo clinico, in ordine alla gestione del rischio clinico *ha l'obiettivo della "promozione della cultura dell'imparare dall'errore".*

4. Nell'Azienda di Lanciano Vasto *è istituita l'U.O. Semplice U.G.R., articolazione organizzativa dell' U.O.C. di Gestione del Rischio Clinico in posizione di staff alla Direzione Generale.*

5. Sulla scorta del dettato della predetta delibera l'Azienda individuerà : un responsabile del rischio clinico, il Comitato Interdisciplinare Aziendale per la Gestione del Rischio Clinico, dei Referenti per la Gestione del Rischio Clinico in ogni unità operativa che produce prestazioni sanitarie, ed il Comitato di valutazione dei Sinistri (CVS).

## **TITOLO IV - LE POLITICHE GESTIONALI**

### **Art. 11 - PRINCIPI GENERALI DELLE POLITICHE GESTIONALI**

1. L'Azienda esercita la propria funzione di committenza nel rispetto dei seguenti principi:
  - accentramento partecipato della programmazione nel rispetto del Piano Sanitario Regionale e della coerenza tra la programmazione aziendale e la disponibilità di risorse finanziarie;
  - decentramento della gestione;
  - coinvolgimento di tutta l'organizzazione aziendale nella definizione degli obiettivi e delle attività da realizzare nel quadro della programmazione strategica aziendale;
  - sviluppo di un sistema decisionale e operativo centrato sulla diffusione delle informazioni e sulla condivisione delle scelte attraverso una forte integrazione verticale ed orizzontale;
  - precisa individuazione delle prestazioni necessarie ai propri residenti attraverso la negoziazione e stipula di accordi contrattuali con gli erogatori interni ed esterni;
  - sviluppo di sistemi di monitoraggio, controllo e verifica dei risultati dell'attività dei soggetti erogatori;
  - sviluppo delle risorse umane, delle professionalità tecnico-specialistiche, gestionali e organizzative;
  - sviluppo dell'interazione con l'Università degli Studi regionali e non e gli altri attori del "sistema sanità";
  - potenziamento dei livelli di sicurezza;
  - promozione e sviluppo di processi gestionali innovativi in ambito sanitario e tecnico amministrativo.

### **Art. 12 - LA PROGRAMMAZIONE**

1. L'Azienda adotta la programmazione come principale strumento di gestione.
2. L'Azienda formula i propri programmi nel rispetto degli indirizzi nazionali e regionali.
3. Gli strumenti della programmazione aziendale ai sensi della L.R. 146/96 e s.m.i. sono:
  - il Piano strategico Aziendale;
  - il Bilancio Pluriennale di Previsione;
  - il piano programmatico di esercizio, costituito da :
    - il budget
    - il bilancio economico preventivo annuale;
    - il piano annuale di organizzazione;
    - il piano annuale delle dinamiche complessive del personale.Integra gli strumenti di programmazione di cui sopra il programma delle attività territoriali ( art.3 quater D.Lgs. 502/92 e s.m.i.).
4. Attraverso la programmazione l'Azienda realizza l'integrazione operativa fra la Direzione Generale e le altre articolazioni organizzative nell'ottica della diretta responsabilizzazione dei professionisti e della partecipazione degli stessi alla qualificazione dell'offerta di servizi e al raggiungimento delle finalità istituzionali.

## **Art. 13 - IL SISTEMA DEI CONTROLLI**

1. L'Azienda adotta sistemi di verifica, valutazione e regolazione dei processi e dei risultati assistenziali e gestionali. L'Azienda individua le responsabilità, i risultati attesi, le azioni e le risorse necessarie ad ottenerli a tutti i livelli, garantendo ai responsabili di ciascuna struttura la conoscenza degli indicatori di efficacia e di efficienza adottati.

2. L'Azienda si dota di strumenti idonei a:

- valutare l'adeguatezza delle scelte di attuazione degli indirizzi, in termini di congruenza tra risultati conseguiti e obiettivi predefiniti;
- verificare l'efficacia, efficienza ed economicità delle strutture aziendali attraverso il confronto e la misurazione degli obiettivi, dei risultati e delle risorse impiegate;
- garantire la legittimità, regolarità e correttezza dell'azione amministrativa;
- valutare le prestazioni del personale con qualifica dirigenziale.

3. L'Azienda articola il proprio sistema di controlli interni nelle quattro funzioni di:

- ✓ controllo strategico;
- ✓ controllo di gestione;
- ✓ controllo di regolarità amministrativa e contabile;
- ✓ valutazione del personale.

4. I sistemi di controllo sono regolamentati con atti amministrativi separati nel rispetto del D. Leg.vo 286/99 e s.m.i.

## **Art. 14 - IL DECENTRAMENTO**

1. L'Azienda adotta modelli di decentramento gestionale, al fine di garantire l'efficacia la tempestività delle soluzioni individuate.

2. Attraverso il decentramento e il sistema di budgeting l'Azienda persegue l'obiettivo della conduzione partecipata e qualificata dei servizi promuovendo la condivisione dei valori e degli obiettivi aziendali.

3. L'Azienda promuove il decentramento attraverso la pianificazione, l'assegnazione di compiti, l'individuazione delle responsabilità e dei poteri decisionali, la delega, l'attribuzione e la verifica sistematica dei risultati e dei processi.

4. Il regolamento di organizzazione disciplina ed articola le competenze dei vari livelli direzionali e dirigenziali e la preposizione al relativo "ufficio" da parte del Direttore Generale corrisponde alla delega all'adozione degli atti ivi contemplati.

## **Art. 15 - LA VALORIZZAZIONE DEGLI OPERATORI**

1. L'Azienda valorizza le proprie risorse anche attraverso la formazione e il sistema premiante.

2. L'Azienda si ispira ai seguenti criteri:

- pianificazione della formazione e del sistema ECM anche nel quadro dello sviluppo del governo clinico;
- diversificazione e arricchimento dei ruoli professionali anche attraverso i processi di innovazione tecnologica ed organizzativa e di riqualificazione del personale;
- rientamento dei percorsi formativi allo sviluppo tecnico professionale delle competenze degli operatori sui processi piuttosto che sui singoli ruoli;
- adozione di un sistema premiante che tenga conto delle competenze e dell'impegno per acquisirle e mantenerle;
- adozione di un sistema di valutazione permanente.

## **Art. 16 - I COMPITI DELLA DIRIGENZA**

1. L'azienda adotta, come principi guida per l'attribuzione di un ruolo dirigenziale, quelli della responsabilità e della valutazione dei risultati.

2. L'elevata competenza professionale, tecnico-specialistica e gestionale-operativa, rappresenta la condizione di base per affidare responsabilità crescenti.

3. I dirigenti attuano gli obiettivi e programmi stabiliti dalla Direzione Aziendale e formulano proposte ai rispettivi superiori livelli direzionali.

4. Sono in generale di competenza dei dirigenti:

- la direzione, il coordinamento, l'organizzazione e la gestione delle articolazioni organizzative professionali o funzionali alle quali sono preposti;
- la predisposizione dei programmi di lavoro delle strutture di competenza, orientando l'azione al conseguimento degli obiettivi programmati attraverso l'uso razionale delle risorse;
- lo svolgimento di attività:
  - di elaborazione, consulenza, studio o ricerca;
  - di ispezione e controllo;
  - di natura tecnico-professionale;
- la responsabilizzazione del personale al raggiungimento dei risultati e l'adozione degli atti di gestione del personale che non comportino modifiche di posizione funzionale;
- la valutazione del personale;
- l'armonizzazione degli orari di servizio per il miglior soddisfacimento delle esigenze dell'utenza (all'interno di un contesto coordinato di livello aziendale);
- la verifica delle attività delle strutture organizzative cui sono preposti anche ai fini della valutazione dei risultati conseguiti;
- la partecipazione alle procedure informative, di verifica e controllo delle prestazioni e della gestione.

5. I Dirigenti svolgono tutte le altre funzioni attribuite loro in relazione alla struttura organizzativa diretta, compresa, per i dirigenti di struttura complessa, l'adozione di atti esterni nei limiti del sistema di deleghe sopra delineato.

## **Art. 17 LA TIPOLOGIA DEGLI INCARICHI DIRIGENZIALI**

1. L'Azienda, fatto salvo quanto previsto dalla L.R. n. 20/06 e tenuto conto delle indicazioni contenute nella Deliberazione GRA n. 18/C del 09.01.2007, individua le strutture esistenti nonché le strutture di nuova istituzione. Nell'attribuzione degli incarichi si terrà conto del piano di riordino della rete ospedaliera di cui alla L.R. 6 del 20 aprile 2007 *e delle prescrizioni del nuovo P.S.R. 2008/10.*

2. L'Azienda conferisce alla dirigenza appartenente al ruolo sanitario le seguenti tipologie di incarico:

incarichi di responsabilità di struttura, distinti in:

- incarichi di responsabilità di struttura complessa;
- incarichi di responsabilità di struttura semplice;
- incarichi di natura professionale ad elevata specializzazione di consulenza, di studio e ricerca, ispettivi, di verifica e controllo;
- incarichi di natura professionale.

3. Per struttura si intende l'articolazione organizzativa interna dell'azienda alla quale è attribuita la responsabilità di gestione di risorse umane, tecniche o finanziarie e che aggrega competenze professionali e risorse espressamente finalizzate all'assolvimento di definite funzioni di programmazione, di produzione di prestazioni e servizi sanitari e di amministrazione.

4. Le strutture, in base alla complessità si distinguono in:

- Strutture complesse;
- Strutture semplici;
- Strutture semplici dipartimentali.

5. La struttura complessa è quella che presenta un alto grado di complessità derivante dalla entità delle risorse assegnate e dal volume e qualità delle attività o prestazioni prodotte.

6. Le strutture semplici quali articolazioni interne delle Unità Operative Complesse, rappresentano una specifica linea di attività individuabile nell'ambito della struttura complessa di appartenenza.

7. La Struttura semplice dipartimentale è quella che svolge un'attività funzionale, individuabile nell'ambito del Dipartimento.

8. Gli incaricati di direzione di struttura semplice e complessa sono responsabili dell'efficace ed efficiente gestione delle risorse attribuite.

9. I Responsabili di struttura complessa assumono la denominazione di Direttore, mentre quelli di struttura semplice, assumono la denominazione di Responsabile.

10. Nel rispetto degli indirizzi del Dipartimento nel quale è inserita la struttura, gli incaricati della sua direzione adottano direttive rivolte a tutto il personale della struttura, nonché le decisioni necessarie al corretto espletamento del servizio e all'appropriatezza degli interventi con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative, attuati nella struttura loro affidata.

11. Per favorire l'integrazione tra le varie componenti professionali e disciplinari il Direttore Generale individua Incarichi di Programma intesi come complessi di attività che, attraverso idonee soluzioni organizzative, assicurano l'unitarietà della programmazione, della organizzazione e della

valutazione di processi organizzativi o di percorsi assistenziali, nonché l'integrazione delle attività assistenziali, didattiche e di ricerca.

12. Gli incarichi di programma sono assimilati, per la parte riferibile alla retribuzione di posizione, agli incarichi di responsabilità di struttura semplice, complessa a seconda della loro rilevanza.

13. Laddove il Direttore del programma, già direttore di struttura complessa, coordini due o più UU.OO. complesse o semplici avrà diritto all'indennità di coordinamento ex art.li 39 e 40 dei CCNL della Dirigenza Medica e PTA del 2000.

14. Gli incarichi di natura professionale possono essere conferiti a livello di singola unità operativa o per più unità operative concorrenti e a tal fine coordinate e integrate.

### **Art. 18 - L' ATTRIBUZIONE DEGLI INCARICHI**

1. L'affidamento degli incarichi ai dirigenti è preceduto dall'individuazione del profilo professionale richiesto dalla posizione da ricoprire. Nella definizione del profilo l'Azienda tiene comunque conto delle capacità necessarie a:

- ✓ programmare e gestire le risorse umane, economico-finanziarie, organizzative, tecnologiche per la realizzazione degli obiettivi della struttura assegnata;
- ✓ integrare la propria posizione e il servizio presidiato con il sistema aziendale, per garantire l'efficace funzionamento dell'unità organizzativa diretta e dell'intero sistema;
- ✓ realizzare dinamiche organizzative e di relazione con gli utenti basate su flussi trasparenti di informazioni, utili all'orientamento dei consumi, alla partecipazione collaborativa ed al consenso e in grado di garantire il rispetto dei diritti, dei bisogni, delle aspettative dei cittadini;
- ✓ affrontare e risolvere in modo positivo i problemi riscontrati, anche proponendo soluzioni innovative; operare in modo efficace nell'esercizio delle competenze tecnico specialistiche.

2. Nel conferimento degli incarichi relativi ai profili individuati si tiene comunque conto:

- ✓ dei risultati conseguiti e degli esiti delle valutazioni previste;
- ✓ della natura e delle caratteristiche dei programmi da realizzare;
- ✓ della professionalità richiesta e dell'area di appartenenza;
- ✓ delle attitudini e delle capacità del singolo dirigente, nonché dell'esperienza acquisita;
- ✓ del curriculum formativo e professionale.

3. Gli incarichi dirigenziali sono conferiti a tempo determinato in conformità e con le procedure previste dalle leggi vigenti e dalle norme della contrattazione collettiva nazionale e dal regolamento per l'affidamento degli incarichi.

4. Il regolamento per l'affidamento degli incarichi dirigenziali (già adottato con atto deliberativo n.761 del 15.11.2006 e modificato dalla delibera n. 268 del 25.03.2008) si ispira ai principi di trasparenza, concorrenzialità e pari opportunità.

5. La revoca dell'incarico affidato avviene con atto scritto e motivato a seguito dell'accertamento della sussistenza delle cause previste dalla legge e dalla contrattazione collettiva, nei modi previsti dal regolamento per l'affidamento degli incarichi e comunque nel rispetto dei principi del contraddittorio e della trasparenza.

6. La disciplina regolamentare per l'affidamento e la revoca degli incarichi dirigenziali è oggetto di concertazione con le rappresentanze sindacali aziendali.

#### **Art. 19 - LA VALUTAZIONE DEL PERSONALE**

1. L'Azienda adotta metodi di valutazione del personale basati sulla diretta conoscenza da parte del valutatore delle attività del valutato. Ogni operatore e professionista è valutato dal responsabile diretto e in relazione al raggiungimento dei risultati attesi e alle capacità professionali espresse.

2. L'Azienda, previa concertazione con le rappresentanze sindacali aziendali, ha adottato preventivamente i criteri generali che informano i sistemi di valutazione delle attività professionali, delle prestazioni e delle competenze organizzative del personale, nonché, per i dirigenti, dei relativi risultati di gestione.

3. La valutazione dei dirigenti è diretta alla verifica del livello di raggiungimento degli obiettivi assegnati e della professionalità espressa ed è caratteristica essenziale ed ordinaria del rapporto di lavoro dei dirigenti medesimi. La valutazione dei dirigenti è ispirata ai principi di trasparenza dei criteri e dei risultati, di informazione adeguata e di partecipazione del valutato, anche attraverso la comunicazione ed il contraddittorio, di diretta conoscenza dell'attività del dirigente da parte del soggetto che, in prima istanza effettua la proposta di valutazione. Sulla proposta di valutazione si pronuncia il valutatore di seconda istanza ai fini della verifica della coerenza e della correttezza metodologica della valutazione di prima istanza.

4. Gli organismi di valutazione secondo i principi stabiliti dalla legge e dalla contrattazione collettiva sono i Collegi Tecnici ed il Nucleo di Valutazione. In ordine alla composizione ed alle modalità di funzionamento si rinvia ad apposito atto amministrativo.

5. L'Azienda adotta una politica retributiva selettiva e differenziata, collegata ai risultati della valutazione per realizzare un sistema "premiante" equo ed in grado di fornire alla struttura elementi di valorizzazione anche economica delle responsabilità rivestite, dei risultati e dei comportamenti positivi.

6. A fronte di risultati mancati e di comportamenti operativi e professionali incongruenti rispetto a quelli definiti, l'Azienda adotta le misure previste dalla contrattazione collettiva.

#### **Art. 20 - LE RELAZIONI SINDACALI**

1. L'Atto Aziendale è concertato con le OO.SS. maggiormente rappresentative di interessi collettivi e pertanto deve individuare regole di partecipazione del Personale attraverso le loro rappresentanze, per affrontare i problemi organizzativi e migliorare l'offerta dei servizi e delle prestazioni in senso qualitativo e quantitativo.

2. L'Azienda si impegna ad un corretto rapporto con le organizzazioni sindacali, orientato all'obiettivo di armonizzare l'esigenza di incremento e mantenimento di una elevata efficacia ed efficienza dei servizi erogati con l'interesse al miglioramento delle condizioni di lavoro ed alla crescita professionale del personale dipendente e di quello convenzionato.

### 3. Le relazioni sindacali riguardano:

- a) La contrattazione collettiva integrativa si svolge sulle materie e con le modalità indicate nei contratti nazionali e decentrati delle due aree della dirigenza e dell'area del comparto;
- b) L'individuazione dei componenti della delegazione trattante di parte pubblica è di esclusiva competenza dell'amministrazione.
- c) La delegazione trattante di parte sindacale è composta dalle RSU e dai dirigenti accreditati dell'OO.SS. di categoria, firmatarie del CCNL che si sta applicando.
- d) Gli incontri tra le delegazioni trattanti hanno regolare e piena validità, quando gli organismi sindacali presenti, raggiungono il 50% + 1 di rappresentanza sindacale aziendale.
- e) L'informazione, nelle materie per le quali i contratti delle due aree dirigenziali e dell'area del Comparto prevede la CCI, la concertazione e la consultazione, l'informativa deve essere preventiva.
- f) La Concertazione è attivata, mediante richiesta scritta, sulle materie previste dai contratti collettivi nazionali e decentrati. e si svolge in appositi incontri, all'esito della procedura si redige verbale dal quale risultano le posizioni delle parti.
- g) La Consultazione della delegazione sindacale, prima dell'adozione di atti interni di organizzazione, è facoltativa; è obbligatoria in tutte le materie previste dai contratti nazionali e decentrati.

4. Nell'Azienda USL Lanciano-Vasto, in ottemperanza ai contratti ed a quanto riportato, sono stabilite le seguenti modalità operative che regolamentano gli incontri con le OO.SS. per la contrattazione, concertazione e consultazione:

- le convocazioni vengono fissate sempre con nota scritta, indirizzata a tutti i rappresentanti aziendali delle OO.SS. e delle R.S.U.; l'Azienda potrà avvalersi anche di strumenti quali la posta elettronica in caso di condivisione completa da parte delle OO.SS.
- per gli incontri proposti da una o più organizzazioni sindacali, l'Azienda si impegna a effettuare le convocazioni entro il termine di 15 giorni dalla richiesta;
- le convocazioni contengono la data, l'ora e il luogo dell'incontro nonché gli argomenti all'ordine del giorno. In corso di riunione potranno essere trattati argomenti non previsti ove le parti convengano;
- La verbalizzazione dell'incontro, da parte del funzionario preposto, è obbligatorio solo nel caso di contrattazione integrativa.

### **Art. 21 - L'INTERAZIONE CON L'UNIVERSITA'**

1. L'Azienda, nel rispetto delle prescrizioni della L.R. n. 5 del 10.03.2008, intende promuovere l'interazione con le Università regionali e non per la diffusione e piena valorizzazione delle competenze professionali disponibili in un rapporto sinergico e di integrazione multiprofessionale per garantire ai cittadini risposte sempre più qualificate ed integrate.

2. L'Azienda dà attuazione alla convenzione quadro tra Regione ed Università con gli strumenti e le modalità nella stessa previsti.

## **Art. 22 - L'INTERAZIONE CON GLI ALTRI ATTORI DEL SISTEMA SANITA'**

1. L'Azienda nell'ottica della verifica degli effetti sulla salute dell'inquinamento ambientale, può perseguire una integrazione strategica ed operativa con l'Agenzia Regionale per l'Ambiente (ARTA), cui compete il monitoraggio dei diversi fattori inquinanti.

2. L'Azienda può curare e potenziare le interazioni con tutti gli attori del "sistema sanità" (Istituto Zooprofilattico, INAIL, e ISPESL ) anche al fine dello sviluppo delle reti di sorveglianza epidemiologica funzionalmente integrate.

## **Art. 23 - LE PARI OPPORTUNITA'**

1. L'Azienda nell'esercizio delle sue funzioni istituzionali e nella attività gestionale attua le condizioni che assicurano le pari opportunità tra uomo e donna *attraverso la costituzione di un Comitato Aziendale per le pari opportunità.*

2. *Al Comitato sono attribuite le seguenti funzioni:*

1. *sensibilizzare l'ambiente di lavoro in ordine alle tematiche delle pari opportunità;*
  - *verificare lo stato di applicazione dell'Azienda USL della legislazione vigente in materia di pari opportunità;*
  - *formulare alla direzione generale piani di azioni positive a favore delle lavoratrici per valorizzare le capacità, per migliorare la qualità della vita nell'ambiente di lavoro e proporre misure atte a consentire la effettiva parità;*
  - *di favorire il riequilibrio nell'accesso al lavoro e alle posizioni funzionali;*
  - *azione di raccordo con le istituzioni del territorio per la promozione della salute*

3 *Il Comitato aziendale per le pari opportunità si compone di:*

- *un componente di nomina della Direzione Generale, con funzioni di presidente;*
- *un componente quale espressione delle OO.SS. più rappresentative del comparto a livello aziendale;*
- *un componente quale espressione delle OO.SS. più rappresentative della dirigenza medica e veterinaria, a livello aziendale;*
- *due componenti del mondo delle pari opportunità (una consigliera di parità provinciale o regionale e un componente della Commissione Pari Opportunità comunale, provinciale o regionale di riferimento)*

4. *In sede di prima applicazione, la Direzione Aziendale si occuperà di procedere alla individuazione dei singoli componenti del Comitato e alla costituzione dello stesso con apposito atto deliberativo.*

5. *Il Comitato aziendale per le Pari Opportunità adotterà un proprio regolamento nel rispetto delle presenti linee guida.*

## **Art. 24 - LA SICUREZZA AZIENDALE**

1. L'Azienda tutela la salute dei propri lavoratori attraverso l'attuazione di misure preventive collettive e individuali per la sicurezza nei luoghi di lavoro, con lo scopo di eliminare o ridurre al più basso livello possibile i rischi evidenziati.

2. L'Azienda promuove il coinvolgimento dei propri operatori nelle azioni per la sicurezza e la tutela della salute attraverso l'informazione e la formazione.

#### **Art. 25 - I PRINCIPI SULL'ATTIVITA' CONTRATTUALE**

1. Per l'acquisto di beni e servizi di importo contrattuale inferiore alla soglia prevista dalla legge per l'applicazione della disciplina comunitaria sugli appalti la struttura aziendale preposta agli acquisti, avvia opportune procedure di scelta dei contraenti nel rispetto dei principi di efficienza, efficacia, economicità, concorrenzialità, trasparenza e par condicio, speditezza della gestione ed imparzialità.

2. L'Azienda garantisce la più ampia partecipazione alle procedure selettive dei propri contraenti e garantisce ai portatori di interessi giuridicamente rilevanti il diritto di accesso ai documenti concernenti la propria attività negoziale di diritto privato.

#### **Art. 26 - LE INNOVAZIONI GESTIONALI**

1. Il D. Lgs. N.163/06 "Codice dei Contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture in attuazione delle direttive 2004/17/CE e 2004/187CE, ha, tra le varie, disciplinato l'acquisizione dei beni e servizi il cui valore sia inferiore a quello previsto dalla normativa comunitaria ed oggetto di contrattazione diretta, in sostituzione dell'art. 3 comma 1 ter del D.Lgs 50292 e s.m.i.

2. A tal fine, con atto deliberativo n. 202 del 25.02.08 si è ritenuto opportuno elevare l'importo massimo previsto per l'acquisizione di beni e servizi in economia fino a € 206.000.

3. La Direzione Aziendale al fine del conseguimento di più elevati gradi di efficienza ed efficacia delle attività aziendali promuove e sviluppa forme innovative di gestione in ambito sanitario e tecnico amministrativo, compreso il ricorso all'esterno per lo svolgimento di attività non strategiche e la collaborazione con soggetti privati nelle forme consentite dalla normativa in materia. In particolare la Direzione aziendale ricerca sinergie nei confronti di produttori privati accreditati di servizi che vanno considerati parte integrante della rete complessiva di uno stesso territorio.

4. In particolare l'Azienda adotta sistemi innovativi per l'attivazione di:

- ✓ procedure di acquisto comuni;
- ✓ adesioni alle convenzioni Consip;
- ✓ utilizzo di procedure automatizzate, quali il commercio elettronico.

5. L'Azienda fa propri i principi declinati dalla pianificazione regionale relativamente alla riorganizzazione delle funzioni tecnico-amministrative e all'avvio di forme di aggregazione sovra aziendali di servizi sanitari di supporto.

6. L'Azienda prevede la possibilità di sviluppo di forme associate di gestione con le altre Aziende Sanitarie Regionali, sulla base della vigente normativa nonché di unioni di acquisto secondo le previsioni del Piano di Risanamento adottato Delibera G.R.A. n. 224 del 13.03.2007 .

## **Art. 27 - LA GESTIONE DEL PATRIMONIO**

1. Il patrimonio dell'Azienda è costituito da tutti i beni materiali ed immateriali, mobili, mobili registrati ed immobili ad essa appartenenti, riportati nei rispettivi registri di consistenza alla data di adozione del presente atto, nonché da tutti i beni comunque acquisiti nell'esercizio delle proprie attività o a seguito di atti di liberalità e dai beni successivamente acquisiti secondo le modalità previste dalla vigente normativa.
2. L'Azienda dispone del proprio patrimonio secondo il regime della proprietà privata fermo restando che i beni 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.
3. L'Azienda riconosce la valenza strategica del patrimonio quale strumento di potenziamento e di qualificazione strutturale e tecnologica dell'offerta di servizio; adotta iniziative di investimento anche mediante processi di alienazione del patrimonio da reddito e di trasferimento di diritti reali, secondo la vigente normativa.

## **Art. 28 - L'ATTIVITA' DELIBERATIVA**

1. Il Direttore Generale adotta le deliberazioni previa acquisizione dei pareri obbligatori o di quelli che ritenga di dover acquisire. Nel caso in cui il Direttore Generale decida in difformità dai pareri ricevuti è tenuto a motivare la decisione assunta.
2. Il riepilogo delle deliberazioni del Direttore Generale, riportante gli estremi delle stesse, viene affisso all'albo pretorio dell'Azienda, dove rimane per 10 giorni consecutivi e continui non tenendo conto nel computo del giorno di affissione e prolungando il termine al giorno feriale seguente qualora la scadenza avvenga in giornata festiva. Copia delle deliberazioni viene trasmessa al Collegio Sindacale entro il termine di dieci giorni dalla adozione.
3. I dirigenti adottano decisioni denominate "determinazioni" nelle materie attribuite alla loro competenza dal regolamento di organizzazione e dagli atti di delega. Tutte le determinazioni sono soggette a pubblicazioni nei termini specificati al precedente punto 2.

## TITOLO V - LE POLITICHE ORGANIZZATIVE

### Art. 29 - PRINCIPI GENERALI DI ORGANIZZAZIONE

1. L'organizzazione aziendale è improntata alla distinzione fra funzioni di programmazione, indirizzo e controllo, da un lato, e funzioni gestione, dall'altro con chiara determinazione delle competenze e responsabilità della Direzione Generale, di quelle della Dirigenza e dei vari livelli operativi dell'Azienda, nella logica della responsabilizzazione e della massima valorizzazione di tutte le risorse professionali.

2. L'Azienda ispira la propria organizzazione al rispetto dei seguenti principi fondamentali:

- semplicità, intesa come aggregazione delle unità affini per contenuti, processi e risultati al fine di concentrare le responsabilità e di sviluppare i processi professionali ed operativi sia orizzontali che verticali;
- integrazione, quale raccordo sistematico tra le articolazioni aziendali caratterizzate da interdipendenza nello sviluppo dei processi di assistenza;
- decentramento, inteso come allocazione delle decisioni e delle conseguenti responsabilità nella sede più prossima a quella in cui si registrano in concreto le conseguenze della decisione stessa;
- chiarezza, quale precisa definizione delle finalità come condizione necessaria per una piena responsabilizzazione nel raggiungimento dei risultati;
- impersonalità, ovvero costruzione e gestione della struttura organizzativa in base ai bisogni di salute e ai processi operativi;
- orientamento al dinamismo, inteso come promozione e sviluppo della flessibilità, dell'innovatività, della creatività e della gestione del cambiamento organizzativo.

3. L'organizzazione aziendale si articola nei quattro macrolivelli o Dipartimenti :

- a) Territoriale;
- b) Ospedaliero;
- c) Prevenzione;
- d) Amministrativo o di Supporto .

Inoltre sono parte dell'organizzazione aziendale :

la **direzione aziendale** a cui compete l'esercizio delle funzioni strategiche, avendo lo scopo di garantire la promozione e la tutela della salute della popolazione, ottimizzando il rapporto tra risorse impiegate e risultati ottenuti;

l' **area centrale dei servizi** ( dipartimenti amministrativi strutturali e funzionali ) a cui spetta garantire le funzioni di supporto al processo produttivo;

le **Unità Operative** per la produzione ed erogazione di servizi e prestazioni assistenziali;

**i programmi** con il compito di assicurare i collegamenti all'interno delle macrostrutture, e tra le Unità Operative.

4. L'Azienda attraverso il Regolamento di organizzazione definisce le competenze e l'ambito di autonomia gestionale delle strutture organizzative che costituiscono l'area centrale dei servizi e che assicurano l'unitarietà degli indirizzi professionali ed amministrativi, il controllo direzionale, nonché l'erogazione dei servizi logistici e di supporto tecnico-amministrativo dell'attività sanitaria.

5. Le formule organizzative delle strutture aziendali sono a carattere Dipartimentale e articolate in:

- Unità Operative complesse;
- Unità Operative semplici a valenza dipartimentale;

- Unità Operative Semplici quale articolazione interna delle Strutture complesse.

6. Le Unità Operative complesse (che possono comprendere più strutture semplici), sono quelle strutture individuate dall'Azienda per l'attuazione dei processi organizzativi integrativi. Esse aggregano risorse professionali sanitarie, tecniche, amministrative, risorse tecnologiche e finanziarie ed assicurano l'organizzazione e la produzione delle attività sanitarie nel rispetto degli indirizzi aziendali.

7. Le Unità Operative semplici sono articolazioni interne di struttura complessa, di dipartimento e di distretto, dotate di responsabilità e di autonomia per la gestione di risorse umane, tecniche o finanziarie.

8. Eventuali altre forme organizzative possono essere realizzate, anche provvisoriamente, sulla base di specifiche esigenze (progetti, gruppi di lavoro, commissioni, programmi).

### **Art. 30 - LA DIREZIONE AZIENDALE**

1. Il Direttore Generale, il Direttore Sanitario ed il Direttore Amministrativo costituiscono la Direzione Aziendale.

2. La Direzione aziendale assolve alle funzioni istituzionali di pianificazione strategica, di indirizzo e di controllo direzionale ed opera come momento di coordinamento.

### **Art. 31 - IL DIRETTORE SANITARIO**

1. Il Direttore Sanitario contribuisce alla direzione strategica dell'Azienda per il raggiungimento degli obiettivi di salute partecipando ai processi di pianificazione strategica e di pianificazione annuale, nonché alla funzione di committenza.

2. Il Direttore Sanitario dirige i servizi sanitari ai fini organizzativi ed igienico-sanitarie in particolare:

- ✓ è preposto al governo clinico dell'Azienda; è responsabile del percorso assistenziale nei limiti di quanto previsto dalla normativa vigente, nonché della qualità, della efficienza tecnica e operativa della produzione di prestazioni, della distribuzione dei servizi orientati al singolo o alla collettività;
- ✓ concorre al governo aziendale con particolare riferimento alle tematiche dell'appropriatezza della prestazione assistenziale, dell'integrazione organizzativa del sistema informativo, della valutazione, della sperimentazione, della formazione, della progettazione di strutture sanitarie e dell'aggiornamento delle tecnologie;
- ✓ collabora con il Direttore Amministrativo ed i Direttori delle aree territoriali alla elaborazione del Programma delle Attività Territoriali in aderenza agli indirizzi espressi dal Direttore Generale;
- ✓ formula proposte al Direttore Generale per le materie di competenza, ai fini della elaborazione dei Piani pluriennali, dei programmi annuali e dei progetti di attività, nonché per la nomina dei responsabili delle unità operative professionali e funzionali di rilevanza sanitaria;

- ✓ presiede il Consiglio dei Sanitari e sino alla costituzione del Dipartimento dell'assistenza territoriale, il Collegio dei Direttori di Distretto di cui al successivo art. 36 commi 22 e 23;
- ✓ sovrintende all'attività dei Dipartimenti e delle Aree funzionali sanitarie di livello aziendale;
- ✓ svolge ogni altra funzione, ivi compresa l'adozione di atti a rilevanza esterna, attribuitigli dalla legislazione vigente, dai regolamenti aziendali attuativi o delegategli dal Direttore Generale nelle forme previste;
- ✓ fornisce parere obbligatorio al Direttore Generale sugli atti relativi alle materie di competenza.

3. Il Direttore Sanitario, per l'esercizio delle proprie funzioni, si avvale del supporto organizzativo ed operativo di strutture aziendali.

### **Art. 32 - IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO**

1. Il Direttore Amministrativo contribuisce alla direzione strategica dell'Azienda finalizzata al raggiungimento degli obiettivi di salute partecipando ai processi di pianificazione strategica e di pianificazione annuale.

2. Il Direttore Amministrativo dirige i servizi amministrativi e in particolare:

- ✓ è preposto al governo dell'organizzazione aziendale, cura lo sviluppo dei servizi informativi e la rappresentazione economica e finanziaria dell'attività;
- ✓ è responsabile della qualità delle procedure organizzative di natura amministrativa e logistica;
- ✓ vigila sulla legittimità dell'attività amministrativa dell'azienda;
- ✓ concorre al governo aziendale secondo le modalità proprie dell'indirizzo/controllo, con particolare riferimento agli aspetti giuridico-amministrativi ed economico-finanziari, sviluppandone le competenze mediante la costante ricerca della qualità dei processi e della innovazione dei sistemi di gestione, allo scopo di perseguire i migliori risultati in termini di efficienza e appropriatezza organizzativa nell'uso delle risorse;
- ✓ formula proposte al Direttore Generale per le materie di competenza, ai fini della elaborazione dei piani pluriennali, dei programmi annuali e dei progetti di attività, nonché per la nomina dei responsabili delle unità operative professionali e funzionali di rilevanza amministrativa o tecnica o professionale;
- ✓ sovrintende all'attività delle strutture organizzative professionali e funzionali di rilevanza amministrativa o tecnica;
- ✓ fornisce parere al Direttore Generale sugli atti relativi alle materie di competenza;
- ✓ svolge ogni altra funzione, ivi compresa l'adozione di atti a rilevanza esterna, attribuitagli dalla legislazione vigente, dal presente atto, dai regolamenti aziendali attuativi ovvero delegatagli dal Direttore Generale.

3. In caso di assenza o impedimento il Direttore Amministrativo viene sostituito, per le funzioni di ordinaria amministrazione, da uno dei Direttori di Dipartimenti da lui delegato. La sostituzione non può riguardare, in ogni caso, l'espressione di previsti pareri sugli atti adottati dal Direttore Generale.

*In caso di assenza o impedimento il Direttore Sanitario viene sostituito, per le funzioni di ordinaria amministrazione, da uno dei direttori (ruolo sanitario) di struttura complessa da lui delegato. La soluzione non può riguardare, in ogni caso, l'espressione di previsti pareri sugli atti adottati dal D.G.*

### **Art. 33 - L'AREA CENTRALE DEI SERVIZI - DIPARTIMENTI -**

1. L'area centrale dei servizi assicura il collegamento fra la Direzione Aziendale e il livello gestionale (Dipartimenti Strutturali, Funzionali e Programmi ).

2. Le Direzioni che compongono l'area centrale dei servizi sono strutturate come:

- **Direzioni di Staff** quando l'attività assegnata consista in prestazioni di progettazione, studio e ricerca, supporto alle decisioni della Direzione Aziendale, governo del processo di programmazione e controllo, relazioni con l'utenza e le istituzioni, sviluppo organizzativo, qualità e rischio clinico;
- **Direzioni di Line** quando l'attività assegnata richieda lo svolgimento di prestazioni gestionali a supporto, ricompresi in processi per attività assistenziali o per il governo delle risorse umane e materiali. Le direzioni si qualificano di Line sanitaria, amministrativa o aziendale a seconda del tipo di attività gestionale che richiedono.

3. Alle Direzioni di Line sanitaria ed amministrativa sono preposti rispettivamente dirigenti sanitari o amministrativi; a quelle aziendali possono essere preposti dirigenti dei ruoli professionale, tecnico, amministrativo e sanitario nei modi e con i criteri previsti dalla legge, dal contratto e dal regolamento per il conferimento di incarichi di direzione di struttura complessa nell'area della dirigenza professionale, tecnica, amministrativa e sanitaria.

4. Le Direzioni di Staff possono essere attribuite a Dirigenti dei ruoli sanitario, professionale, tecnico ed amministrativo. L'incarico è conferito (fatte salve le procedure per il conferimento della struttura complessa in ambito sanitario medico) con scelta motivata del Direttore Generale, in applicazione del Regolamento per il Conferimento degli incarichi varato dall'Azienda d'intesa con le OO.SS.

5. I Dipartimenti Amministrativi (strutturali) assicurano il corretto svolgimento delle funzioni di supporto amministrativo e logistico; ad esso è affiancato, garantendo il coordinamento e l'integrazione delle strutture operative collocate in posizione di staff, il Dipartimento (funzionale) degli Uffici di staff. Completa il quadro il Dipartimento (funzionale) di Coordinamento delle Funzioni Amministrative di supporto dell'area territoriale.

### **Art. 34 - IL DIPARTIMENTO**

1. L' Azienda prevede lo sviluppo della forma dipartimentale secondo tre tipologie di modelli e due tipologie di Programmi:

- ✓ Dipartimento strutturale
- ✓ Dipartimento funzionale (o di coordinamento tecnico)
- ✓ Dipartimento transmurale;
- ✓ Programmi aziendali aventi valenza dipartimentale;
- ✓ Programmi interaziendali aventi valenza dipartimentale;

2. Il *Dipartimento strutturale* costituisce il modello ordinario di gestione operativa dell'Azienda, al fine di assicurare l'esercizio integrato delle attività assistenziali, di diagnosi, cura e riabilitazione e delle attività di prevenzione e tutela della salute della collettività.

3. I *Dipartimenti funzionali* sono caratterizzati da una aggregazione di specifiche aree, finalizzata al raggiungimento di specifici obiettivi o all'assicurazione ottimale della continuità diagnostica e

terapeutica agli utenti. Una medesima struttura, complessa o semplice, può far parte di più dipartimenti funzionali.

4. I *Dipartimenti transmurali*, abbracciano attività estese all'ospedale ed al territorio e sono finalizzati a principi di efficienza e di efficacia.

5. Ciascun Dipartimento è formato da non meno di tre unità operative complessa omogenee, affini o complementari che perseguono comuni finalità e sono tra loro interdipendenti. Tali strutture sono raggruppate in base all'affinità del loro sistema tecnico di riferimento o della loro interdipendenza nell'assistenza da erogare a definiti target. Inoltre, una medesima struttura complessa o semplice a valenza dipartimentale, può far parte funzionalmente anche di più dipartimenti sulla base di motivate necessità.

6. I Dipartimenti Aziendali costituiti sono:

#### DIPARTIMENTI OBBLIGATORI EX LEGE

- DEA (Dipartimento di Emergenza ed Accettazione)
- Dipartimento di Salute Mentale
- Dipartimento Materno Infantile
- Dipartimento di Prevenzione
- Dipartimento Immuno Trasfusionale (su base Provinciale)

#### DIPARTIMENTI FACOLTATIVI EX LEGE COSTITUITI DALLA ASL LANCIANO VASTO

- DAR (Dipartimento di Anestesia e Rianimazione ed Emergenza intra-ospedaliera)
- *Dipartimento di Riabilitazione e Lungodegenza*
- *Dipartimento Amm.vo strutturale*
- *Dipartimento Funzionale di coordinamento delle attività di Staff (amm.vo)*
- *Dipartimento Funzionale amm.vo territoriale*
- *Dipartimento Amm.vo strutturale della Logistica e degli Approvvigionamenti*
- *Dipartimento delle Chirurgie generali*
- *Dipartimento delle Chirurgie specialistiche*
- *Dipartimento dell' Area medica*
- *Dipartimento Oncologico*
- *Dipartimento delle Malattie Endocrine, Metaboliche e del ricambio, dell'apparato gastroenterico e delle procedure Diagnostiche e interventive endoscopiche*

#### DIPARTIMENTI STRUTTURALI

- 1) Dipartimento Amministrativo strutturale
- 2) Dipartimento Amministrativo della Logistica e degli Approvvigionamenti
- 3) Dipartimento Trasfusionale a valenza provinciale come previsto dalla legge
- 4) Dipartimento dell'Assistenza Ospedaliera
- 5) Dipartimento di Prevenzione
- 6) Dipartimento Emergenza e Accettazione
- 7) Dipartimento Materno-Infantile
- 8) Dipartimento del Farmaco
- 9) Dipartimento delle Dipendenze
- 10) Dipartimento della Salute Mentale
- 11) Dipartimento delle Professioni Infermieristiche Tecnico Sanitarie e Riabilitative
- 12) Dipartimento delle Chirurgie Generali
- 13) Dipartimento delle Chirurgie Specialistiche
- 14) Dipartimento Area Medica

- 15) Dipartimento di Riabilitazione e Lungodegenza
- 16) Dipartimento di Patologia Clinica
- 17) Dipartimento di Anestesia e Rianimazione
- 18) Dipartimento Oncologico
- 19) Dipartimento Malattie Endocrine Metaboliche e del ricambio, dell'apparato Gastroenterico
- 20) Dipartimento delle Neuroscienze
- 21) Dipartimento Malattie Organi del Senso
- 22) *Dipartimento Diagnostica per Immagini*

#### DIPARTIMENTI FUNZIONALI

- 1) Dipartimento funzionale di coordinamento delle attività di staff (amministrativo)
- 2) Dipartimento funzionale dell'integrazione e del coordinamento territoriale (amministrativo)
- 3) Dipartimento dell'Assistenza Territoriale

#### DIPARTIMENTI TRANSMURALI

- a) Dipartimento Materno-Infantile;
- b) Dipartimento di Salute Mentale;
- c) Dipartimento del Farmaco;
- d) Dipartimento Emergenza e Accettazione;
- e) D.I.T.R.O.
- f) *Dipartimento Diagnostico per Immagini*

7. L'Azienda eccezionalmente, e per comprovata necessità, ha stabilito di istituire i seguenti dipartimenti composti da meno di tre unità operative complesse :

- a) Dipartimento delle Dipendenze;
- b) Dipartimento funzionale di coordinamento delle funzioni di staff;
- c) Dipartimento dell'Assistenza Ospedaliera;
- d) D.I.T.R.O.

8. Per le strutture complesse e semplici (dipartimentali e non) si rinvia all'allegato del presente Atto.

9. Il Dipartimento sovrintende e coordina l'attività delle strutture che lo compongono, queste ultime mantengono la propria autonomia e responsabilità in ordine allo svolgimento delle funzioni attribuite.

10. Il Dipartimento:

- promuove lo sviluppo del governo clinico ad ogni livello organizzativo e professionale attraverso un ampio coinvolgimento e un'esplicita responsabilizzazione degli operatori nell'assumere il perseguimento di una buona qualità dell'assistenza;
- assicura la produzione di prestazioni e servizi centrati sul bisogno della persona o della collettività e caratterizzati da elevati livelli di appropriatezza, di efficacia e di qualità tecnica;
- cura l'organizzazione e la gestione efficiente delle risorse assegnate in sede di negoziazione budgetaria;
- promuove il mantenimento e lo sviluppo delle conoscenze e delle competenze tecniche e professionali che operano nell'ambito del Dipartimento anche attraverso la predisposizione dei programmi di formazione/aggiornamento e di ricerca;
- garantisce la partecipazione dei professionisti al processo decisionale relativo alle scelte strategiche, organizzative e gestionali, finalizzata al miglioramento della qualità dei servizi e del rendimento delle risorse disponibili;

- garantisce, nel rispetto dei principi di efficacia, efficienza ed equità, la gestione globale del caso clinico e degli aspetti socio - sanitari allo stesso correlati, nonché nel caso del Dipartimento di Prevenzione la gestione integrata di tutti gli aspetti connessi con la salute pubblica attraverso la definizione e l'applicazione di linee guida, il coordinamento e l'integrazione tra le diverse fasi assistenziali o i diversi processi che sottendono gli interventi di sanità pubblica ed i diversi professionisti.
- garantisce la gestione integrata delle risorse umane e tecnologiche per raggiungere il miglior servizio al costo di produzione più contenuto.

11. Il Dipartimento è struttura gestionale per lo svolgimento di funzioni complesse e assume la valenza di soggetto negoziale nei rapporti con la Direzione Aziendale e con gli altri Dipartimenti.

12. I Dipartimenti strutturali, costituiti al loro interno da strutture organizzative complesse e/o semplici, sono caratterizzati da strutture organizzative proprie con caratteristiche di stabilità e sono chiamati a svolgere attività di produzione.

13. Il Dipartimento strutturale è dotato di autonomia di gestione e, nell'ambito delle risorse assegnate, è organizzato in Centri di Responsabilità.

14. Sono organi del Dipartimento

- Il Direttore di Dipartimento;
- Il Comitato di Dipartimento.

15. Il Direttore di Dipartimento è responsabile della programmazione dell'attività del Dipartimento e della gestione delle risorse assegnate per il raggiungimento degli obiettivi definiti dagli strumenti della programmazione aziendale; spetta, pertanto, al Direttore di Dipartimento la funzione di qualificazione della risposta assistenziale.

16. Il Direttore del Dipartimento assicura l'utilizzazione delle strutture e lo svolgimento delle relative attività; assume responsabilità di tipo gestionale nei confronti del Direttore Generale in ordine alla razionale e corretta programmazione e gestione delle risorse assegnate per la realizzazione degli obiettivi attribuiti. Il Direttore di Dipartimento garantisce il corretto utilizzo dei metodi e degli strumenti del governo clinico per quanto attiene alla assistenza, nonché quelli della prevenzione basata sulle evidenze nel caso degli interventi sulla collettività erogati dal Dipartimento di Prevenzione.

17. Il Direttore di Dipartimento predispone annualmente il piano delle attività e dell'utilizzazione delle risorse disponibili, negoziato con la direzione generale nell'ambito della programmazione aziendale.

18. La programmazione delle attività dipartimentali, la loro realizzazione e le funzioni di monitoraggio e di verifica sono assicurate con la partecipazione attiva degli altri dirigenti e degli operatori assegnati al Dipartimento.

19. Il Direttore del Dipartimento è nominato dal Direttore Generale, che lo sceglie tra i Direttori delle strutture complesse che costituiscono il Dipartimento, sulla base di una terna proposta dal Comitato di Dipartimento mediante sistema elettivo, secondo quanto disposto dalla Deliberazione Regionale n. 1115/ 2006 per i Dipartimenti Ospedalieri e di Prevenzione.

20. Al fine di assicurare l'ottimizzazione delle risorse disponibili e la continuità del percorso assistenziale nonché per garantire l'omogeneità delle procedure operative e l'integrazione tra le prestazioni erogate in regimi diversi, possono essere costituiti appositi *dipartimenti funzionali* (o di

coordinamento tecnico) cui è preposto un Coordinatore nominato dal Direttore Generale che assume la denominazione di Direttore del Dipartimento Funzionale.

21. Con Regolamento aziendale è disciplinata l'attività dipartimentale.

## **Art. 35 - IL PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO**

*1. Il sistema ospedaliero aziendale prevede la presenza di un **unico Presidio** che ha la responsabilità organizzativa, unitamente ai dipartimenti, di orientare e regolare la mappa dell'assistenza ospedaliera in modo coerente con la domanda di salute e in compatibilità con le risorse disponibili.*

*2. L' accorpamento degli Stabilimenti Ospedalieri in un Presidio Ospedaliero unico ha finalità funzionali in conformità del comma 9 dell'art. 4 del D. Lgs 502/92 e s.m.i.;*

3. Il Presidio Ospedaliero eroga assistenza sanitaria in regime di ricovero, di day hospital, di day surgery ed ambulatoriale, è articolato in cinque Stabilimenti Ospedalieri (Lanciano- Atessa- Casoli-Vasto-Gissi).

*4. La responsabilità della gestione complessiva del **Presidio Ospedaliero Unico**, quale struttura avente valenza aziendale, è affidata dal Direttore Generale ad un Direttore Medico di Presidio*

5 La funzione di produzione del Presidio è affidata ai Dipartimenti Ospedalieri ed alle rispettive articolazioni interne.

*6. All'interno della logica dei percorsi assistenziali prevista dalla normativa regionale, si colloca il sistema delle reti cliniche che prevede il coinvolgimento del territorio con l'obiettivo di superare la frammentazione dell'assistenza . Sono previste:*

- *Rete Emergenza-Urgenza*

*Il Sistema di Urgenza-Emergenza, in base alla normativa nazionale e regionale vigente, è composto da due settori tra loro strettamente correlati: il Servizio di Emergenza Territoriale "118", nelle sue articolazioni, e la Rete Ospedaliera costituita dalle UU.OO. di Medicina e Chirurgia di Accettazione e Urgenza, che vanno a realizzare il D.E.A. a valenza Aziendale.*

*Il D.E.A., ha valenza aziendale, prevede al suo interno tutte le UU.OO. di Pronto Soccorso presenti nell'ambito aziendale, nonché il Sistema di Emergenza Territoriale "118" competente per territorio.*

***Le UU.OO. di Medicina e Chirurgia di Accettazione e Urgenza (ex Pronto Soccorso) sono strutture complesse presenti negli Stabilimenti di Lanciano, Atessa e Vasto, prevedono organico autonomo e sono da intendersi assimilate alle strutture di terapia sub-intensiva. L'U.O. di medicina e chirurgia di accettazione ed urgenza, parte sostanziale del DEA, ha quindi nel suo contesto le attività di Pronto Soccorso, Osservazione Breve (O.B.).***

*E' prevista l'istituzione dei Punti di Primo Intervento quali U.O.S. di Pronto Soccorso presso gli Stabilimenti Ospedalieri di Casoli e Gissi.*

*Presso la nostra Azienda, il Sistema di Emergenza Territoriale 118 (Unità operativa semplice a valenza aziendale), prevede le Unità Operative (Ambulanza con autista, infermiere professionale e medico) ubicate nei cinque Stabilimenti ospedalieri.*

- *Rete Cardiologia per l'infarto del miocardio acuto (IMA) e per lo scompenso cardiaco.*
- *Rete Neurologica per lo Stroke*

- *Rete Oncologica*
- *Rete Ematologia*
- *E' previsto il Dipartimento Trasfusionale a valenza Provinciale da istituire con un Protocollo d'intesa con la Azienda Sanitaria di Chieti. Con DGR del 29 novembre 2007 n. 1195 e s.m.i. recante "Piano di riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private accreditate eroganti prestazioni specialistiche di diagnostica di laboratorio della Regione Abruzzo, ai sensi dell'Art.1 comma 796 lettera O) della L. 296/2006", all'allegato B – Riprogettazione, è stato previsto che nella provincia di Chieti il coordinamento del Dipartimento Interaziendale di Medicina Trasfusionale sia affidato al Centro Trasfusionale della ASL di Lanciano-Vasto.*
- *Rete Nefrodialitica*
- *Rete Diabetologica*
- *Rete Pneumologica*
- *Rete delle Malattie rare*
- *Rete dei Trapianti*
- *Rete della Medicina di Laboratorio*
- *Rete di Anatomia Patologica*
- *Rete della Diagnostica per Immagini*
- *Rete della diagnostica e della terapia della Medicina Nucleare in vivo e in vitro*
- *Rete di Immunoematologia e medicina trasfusionale*
- *Rete regionale per le patologie nutrizionali emergenti (disturbi del comportamento alimentare, obesità e malattie metaboliche)*
- *Rete per la diagnosi e terapia dei disturbi dell'accrescimento, dello sviluppo puberale e del disagio in epoca adolescenziale*

### **Art. 36 - AREA DISTRETTUALE**

1. L'Area distrettuale è l'articolazione territoriale ed organizzativa dell'Azienda per le attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione rivolta alla persona, alla cura ed alla riabilitazione, tramite la gestione integrata delle risorse aziendali. L'Area distrettuale esercita i compiti previsti dalla Delibera Regionale 1115/2006 .

2. L'Area Distrettuale gestisce, altresì, le attività e i Servizi socio-assistenziali delegati dagli Enti Locali ai sensi dell'art. 3 comma 3 del D.Lgs 502/92 e s.m.i. e di quanto stabilito dal "Piano Sociale Regionale" 2008/2010 approvato dal Consiglio Regionale, *L.R. 5/08*, in un contesto improntato alla integrazione operativa con gli interventi sanitari, sulla base dei criteri e delle modalità definiti dalla Giunta Regionale con proprio provvedimento, in sede di attuazione dell'Atto di Indirizzo e Coordinamento previsto dal 3° comma dell' art. 3 septies.

3. L'ambito territoriale è stabilito con le modalità previste dalla Delibera Regionale 1115/2006 L'area distrettuale è l'ambito territoriale per la *programmazione* e la gestione in forma integrata delle attività socio-assistenziali e sanitarie *che renda possibile:*

- *la presa in carico globale e continuativa del cittadino- paziente;*
- *il monitoraggio del bisogno;*
- *il governo della domanda.*

4. Area distrettuale si configura quale articolazione a più elevata complessità dell'Azienda e può ricomprendere strutture complesse, semplici e/o programmi equiparati alle medesime e riferimento essenziale di strutture complesse ospedaliere nell'ambito dell'integrazione ospedale-territorio.

5. *L' Area Distrettuale deve garantire l'erogazione dei LEA , afferenti al Macrolivello del Territorio ad eccezione delle prestazioni proprie del Dipartimento di Salute Mentale e del Dipartimento delle Dipendenze.*

*Si articola nelle seguenti aree di produzione omogenee:*

- **Assistenza Primaria** cui afferiscono le attività di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Specialistica Ambulatoriale, Farmaceutica e Integrativa, Protesica, Assistenza Termale, Assistenza a persone affette da HIV, Prevenzione Individuale, Continuità Assistenziale, Guardia Turistica.

*Una soluzione organizzativa è l'Unità Territoriale di Assistenza Primaria (UTAP) nel quale operano MMG, PLS, MCA e specialisti di altre professioni sanitarie e personale amministrativo che opera in rete con tutti i servizi e le strutture presenti sul territorio, perseguendo l'integrazione tra le diverse figure professionali sanitarie e sociali al fine di garantire la presa in carico e i percorsi diagnostico-terapeutico assistenziali, promuovere e favorire l'appropriatezza delle cure a vantaggio dei cittadini.*

- **Assistenza Intermedia** che eroga attività di assistenza Residenziale e Domiciliare.

*La rete delle cure domiciliari deve:*

- assicurare la continuità dell' assistenza medica, infermieristica, riabilitativa, specialistica a domicilio;
- favorire il recupero delle capacità di autonomia e di relazione dei soggetti fragili nel loro contesto sociale;
- strutturare percorsi integrati di sostegno alla famiglia;
- facilitare l'accesso ai servizi ed alla erogazione di presidi e degli ausili necessari a domicilio.

*A livello di ciascuna area distrettuale deve essere prevista una Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), unica per l'ammissione alle cure domiciliari e per l'ammissione nelle residenze, composta da:*

- Direttore del Distretto o Direttore della UOC Assistenza intermedia o un loro delegato (Dirigente Medico responsabile delle Cure Domiciliari o di quelle Residenziali);
- MMG componente **eletto nell'UCAD** per l'assistenza primaria;
- il Coordinatore delle Professioni Sanitarie dell'assistenza intermedia (che assume il ruolo di care manager);
- Assistente Sociale del Servizio Sociale d'Ambito e/o Assistente sociale del Distretto;
- MMG dell'assistito o PLS a richiesta dell' UVM.

*All'UVM potranno partecipare, oltre al familiare di riferimento (care giver), altre figure professionali dell'area clinica e di quella psicologica in relazione al bisogno della persona.*

- **Assistenza Consultoriale** per attività di Assistenza in gravidanza e al puerperio, di Prevenzione dell'IVG, di Prevenzione dei Tumori femminili, dello spazio adolescenziale, di assistenza alla famiglia e del controllo della fertilità.

*Con il presente Atto è istituita l'Unità Operativa Complessa Assistenza Consultoriale interdistrettuale, con il compito di garantire l'omogeneità nell'ambito della ASL rispetto a organizzazione della rete (orari, spazi, sedi), l'ottimizzazione delle risorse umane, il collegamento funzionale con il Dipartimento Materno Infantile.*

6. All'area distrettuale è attribuita autonomia economica e finanziaria con contabilità analitica separata all'interno del bilancio aziendale, nonché autonomia gestionale nell'ambito del budget negoziato per lo svolgimento delle funzioni e per il conseguimento degli obiettivi aziendali, tenendo conto del pareggio del bilancio annuale.

7. Le aree distrettuale dell'Azienda Sanitaria Lanciano-Vasto , sono:

DENOMINAZIONE	ABITANTI	AMBITO SOCIALE	NR.SUB DISTRETTI
Frentana	60.467	22 23	2
Sangro Aventino	54.050	20 21	5
Alto Vastese	<i>19.679</i>	25	2
Vastese	<i>80.635</i>	23 24 26	3

8. L'Area Distrettuale, quale U.O. Complessa, attraverso la propria articolazione interna, provvede ad assicurare i seguenti *livelli essenziali di assistenza* :

- *assistenza sanitaria di base*
- *attività di emergenza sanitaria territoriale*
- *assistenza farmaceutica erogata attraverso le farmacie territoriali*
- *assistenza integrativa*
- *assistenza specialistica ambulatoriale*
- *assistenza protesica*
- *assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare*
- *assistenza territoriale residenziale e semiresidenziale*
- *assistenza termale*
- *assistenza consultoriale*

*9. L'area distrettuale assume la responsabilità di garantire a tutti i cittadini del proprio territorio di competenza le prestazioni e le attività comprese nei LEA del territorio, attraverso i quali, con la presa in carico globale e continuativa del paziente, ne programma il passaggio tra i diversi setting dei servizi.*

*10. A livello di staff della Direzione di Distretto è previsto un livello di Coordinamento delle Professioni Sanitarie Distrettuale, che assume la responsabilità gestionale ed organizzativa delle figure professionali del comparto, assicurandone una gestione integrata e flessibile, e che rappresenta il riferimento per i Coordinatori delle varie aree. Questo ruolo è ricoperto da un Coordinatore delle Professioni Sanitarie proposto dal Direttore del Distretto e nominato dal Direttore Sanitario d'azienda in accordo con il Dipartimento delle Professioni Sanitarie Aziendale.*

11. Il Direttore Generale, previa selezione pubblica, nomina il Direttore della Area Distrettuale il quale risponde alla Direzione Aziendale, della gestione delle risorse assegnate e del raggiungimento degli obiettivi prefissati. Svolge funzione di iniziativa, di analisi e qualificazione della domanda e la funzione di integrazione socio-sanitaria.

*12. Il Direttore dell' Area Distrettuale propone al Comitato dei Sindaci del Distretto il Piano delle Attività Territoriali (PAT) quale strumento operativo dell'integrazione degli interventi a promozione e tutela della salute mentre con i singoli Comuni o Comuni associati può predisporre il Piano di Zona (PdZ) per la gestione unitaria del sistema locale degli interventi sociali e socio-sanitari in rete.*

13. In particolare il Direttore della Area Distrettuale :

- elabora e propone al Direttore Generale, previo parere del Comitato dei Sindaci di Distretto, il Piano delle Attività Territoriali (PAT);
- è responsabile della negoziazione delle risorse di budget di primo livello con la Direzione Generale;
- è responsabile del raggiungimento degli obiettivi concordati, nell'ambito della negoziazione del budget, con la Direzione Generale..
- è responsabile del processo di negoziazione del budget di secondo livello con i Direttori delle strutture complesse e semplici del Distretto;
- è responsabile, sotto l'aspetto gestionale, dei servizi resi dalle articolazioni organizzative del Distretto a livello territoriale (ambulatori, domicilio, ospedale di comunità ecc.);
- è responsabile dell'integrazione organizzativa e funzionale delle figure professionali operanti nelle UU.OO. e nei Servizi che si articolano nel Distretto, al fine di garantire risposte unitarie alla domanda di assistenza accolta attraverso il punto unico di accesso (PUA);
- coordina i processi di integrazione tra il Distretto, i Presidi Ospedalieri e gli altri Dipartimenti Aziendali, nonché con i servizi Sociali degli Enti Comunali e/o d'Ambito insistenti sul proprio territorio.

14. In ogni Area Distrettuale è presente una struttura amministrativa, affidata ad un Funzionario Amm.vo, titolare di posizione organizzativa, con il compito di coordinare le attività seguendo le indicazioni derivanti da programmazione delle attività formulate dal Direttore dell'area distrettuale.

15. Il Distretto, infine è sede di collocazione funzionale di articolazioni organizzative del Dipartimento di Salute Mentale, del Dipartimento di Prevenzione e del Dipartimento delle Dipendenze.

I rapporti tra Distretti e Dipartimento di Prevenzione, Dipartimento di Salute Mentale e Dipartimento delle Dipendenze si definiscono con specifici accordi aziendali.

16. L' integrazione organizzativa, programmatoria e operativa tra Distretto e Dipartimenti, in ambito aziendale, sono rappresentati da:

- **Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali (UCAD)**, cui partecipano, tra gli altri, i Responsabili dei Dipartimenti o loro delegati e che rappresenta la sede di programmazione del PAT;
- **Comitato Tecnico Aziendale delle Attività Distrettuali;**
- **Programma delle Attività Territoriali (PAT)** che deve essere considerato lo strumento operativo del Piano Sanitario Regionale, così come i Piani di Zona lo sono per il Piano Sociale Regionale;
- **Punto Unico di Accesso (PUA)** attivato a livello distrettuale.

17. Nelle 4 Aree Distrettuali vengono costituiti i “Punti Unici di Accesso” (P.U.A.).

18. Il Punto Unico di Accesso (PUA) è una modalità organizzativa, atta a facilitare un accesso unificato alle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali, anche per situazioni urgenti ma non comprese nell'emergenza. Costituisce una struttura integrata di informazione ed accesso, in grado di ridurre il disorientamento dei soggetti portatori della domanda di assistenza

19. Funzioni principali del PUA

- accesso alla rete integrata dei servizi socio-sanitari territoriali
- informazione, educazione, orientamento e gestione della domanda

- *presa in carico ed attivazione della rete dei servizi integrati*

20. Le aree distrettuali si dividono a loro volta in :

1. aree sub distrettuali (Distretti)
2. punti di prima erogazione.

21. Le aree sub distrettuali sono :

Area Frentana  
(Lanciano, Fossacesia)

Area Sangro Aventino  
(Atessa, Casoli, Villa S. Maria, Lama dei Peligni e Torricella P.)

Area Alto Vastese  
(Gissi e Castiglione Messer Marino)

Area Vasto – Costa Sud  
(Vasto, San Salvo e Casalbordino)

22 . Le aree sub- distrettuali sono sedi accesso degli utenti finalizzate all'erogazione dei servizi in base ai bisogni peculiari emergenti della popolazione e rappresentano ulteriore articolazione organizzativa funzionale delle aree distrettuali. Coordinano l'attività dei " Punti di Prima Erogazione ".

23. Le aree sub distrettuali che assumono la qualifica di U.O.S. sono: Castiglione M.M., San Salvo, Casalbordino, Fossacesia, Lama dei Peligni e Torricella Peligna. Ad esse si aggiunge la U.O..S. a valenza dipartimentale per le cure domiciliari

24. I punti di prima erogazione sono luoghi nei quali vengono svolte le prestazioni elementari che possono essere portate " a domicilio " della popolazione residente (es. prelievi di laboratorio), costituisce inoltre l'espressione territoriale dell'assistenza dell' area distrettuale e sub distrettuali ed assolvono , tra le altre le seguenti funzioni:

- lettura dei bisogni del territorio e della domanda di assistenza;
- attività di iniziativa tramite interventi di promozione della salute, prevenzione primaria e secondaria rivolta alla persona ed educazione alla salute in integrazione con il Dipartimento di Prevenzione;

I " Punti di prima erogazione " sono :

COMUNE	AMBITO SOCIALE	DSB EX L.R. 37/99	AREA DISTRETTUALE
LANCIANO	22	Lanciano	<b>FRENTANA</b>
CASTELFRENTANO	23	Lanciano	
FOSSACESIA	23	Fossacesia	
FRISA	23	San Vito Ch.	
MOZZAGROGNA	23	Fossacesia	
ROCCA S. GIOVANNI	23	San Vito Ch.	
S. MARIA IMBARO	23	Fossacesia	
S.VITO CHIETINO	23	San Vito Ch.	
TREGLIO	23	San Vito Ch.	

ALTINO	20	Casoli	<b>SANGRO- AVENTINO</b>
CASOLI	20	Casoli	
CIVITELLA M. RAIMONDO	20	Lama dei Peligni	
S.EUSANIO SANGRO	23	Casoli	
COLLEDIMACINE	20	Toricella Peligna	
GESSOPALENA	20	Toricella Peligna	
LAMA DEI PELIGNI	20	Lama dei Peligni	
LETTOPALENA	20	Lama dei Peligni	
PALENA	20	Lama dei Peligni	
PENNADOMO	20	Villa S. Maria	
ROCCASCALEGNA	20	Toricella Peligna	
TARANTA PELIGNA	20	Lama dei Peligni	
TORRICELLA PELIGNA	20	Toricella Peligna	
ARCHI	21	Atessa	
ATESSA	21	Atessa	
PAGLIETA	23	Atessa	
BOMBA	21	Villa S. Maria	
BORRELLO	21	Quadri	
CIVITALUPARELLA	21	Quadri	
COLLEDIMEZZO	21	Villa S. Maria	
FALLO	21	Quadri	
GAMBERALE	21	Quadri	
MONTAZZOLI	21	Villa S. Maria	
MONTEBELLO SUL SANGRO	21	Villa S. Maria	
MONTEFERRANTE	21	Villa S. Maria	
MONTELAPIANO	21	Villa S. Maria	
MONTENERODOMO	21	Torricella Peligna	
PERANO	21	Atessa	
PIETRAFERRAZZATA	21	Villa S. Maria	
PIZZOFERRATO	21	Quadri	
QUADRI	21	Quadri	
ROIO DEL SANGRO	21	Quadri	
ROSELLO	21	Quadri	
TORNARECCIO	21	Atessa	
VILLA S. MARIA	21	Villa S. Maria	
<i>FARA SAN MARTINO</i>	27	Lama dei Peligni	
<i>PALOMBARO</i>	27	Casoli	
CARPINETO SINELLO	25	Gissi	<b>ALTO VASTESE</b>
CARUNCHIO	25	Gissi	
CASALANGUIDA	25	Gissi	
CASTELGUIDONE	25	Castiglione M.Marino	
CASTIGLIONE M. M.	25	Castiglione M.Marino	
CELENZA SUL TRIGNO	25	Catiglione M. Marino	
DOGLIOLA	25	Gissi	
FRAINE	25	Castiglione M.Marino	
FURCI	25	Gissi	
GISSI	25	Gissi	
GUILMI	25	Gissi	
LISCIA	25	Gissi	

PALMOLI	25	Gissi		
ROCCASPINALVETI	25	Castiglione M.Marino		
SAN BUONO	25	Gissi		
S. GIOVANNI LIPIONI	25	Castiglione M.Marino		
SCHIAVI D'ABRUZZO	25	Castiglione M.Marino		
TORREBRUNA	25	Castiglione M.Marino		
TUFILLO	25	Gissi		
VASTO	24	Vasto		<b>VASTESE</b>
CUPELLO	26	San Salvo		
MONTEODORISIO	25	Vasto		
FRESAGRANDINARIA	26	San Salvo		
LENTELLA	26	San Salvo		
SAN SALVO	26	San Salvo		
CASALBORDINO	23	Casalbordino		
<i>SCERNI</i>	<i>25</i>	<i>Gissi</i>		
POLLUTRI	23	Casalbordino		
TORINO DI SANGRO	23	Casalbordino		
VILLALFONSINA	23	Casalbordino		

25 . I punti di Prima Erogazione possono essere diretti da dirigenti non di struttura Il Responsabile del punto di prima erogazione di salute e servizi adotta la metodologia del lavoro in equipe al fine di ottimizzare l'apporto delle diverse figure professionali e adotta concordano ogni anno il piano di attività con il Direttore di dell'area distrettuale e partecipano alla predisposizione del Programma annuale delle attività.

26. Il Collegio dei Direttori di Distretto, presieduto dal Direttore Sanitario Aziendale e composto dai Direttori delle Aree Distrettuali, nelle more di costituzione del Dipartimento dell'Assistenza Territoriale svolge funzioni di indirizzo e coordinamento dell'attività territoriale.

27. Il Direttore Generale può richiede il parere del Collegio dei Direttori dei Distretti sulle principali attività che le leggi statali e regionali ad essa attribuiscono.

### **Art. 37 – L'INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA**

1.L'integrazione socio sanitaria realizza il dettato dell'art.lo 3 septies del D. Leg.vo 502/92 e ss. modifiche ed integrazioni.

2. Si definiscono prestazioni socio sanitarie tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione.

*3. L'integrazione socio-sanitaria è indirizzata verso un sistema a garanzia dell'equità sotto tre profili:*

- ✓ L'integrazione **istituzionale***
- ✓ L'integrazione **gestionale***
- ✓ L'integrazione **professionale***

*con l'intento di contrastare le disuguaglianze della salute per un sistema a garanzia delle qualità.*

4. Conformemente ai principi e alla legislazione nazionale in materia il luogo in cui si svolge l'integrazione socio sanitaria è il distretto, inteso come aree distrettuali.

5. Le linee guida regionali suggeriscono di far coincidere, ove possibile, le " Aree Distrettuali " con gli " Ambiti Territoriali Sociali " .

*6. Tale indicazione è stata già avviata con la LR 6/2007 che stabilisce: Riduzione del numero di distretti dagli attuali 73 previsti dal PSR (di cui 44 attivati) a 24. Contestuale ridefinizione degli ambiti sociali (attualmente 35) per raggiungere la perfetta coincidenza con i distretti.*

7. Nella ASL di Lanciano Vasto, due Comuni ( Fara San Martino e Palombaro) appartengono ad un ambito con prevalenza in altra ASL regionale (Chieti) e quindi occorre tenere conto di tale specificità quale criterio di deroga al principio generale della " coincidenza ". Analogamente si è usato lo stesso principio per i comuni di Casalbordino, Villalfonsina, Pollutri e Torino di Sangro, che pur facendo parte dell'ambito frentano sono stati inseriti nell'area distrettuale vastese; *infine il Comune di S. Eusanio del Sangro è ricondotto sotto la competenza del sub-distretto di Casoli mentre il Comune di Scerni nel sub-distretto di Casalbordino.*

8. Per attuare l'integrazione Socio Sanitaria, l'Azienda intende costituire un Programma Aziendale per l'integrazione socio sanitaria nel quale faranno parte le seguenti Unità Operative già facenti parte di altri dipartimenti aziendali:

- ✓ Aree Distrettuali
- ✓ U.O. Assistenza Sanitaria di Base
- ✓ Eventuali altre UU.OO. in funzione del contenuto del Programma.

9. Il Direttore del Programma per l'integrazione Socio Sanitari, svolge le seguenti funzioni :

- a) fornisce supporto alla Direzione Generale per la pianificazione aziendale e per l'elaborazione delle strategie d'assistenza riguardo alle materie di competenza;
- b) collabora con la Direzione Aziendale per la stipulazione di accordi, protocolli e intese nel campo della integrazione socio-sanitaria;
- c) garantisce supporto alle Direzioni delle Aree Distrettuali e dei Dipartimenti, stimola e promuove una metodologia del lavoro in rete, favorendo altresì l'attuazione integrata dei percorsi e dei processi di continuità assistenziale;
- d) assicura l'omogeneità aziendale del livello tecnico – professionale relativamente alle funzioni di competenza, sia mediante la predisposizione di indirizzi operativi e di interpretazione applicativa di atti di indirizzo e coordinamento regionali, sia mediante la formulazione di proposte in merito alla formazione e all'aggiornamento degli Assistenti Sociali.

## **Art. 38 - IL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE**

1. L'erogazione delle prestazioni inerenti la prevenzione e sicurezza nei luoghi di lavoro, la vigilanza sugli impianti, l'igiene e sanità pubblica, la sicurezza alimentare e la prevenzione dei rischi nutrizionali, la sanità pubblica veterinaria, la medicina sportiva, la disinfezione e derattizzazione del territorio, nonché la sorveglianza sullo stato di salute della popolazione è assicurata dal Dipartimento della Prevenzione che si articola in strutture complesse e semplici a valenza aziendale, che contemplano almeno i Servizi previsti dall'art. 7-quater del D.lgs 229/99.

2. Il Dipartimento è dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, è soggetto a rendicontazione analitica ed ha il compito di assicurare alla popolazione di riferimento l'individuazione, la valutazione e la proposta di mitigazione dei fattori di rischio e delle cause di nocività e malattia, la valutazione dell'impatto sulla salute delle politiche ambientali e sociali, l'informazione, l'educazione e la comunicazione per la salute, nonché il supporto tecnico alla Direzione aziendale nella propria funzione di committenza, nella definizione delle strategie aziendali di promozione della salute nei luoghi di vita e di lavoro, di prevenzione delle disabilità e di miglioramento della qualità della vita.

3. Il Direttore del Dipartimento viene nominato nei modi previsti dall'art. 35 del presente atto aziendale.

*4. Il Dipartimento di Prevenzione è articolato nelle seguenti Strutture complesse Aziendali:*

- *Servizio di Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica (IESP);*
- *Servizio di Igiene degli Alimenti e Nutrizione (SIAN);*
- *Servizio di Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro (SPSAL);*
- *Servizio di Sanità Animale;*
- *Servizio di Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto, degli alimenti di origine animale e loro derivati;*
- *Servizio di Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche.*

*Le funzioni sanitarie, tecniche e amministrative dei Servizi sono svolte dal personale in dotazione agli stessi.*

*5. L' U.O.S. a valenza aziendale di Epidemiologia torna ad essere parte integrante dell' U.O.C. IESP ;*

*6. E' inoltre prevista un'area amministrativa di supporto cui è preposto un responsabile amministrativo, le cui attività a supporto del Direttore del Dipartimento sono le seguenti:*

- *Collaborazione nella gestione del budget assegnato al Dipartimento;*
- *Collaborazione nel controllo di gestione;*
- *Collaborazione nella formazione e aggiornamento del personale;*
- *Collaborazione nella raccolta informazioni sanitarie;*
- *collaborazione nella gestione dei flussi sanitari;*
- *predisposizione di atti amministrativi;*
- *coordinamento delle attività amministrative tra i Servizi*

*7. Le funzioni svolte dal Servizio di Medicina delle Comunità (istituito ai sensi della L.R. 37/99), vengono così riorganizzate:*

*a) La promozione della salute, l'educazione alla salute, gli screening oncologici e non, restano assegnati, con il relativo personale dedicato, al Dipartimento di Prevenzione, nell'ambito del Servizio di Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica con il personale già dedicato a detta attività.*

*b) Le U.U.O.O. Consultoriali, conformemente al D.Lgs 502/92, al D.Lgs 229/99 e s. m. e i. trovano allocazione nell'Area Distrettuale.*

*8. Con il presente Atto ed in conformità alla L.R. 5/08 è istituita l' U.O.C. Attività consultoriale interdistrettuale.*

## **9. Tutela della Salute nelle attività sportive**

*Nel Dipartimento di Prevenzione è istituita l'U.O. Semplice "Tutela della Salute nelle attività sportive".*

### **Art. 39 - SALUTE MENTALE**

*1. Il Centro di Salute Mentale (CSM), Unità Operativa Complessa del DSM è la struttura di riferimento della rete della tutela della salute mentale, che esercita le attività di prevenzione, cura e riabilitazione a livello distrettuale, anche avvalendosi delle altre unità operative della rete dei servizi, secondo un approccio multidisciplinare e garantendo la continuità della presa in carico.*

*2. Nei CSM non saranno ubicati posti-letto per il ricovero, per evitare il ricorso a ulteriori possibilità di ricoveri psichiatrici. Il potenziamento del CSM deve essere principalmente indirizzato ad erogare interventi tempestivi ed efficaci nell'ambiente di vita dell'utente e deve perseguire l'obiettivo della progressiva riduzione dei trattamenti sanitari obbligatori, dei ricoveri ripetuti, della loro durata e dell'inappropriatezza dei ricoveri.*

*3. Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, che è attivo presso la struttura ospedaliera, è integrato e in continuità con le altre strutture del DSM e in particolare col CSM.*

*4. Gli SPDC si dotano, in accordo con il CSM di programmi volti al conseguimento dei seguenti obiettivi:*

- Definizione, in accordo con i servizi dell'emergenza-urgenza e l'ordine pubblico, di protocolli per la risposta adeguata all'emergenza e all'urgenza e per le procedure per l'attuazione dei Trattamenti Sanitari Obbligatori.*
- Ridefinizione della modalità del ricovero, al fine di evitare ogni forma di contenzione fisica e limitare allo stretto necessario il ricorso all'uso dei farmaci a scopo esclusivamente sedativo.*
- Ridurre l'inappropriatezza dei ricoveri nell'SPDC focalizzando l'attenzione sui pazienti così detti **alti frequentatori** (porta girevole) e sui ricoveri a più alto rischio di inappropriatezza (nevrosi depressive, disturbi organici, e ritardi mentali).*
- Utilizzo del Day Hospital Psichiatrico, anche extra-ospedaliero, in modo da poter evitare il ricovero di utenti la cui patologia sia di media gravità compatibilmente con la sede di residenza dell'utente*
- Facilitazione e rafforzamento dei rapporti fra SPDC, componente essenziale del Dipartimento di Salute Mentale e le altre forze che lavorano nel territorio che sono tradizionalmente identificate nei medici di famiglia, negli enti locali, associazioni dei familiari, volontariato.*
- Minimizzazione del ricovero in riabilitazione ospedaliera.*

### **Art. 40 - IL DIPARTIMENTO DEL FARMACO**

1. Il Dipartimento ha competenze specifiche nella gestione dell'assistenza farmaceutica convenzionata e non convenzionata, nonché delle procedure di approvvigionamento e distribuzione di tutti i prodotti di interesse farmaceutico ( medicinali e dispositivi medici) all'interno delle varie strutture dell'Azienda.

2. Il Dipartimento Farmaceutico Aziendale si articola nelle seguenti Unità Operative Complesse:  
Struttura Complessa di Farmacia del P.O. di Lanciano

Struttura Complessa Farmacia Ospedali Atessa-Casoli  
Struttura Complessa di Farmacia del P.O. di Vasto (comprendente l'Ospedale di Gissi)  
Struttura Complessa di Farmaceutica Territoriale

3. Le Unità Operative operano in stretta collaborazione e sinergia con le diverse articolazioni aziendali ed ospedaliere al fine di assicurare lo svolgimento delle funzioni farmaceutiche di base e cliniche contemplate dalla normativa vigente.

4. Nel rispetto delle previsioni del nuovo P.S.R. sono individuate le seguenti aree di intervento delle suddette unità operative:

- a. Area della produzione e dispensazione dei farmaci;
- b. Area dell'appropriatezza prescrittiva, informazione e farmacovigilanza;
- c. Area del monitoraggio dell'attività prescrittiva.

#### Funzioni del Direttore del Dipartimento

Il Direttore del Dipartimento viene nominato dal Direttore Generale secondo le procedure previste dall'art. 35 comma 18 dell' Atto Aziendale. Il Direttore del Dipartimento svolgerà i seguenti compiti:

- Collabora con il Direttore per la definizione degli obiettivi annuali e standard del personale
- Supporta il Direttore per le attività di Monitoraggio delle azioni decise
- Procede al controllo, validazione e/o aggiornamento delle Procedure ed Istruzioni Operative relative alle varie Aree dei Servizi di Farmacia e Territoriale in accordo con la Direzione Aziendale
- Procede alla distribuzione in forma controllata delle suddette procedure
- Prospetta al Direttore il Piano annuale di Formazione del personale in concerto con i Responsabili delle Unità Operative
- Elabora con i Responsabili delle Unità Operative e prospetta al Direttore le linee guida di indirizzo per l'attività delle UU.OO.
- Assicura l'integrazione tra le politiche ospedaliere e quelle del Territorio, sull'uso dei farmaci e dei dispositivi medici, proponendo le migliori possibilità per il raggiungimento degli obiettivi
- Collabora con la Commissione Terapeutica del PTO per il raggiungimento dell'obiettivo dell'appropriatezza prescrittiva sia ospedaliera che territoriale.
- Collabora alla redazione del Repertorio Aziendale dei Dispositivi Medici ed al suo continuo aggiornamento, controllando l'uso appropriato degli stessi.
- Collabora con i Responsabili dei Servizi di Farmacia e del Servizio Provveditorato per la realizzazione dei Capitolati Speciali di Acquisto di materiale sanitario e farmaci
- Procede all'informazione ed educazione sanitaria diretta alla popolazione e/o a specifiche comunità (scuole, fabbriche etc)
- Procede all'analisi, studio e ricerca per la risoluzione di problemi specifici nel campo dell'assistenza farmaceutica e di dispositivi medici.

#### **Art. 41 – DIPARTIMENTO INFERMIERISTICO, TECNICO, RIABILITATIVO, OSTETRICO**

1. In sede di adozione dell' Atto Aziendale, è stata prevista la costituzione del D.I.T.R.O. in cui confluiscono il S.I.T.R.O. (U.O.S.), i Nuclei delle Professioni sanitarie (N.P.S.) ed eventuali altre strutture da inserire in applicazione della regolamentazione che la Regione Abruzzo adotterà nel

rispetto della L. 251/2000 *con l'obiettivo di perseguire gli obiettivi inerenti la continuità e complessità dell'assistenza.*

2. L'Azienda Sanitaria Locale Lanciano-Vasto ,in relazione alla Legge 10 agosto 2000, n. 251 denomina tale struttura organizzativa S.I.T.R.O. – Servizio Infermieristico, Tecnico, Riabilitativo e Ostetrico e successivamente D.I.T.R.O. , in tendenza al modello Dipartimentale, al quale afferiscono tutti i dipendenti appartenenti alle Professioni di cui alla Legge n. 42 del 26 febbraio 1999 denominate “ Professioni Sanitarie” nonché quelli con qualifica di Operatore Tecnico assegnati e a supporto delle attività sanitarie.

3. Il Servizio, che nel contesto aziendale ha quale specifico riferimento la Direzione Sanitaria Aziendale, ai sensi della legge nazionale del 10 agosto 2000 n. 251 rappresenta la struttura organizzativa costituita per perseguire la qualità e l'efficienza delle attività assistenziali erogate nell'ambito dei programmi di prevenzione, cura e riabilitazione al fine di garantire adeguati livelli di assistenza infermieristica e tecnica, di predisporre modelli organizzativi che consentano la continuità assistenziale, di valutare processi di assistenza e di cura specifici e di realizzare programmi formativi mirati.

4. Il D.I.T.R.O. assicura la qualità e l'efficienza tecnica ed operativa delle attività assistenziali erogate nell'ambito della prevenzione, della cura e della riabilitazione, sulla base delle funzioni individuate dalle norme istitutive dei relativi profili professionali, nonché dagli specifici codici deontologici.

5. Il D.I.T.R.O., in relazione alla strutturazione delle attività ospedaliere e territoriali, viene configurato come servizio su base aziendale con una direzione unica e con un assetto organizzativo che risponde ai principi della responsabilizzazione diffusa, del decentramento organizzativo, del rispetto dei ruoli di governo, produzione e committenza assegnati ai vari livelli, delle relazioni organizzative esistenti.

6. Il D.I.T.R.O., al fine di garantire l'unitarietà dell'assistenza a livello aziendale e contribuire al miglioramento continuo ed alla valutazione delle performance tecnico-professionali nelle aree di competenza, è composto da:

- A. Dirigente Responsabile;
- B. Responsabili delle Posizioni Organizzative;
- C. Nuclei Dipartimentali, Distrettuali ed Ospedalieri ed eventuali subarticolazioni;

7. La Direzione del D.I.T.R.O. viene affidata dalla Direzione Generale ad un Dirigente Sanitario, partecipa al Collegio di Direzione e contribuisce alla direzione strategica dell'Azienda coadiuvando la Direzione Sanitaria nella definizione delle linee strategiche e delle politiche aziendali, per quanto attiene i processi ed ai programmi di competenza. La Direzione del SITRO si avvale per le funzioni logistiche e di supporto alle attività proprie del servizio, di personale responsabilizzato su progetti specifici o a tempo pieno.

8. La Direzione del D.I.T.R.O. può essere affidata ad operatori delle professioni dell'area delle scienze infermieristiche, ostetriche, tecnico-diagnostiche, tecnico-professionali e della riabilitazione secondo quanto previsto dalla legge 10 agosto 2000 n. 251.

9. La Direzione del D.I.T.R.O. Aziendale, in quanto supporto alla direzione aziendale:

- a) contribuisce alla definizione delle politiche generali aziendali e alla conseguente pianificazione strategica ed alla determinazione del fabbisogno complessivo di risorse umane;
- b) definisce gli standard professionali;

- c) costruisce linee per la sperimentazione di modelli assistenziali e di integrazione interprofessionale e tra ospedale/territorio e ne monitorizza l'applicazione;
- d) contribuisce alla valorizzazione delle competenze individuali ed allo sviluppo professionale, in un'ottica di ottimizzazione della risorsa umana, identificando e presidiando l'applicazione dei meccanismi premianti;
- e) contribuisce a motivare gli operatori promuovendo un clima organizzativo favorevole alla produttività.

10. Il D.I.T.R.O., al fine di esercitare le funzioni allo stesso attribuite, è articolato in posizioni organizzative che:

- a) assolvono a funzioni di coordinamento delle risorse umane in collaborazione con i nuclei gestionali;
- b) favoriscono l'attività progettuale e lo sviluppo dei processi di miglioramento qualitativo e di sviluppo delle risorse umane in collaborazione con i responsabili delle aree professionali.

11. Il funzionamento del D.I.T.R.O. sia come struttura centrale che come articolazioni periferiche, viene previsto attraverso specifico e successivo Regolamento.

#### **Art. 42 - I PROGRAMMI AZIENDALI E INTERAZIENDALI**

1. L'Azienda individua responsabilità trasversali al livello delle linee di produzione, per migliorare l'efficienza delle soluzioni organizzative, garantire l'unitarietà dei processi e qualificare la risposta assistenziale.

2. Per realizzare tale modalità organizzativa l'Azienda utilizza i c.d. "Programmi" che possono essere:

- a) Interaziendali.
- b) Aziendali.

3. Per quanto sub a), sulla base di apposite convenzioni tese al raggiungimento di specifici obiettivi legati ad un progetto possono essere previste forme di integrazione funzionali tra Dipartimenti di ASL diverse, i "Programmi interaziendali", in tal caso, il Direttore del Programma è nominato di concerto tra i Direttori Generali.

4. I Programmi interaziendali coordinano strutture organizzative di Aziende diverse e sono finalizzati al raggiungimento di obiettivi comuni (es. garantire la continuità assistenziale o realizzare economie di gestione o attività trasfusionali). Il funzionamento di tali dipartimenti/programmi è disciplinato da apposito regolamento.

5. Per quanto sub b) Il Direttore Generale può anche prevedere "Programmi Aziendali" che coinvolgano due o più strutture semplici o complesse in un arco di più anni.

6. Obiettivo del Programma è assicurare unitarietà di programmazione, organizzazione e valutazione per processi organizzativi in aree problematiche o percorsi assistenziali per popolazioni bersaglio, che necessitano del contributo coordinato ed integrato di una pluralità di competenze appartenenti a strutture organizzative o settori di attività diverse. Il responsabile di Programma, nello svolgimento di tale funzione, afferisce in modo diretto al **Direttore Sanitario o al Direttore Amministrativo**.

7. Il programma ha il compito di integrare le attività omogenee svolte da U.O.C. e U.O.S. ospedaliere, territoriali ed aziendali e può essere articolato in sottoprogrammi che **rispondono a specifiche esigenze organizzative ed assistenziali della popolazione.**

8. La responsabilità del programma è assegnata a una figura di coordinamento di elevata competenza professionale che risponde direttamente (responsabilità primaria) della qualità tecnica dei risultati prodotti ed indirettamente (responsabilità secondaria) dei risultati realizzati dalle strutture aziendali.

9. La missione e l'ambito di responsabilità dei programmi vengono individuati con regolamento o con singoli atti del Direttore Generale che provvede a definire le aree di intervento.

10. Gli incarichi di Programma possono essere attribuiti a Dirigenti dei ruoli sanitario, professionale, tecnico ed amministrativo.

11. Il conferimento dell'incarico avviene con provvedimento motivato del Direttore Generale, previa selezione interna, a Dirigenti che abbiano maturato un'esperienza dirigenziale non inferiore a cinque anni e, sulla base dei seguenti criteri:

- a. titolarità di una struttura (semplice o complessa);
- b. natura e caratteristiche dei programmi da realizzare;
- c. attitudini e capacità professionali, sia in relazione alle conoscenze specialistiche nella professione di competenza che all'esperienza già acquisita in precedenti incarichi svolti anche in altre Aziende o ad attività documentate di studio e ricerca.

12. Per specifici progetti obiettivo: nazionali, regionali, aziendali è possibile conferire funzioni di coordinamento progettuale. Tali funzioni sono affidate dal Direttore Generale in forma di incarico temporaneo della durata del progetto stesso, concernono l'attuazione del progetto in tutte le sue fasi e sono svolte con l'impiego delle risorse assegnate dal Direttore Generale. Le competenze e l'entità delle risorse assegnate sono indicate nell'atto di incarico.

#### PROGRAMMI INTERAZIENDALI AVENTI VALENZA DIPARTIMENTALE

13. Al fine di perseguire l'ottimizzazione delle risorse nonché per garantire l'omogeneità delle procedure operative e l'integrazione tra le prestazioni erogate in regimi diversi, possono essere costituiti appositi *Programmi interaziendali aventi valenza dipartimentale.*

14. Gli stessi possono riguardare sia Dipartimenti Aziendali già costituiti (Programmi interaziendali di Dipartimenti in essere) sia singole strutture complesse delle Aziende Sanitarie che si riuniscono per la realizzazione di uno specifico programma comune o affine e rispetto ai quali il "Responsabile del Programma" assume la valenza di Direttore di Dipartimento Interaziendale con poteri di coordinamento delle strutture delle singole aziende limitati al programma da realizzare.

15. I Programmi interaziendali a valenza dipartimentale coordinano strutture organizzative che fanno capo ad Aziende diverse e sono finalizzati al raggiungimento di obiettivi comuni; il funzionamento di tali dipartimenti è disciplinato da apposito regolamento.

16. Il Responsabile del Programma (Direttore) è nominato di concerto tra i Direttori Generali delle ASL interessate a seguito della stipula di un'apposita convenzione tra le ASL medesime.

17. Il Comitato di Dipartimento è l'organo collegiale di supporto al Direttore del Dipartimento che lo presiede.

18. Il Comitato è costituito da :

- a. i Direttori delle Strutture Complesse;
- b. i Dirigenti Responsabili delle Strutture Semplici a valenza Dipartimentale;
- c. i Rappresentanti, quali membri eletti, della Dirigenza Medica non apicale, in numero pari ad 1/3 del numero delle strutture complesse arrotondato all'unità superiore;
- d. un rappresentante della Dirigenza Sanitaria non medica ed PTA nei dipartimenti in cui dette figure risultano presenti;
- e. due rappresentanti eletti fra il personale del comparto appartenenti alle Unità Operative afferenti al Dipartimento.

#### ***Art.43 – IL GOVERNO DEL DOLORE EVITABILE – CURE PALLIATIVE***

*1. In conformità con il P.S.R. 2008/10, con il presente atto si costituisce il “Comitato Ospedale senza Dolore” composto da:*

- *n. 1 Responsabile aziendale (per l'attuazione delle linee guida nazionali per la realizzazione dell'ospedale senza dolore);*
- *n. 1 medico anestesista/rianimatore;*
- *n. 1 farmacista ospedaliero;*
- *n. 1 rappresentante dell' U.O. semplice “cure palliative, hospice e NAD”;*
- *n. 3 infermieri;*

*Il dirigente responsabile dell' U.O.S a valenza aziendale “Cure palliative, Hospice, NAD” assumerà anche le funzioni di responsabile del Comitato Ospedale senza dolore.*

*2. Le finalità e le funzioni del Comitato sono individuate in:*

- *Assicurazione di un osservatorio specifico del dolore nelle strutture sanitarie*
- *Promozione della formazione continua del personale coinvolto*
- *Coordinamento delle diverse equipe coinvolte nel processo di cura*
- *Monitoraggio dei livelli di applicazione delle linee guida e valutazione di efficacia*
- *Elaborazione e distribuzione del materiale informativo agli utenti*

*3. In sede di prima applicazione, la Direzione Aziendale si occuperà di procedere alla individuazione dei singoli componenti del Comitato e alla costituzione dello stesso con apposito atto deliberativo.*

*4. Presso le UU.OO. di Anestesia dell' Azienda, sono istituiti e/o potenziati gli ambulatori di terapia antalgica, la cui attività si svolgerà in stretta interrelazione funzionale con le UU.OO. di degenza coinvolte nella diagnosi e nel trattamento del dolore acuto e delle sindromi dolorose croniche, e con i Medici di MMG attraverso il Sistema delle Cure Domiciliari.*

*5. Nei Punti Nascita dell' Azienda, in conformità al P.S.R. 2008/10, è in corso un programma di potenziamento delle attività per il parto senza dolore, un programma di assistenza “globale” della gravidanza contestualizzandolo in modelli organizzativi locali che prevedano il controllo efficace del dolore del parto mediante il ricorso alle più appropriate procedure analgesiche attualmente disponibili (anestesia locale e di tipo epidurale).*

*6. Al fine di garantire a tutti i cittadini la continuità di cura ai diversi livelli di assistenza e di complessità clinico - organizzativa, di omogeneizzare ed ottimizzare l'offerta dei servizi, rafforzare la capacità di tutela dei soggetti deboli e di quelli in fase terminale, la nostra Azienda, in*

conformità alla L.R. 5/08, ritiene necessario modulare l'offerta di prestazioni con la costituzione, secondo il modello HUB and SPOKE, di una:

#### *Rete per la Medicina del Dolore*

*Tale rete dovrà prevedere un rapporto reciproco ed una integrazione con la rete delle Cure Palliative al fine di espletare nella forma più soddisfacente per gli Utenti una integrazione operativa tra i differenti settori, attraverso forme di consulenza reciproca, finalizzate all'identificazione della soluzione clinica ed organizzativa più appropriata.*

#### *Rete delle Cure Palliative*

*Intesa come aggregazione funzionale ed integrata di servizi distrettuali ed ospedalieri, sanitari e sociali che opera in modo sinergico con la rete di solidarietà sociale presente nel proprio territorio, in un'ottica di integrazione sociosanitaria, le cui linee organizzative differenziate e le relative strutture dedicate sono individuate in:*

- *Assistenza ambulatoriale*
- *Assistenza domiciliare integrata*
- *Assistenza domiciliare specialistica*
- *Ricovero ospedaliero in regime ordinario o day hospital*
- *Assistenza residenziale nei centri residenziali di cure palliative – Hospice*

*7. E' istituita una unità operativa semplice a valenza aziendale "Cure palliative, Hospice e NAD" di coordinamento della rete che garantisca la presa in carico dei malati terminali nelle diverse sedi di intervento, attraverso la definizione di percorsi dedicati e la predisposizione di accordi tra le macroaree interessate (distretto e ospedale) e favorita l'integrazione nella rete delle Organizzazioni No Profit, in particolare di quelle del volontariato.*

*8. L'erogazione delle cure palliative a livello ospedaliero può avvenire in regime di ricovero ordinario e di D.H. Le Unità Operative prevalentemente coinvolte sono l'oncologia e i servizi di anestesia che, in carenza delle altre strutture della rete, rimangono gli esclusivi punti di riferimento.*

*9. Nella nostra Asl è prevista l'entrata in funzione di un Centro residenziali di cure palliative denominato "Hospice", facente parte della rete di assistenza ai pazienti terminali, per i quali ogni terapia finalizzata alla guarigione o alla stabilizzazione della patologia non è possibile o appropriata e, prioritariamente, per i pazienti affetti da patologia neoplastica terminale che necessitano di assistenza palliativa e di supporto.*

### **Art.44 – LA CONFERENZA DEI SERVIZI**

1. E' lo strumento per verificare l'andamento dei Servizi e per individuare eventuali ulteriori interventi tesi al loro miglioramento. E' convocata dal Direttore Generale, almeno una volta l'anno, con la partecipazione dei Direttori di Dipartimento. Qualora il Direttore Generale non provveda, la Conferenza viene convocata dalla Regione.

2. Per Servizi si intende l'insieme di unità operative semplici e complesse che erogano prestazioni sanitarie ai cittadini.

3. Con essa , l'Azienda provvede ad attivare un efficace strumento di informazione sulle :

- prestazioni erogate;
- tariffe;
- modalità di accesso ai servizi.

#### **ART. 45 – CONFERENZA DEI SINDACI**

Svolge funzioni consultive, propositive e valutative sulla programmazione aziendale. Valuta il livello di soddisfazione della collettività rispetto ai Servizi erogati.

#### **ART. 46 I REFERENTI DELLA COMUNICAZIONE**

1. In ogni Dipartimento vengono nominati dal Direttore Generale, su designazione motivata del Direttore del Dipartimento, un referente della Comunicazione/Informazione, in carica per tre anni, rinnovabili.

2. Il Referente della Comunicazione/Informazione deve partecipare ad appositi corsi di aggiornamento sulla Comunicazione/Informazione al Cittadino/Utente ed agli Operatori aziendali.

3. Svolge le seguenti funzioni:

- fornisce informazioni ai pazienti/utenti;
- presenta, ove necessario, il depliant ed il materiale informativo del proprio Dipartimento contenente le notizie per la prevenzione e la cura;
- interagisce con i colleghi per la prevenzione e la soluzione di eventuali conflitti, per migliorare la funzionalità del Servizio e la soddisfazione e degli utenti (“Customer satisfaction”);
- collabora alla redazione annuale del “Piano di Comunicazione/Informazione” della ASL;

#### **ART. 47 IL COMITATO PER LA COMUNICAZIONE**

1. E’ l’organismo di coordinamento della Comunicazione Istituzionale, si occupa della stesura del Piano della Comunicazione/Informazione e del raccordo operativo tra i Referenti della Comunicazione/Informazione.

2. Il Comitato della Comunicazione è costituito dai un Funzionario dell’ URP (Uffici per le Relazioni con il Pubblico), dal Responsabile dell’Ufficio Stampa (Addetto Stampa), dal Responsabile dell’Ufficio Formazione e da un Referente della Comunicazione/Informazione per ciascun Dipartimento. E’ presieduto dal Direttore Generale o da un suo delegato, individuato tra i membri del Comitato stesso.

3. Il Comitato si riunisce, di norma, una volta ogni sei mesi. Entro il mese di dicembre redige, per l’anno successivo, il “Piano della Comunicazione/Informazione”. Questo può confermare o modificare i contenuti del Piano preesistente.

## **ART. 48 IL COMITATO ETICO**

1. E' l'organismo deputato a garantire, nell'ambito del rispetto della persona, lo sviluppo organico e costante degli studi, ricerche, formazione, educazione, referenze scientifiche e consulenze nei Settori in cui opera l'Azienda.

2. Per la composizione ed il funzionamento l'azienda, nel regolamento già esistente e che viene confermato con il presente atto aziendale, ha applicato le "Linee- Guida di riferimento per l'Istituzione ed il Funzionamento dei Comitati Etici" (D.M. 18/03/1998 pubblicato sulla G.U. - Serie Generale - n. 122 del 28/05/1998) innovate e modificate dal D.M. 12.05.2006 (pubblicato sulla G.U. n.194 del 22 agosto 2006) in tema di "requisiti minimi per l'istituzione, l'organizzazione ed il funzionamento dei Comitati Etici per le Sperimentazioni cliniche dei medicinali".

3. La composizione ed il funzionamento del Comitato Etico sono stabiliti dalle Deliberazioni Nr. 306 del 31.05.2005 e Nr. 733 del 23.10.2006. Eventuali modifiche alla normativa nazionale e regionale potranno essere oggetto di separati e successivi atti regolamentari senza necessità di modifiche del presente Atto Aziendale.

## **ART. 49 – IL MEDICO COMPETENTE – SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE**

1. La Direzione Generale, in qualità di Datore di Lavoro, nomina uno o più Medici Competenti per le misure di sorveglianza sanitaria a tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori della ASL, in applicazione della normativa vigente (D.L.vo 626/1994 e s.m.i.).

2. Con il presente Atto Aziendale si istituisce, all'interno dell' U.O.C. Servizio Prevenzione e Protezione in Staff alla Direzione Generale, *l'U.O.S. Medico Competente*.

3. La funzione del Servizio è quella di collaborare alla valutazione, controllo ed eliminazione dei rischi, nonché alla informazione e formazione del Personale in materia di prevenzione e sicurezza nei luoghi di lavoro.

## **ART. 50 REFERENTE AZIENDALE PER LA PROMOZIONE DEI PROGETTI DI RICERCA SCIENTIFICA (ex art. 12 D.Lgs. 502/92)**

1. Il Direttore Generale, ove ne ricorrano i presupposti, si riserva la facoltà di nominare un referente per la promozione dei Progetti di Ricerca scientifica il cui Bando è pubblicato annualmente dal Ministero della Salute (Direzione Generale della Ricerca Scientifica e Tecnologica).

2. Il Referente Aziendale per la promozione informa i Direttori dei Dipartimenti interessati e supporta l'istruttoria dei Progetti da proporre.

## **ART. 51 CENTRO DI ASCOLTO PER CONTRASTARE E PREVENIRE IL “MOBBING”**

1. L' Azienda Asl Lanciano-Vasto, ai sensi della L.R. n. 26/2004, provvederà alla creazione e attivazione di uno sportello di ascolto per contrastare prevenire il fenomeno del mobbing con il compito, tra l'altro di interagire con il Centro di Riferimento Regionale presso la ASL di Pescara e con l'Organismo Regionale tecnico-consultivo.

2. Il Direttore Generale può, ove non in contrasto con la normativa vigente, istituire nuovi Organismi, qualora siano funzionali a perseguire gli obiettivi peculiari della Asl e coerenti con la sua organizzazione.

## **ART. 52 ORGANIZZAZIONE DELLE ATTIVITA' DI MEDICINA LEGALE**

1. In esecuzione del PSR 1999-2001, è istituito un Servizio Aziendale di Medicina Legale che, strutturato in Unità Operativa Complessa *in staff al Direttore Generale*, eroga prestazioni di primo e secondo livello. Tale Servizio, in via sperimentale, in un ottica di collaborazione e integrazione con la Asl di Chieti, potrà prevedere il coordinamento delle attività professionali dei Dirigenti Medici afferenti i predetti Servizi al fine di realizzare modelli organizzativi accentrati, con l'obiettivo di semplificare, razionalizzare ed uniformare i processi decisionali in tema di attività operative comuni e condivise. Tali funzioni saranno oggetto di apposita regolamentazione da concertare con la Asl di Chieti.

## **ART. 53 – SERVIZIO CENTRALIZZATO DI PSICOLOGIA**

*1. Il Servizio Centralizzato di Psicologia, collocato in staff alla Direzione Sanitaria, è una struttura di con compiti di programmazione, indirizzo, promozione e valutazione di tutte le attività psicologiche e psicoterapiche degli psicologi dell'Azienda.*

*2. La responsabilità viene affidata ad uno Psicologo Dirigente dell'Azienda, con rapporto a tempo indeterminato e anzianità di servizio di almeno 10 anni, scelto dal Direttore Generale e che rimane titolare dell'Unità Operativa cui è preposto.*

## **ART. 54 LISTE DI ATTESA**

1. L'Azienda , in coerenza con il P.S.R. 2008/10 e con l'indicazione dalla delibera di G.R.A. n. 102/07, impronta la propria azione al *contenimento* delle liste di attesa.

2. In tal senso,l'Azienda ha adottato con Delibera del Direttore Generale n. 287 del 16 aprile 2007, il Piano di abbattimento delle Liste di attesa.

3. In staff al D.S.A., con il presente Atto è istituita l' U.O.S. di controllo attività ambulatoriali, liste di attesa e CUP con finalità di controllo delle suddette attività.

#### **ART. 55 STOMIZZATI**

1. Ai sensi della L.R. 37/2004, viene istituito nell'ambito del Dipartimento delle Chirurgie Generali, un Ambulatorio di rieducazione per i soggetti stomizzati ed incontinenti, secondo requisiti stabiliti dalla medesima Legge. Al predetto Ambulatorio, verranno assegnati i mezzi necessari in termini di risorse umane e strumentali a garantire prestazioni multidisciplinari e diagnostiche, terapeutiche, riabilitative, psicologiche e di monitoraggio della malattia.

#### **ART. 56 AUDIT CIVICO**

1.L'Azienda per valutare la rispondenza dei Servizi Sanitari alle esigenze del cittadino, ha aderito al progetto di Audit Civico promosso dalla Regione Abruzzo mediante un Protocollo d'intesa ed una Convenzione in collaborazione con Astra Zaneca e CittadinanzAttiva ONLUSS. Attraverso lo strumento dell'Audit, le organizzazioni di cittadini e le Asl, collaborano all'attuazione di un'analisi critica e sistematica dell'Azienda Sanitaria; ciò per rispondere all'esigenza di dare forma concreta alla centralità del punto di vista del cittadino assunta come criterio essenziale nella valutazione dei servizi sanitari. Le strutture individuate all'interno dell'Azienda per l'organizzazione dell'Audit, sono il "Servizio Qualità Aziendale", l'Urp, l'Ufficio Stampa, coordinati da un Referente Aziendale facente parte, con il "Fiduciario dei Cittadini", del Gruppo Regionale di coordinamento del Progetto.

2. L'Azienda ha adottato con Delibera del Direttore Generale n. 336 del 4 maggio 2007 il Piano locale di Audit Civico

#### **ART. 57 MEDICINA PENITENZIARIA**

1. Alle ASL è affidata la gestione e il controllo dei servizi sanitari all'interno degli Istituti Penitenziari (D.L.vo 230/1999 e s.m.i.) che devono essere integrati con i servizi aziendali.

2. Nell'ambito della ASL è istituita l'U.O.S. Medicina Penitenziaria (UOMP), nel rispetto del principio che i detenuti e gli internati (anche stranieri), hanno il diritto di usufruire delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione appropriate ed efficaci al pari dei cittadini in stato di libertà.

3. L' U.O.S. Medicina Penitenziaria è posta in Staff alla Direzione Sanitaria Aziendale.

*4. Il ricovero in una unità operativa di degenza esterna al carcere è previsto per la cura degli stati acuti di malattia dei soggetti detenuti avviene soli nei casi necessari, anche se in nessun caso le ragioni della sicurezza possono mettere a rischio la salute e la vita dei detenuti.*

*5. La nostra Azienda, in conformità alle previsioni del P.S.R. 2008/10 individua lo Stabilimento Ospedaliero di Lanciano, in quanto dotato di unità di terapia intensiva e unità coronaria, quello in cui istituire una o più stanze di degenza “protetta” ove allocare il detenuto degente.*

## **Art. 58 SISTEMA ORIENTATO ALLA QUALITA’**

1. Un sistema che mantenga sotto controllo la qualità dell’assistenza sanitaria è un obiettivo importante da perseguire. Al fine di promuovere e coordinare le attività volte all’assicurazione ed al miglioramento del sistema qualitativo dei servizi aziendali e assistenziali, l’Azienda ha previsto una U.O. della Qualità in staff alla Direzione Generale. Le aree di intervento vertono sulla qualità organizzativa, tecnico-professionale, della qualità percepita e della sicurezza del paziente.

## **Art. 59 COMITATO PER LE PARI OPPORTUNITA’**

*1. In osservanza con il P.S.R. 2008/10 , con il presente atto è costituito il Comitato Aziendale per le pari opportunità che svolge le seguenti funzioni:*

- sensibilizzare l’ambiente di lavoro in ordine alle tematiche delle pari opportunità;*
- verificare lo stato di applicazione dell’Azienda USL della legislazione vigente in materia di pari opportunità;*
- formulare alla direzione generale piani di azioni positive a favore delle lavoratrici per valorizzare le capacità, per migliorare la qualità della vita nell’ambiente di lavoro e proporre misure atte a consentire la effettiva parità;*
- di favorire il riequilibrio nell’accesso al lavoro e alle posizioni funzionali;*
- azione di raccordo con le istituzioni del territorio per la promozione della salute*

*2. Il Comitato aziendale per le pari opportunità si compone di:*

- un componente di nomina della Direzione Generale, con funzioni di presidente;*
- un componente quale espressione delle OO.SS. più rappresentative del comparto a livello aziendale;*
- un componente quale espressione delle OO.SS. più rappresentative della dirigenza medica e veterinaria, a livello aziendale;*
- due componenti del mondo delle pari opportunità (una consigliera di parità provinciale o regionale e un componente della Commissione Pari Opportunità comunale, provinciale o regionale di riferimento)*

*3. Il Comitato aziendale per le pari opportunità si compone di:*

- un presidente;*
- n. 1 componente quale espressione delle OO.SS. più rappresentative del comparto a livello aziendale;*
- n. 1 componente quale espressione delle OO.SS. più rappresentative della dirigenza medica e veterinaria, a livello aziendale;*
- n. 2 componenti del mondo delle pari opportunità (una consigliera di parità provinciale o regionale e un componente della Commissione Pari Opportunità comunale, provinciale o regionale di riferimento)*

*4. In sede di prima applicazione, il Direttore Generale si occuperà di procedere alla individuazione dei singoli componenti del Comitato e alla costituzione dello stesso con apposito atto deliberativo.*

*5. Il Comitato aziendale per le Pari Opportunità adotterà un proprio regolamento nel rispetto delle presenti linee guida.*

## **TITOLO VI - NORME TRANSITORIE E FINALI**

### **Art. 60 - I REGOLAMENTI DI ATTUAZIONE**

1. Il Direttore Generale disciplina con atti regolamentari aziendali l'organizzazione ed il funzionamento interno dell'Azienda.
2. Il Direttore Generale può, comunque, disciplinare con atti regolamentari di diritto privato, ogni altro aspetto dell'attività aziendale fermo restando il riferimento alle fonti normative nazionali e regionali in materia, per quanto non espressamente contemplato.

### **Art. 61- NORMA TRANSITORIA**

1. Fino all'adozione dei regolamenti restano in vigore in quanto compatibili gli atti già approvati dall'Azienda nelle materie relative.

### **Art. 62 - NORMA FINALE**

1. Per quanto non espressamente previsto si applica la normativa statale e regionale vigente, in particolare al D.Lgs. 30.12.1992, n. 502 e s.m.i. , al D. Lgs. 30.03.2001 n. 165 ai contratti collettivi nazionali di lavoro, alla L.R. 24.12.1996 n. 146 (norme in materia di programmazione, contabilità, gestione e controllo delle aziende del S.S.R.), al Piano Sanitario Regionale del triennio 1999-2001 di cui alla L.R. n. 37/99 almeno fino a quando quest'ultimo sarà vigente. Inoltre gli articoli contenuti nel presente atto aziendale, nonché gli allegati, potranno essere oggetto di modifica in qualsiasi momento da parte della direzione aziendale anche in relazione a prescrizioni normative nazionali e regionali, previa concertazione con le organizzazioni sindacali.
2. Infine, deve intendersi abrogato con efficacia immediata, ogni atto, provvedimento e quant'altra disposizione emanata da questa Azienda, il cui contenuto, alla data di entrata in vigore dell' Atto Aziendale, contrasta con il contenuto dell'Atto stesso.
3. *Al presente Atto si allegano gli organigrammi aziendali e le relative schede.*