



Il Commissario ad acta

*per l'attuazione del Piano di rientro dai Disavanzi
del settore sanitario della Regione Campania
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 11/12/2015)*

DECRETO n. 5 del 11.02.2016

OGGETTO: Decreti Commissariali n. 49/2010, n. 18/20134 e n. 100/2014 . Completamento riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale. Atti aziendali. AORN Rummo di Benevento – Approvazione.

PREMESSO :

- a) che la legge 30 dicembre 2004 , n. 311 recante “ Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2005) e, in particolare, l'art. 1, comma 180, che ha previsto per le regioni interessate l'obbligo di procedere, in presenza di situazioni di squilibrio economico finanziario, ad una ricognizione delle cause ed alla conseguente elaborazione di un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, di durata non superiore ad un triennio;
- b) che la Giunta regionale della Campania con deliberazione n. 460 del 20/03/2007 *ha approvato il Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del Servizio sanitario Regionale ai fini della sottoscrizione dell'Accordo tra Stato e Regione Campania ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004”;*
- c) che con deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 23 luglio 2009 il Governo ha proceduto alla nomina del Presidente pro tempore della regione Campania quale Commissario ad acta per l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo sanitario ai sensi dell'art. 4, comma 2, del DL 1 ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla L. 29 novembre 2007, n. 222;
- d) che con deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 24 aprile 2010 il Presidente pro tempore della Regione Campania è stato nominato Commissario ad acta per il Piano di rientro con il compito di proseguire nell'attuazione del Piano stesso, secondo Programmi Operativi di cui all'art. 1, comma 88 della legge n.191 del 2009;
- e) che con le deliberazioni del Consiglio dei Ministri in data 15 ottobre 2009, 3 marzo 2011, 20 marzo 2012, 29 ottobre 2013 con le quali è stato disposto l'avvicendamento nelle funzioni di sub-commissario ad acta con il compito di affiancare il Commissario ad acta della Regione Campania;

VISTI gli esiti delle elezioni amministrative regionali dello scorso 31 maggio 2015 ;

VISTI i commi nn.569 e 570 dell'art. 1 della legge 23 dicembre 2014, n. 190 *“Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2015)”* con cui – in recepimento delle disposizioni di cui all'art. 12 del Patto per la Salute 2014 – 2016 – è stato previsto che *“La nomina a commissario ad acta per la predisposizione, l'adozione o l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo del settore sanitario, effettuata ai sensi dell'articolo 2, commi 79, 83 e 84, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, e successive modificazioni, e' incompatibile con l'affidamento o la prosecuzione di qualsiasi incarico istituzionale presso la regione soggetta a commissariamento”*;

VISTA la delibera del Consiglio dei Ministri dell'11 dicembre 2015, notificata in data 8 gennaio 2016, con la quale il dott. Joseph Polimeni è stato nominato Commissario ad acta per l'attuazione del vigente Piano di Rientro dai disavanzi del S.S.R campano e con la quale il dott. Claudio D'Amario è stato nominato Sub Commissario ad Acta;;

VISTO l'incarico prioritario del Commissario ad acta *“di adottare ed attuare i Programmi operativi 2016 – 2018 e gli interventi necessari a garantire, in maniera uniforme sul territorio regionale, l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di efficienza, appropriatezza, sicurezza e qualità, nei termini indicati dai Tavoli tecnici di verifica, nell'ambito della cornice normativa vigente”*;

VISTO l'acta prioritario n. *“i”*, riportato nella citata delibera del Consiglio dei Ministri del 11.12.2015 di *“adozione ed attuazione del piano di riorganizzazione della rete ospedaliera in coerenza con il fabbisogno assistenziale, in attuazione del regolamento adottato con decreto del Ministero della Salute del 2 Aprile 2015 n. 70 in coerenza con le indicazioni dei Tavoli Tecnici di monitoraggio”*;

VISTI:

- il decreto commissariale n. 49 del 27 settembre 2010 avente ad oggetto *“riassetto della rete ospedaliera e territoriale, con adeguati interventi per la dismissione/riconversione/riorganizzazione dei presidi non in grado di assicurare adeguati profili di efficienza e di efficacia”* ed il decreto commissariale n. 22 del 22 marzo 2011 di approvazione del *“Piano Sanitario Regionale 2011-2013”*, entrambi validati dai Ministeri affiancanti;
- il decreto commissariale n. 135 del 10 Ottobre 2012 con il quale sono stati forniti alle Aziende specifici indirizzi per la formulazione degli atti aziendali al fine di consentire l'adozione di un modello di organizzazione omogeneo e conforme alla Pianificazione sanitaria regionale nonché agli obiettivi economici e di razionalizzazione del SSR previsti dai Programmi Operativi;
- il decreto commissariale n. 6 del 14 Gennaio 2013 con il quale sono state assegnate alle aziende ulteriori indirizzi riguardanti i parametri standards per l'individuazione delle strutture ed alla necessità di allineare la normativa regionale alle disposizioni di cui alla legge n. 189 dell' 8 novembre 2012 di conversione del DL n. 158 del 13 settembre 2012;
- il decreto commissariale n. 18 del 18 febbraio 2013, che, al fine di procedere alla approvazione di un testo unico integrato contenente il complesso degli indirizzi forniti alle aziende ed anche in recepimento delle osservazioni ministeriali, si è proceduto alla sostituzione dell'allegato al decreto commissariale n. 6;
- il decreto commissariale n. 34 del 24 febbraio 2013 con il quale è stato previsto il differimento dell'originario termine previsto per l'invio degli atti alla struttura commissariale di 45 giorni rispetto alla data della pregressa scadenza di cui al decreto n. 6/2013 e quindi, fino al 10 giugno 2013 e si è proceduto alla nomina del gruppo di lavoro per la valutazione della conformità degli atti aziendali alle Linee di indirizzo regionali;

VISTO

- l'art. 3 comma 1 – bis del D.lgs n. 502/92 e ss.mm.ii. a tenore del quale l'Atto aziendale costituisce lo strumento giuridico mediante il quale le aziende determinano la propria organizzazione ed il proprio funzionamento, delineando gli ambiti della propria autonomia gestionale ed amministrativa, nel rispetto dei principi e dei criteri emanati dalla regione;

VISTO, altresì,

- che con delibera aziendale n. 1389 del 28 ottobre 2010 e con la nota integrativa del 24.03.2011 l'Azienda Ospedaliera Rummo di Benevento ha adottato la propria pianificazione attuativa;
- che con decreto commissariale n. 39 del 27.05.2011 è stata approvata, con prescrizioni, detta pianificazione attuativa;
- che con delibere n. 35 del 12.04.2013; n. 199 del 20.06/2013; n.1123 del 02.10.2013, l'Azienda Ospedaliera Rummo di Benevento ha adottato e successivamente rettificato ed integrato il proprio Atto aziendale;

PRESO ATTO

- che in data 21 gennaio 2014 con delibera n. 175 è pervenuta la versione aggiornata dell'Atto aziendale in parziale recepimento delle indicazioni della Commissione;

CONSIDERATO :

- che, in esito all'istruttoria compiuta dalla Commissione di valutazione di cui al DCA n.34/2013 l'atto aziendale della A.O. Rummo di Benevento è risultato conforme alla programmazione regionale, con l'obbligo al Direttore Generale di adottare formale delibera di integrale recepimento delle prescrizioni di cui al DCA 100/2014;
- che l'A.O. Rummo ha trasmesso l'atto deliberativo n. 886 del 16.10.2014 nei termini stabiliti e l'atto deliberativo n. 943 del 29.10.2014 contenente la correzione degli errori materiali riportati nella citata deliberazione n. 886/2014, allegati alla presente, che ne costituiscono parte integrale e sostanziale;
- che gli Uffici della Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il coordinamento del sistema sanitario regionale e del Dipartimento Salute e Risorse Naturali, con il supporto dei componenti regionali di cui al D.C.A. n.34/2013, ha verificato il rispetto delle prescrizioni;
- che il completamento dell'istruttoria da parte dei competenti uffici della Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il coordinamento del sistema sanitario regionale e del Dipartimento Salute e Risorse Naturali è stato tempestivamente trasmesso, unitamente alla bozza di decreto commissariale, agli organismi competenti per l'adozione dei correlati provvedimenti, senza che tale esito si verificasse;

RITENUTO, pertanto,

di poter procedere alla definitiva convalida dell'atto aziendale della AORN S. Giuseppe Moscati di Avellino, fermo restando la sua rivisitazione a seguito del riassetto della rete ospedaliera alla luce del Regolamento di cui al DM 70/2015 recante "Definizione degli standards qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, in attuazione dell'art. 1, c. 169, della L. 30 dicembre 2004, N. 311 e dell'art. 15, c.13, lettera c), del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135;

per tutto quanto esposto in premessa che qui si intende integralmente riportato :

D E C R E T A

DI PRENDERE ATTO delle risultanze pervenute dagli Uffici della Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il coordinamento del sistema sanitario regionale e del Dipartimento Salute e Risorse Naturali, in merito all'esame di quanto contenuto nell'atto deliberativo n. 886 del 16.10.2014 e nell'atto deliberativo n. 943 del 29.10.2014 di correzione degli errori materiali riportati nella citata deliberazione n. 886/2014, della A.O. Rummo di Benevento - allegati alla presente quali parte integrale e sostanziale e riguardante il recepimento integrale dell'atto aziendale e delle relative prescrizioni;

Di APPROVARE definitivamente l'atto aziendale dell'AORN Rummo di Benevento, facendo obbligo al Direttore Generale della sua immediata attuazione, riservandosi la sua rivisitazione a seguito del riassetto della rete ospedaliera alla luce del Regolamento di cui al DM 70/2015 recante "Definizione degli standards qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, in attuazione dell'art. 1, c. 169, della L. 30 dicembre 2004, N. 311 e dell'art. 15, c.13, lettera c), del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito , con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135;

Di NOTIFICARE il presente provvedimento alla AORN Rummo di Benevento, con l'obbligo di pubblicazione sul sito istituzionale aziendale - sezione atti amministrativi - che abbia accesso libero, (art.32 della legge 18.06.2009, n.18);

DI TRASMETTERE al Gabinetto del Presidente della Giunta regionale, al Dipartimento alla Salute e Risorse Naturali, alla Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del S.S.R., ed al BURC, per la pubblicazione, ai sensi degli artt. 26 e 27 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33.

Il Dirigente di Staff della Direzione Generale
per la tutela della Salute e il Coordinamento
del Sist. Sanit. Reg.le - 52 – 04
Avv. Antonio Postiglione

Il Direttore Generale della Direzione Generale
per la tutela della Salute e il Coordinamento
del Sist. Sanit. Reg.le - 52 - 04
Dott. Mario Vasco

Il Sub Commissario ad Acta
Dott. Claudio D'Amario

Il Commissario ad Acta
Prof. Joseph Polimeni

Azienda Ospedaliera
G. Rummo - Benevento

Prot. 18231
30/10/14

Al Capo di Gabinetto
della Giunta Regionale
avv. Danilo Del Gaizo

Sub Commissario ad Acta
Prof. Ettore Cinque

Al Responsabile Dipartimento
Salute e risorse Naturali
Prof. Ferdinando Romano

Regione Campania
Direttore Generale Tutela salute e Coordinamento del S. S.R.
Dr Mario Vasco

Al Direttore Generale
ARSAN
Prof. Montemarano

Dirigente Unità Operativa
Dirigenziale Personale del S.S.R.
Avv. Antonio Postiglione

REGIONE CAMPANIA

Prot. 2014. 0777088 18/11/2014 11,36

Mitt. : AO BN

Ass. : UOD Personale del SSR

Classifica : 19.1.12. Fascicolo : 3 del 2014



Oggetto: decreto 100 del 17/09/14 pubblicato sul BURC n. 65 del 18/09/14.
Atto Aziendale - attuazione.

Si rappresenta, a parziale rettifica della nota prot. 17350 del 16 ottobre 2014, che con delibera n.943 del 29/10/14, allegata in copia alla presente, si è provveduto a ritornare sulla delibera n. 866 del 16/10/14 depurando così l'atto aziendale, ivi allegato, di meri errori materiali riscontrati. Tanto in ottemperanza ed attuazione delle direttive impartite da Codesta Regione nell'ambito del procedimento relativo alla approvazione dell'Atto Aziendale. Si rimane a disposizione per qualsiasi altro ulteriore chiarimento.

Distinti saluti



Il Direttore Generale
Avv. Nicola Boccalone

All. c/s

AZIENDA OSPEDALIERA “G. Rummo” – BENEVENTO

OSPEDALE RILIEVO NAZIONALE (DPCM 23.4.93)

D.E.A. DI II LIVELLO (L.R. 11.1.94 n°2)

Via dell'Angelo, 1 – Tel. 0824 57111

DELIBERAZIONE N. 943 DEL 29/10/2014

CODICE AREA PROPONENTE: 1104 del 28/10/2014

AREA SERVIZI GENERALI E DI STAFF

Area Affari Generali e Legali

OGGETTO: Correzione errori materiali atto aziendale allegato alla delibera 886 del 16 ottobre 2014.

Parere favorevole Direttore Amministrativo

Dott. Alberto Di Stasio

Firmato digitalmente

Parere favorevole Direttore Sanitario

Dott. Giampiero Maria Berruti

Firmato digitalmente

Il Direttore Generale

Avv. Nicola Boccalone

Firmato digitalmente

IN VIRTÙ della delibera di Giunta Regionale della Campania n° 473 del 26.09.2011 e del Decreto del Presidente della Giunta n° 197 del 29.09.2011 pubblicato nel B.U.R.C. n° 62 del 03 ottobre 2011, prorogati con nota prot. 2014.0652017 del 02.10.2014 Giunta Regionale della Campania e successiva presa d'atto effettuata con delibera aziendale n. 862 del 03.10.2014;

PREMESSO CHE

con delibera n° 886 del 16 ottobre 2014 da intendersi integralmente richiamata ancorchè non materialmente allegata, veniva recepito il decreto del Presidente della Regione Campania n. 100 del 17/09/2014 e le prescrizioni in esso contenuto e veniva rettificato l'atto deliberativo n° 553 del 10.06.2013 ;

contestualmente veniva adottato ed allegato l'Atto Aziendale dell'Azienda Ospedaliera "G. Rummo" predisposto dalla direzione sanitaria, amministrativa e generale;

CONSIDERATO

che per le vie brevi la Direzione Generale ha dato mandato all'Area Affari Generali e legali di predisporre proposta di atto deliberativo di rettifica avendo riscontrato errori materiali contenuti nell'atto aziendale allegato alla delibera n.886/14;

RITENUTO

di rettificare l'atto deliberativo n° 886/14 e, conseguentemente adottare l'Atto Aziendale dell'Azienda Ospedaliera "G. Rummo" depurato degli errori materiali individuati dalla direzione aziendale e come da allegato predisposto dalla direzione sanitaria, amministrativa e generale;

di subordinarne la efficacia al completamento della verifica di conformità da parte della Regione alle prescrizioni e schemi del decreto 100/14 come previsto nel decreto stesso;

di dare al presente atto immediata esecutività in considerazione dei termini di scadenza indicati nel decreto 100/14;

Acquisito il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario,

IL DIRETTORE GENERALE

DELIBERA

per i motivi indicati nella premessa e che qui si intendono integralmente riportati:

di rettificare l'atto deliberativo n° 886/14 e, conseguentemente adottare l'Atto Aziendale dell'Azienda Ospedaliera "G. Rummo" predisposto dalla direzione sanitaria , amministrativa e generale , depurato degli errori materiali ed allegato alla presente quale parte integrante e sostanziale ;

di subordinarne la efficacia al completamento della verifica di conformità da parte della Regione alle prescrizioni e schemi del decreto 100/14 come previsto nel decreto stesso;

di trasmettere copia del presente atto deliberativo alla Struttura Commissariale ed al Coordinatore delle A.G.C. 19 e 20, per i successivi adempimenti;

di conferire mandato all'Area Affari Generali e Legali per i successivi adempimenti;

di trasmettere copia della presente al Collegio Sindacale, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge;

di dare alla presente la immediata esecutività.

IL DIRETTORE GENERALE

AVV. NICOLA BOCCALONE

- FIRMATO DIGITALMENTE -

AZIENDA OSPEDALIERA "G. RUMMO" DI BENEVENTO

ATTO AZIENDALE



AZIENDA OSPEDALIERA "G. Rummo" – BENEVENTO

OSPEDALE RILIEVO NAZIONALE (DPCM 23.4.93)

D.E.A. DI II LIVELLO (L.R. 11.1.94 n°2)

Via dell'Angelo, 1 – Tel. 0824 57111

DELIBERAZIONE N. 553 DEL 10/06/2013

CODICE AREA PROPONENTE: 667 del 10/06/2013

AREA DIREZIONE GENERALE

Direzione Generale

OGGETTO: Decreto del Commissario ad Acta n. 18 del 18.02.2013. Adozione atto aziendale

Parere favorevole Direttore Amministrativo

Dott. Alberto Di Stasio

Firmato digitalmente

Parere favorevole Direttore Sanitario

Dott. Giampiero Maria Berruti

Firmato digitalmente

Il Direttore Generale

Avv. Nicola Boccalone

Firmato digitalmente

IN VIRTU' dei poteri conferiti con Deliberazione della Giunta Regione Campania n. 473 del 26.09.2011

VISTO

il D.Lgs 502/1992 e s.m.i (da ultimo il decreto legge 13.09.2012 n.158 convertito con modificazioni nella legge 8.11.2012 n. 189);

la L.R. 2 dell'11/01/1994 "Istituzione del sistema integrato regionale per l'assistenza sanitaria" e s.m.i.;

la L.R. 32/94 " Attuazione del decreto legislativo n.502 del 30/12/1992 e successive modifiche ed integrazioni, riordino del servizio sanitario regionale" e s.m.i.;

la L.R. 16/2008 per la parte in vigore;

la DGRC n. 460/2007 "Approvazione del Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del Servizio Sanitario Regionale";

il Decreto del Commissario ad acta n. 49/2010 "Riassetto della rete ospedaliera e territoriale" e s.m.i.;

il Decreto del Commissario ad acta n. 55/2010 "completamento del riassetto della rete laboratoristica";

il Patto per la salute 2010-2012;

il Decreto del Commissario ad acta n. 22/2011 "Piano Sanitario Regionale 2011-2013";

il Decreto del commissario ad acta n.53/2012 "Approvazione Programmi operativi 2011-2012- Adeguamento per l'anno 2012";

il Decreto legge 6.07.2012 n.95 convertito con modificazioni nella legge 7.08.2012 n. 135;

PREMESSO che

con deliberazione n. 460 del 20 marzo 2007, la Giunta regionale della Campania ha approvato l'Accordo attuativo ed il Piano di rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del SSR ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311;

con delibera del Consiglio dei Ministri in data 24 aprile 2010, il nuovo Presidente pro-tempore della Regione Campania è stato nominato Commissario ad acta per il Piano di rientro con il compito di proseguire nell'attuazione del Piano stesso secondo Programmi operativi di cui all'art.1, comma 88, della legge n. 191 del 2009 e che nell'individuare degli atti ai quali attendere in via prioritaria, al punto k) dispone di procedere al completamento dell'assetto territoriale delle Aziende sanitarie e all'adozione dei nuovi atti aziendali;

con decreto del Commissario ad Acta n. 135 del 10.10.2012, sono stati forniti alle aziende sanitarie specifici indirizzi per l'adozione degli atti aziendali, al fine di garantire che le stesse adottino un

modello di organizzazione che realizzi concretamente i principi fondanti sul SSR nel rispetto degli obiettivi economici previsti dal Piano di Rientro;

con Decreto del Commissario ad Acta n. 6 del 14.01.2013 sono stati impartiti ulteriori indirizzi con riguardo ai parametri standards per l'articolazione delle unità operative e all'aggiornamento di alcune disposizioni per effetto dell'entrata in vigore della legge 8 Novembre 2012, n. 189 di conversione del D.L. 158 del 13 Settembre 2012;

successivamente all'adozione del predetto decreto commissariale, il Commissario ad Acta "evidenziata la necessità di integrare ulteriormente l'atto di indirizzo al fine di assicurare una maggiore coerenza con la normativa di riferimento" e, al fine di "agevolare la comprensione del documento", ha ritenuto opportuno adottare un testo unico integrato. Così, con successivo Decreto n. 18 del 18.02.2013 ha approvato, in via definitiva, l'atto d'indirizzo comprendente ulteriori integrazioni, sostituendo integralmente l'allegato al decreto del Commissario ad Acta n. 6 del 14.01.2013. Inoltre, ha previsto che "gli atti aziendali siano adottati e trasmessi alla Struttura commissariale ed al Coordinatore delle A.G.C. 19 e 20 per i successivi adempimenti di competenza, entro 60 giorni dalla data di pubblicazione sul BURC."

con Decreto Commissario ad Acta n. 34 del 24.04.2013 avente ad oggetto: "Decreto Commissariale n.18/2013. Differimento termine e nomina gruppo di lavoro." per consentire ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie di completare il percorso di informativa agli organismi preposti ed alle OO. SS., il Commissario ha ritenuto di dover differire l'originario termine previsto per l'invio alla Struttura Commissariale degli atti aziendali di 45 giorni dalla data della pregressa scadenza e quindi fino al 10 Giugno 2013, procedendo alla nomina del gruppo di lavoro per la valutazione degli atti aziendali della aziende sanitarie;

CONSIDERATO che

l'articolo 3, comma 1.-bis, del D.Lgs n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, secondo cui l'atto aziendale costituisce lo strumento giuridico mediante il quale le aziende sanitarie determinano la propria organizzazione ed il proprio funzionamento, delineando gli ambiti della propria autonomia gestionale ed organizzativa, nel rispetto dei principi e dei criteri emanati dalla Regione (articolo 2, comma 2- sexies, del decreto legislativo n. 502/1992 e s.m.i. come modificato dall'art.1 del decreto legislativo n. 168/2000);

PRESO ATTO che

con Decreto Regionale del Commissario ad acta n.49 del 27/09/2010, il Commissario ha approvato il "Riassetto della rete ospedaliera e territoriale, con adeguati interventi per la dismissione/riconversione/ riorganizzazione nei presidi non in grado di assicurare adeguati profili di efficienza e di efficacia analisi del fabbisogno e verifica dell' appropriatezza: conseguente revoca degli accreditamenti per le corrispondenti strutture private accreditate; conseguente modifica del piano ospedaliero regionale in coerenza con il piano di rientro Modifiche ed integrazioni." prevedendo per l'azienda ospedaliera Rummo n.459 posti letto;

con deliberazione n. 1389 del 28 ottobre 2010 e la nota integrativa del 24.03.2011 l'Azienda Ospedaliera Rummo di Benevento ha adottato la propria pianificazione attuativa;

con Decreto Regionale del Commissario ad acta n. 39 del 27.05.2011 avente ad oggetto: Decreto commissariale n. 49 del 27 settembre 2010 "riassetto della rete ospedaliera e territoriale".

Approvazione del Piano attuativo dell'Azienda Ospedaliera Rummo di Benevento con prescrizioni," la regione ha integrato la dotazione organica di n. 8 posti letto;

VISTO che

con delibera n. 35 del 12/04/2001, l'Azienda Ospedaliera G. Rummo ha provveduto alla: "Adozione dell'Atto Aziendale ai sensi dell'art. 3, comma 1 bis, del D.lgs. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni";

con deliberazione n.199 del 20/06/2001, l'Azienda Ospedaliera G. Rummo ha predisposto la "integrazione dell'atto aziendale art.18 Comitati di Dipartimento";

con deliberazione n. 1123 del 02/10/2002 l'Azienda Ospedaliera G. Rummo ha disposto "presa d'atto e conferma delle deliberazioni n.35 del 12/04/02 e n. 288 del 20/02/02;

con deliberazione n. 175 del 21/01/2005, l'Azienda Ospedaliera G. Rummo ha adottato la: "rettifica delibera n. 1123 del 02/10/2002 e contestuale modifica dell'atto aziendale"

DATO ATTO che

in data 19 aprile 2013, la Direzione Generale Aziendale ha avviato gli incontri con le OO.SS. della Dirigenza Medica e dirigenza sanitaria non medica per la prevista informativa sull'atto aziendale;

in pari data ha altresì avviato le riunioni con la R.S.U. e le OO.SS. del Comparto sulla prevista informativa sull'atto aziendale;

in data 06/06/2013, la Direzione Generale Aziendale ha informato, così come previsto dal Decreto Commissario ad Acta n. 18 del 18.02.2013, le OO.SS. della Dirigenza Medica, Sanitaria non medica, presentando l'Atto Aziendale e invitando tutte le OO.SS. a far pervenire le osservazioni e i chiarimenti che riterranno opportuni;

in pari data ha presentato, con separata riunione, l'Atto Aziendale alla R.S.U. e all'OO.SS dell'Area di Comparto invitando anche in questo caso a far pervenire le osservazioni e i chiarimenti che riterranno opportuni;

CONSIDERATO che

in data 07/06/2013, la direzione generale ha presentato e discusso l'atto aziendale in sede di Collegio di Direzione che lo ha approvato all'unanimità esprimendo il proprio parere favorevole;

con nota n.10.496 del 07/06/2013 il Direttore Generale ha consegnando personalmente l'atto aziendale al Sindaco di Benevento anche in qualità di Presidente della Conferenza dei Sindaci;

Con nota n.10.497 del 07/06/2013, per il profilo istituzionale e per l'evoluzione del ruolo rappresentato dall'Azienda in tema di assistenza territoriale, con particolare riferimento alla rete di emergenza della Provincia di Benevento, il Direttore Generale ha consegnando personalmente l'Atto Aziendale al Commissario della Provincia e con nota n. 10.499 del 07/06/2013 al Prefetto di Benevento.

EVIDENZIATO

che, sebbene siano stati recepiti e rispettati tutti i principi e criteri impartiti dai soggetti istituzionalmente sovraordinati, dalla Regione al Ministero della Salute, soprattutto in merito agli obiettivi propri del piano di rientro, l'Azienda ha delineato percorsi e modalità operativi che mantengono al centro delle attività la finalità sostanziale e istituzionale tesa sempre e comunque al miglioramento dello stato di salute della popolazione;

che, nell'ottica del rispetto dei LEA e dell'offerta dei servizi l'Azienda ha prestato particolare attenzione alle caratteristiche del bacino d'utenza per le condizioni sociali, economiche, culturali, ambientali e di genere della popolazione, della disuguaglianza della salute in maniera tale da garantire assistenza senza soluzione di continuità;

che, contestualmente, ha provveduto ad incentivare e valorizzare l'evoluzione tecnologica, sia in ambito sanitario che amministrativo, nel rispetto degli obiettivi di risparmio imposti dal Piano di Rientro dal disavanzo, mediante il più razionale utilizzo delle risorse disponibili, sia in termini economici che di personale, con conseguente introduzione di modelli di organizzazione a natura dipartimentale e promozione delle attività valutative e di miglioramento della performance, nonché la gestione in maniera condivisa, partecipata, efficace ed efficiente delle risorse disponibili;

PRESO ATTO

che entro 90 giorni dall'approvazione dell'atto aziendale da parte degli organismi regionali competenti, ai fini di una sua corretta e completa applicazione, si procederà all'adozione ed aggiornamento dei regolamenti interni nelle materie previste al punto 11.3 del Decreto Commissario ad Acta n. 18 del 18.02.2013 e nell'atto aziendale;

RITENUTO

pertanto, di adottare l'Atto Aziendale dell'Azienda Ospedaliera "G.Rummo", che allegato alla presente ne forma parte integrante e sostanziale;

ACQUISITO

il parere favorevole del Collegio di Direzione, del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario;

IL DIRETTORE GENERALE

DELIBERA

Per i motivi esposti in narrativa che si intendono integralmente riportati nel presente dispositivo

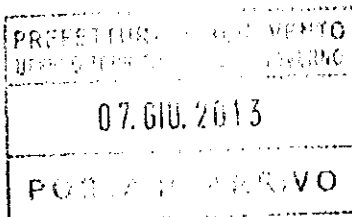
Di adottare l'Atto Aziendale dell'Azienda Ospedaliera "G. Rummo", con i relativi allegati, che ne formano parte integrante e sostanziale;

Di revocare la deliberazione n. 175 del 21/01/2005 con abrogazione del precedente atto aziendale e tutte le disposizioni e atti regolamentari ad esso contrari;

Di trasmettere copia del presente atto deliberativo alla Struttura Commissariale ed al Coordinatore delle A.G.C.19 e 20, per i successivi adempimenti;

E' conferito mandato all'Area Affari Generali e Legali di tale trasmissione oltre la pubblicazione del presente atto sul sito aziendale nonché alla Conferenza dei Sindaci, alle OO.SS. di categoria, al Commissario della Provincia Provincia e a S.E. il Prefetto di Benevento ;
Di dare immediata esecutività al presente atto.

IL DIRETTORE GENERALE
(Avv. Nicola BOCCALONE)
firmato digitalmente



Prot. n. 10499
07-06-13

Al S.E. il Prefetto di Benevento

Oggetto: Informativa atto aziendale Azienda Ospedaliera G. Rummo.

Con riferimento all'adozione del nuovo atto aziendale, così come previsto con decreto n.18 del 18/02/2013 del Commissario ad acta per la prosecuzione del piano di rientro del settore sanitario della Regione Campania, si trasmette e deposita copia dello stesso.

Il Direttore Generale
Dott. Nicola Boccalone

COPIA

BOLLETTINO UFFICIALE
della REGIONE CAMPANIA



ATTI

n. 29 del 9 Maggio 2016
AZIENDA OSPEDALIERA PARTE I Atti della Regione
VIA DELL'ANGELO N. 1 - 82100 -BENEVENTO
Tel.0824/57111 - P.Iva e C.F. 01009760628

Prot. 10496
07-06-13

Al Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci

Città di Benevento

Prot. 2013/0047146 Ingresso
del 07/06/2013
Mitt. Minuta

Benevento

Oggetto: Informativa atto aziendale Azienda Ospedaliera G. Rummo.

Con riferimento all'adozione del nuovo atto aziendale, così come previsto con decreto n.18 del 18/02/2013 del Commissario ad acta per la prosecuzione del piano di rientro del settore sanitario della Regione Campania, si trasmette e deposita copia dello stesso.

Il Direttore Generale
Dott. Nicola Boccione

G. RUMMO



AZIENDA OSPEDALIERA "GAETANO RUMMO"
VIA DELL'ANGELO N. 1 - 82100 -BENEVENTO
Tel.0824/57111 - P.Iva e C.F. 01009760628

PROVINCIA DI BENEVENTO

7 GIU 2013

Al Commissario della Provincia di
Benevento

Oggetto: Informativa atto aziendale Azienda Ospedaliera G. Rummo.

Con riferimento all'adozione del nuovo atto aziendale, così come previsto con decreto n.18 del 18/02/2013 del Commissario ad acta per la prosecuzione del piano di rientro del settore sanitario della Regione Campania, si trasmette e deposita copia dello stesso.

Il Direttore Generale
Dott. Nicola Boccalone

VERBALE DELLA RIUNIONE DEL GIORNO 6/06/2013 SINDACATI COMPARTO E RSU AZIENDALI

Il giorno 6 del mese di giugno dell'anno 2013 alle ore 18,00 si tiene, nella sala riunione della Direzione Generale, una riunione convocata dalla Direzione Generale con all'ordine del giorno :
Atto Aziendale - Informativa.

All'incontro sono presenti : il Direttore Generale Avv. Nicola Boccalone, il Direttore Sanitario dott. Giampiero Maria Berruti, il Direttore Amministrativo dott. Alberto Di Stasio, il Sig. Ruggiero Pasquale per la USB, il Sig. Nilo Roberto per la UIL-FPL, i Sigg. Vitelli Pietro e Zagarese Vincenzo per la CGIL-FP, i Sigg. Foria Raffaele, Saccente Andrea e Tommaselli Giovanni per la FIS e il Sig. Ciarlo Mario per la FIALS.

Il Direttore Generale, nell'illustrare ai presenti l'argomento all'ordine del giorno, evidenzia che il termine ultimo per la presentazione dell'Atto Aziendale è fissato per il giorno 10 giugno p.v. e che lo stesso è la conclusione logica di quanto previsto dal Decreto n. 18/2013, nonché degli accordi regionali che si sono succeduti con le OO.SS.

Il Nuovo Atto Aziendale conserva, in linea di massima, l'impalcatura del precedente piano attuativo, dal momento che sono stati conservati i 10 Dipartimenti, anche se sono state apportate delle modifiche, previste dal succitato Decreto, da cui si evince che un Dipartimento deve comprendere almeno 3 U.O.C. Nella formulazione dei Dipartimenti sono previsti 2 Amministrativi, uno della Direzione Generale e uno delle Risorse Aziendali, mentre 8 sono destinati ad attività sanitarie. Nell'ottica di una migliore e più confacente strutturazione delle esigenze aziendali così come emerse nell'ultimo periodo sono state istituite ex novo 2 S.S.D., ovvero la Ginecologica Laparoscopica e la Terapia Subintensiva Perioperatoria che costituiscono una novità assoluta in termini di struttura e operatività.

In relazione a questa nuova organizzazione, anche le Posizioni Organizzative del comparto subiranno una conseguente riorganizzazione. Tuttavia, dall'analisi del nuovo atto si può notare che è stato istituito un nuovo servizio che riguarda il Servizio Tecnico-Sanitario e Tecnico Riabilitativo con a capo un Dirigente Responsabile.

Facendo seguito a precedenti incontri con le parti sociali in cui erano state tracciate linee operative condivise da trasferire nella successiva redazione dell'atto aziendale, il Direttore Generale chiarisce, inoltre, che gli incarichi di P.O., in scadenza a luglio 2013, verranno rivisti e non saranno più affidati a chi ricopre incarichi di rappresentanza sindacale aziendale e territoriale; inoltre, le P.O. che hanno, nel dipartimento, meno di 6 unità svolgeranno anche le funzioni di Coordinatore, mentre chi avrà una P.O. in un dipartimento con più di 6 unità svolgerà solo funzioni di carattere organizzativo.

Come si evince dall'Atto Aziendale, si può notare che per la Dirigenza del Comparto non si è avuta una contrazione di incarichi, contrariamente a quanto è avvenuto per la Dirigenza Sanitaria perché il Comparto aveva già scontato la decurtazione di n. 5 Coordinatori e n. 2 Posizioni Organizzative.

Il nuovo Atto Aziendale rispetta le norme, non solo della stabilità operativa, ma anche della sostenibilità della spesa sanitaria, mirando ad un pareggio di bilancio.

Il Direttore Generale, nel ribadire che l'Atto Aziendale è una opportunità che va sfruttata appieno e che produrrà dei benefici nel futuro immediato, ringrazia quanti hanno collaborato alla stesura e si sono prodigati per la realizzazione di questo Nuovo Atto, che rappresenta una svolta, per un nuovo modo di intendere e di dare salute al fine di dare le giuste risposte all'intera popolazione di primo riferimento, Benevento e provincia, ed essere parte attiva del rinnovato sistema sanitario regionale.

Rappresenta, inoltre, che queste proposte saranno illustrate domani, alle ore 9,00 al Collegio di Direzione e, dopo il parere di rito, l'Atto Aziendale sarà consegnato al Sindaco di Benevento anche in qualità di Presidente della Conferenza dei Sindaci. Per il profilo istituzionale e per l'evoluzione del ruolo rappresentato dall'Azienda in tema di assistenza territoriale, con particolare riferimento alla rete di emergenza della Provincia di Benevento, l'Atto Aziendale verrà consegnato anche al Commissario della Provincia e al Prefetto di Benevento.

Nel consegnare ai presenti l'elaborato dell'Atto Aziendale, che sarà sottoposto alla verifica dell'apposita Commissione Regionale, il Direttore Generale invita tutte le OO.SS. a far pervenire in qualunque momento e mezzo, eventuali osservazioni e/o anomalie riscontrate relativamente alla bozza dell'Atto.

A questo punto il Sig. Ciarlo, rappresentante della FIALS, chiede se si è tenuto, in base ai nuovi posti letto assegnati, della conseguente nuova organizzazione del personale che afferisce alle singole U.O.C.

Il Direttore Generale risponde che sono stati rivisti i posti letto assegnati con una variazione minima inferiore al 10% e sono stati conferiti dei posti letto aggiuntivi a quelle unità operative che, dall'analisi dei dati epidemiologici, hanno confermato una maggiore richiesta rispetto a quelle U.O.C. i cui i posti letto sono risultati sottoutilizzati. Il tutto anche alla luce dei flussi informativi che hanno evidenziato una maggiore domanda da parte dell'utenza soprattutto per le branche chirurgiche.

Il Sig. Ciarlo, rappresentante della FIALS, a tal proposito, chiede se un aumento o una diminuzione di posti letto comporti una corrispettiva migrazione interna del personale.

Il Direttore Generale, al riguardo, ribadisce che conseguentemente ci sarà una ridistribuzione del personale, che sarà riallocato in maniera più adeguata secondo le modalità previste dal vigente CCNL.

La riunione termina alle ore 19,30.

Del che è verbale.

Benevento 06/06/2013

Il Segretario verbalizzante
(dr. Guido De Rosa)

CGIL
UIL
FSI
UIL - CGIL
FSI
Andreola

VERBALE DELLA RIUNIONE DEL GIORNO 6/06/2013 SINDACATI COMPARTO E RSU AZIENDALI

Il giorno 6 del mese di giugno dell'anno 2013 alle ore 18,00 si tiene, nella sala riunione della Direzione Generale, una riunione convocata dalla Direzione Generale con all'ordine del giorno :
Atto Aziendale - Informativa.

All'incontro sono presenti : il Direttore Generale Avv. Nicola Boccalone, il Direttore Sanitario dott. Giampiero Maria Berruti, il Direttore Amministrativo dott. Alberto Di Stasio, il Sig. Ruggiero Pasquale per la USB, il Sig. Nilo Roberto per la UIL-FPL, i Sigg. Vitelli Pietro e Zagarese Vincenzo per la CGIL-FP, i Sigg. Foria Raffaele, Saccente Andrea e Tommaselli Giovanni per la FIS e il Sig. Carlo Mario per la FIALS.

Il Direttore Generale, nell'illustrare ai presenti l'argomento all'ordine del giorno, evidenzia che il termine ultimo per la presentazione dell'Atto Aziendale è fissato per il giorno 10 giugno p.v. e che lo stesso è la conclusione logica di quanto previsto dal Decreto n. 18/2013, nonché degli accordi regionali che si sono succeduti con le OO.SS.

Il Nuovo Atto Aziendale conserva, in linea di massima, l'impalcatura del precedente piano attuativo, dal momento che sono stati conservati i 10 Dipartimenti, anche se sono state apportate delle modifiche, previste dal succitato Decreto, da cui si evince che un Dipartimento deve comprendere almeno 3 U.O.C. Nella formulazione dei Dipartimenti sono previsti 2 Amministrativi, uno della Direzione Generale e uno delle Risorse Aziendali, mentre 8 sono destinati ad attività sanitarie. Nell'ottica di una migliore e più confacente strutturazione delle esigenze aziendali così come emerse nell'ultimo periodo sono state istituite ex novo 2 S.S.D., ovvero la Ginecologica Laparoscopica e la Terapia Subintensiva Perioperatoria che costituiscono una novità assoluta in termini di struttura e operatività.

In relazione a questa nuova organizzazione, anche le Posizioni Organizzative del comparto subiranno una conseguente riorganizzazione. Tuttavia, dall'analisi del nuovo atto si può notare che è stato istituito un nuovo servizio che riguarda il Servizio Tecnico-Sanitario e Tecnico Riabilitativo con a capo un Dirigente Responsabile.

Facendo seguito a precedenti incontri con le parti sociali in cui erano state tracciate linee operative condivise da trasferire nella successiva redazione dell'atto aziendale, il Direttore Generale chiarisce, inoltre, che gli incarichi di P.O., in scadenza a luglio 2013, verranno rivisti e non saranno più affidati a chi ricopre incarichi di rappresentanza sindacale aziendale e territoriale; inoltre, le P.O. che hanno, nel dipartimento, meno di 6 unità svolgeranno anche le funzioni di Coordinatore, mentre chi avrà una P.O. in un dipartimento con più di 6 unità svolgerà solo funzioni di carattere organizzativo.

Come si evince dall'Atto Aziendale, si può notare che per la Dirigenza del Comparto non si è avuta una contrazione di incarichi, contrariamente a quanto è avvenuto per la Dirigenza Sanitaria perché il Comparto aveva già scontato la decurtazione di n. 5 Coordinatori e n. 2 Posizioni Organizzative.

Il nuovo Atto Aziendale rispetta le norme, non solo della stabilità operativa, ma anche della sostenibilità della spesa sanitaria, mirando ad un pareggio di bilancio.

Il Direttore Generale, nel ribadire che l'Atto Aziendale è una opportunità che va sfruttata appieno e che produrrà dei benefici nel futuro immediato, ringrazia quanti hanno collaborato alla stesura e si sono prodigati per la realizzazione di questo Nuovo Atto, che rappresenta una svolta, per un nuovo modo di intendere e di dare salute al fine di dare le giuste risposte all'intera popolazione di primo riferimento, Benevento e provincia, ed essere parte attiva del rinnovato sistema sanitario regionale.

**VERBALE DELLA RIUNIONE DEL GIORNO 6/06/2013 SINDACATI DIRIGENZA MEDICA, SANITARIA
NON MEDICA E AMMINISTRATIVA**

Il giorno 6 del mese di giugno dell'anno 2013 alle ore 16,00 si tiene, nella sala riunione della Direzione Generale, una riunione convocata dalla Direzione Generale con all'ordine del giorno :
Atto aziendale - Informativa.

All'incontro sono presenti il Direttore Generale Avv. Nicola Boccalone, il Direttore Sanitario dott. Giampiero Maria Berruti, il Direttore Amministrativo dott. Alberto Di Stasio, i dr. Ludovico Coretti e Domenico Pugliese per la CIMO, il dr. Luigi Gianuario e la dr.essa Enrica Parente per la CISL-MEDICI, i dr. Pasquale Mazzacane e Enrico Zollo per l'AAROI, il dr. Alberico D'Auria per la CGIL-Medici, il dr. Antonio Rosa per la FESMED, la dr.essa Lidia Grappone per l'ANAAO, il dr. Francesco Savarese per il SNR, il dr. Carmine Fuccio per lo SNABI, la dr.essa Rosita Galdiero per la CGIL, il Sig. Antonio Dello Iacovo per la UIL e il Sig. Pasquale Cerino per la CISL.

Il Direttore Generale, nell'illustrare ai presenti l'argomento all'ordine del giorno, evidenzia che il termine ultimo per la presentazione dell'Atto Aziendale è fissato per il giorno 10 giugno p.v. e che lo stesso rappresenta conclusione operativa di quanto previsto dal Decreto n. 18/2013, nonché degli accordi regionali che si sono succeduti con le OO.SS.

Il Nuovo Atto Aziendale conserva, in linea di massima, l'impalcatura del precedente piano attuativo, dal momento che sono stati conservati i 10 Dipartimenti, anche se sono state apportate delle modifiche, previste dal succitato Decreto, da cui si evince che un Dipartimento deve comprendere almeno 3 U.O.C. Nella formulazione dei Dipartimenti sono previsti 2 Amministrativi, uno della Direzione Generale e uno delle Risorse Aziendali, mentre 8 sono destinati ad attività sanitarie. Nell'ottica di una migliore e più confacente strutturazione delle esigenze aziendali così come emerse nell'ultimo periodo sono state istituite ex novo 2 S.S.D., ovvero la Ginecologica Laparoscopica e la Terapia Subintensiva Perioperatoria che costituiscono una novità assoluta in termini di struttura e operatività.

Il Nuovo atto Aziendale è proiettato al rispetto delle norme che governano complessivamente le aziende pubbliche ma anche l'osservanza dell'obbligo di rispettare la specifica sostenibilità della spesa sanitaria; difatti, a fronte dei circa 1500 dipendenti, previsti nella dotazione organica del 2007 ci troviamo, oggi, ad una dotazione di circa 1450 dipendenti previsti nella nuova pianta organica che comunque costituisce un incremento di circa 150 unità lavorative da attrarre e stabilizzare rispetto all'attuale dotazione organica.

Il Decreto n.18/2013 prevede, per la Nostra Azienda, una U.O.C. per 16 posti letto, mentre il parametro per la inviduazione di una S.S.D o S.S. è 1,31 per ogni struttura complessa. In considerazione dei 465 posti letto, previsti dai Decreti Regionali, scaturiscono 30 U.O.C. e 41 tra S.S.D.e S.S., rispettivamente 12 S.S.D e 29 S.S.

Facendo seguito a precedenti incontri con le parti sociali in cui erano state tracciate linee operative condivise da trasferire nella successiva redazione dell'atto aziendale, il Direttore Generale precisa che, per gli incarichi di S.S o S.S.D. in scadenza al 30.11.2013, sono previste due possibilità: nel caso in cui la struttura sia riconfermata nel nuovo Atto Aziendale, verrà riaffidato l'incarico triennale al dirigente già titolare della struttura previa valutazione positiva da parte del Collegio Tecnico. Viceversa, nel caso in cui la struttura non è più presente nel nuovo Atto Aziendale, l'incarico di responsabile di struttura è prorogato fino al 30.11.2013 ed, in ogni caso, fino all'approvazione definitiva dell'Atto Aziendale anche se in epoca antecedente il 30.11.2013. Sarà, pertanto, affidato al dirigente, non più titolare di struttura, un incarico professionale di alta specialità previo valutazione positiva da parte del collegio Tecnico.

Per tutti coloro che hanno optato per il regime di libera professione extramoenia, la conferma dell'incarico di struttura SS, SSD o di alta specialità è vincolato all'opzione, entro il 30.11.2013, al regime di libera professione intramoenia, pena la non riconferma dell'incarico.

Il Direttore Generale chiarisce, inoltre, che per gli incarichi di S.S. o S.S.D. scaduti o che scadono dopo il 30.11.2013 si provvederà alla riconferma triennale, previo valutazione positiva del dirigente, solo se la struttura è prevista dal nuovo Atto Aziendale; viceversa, al dirigente è conferibile un incarico professionale di alta specialità con la conservazione dell'attuale beneficio economico fino alla data di scadenza del contratto individuale di lavoro quale responsabile di struttura.

Questa proposta di atto, così conformato, sarà illustrata, oggi, anche alle OO.SS. del Comparto e alle RSU Aziendali alle ore 18,00, mentre domani, alle ore 9,00 sarà la volta del Collegio di Direzione che è tenuto ad esprimere il proprio parere.

Nel corso della stessa mattinata saranno portate a conoscenza del Sindaco di Benevento, del Presidente della Provincia di Benevento e del Prefetto di Benevento.

Il Direttore Generale, nel ribadire che l'Atto Aziendale è una opportunità che va sfruttata appieno e che produrrà dei benefici nel futuro immediato, ringrazia quanti hanno collaborato alla stesura e si sono prodigati per la realizzazione di questo Nuovo Atto, che rappresenta una svolta, per un nuovo modo di intendere e di dare salute al fine di dare le giuste risposte all'intera popolazione di primo riferimento, Benevento e provincia, ed essere parte attiva del rinnovato sistema sanitario regionale. Dichiaro, inoltre, che i nuovi incarichi relativi alle U.O.C., alle S.S.D. e alle S.S. avranno ben individuati compiti e obiettivi da raggiungere, ben dettagliati e facilmente verificabili con cadenza semestrale in modo da poter monitorare costantemente l'attività dei responsabili delle strutture.

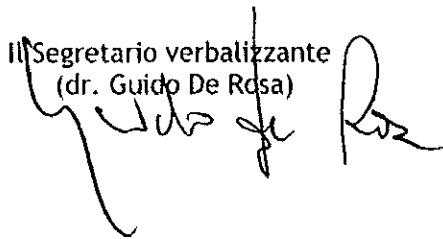
Nel consegnare ai presenti l'elaborato dell'Atto Aziendale, che sarà sottoposto alla approvazione dell'apposita Commissione Regionale, il Direttore Generale invita tutte le OO.SS. a far pervenire le osservazioni e i chiarimenti che riterranno opportuni attraverso qualsiasi mezzo utile.

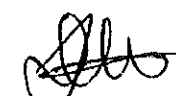
La riunione termina alle ore 17,30.

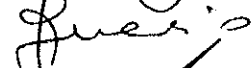
Del che è verbale.

Benevento 06/06/2013

Il Segretario verbalizzante
(dr. Guido De Rosa)

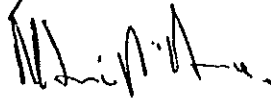


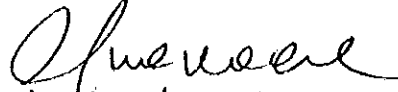
CIMO ASUD 

SVABZ 

CISL-medici 

GIL FP 

CIL-FP MEDICI 

AAROI 

CIMO ASUD 

GIL FPL 

VERBALE DELLA RIUNIONE DEL GIORNO 7/06/2013 DEL COLLEGIO DI DIREZIONE

Il giorno 7 del mese di giugno dell'anno 2013 alle ore 9,00 si tiene, nella sala riunione della Direzione Generale, una riunione convocata dalla Direzione Generale con all'ordine del giorno : Atto aziendale.

All'incontro sono presenti il Direttore Generale Avv. Nicola Boccalone, i dr. Alfonso Bencivenga, Giuseppe Catapano, Francesco Cusano, Bruno Daniele, Francesco Marchese, Gioacchino Scarano in sostituzione del dr. Orfeo, Maria Sanità Zeppa, Guido Quici, Pasquale Ferro Direttore Medico del Presidio, Assunta Racca Direttore di Farmacia e il Coordinatore dei Servizi Infermieristici Vittorio Zurlo.

Il Direttore Generale, nell'illustrare ai presenti l'argomento all'ordine del giorno, evidenzia che il termine ultimo per la presentazione dell'Atto Aziendale è fissato per il giorno 10 giugno p.v. e che lo stesso è la conclusione logica di quanto previsto dal Decreto n. 18/2013, nonché degli accordi regionali che si sono succeduti con le OO.SS.

Nel merito, comunica che l'Atto Aziendale è stato presentato il giorno 6.6.2013 alle OO.SS. della Dirigenza medica, sanitaria non medica e dell'area di Comparto.

Il Nuovo Atto Aziendale conserva, in linea di massima, l'impalcatura del vecchio piano, dal momento che sono stati conservati i 10 Dipartimenti, anche se sono state apportate delle modifiche, previste dal succitato Decreto, da cui si evince che un Dipartimento deve comprendere almeno 3 U.O.C. Nella formulazione dei Dipartimenti sono previsti 2 Amministrativi, uno della Direzione Generale e uno delle Risorse Aziendali, mentre 8 dipartimenti sono destinati ad attività sanitarie e, tra essi, è previsto un Dipartimento dei Servizi a supporto delle strutture sanitarie. In particolare, i dipartimenti che sono stati maggiormente interessati vi è il Dipartimento di Oncologia che comprende la U.O.C. Chirurgia Toraco-Addominale ad indirizzo oncologico, la U.O.C. Oncologia Medica, la U.O.C. di Radioterapia e la U.O.C. Anatomia Patologia e la S.S.D. Di Senologia ed il Dipartimento Cardio Polmonare Vascolare comprende la U.O.C. Cardiologia Interventistica, la U.O.C. Chirurgia Vascolare e la U.O.C. Pneumologia.

Nell'ambito delle 30 U.O.C. è stata rivista la riallocazione dei posti letto e ciò è stato fatto, in considerazione della domanda e dell'offerta, cercando di privilegiare quelle U.O.C. che hanno maggiore richiesta di prestazioni, rispetto ad altre che sono sottoutilizzate. In particolare la U.O.C. di Gastroenterologia è stata trasformata da unità complessa a S.S.D.

Nell'ottica di una migliore e più confacente strutturazione delle esigenze aziendali sono state istituite 2 nuove S.S.D.; ovvero la Ginecologica Laparoscopica e la Terapia Subintensiva Perioperatoria. Inoltre, il Nuovo atto Aziendale rispetta le norme, non solo della stabilità, ma anche della sostenibilità della spesa sanitaria; difatti, a fronte dei circa 1500 dipendenti, previsti nella dotazione organica del 2007 ci troviamo, oggi, ad una dotazione di circa 1450 dipendenti previsti nella nuova pianta organica.

Il Decreto n.18/2013 prevede, per la Nostra Azienda, una U.O.C. per 16 posti letto, mentre il parametro per la individuazione di una S.S.D o S.S. è 1,31 per ogni struttura complessa. In considerazione dei 465 posti letto, previsti dai Decreti Regionali, scaturiscono 30 U.O.C. e 41 tra S.S.D.e S.S., rispettivamente 12 S.S.D e 29 S.S. a cui vanno aggiunte 34 IPAS e 57 I.P.

Facendo seguito a precedenti incontri con le parti sociali in cui erano state tracciate linee operative condivise da trasferire nella successiva redazione dell'atto aziendale, il Direttore Generale precisa che, per gli incarichi di S.S o S.S.D. in scadenza al 30.11.2013, sono previste due possibilità: nel caso in cui la struttura sia riconfermata nel nuovo Atto Aziendale, verrà riaffidato l'incarico triennale al dirigente già titolare della struttura previa valutazione positiva da parte del Collegio Tecnico. Viceversa, nel caso in cui la struttura non è più presente nel nuovo Atto Aziendale, l'incarico di responsabile di struttura è prorogato fino al 30.11.2013 ed, in ogni caso, fino all'approvazione definitiva dell'Atto Aziendale anche se in epoca antecedente il 30.11.2013. Sarà, pertanto, affidato al dirigente, non più titolare di struttura, un incarico professionale di alta specialità previo valutazione positiva da parte del collegio Tecnico.

Per tutti coloro che hanno optato per il regime di libera professione extramoenia, la conferma dell'incarico di struttura SS, SSD o di alta specialità è vincolato all'opzione, entro il 30.11.2013, al regime di libera professione intramoenia, pena la non riconferma dell'incarico.

Il Direttore Generale chiarisce, inoltre, che per gli incarichi di S.S. o S.S.D. scaduti o che scadono dopo il 30.11.2013 si provvederà alla riconferma triennale, previo valutazione positiva del dirigente, solo se la struttura è prevista dal nuovo Atto Aziendale; viceversa, al dirigente è conferibile un incarico professionale di alta specialità con la conservazione dell'attuale beneficio economico fino alla data di scadenza del contratto individuale di lavoro quale responsabile di struttura.

Per quanto riguarda l'Area del Comparto è stata istituita una nuova dirigenza, tecnico-sanitaria e riabilitativa.

Il Direttore Generale, nel ribadire che l'Atto Aziendale è una opportunità che va sfruttata appieno e che produrrà dei benefici nel futuro immediato, ringrazia quanti hanno collaborato alla stesura e si sono prodigati per la realizzazione di questo Nuovo Atto, che rappresenta una svolta, per un nuovo modo di intendere e di dare salute e risposte all'intera popolazione di Benevento e provincia. Dichiarò, inoltre, che i nuovi incarichi relativi alle U.O.C., alle S.S.D. e alle S.S. avranno obiettivi e compiti, ben dettagliati e facilmente verificabili, con cadenza semestrale; sarà, inoltre, possibile monitorare costantemente l'attività dei responsabili delle strutture. Queste stesse strutture non saranno più affidate a chi svolge attività professionale in extramoenia, ad eccezione dei primari come da motivazione unanime espressa dalle Parti Sociali durante i precedenti incontri sulla tematica.

Il Direttore Generale rappresenta che il primo luglio p.v. sarà inaugurata la nuova Area Congressuale e sempre nello stesso mese sarà consegnato il nuovo padiglione "Moscati", dove saranno riallocate le U.O.C. secondo gli schemi previsti nel nuovo Atto Aziendale; inoltre sarà rifatto il blocco operatorio del padiglione "S.Pio" e presto saranno disponibili i nuovi ambulatori, per l'attività in ALPI. Nel nuovo Atto aziendale, verrà dato un ruolo importante all'URP e Comunicazione.

Il dr. Scarano chiede se sono previste le figure dei Dirigenti Psicologi. Il Direttore Generale ribadisce che nel caso specifico è previsto uno Psicologo in più rispetto all'attuale dotazione da collocare nel dipartimento di Oncologia.

Il dr. Bencivenga pone la questione dei Servizi e delle sue strutture.

Il Direttore Generale ritiene che il ruolo dei Servizi sanitari è certamente importante soprattutto quale raccordo con i dipartimenti, per cui auspica una evoluzione che tenga conto delle attuali carenze di organico.

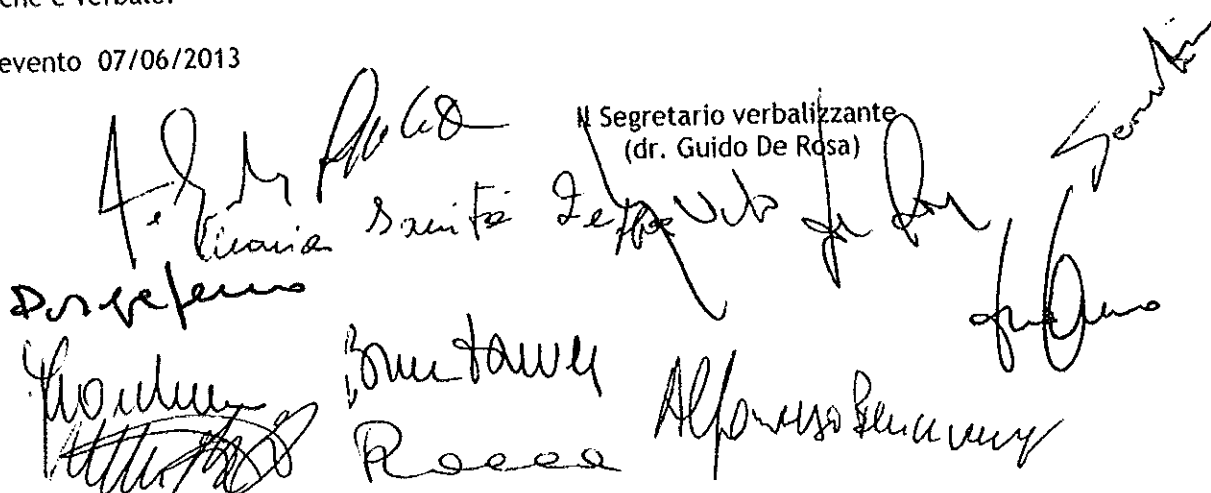
Sulla scorta di quanto rappresentato e delle considerazioni emerse, dopo approfondita discussione, il Collegio di Direzione esprime, all'unanimità, **parere favorevole**.

Il Direttore Generale prende atto del parere espresso e comunica che proseguirà l'iter previsto per la formulazione dell'Atto inoltrando lo stesso alle Istituzioni presenti sul territorio ed, in particolare, al Sindaco di Benevento anche in qualità di Presidente della Conferenza dei Sindaci. Per il profilo istituzionale e per l'evoluzione del ruolo rappresentato dall'Azienda in tema di assistenza territoriale, con particolare riferimento alla rete di emergenza della Provincia di Benevento, l'Atto Aziendale verrà consegnato al Commissario della Provincia e al Prefetto di Benevento.

La riunione termina alle ore 10,45.

Del che è verbale.

Benevento 07/06/2013



Il Segretario verbalizzante
(dr. Guido De Rosa)

VERBALE DELLA RIUNIONE DEL GIORNO 19/04/2013 SINDACATI COMPARTO

Il giorno 19 del mese di aprile dell'anno 2013 alle ore 13,00 si tiene, nella sala riunione della Direzione Generale, una riunione convocata dalla Direzione Generale con all'ordine del giorno : DCA n. 18 del 18/02/2013 - Informativa.

All'incontro sono presenti : il Direttore Generale Avv. Nicola Boccalone, il Direttore Sanitario dott. Giampiero Maria Berruti, il Direttore Amministrativo dott. Alberto Di Stasio, il Sig. Ruggiero Pasquale per la USB, il Sig. Nilo Roberto per la UIL-FPL, il Sig. Cerino Pasquale per la CISL-FP, il Sig. Palatella Angelo per la CGIL-FP, il Sig. Foria Raffaele per il NURSING UP, il Sig. Ciarlo Mario per la FIALS e il Sig. Simeone Gaetano per la FIS.

Il Direttore Generale, nell'introdurre l'argomento all'ordine del giorno, rappresenta che si stanno mettendo in atto dei meccanismi comuni e condivisi sia con l'ASL di Avellino e sia con l'Azienda Ospedaliera di Avellino, che avranno incidenza anche sulla formulazione del Nuovo Atto Aziendale. Entrando nel merito della discussione, il Direttore Generale evidenzia che è del tutto riduttiva formulare la propria organizzazione su di un solo parametro, quello dei posti letto, tralasciando altri indici che concorrono all'intera strutturazione dell'Azienda. Nonostante i limiti imposti dal decreto n. 18, il Direttore Generale manifesta che è volontà della Dirigenza conservare il maggior numero di U.O.C., di S.S. e di S.S.D., sia per mantenere la funzionalità del servizio e sia per non penalizzare i Dirigenti, anche se la tipologia degli incarichi verrà rivista in funzione di quanto previsto dal decreto n. 18 e degli obiettivi strategici che l'Azienda intende perseguire.

Difatti, nella stesura dell'Atto Aziendale si tenderanno ad accorpare dei Servizi e delle U.O., per utilizzare al meglio le risorse umane e strumentali che si renderanno disponibili. Per quanto attiene il Comparto, si avrà anche qui un ridimensionamento, con l'accorpamento di alcune professionalità e servizi.

Circa le Posizioni Organizzative, relative al Comparto, la scelta Aziendale è quella di non affidare tale tipologia di incarico a chi è rappresentante sindacale, pertanto chi ricopre i due ruoli dovrà scegliere tra la carica sindacale e l'incarico conferito, dalla Direzione Generale, per la Posizione Organizzativa.

Tale situazione è del tutto simile a quella della Dirigenza Sanitaria; difatti chi sceglie l'attività libero-professionale "extramoenia" non avrà incarichi, di rilievo, all'interno della Struttura.

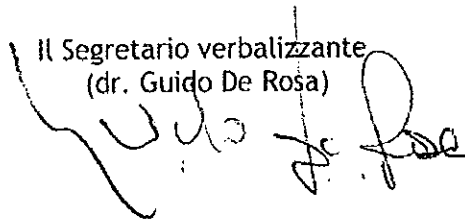
A questo punto, interviene il Sig. Cerino, rappresentante CISL-FP, che si dice d'accordo in linea di principio con quanto affermato dal Direttore Generale, a condizione che siano rilevate, in primis, le incompatibilità della Dirigenza Sanitaria, in applicazione del D.Lgs. n. 150/2009.

La riunione termina alle ore 14,10.

Del che è verbale.

Benevento 19/04/2013

Il Segretario verbalizzante
(dr. Guido De Rosa)



AMMINISTRATIVA

Il giorno 19 del mese di aprile dell'anno 2013 alle ore 9,00 si tiene, nella sala riunione della Direzione Generale, una riunione convocata dalla Direzione Generale con all'ordine del giorno : DCA n. 18 del 18/02/2013 - Informativa.

All'incontro sono presenti il Direttore Generale Avv. Nicola Boccalone, il Direttore Sanitario dott. Giampiero Maria Berruti, il Direttore Amministrativo dott. Alberto Di Stasio i dr. Ludovico Coretti e Domenico Pugliese per la CIMO, dr. Luigi Gianuario e dr.essa Enrica Parente per la CISL-MEDICI, dr. Enrico Zollo per l'AAROI, dr. Alberico D'Auria per la CGIL-Medici, dr. Antonio Rosa per la FESMED, dr. Luigi Orfeo per l'ANAAO, dr. Alfonso Bencivenga per l'ANPO, dr. Francesco Savarese per il SNR, dr. Carmine Fuccio per lo SDS-SNABI, dr.essa Michelina Barbieri per il SINAFO e Il Sig. Nilo Roberto per la UIL-Amministrativi.

Il Direttore Generale nell'illustrare ai presenti l'argomento relativo alla problematica della formulazione del Nuovo atto Aziendale, sottolinea che esso seguirà gli obiettivi e le linee guida impartite dal Decreto del Commissario ad Acta n. 18 del 18/02/2013. Evidenzia le difficoltà, in cui la Nostra Azienda è costretta a muoversi, dati i margini e limiti imposti dal decreto stesso che non consentono di fare voli pindarici, ma, anzi, ci costringono di attenerci alla situazione odierna, cercando di ottimizzare al meglio le risorse esistenti.

E, proprio, partendo dall'analisi dei dati di attività della Nostra Azienda è stato possibile instaurare una base programmatica, su cui lavorare e mettere in essere un Nuovo Atto Aziendale. Difatti, ad oggi, abbiamo n. 31 Strutture Complesse (U.O.C.), n. 84 Strutture Semplici e Semplici Dipartimentale (S.S. e S.S.D.) e n. 52 Incarichi Professionali, il tutto su un numero di 260 Medici Dirigenti in servizio.

I posti letto, in virtù di quanto stabilito dal Decreto n. 49 del 27/09/2010, sono 465, da cui derivano 29,06 U.O.C. che si arrotondano a 30 e quindi una in meno rispetto alle attuali, di conseguenza, moltiplicando le 30 U.O.C. per 1,31 si ottengono 39,3 S.S.D e S.S e arrotondandole a 40 si hanno 44 S.S.D e S.S. in meno. Conseguentemente, anche gli Incarichi Professionali dovrebbero di gran lunga diminuire e sarebbero oggetto di una rivisitazione.

Resterebbero, quindi, 30-31 U.O.C. e circa 40-45 tra S.S.D e S.S. questi numeri sono variabili, in quanto, è da considerare l'organico del D.I.E. che se è interaziendale va scorporato dal Nostro Organico. A tal proposito, il Direttore Generale rappresenta che, nonostante le reiterate richieste di incontro con il D.G. dell'ASL BN, non è stato possibile avviarlo, anche se da parte della Nostra Azienda sono stati messi in atto tutte le disposizioni di legge, affinché il D.I.E. possa trovare piena attuazione e funzionalità.

Il dr. Rosa, rappresentante FESMED, sottolinea che, secondo l'ARSAN, i posti letto assegnati alla Nostra Struttura sono 539 e se ciò è vero, i calcoli vanno rifatti in modo adeguato. Qualora, i posti letto non fossero fisicamente presenti, bisogna formulare una previsione di massima, per la loro attivazione, con una preventiva copertura delle risorse da finanziare.

Sulla proposta del dr. Rosa, tutte le OO.SS. si dichiarano d'accordo.

A questo punto, il dr. Rosa, rappresentante FESMED, chiede ufficialmente di conoscere la dotazione organica dell'Azienda e il Direttore Generale gli risponde che non è possibile fornirla, non sapendo con esattezza quanti sono i posti letto attribuiti.

Il dr. Coretti, rappresentante CIMO, evidenzia che il rapporto, con cui si determinano le S.S.D e le S.S., dovrebbe essere aumentato portandolo almeno al valore di 1,60. Per quanto attiene l'opzione fatta in favore dell'attività Libero-Professionale in "extramoenia", è d'accordo a togliere sia la Struttura Complessa che quella Semplice a chi ha optato di stare al di fuori dell'Azienda.

Il dr. Bencivenga, rappresentante ANPO, dichiara che la Direzione essere affidata a chi ha scelto l'opzione extramoenia, mentre, per quanto riguarda, le altre tipologie di incarico vanno affidate tenendo conto degli obiettivi raggiunti, della complessità della struttura e dei dati storici di attività.

Il dr. D'Auria, rappresentante CGIL-Medici, concorda appieno con quanto affermato dal dr. Bencivenga e ribadisce che la libera professione dovrebbe essere svolta solo in intramoenia, fatte salve alcune scelte Aziendali diverse.

Il dr. Orfeo, rappresentante ANAAO, evidenzia che le linee guida, nel determinare gli incarichi, sono ben precisate nel decreto n. 18 e ribadisce che gli stessi siano attribuiti a chi privilegia l'attività libero-professionale in "intramoenia".

Il dr. Gianuario, rappresentante CISL-MEDICI, allega una dichiarazione a verbale, da cui si evidenziano i tagli perpetrati a danno di aziende virtuose e delle Aree Interne, nonostante l'ottimo andamento delle stesse e propone le soluzioni, per rendere meno dolorosi i tagli di strutture che comunque devono essere operati.

A questo proposito, il Direttore Generale ribadisce che intende confermare tutte le U.O.C. possibili e conservare gli 8 Dipartimenti, anche se questi ultimi vanno rivisitati nella loro organizzazione.

Il dr. Coretti, rappresentante CIMO, per quanto attiene i pazienti oncologici, chiede se è possibile trattare presso la Nostra Struttura, tale tipologia di pazienti, cercando di introdurre la Medicina Nucleare, evitando così l'effettuazione di terapie adeguate presso centri convenzionati. Il Direttore Generale, nel rispondere alla problematica posta dal dr. Coretti, ribadisce che bisogna trovare i presupposti, affinché i pazienti possano trovare tutte le risposte terapeutiche all'interno della Nostra Struttura.

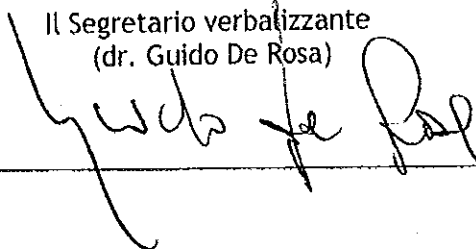
A conclusione della riunione, il Direttore Generale invita tutte le OO.SS. a farsi portavoce, presso la Regione Campania, delle esigenze della Struttura e al chiarimento definitivo dei posti letto effettivi assegnati.

La riunione termina alle ore 12,00.

Del che è verbale.

Benevento 19/04/2013

Il Segretario verbalizzante
(dr. Guido De Rosa)



Premesso che:

1. La Regione Campania persiste nella scellerata politica di tagli lineari a danno delle aziende virtuose, per dirottare risorse economiche verso quelle più indebitate napoletane;
2. Le ASL ed AO di Benevento ed Avellino, soprattutto, ne hanno pagato il più pesante prezzo: milioni di euro di risparmio senza possibilità di riutilizzo, in loco, di tali risorse economiche. Un vero scippo della politica napolocentrica a danno dei sanniti ed irpini.
3. Si dà atto al D.G. dell'A.O. Rummo di aver recentemente convocato e stimolato un tavolo di testimonianza e denuncia tra tutte queste aziende colpite dalle assurde disposizioni regionali;
4. la Regione Campania però ha deciso di "salvare" solo il Pascale con pretestuose ed inconsistenti motivazioni confermando, di fatto, la contrazioni delle risorse delle aree interne;
5. Anche da tale sconsiderata politica deriva la scelta regionale di riformulazione degli atti aziendali tesi a perpetrare la mortificazione delle professionalità interne: netta contrazione di strutture semplici e complesse a fronte di un maggior impegno per consistente riduzione del personale negli ultimi anni, contro un aumento delle prestazioni erogate;
6. Segnatamente l'AO Rummo con circa 60 dirigenti medici in meno negli ultimi anni ha visto incrementata la mole di attività medica e chirurgica e, recentemente, anche i case-mix;

Tanto premesso, in estrema sintesi, la Cisl-medici si preoccupa di formulare una proposta al D.G., avv. Boccalone, per limitare il più possibile i danni che dalla riduzione delle strutture potrebbero derivare alle carriere dei colleghi e nel tentativo di contrastare la demotivazione di tanti che a fronte di maggior impegno senza nessuna gratificazione stipendiale (per blocco dei contratti) ora subiranno anche una regressione di carriera.

La Cisl-medici quindi propone:

- Dovendosi contrarre significativamente il numero delle strutture semplici, trasferire i colleghi coinvolti (evidentemente fatte salve le doverose verifiche dell'attività svolta) verso incarichi professionali ad alta specialità con incremento della remunerazione degli stessi, in modo da porla vicina a quella delle strutture semplici.

degli incarichi, in modo da ridurre il numero dei punti carati attribuiti ai capi dipartimento, direttori di UOC e responsabili di SSD ed SS, secondo una proporzionalità diretta per cui perda di più chi oggi ha più punti, e così a decrescere fino agli I.P. ad alta specialità;

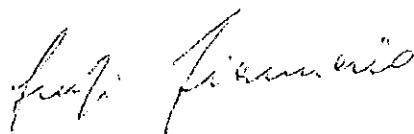
- Convertire le Strutture Semplici dei colleghi in extramoenia in incarichi professionali ad alta specialità;
- Convertire le Strutture Semplici che hanno un taglio più evidentemente specialistico, spesso articolazione interna di strutture complesse, e meno organizzativo in incarichi professionali ad alta specialità;
- Confermare le SS e SSD che hanno riscontri e previsioni in normative regionali e/o nazionali;
- Evitare di ridurre aree di attività specificamente ospedaliere. Oggi data la mancanza di una rete territoriale efficientemente deputata alla erogazione di servizi finalizzati a soddisfare i reali bisogni dell'utenza, in particolare la rete dell'emergenza e quella delle specialità, sono surrogate in modo inappropriato dalla nostra azienda;
- Formulare definitivamente l'atto aziendale dopo che lo hanno stilato e deliberato anche le altre ASL ed AO Campane, in primis le napoletane, per evitare il ripetersi degli scippi del passato....., quando i più virtuosi sono stati i più penalizzati secondo una premialità all'incontrario.

La gestione con metodi privatistici della Sanità pubblica resta un miraggio. Diversamente le aziende realmente private: prive di questa cappa asfissiante della politica regionale.

Il prossimo 24 aprile ad Avellino vi sarà una manifestazione regionale sulla sanità di CGIL CISL e UIL proprio sui temi descritti in premessa: contro la gestione commissariale della Sanità in Campania che ha prodotto disservizi insopportabili per i cittadini ed i lavoratori del Servizio Sanitario Regionale.

Benevento 19-4-2013

Cisl-medici:



VERBALE DELLA RIUNIONE DEL GIORNO 15/10/2014 SINDACATI COMPARTO E KSU AZIENDALI

Il giorno 15 del mese di ottobre dell'anno 2014 alle ore 12,45 si tiene, nella sala riunione della Direzione Generale, una riunione convocata dalla Direzione Generale con all'ordine del giorno :
Informativa sull'Atto Aziendale.

All'incontro sono presenti : il Direttore Generale Avv. Nicola Boccalone, il Direttore Sanitario dott. Giampiero Maria Berruti, la dr.essa Filomena Tizzani in sostituzione del Direttore Infermieristico f.f. dott. Vittorio Zurlo, i rappresentanti R.S.U. : il Sig. Palatella Angelo, il Sig. Nilo Roberto, il Sig. Zagarese Vincenzo, il Sig. Di Lorenzo Luigi Antonio Anito, il Sig. Pincipe Sergio, il Sig. Tommaselli Giovanni, il Sig. De Luisi Angelo e per le rappresentanze sindacali la dr.essa Giannaserena Franzè e Leoni Adriano per la CGIL-FP, il Sig. Tommaselli Giovanni per la FSI.

Ad inizio della riunione, il dr. De Rosa, segretario verbalizzante, da lettura della nota fatta pervenire dal sindacato FIALS, in cui si attesta che i propri rappresentanti non parteciperanno, alla riunione odierna, in quanto non sono state invitate per tempo le R.S.U. Aziendali.

Il Direttore Generale, nell'illustrare ai presenti l'argomento all'ordine del giorno, evidenzia che le prescrizioni previste dal Decreto del Commissario ad Acta n. 100 del 17/09/2014 saranno deliberate in data 16/10/2014. Queste prescrizioni prevedono la riduzione dei Dipartimenti Aziendali da 8 a 6. Tenendo, in considerazione, tale riduzione, conseguentemente anche i Dipartimenti relativi al Comparto sono stati adeguati e dagli originari 7 sono stati portati a 6 e quindi rispondenti alle esigenze Aziendali.

Il Direttore Generale evidenzia la tipologia delle prescrizioni e mette in rilievo che si tratta di variazioni minime vedi nomi e definizioni di U.O.C, U.O.S e U.O.S.D., rispetto all'impianto del Nuovo Atto Aziendale, di cui non è inficiato l'impianto fondamentale.

Sottolinea che sono stati previsti due Coordinatori, di cui uno per il Servizio Infermieristico ed uno per il Servizio Tecnico, come pure il Coordinatore della Ginecologia. Precisa, inoltre, che una volta approvato l'Atto Aziendale, in maniera definitiva, saranno stilati i relativi regolamenti attuativi e non ci saranno più proroghe, per il Dirigente Infermieristico, per i Coordinatori e per le Posizioni Organizzative.

A questo punto, il Sig. Palatella chiede se il D.I.E. avrà un seguito, oppure sarà una lettera morta.

Il Direttore Generale risponde che il D.I.E. resta e la sua piena attuazione rimane un solido auspicio.

Le OO.SS. prendono atto delle nuove proposte avanzate e di quanto posto in essere con l'approvazione dell'Atto Aziendale.

La riunione termina alle ore 13,20.

Del che è verbale.

Benevento 15/10/2014

CGIL
FBI/USAG

Il Segretario verbalizzante
(dr. Guido De Rosa)

**VERBALE DELLA RIUNIONE DEL GIORNO 15/10/2014 SINDACATI DIRIGENZA MEDICA, SANITARIA
NON MEDICA E AMMINISTRATIVA**

Il giorno 15 del mese di ottobre dell'anno 2014 alle ore 11,00 si tiene, nella sala riunione della Direzione Generale, una riunione convocata dalla Direzione Generale con all'ordine del giorno :
Informativa sull'Atto Aziendale.

All'incontro sono presenti il Direttore Generale Avv. Nicola Boccalone, il Direttore Sanitario dott. Giampiero Maria Berruti, il dr. Ludovico Coretti per la CIMO, il dr. Luigi Gianuario per la CISL-MEDICI, il dr. Enrico Zollo per l'AAROI, il dr. Alberico D'Auria per la CGIL-Medici, il dr. Antonio Rosa per la FESMED, la dr.essa Lidia Grappone per l'ANAAO, la dr.essa Michelina Barbieri per il SINAFO, la dr.essa Giannaserena Franzè la CGIL, il Sig. Pasquale Cerino per la CISL e il Sig. Tommaselli Giovanni per FSI/USAE-MEDICI.

Il Direttore Generale, nell'illustrare ai presenti l'argomento all'ordine del giorno, evidenzia che le prescrizioni previste dal Decreto del Commissario ad Acta n. 100 del 17/09/2014 saranno deliberate in data 16/10/2014. Queste prescrizioni prevedono la riduzione dei Dipartimenti Aziendali da 8 a 6, quando, nel vecchio ordinamento erano in numero di 10, di cui 2 a carattere amministrativo. Tenendo, in considerazione, tale riduzione, conseguentemente anche i Dipartimenti relativi al Comparto sono stati adeguati e dagli originari 7 sono stati portati a 6 e quindi rispondenti alle esigenze Aziendali.

I dipartimenti sono : Emergenza e Accettazione, Scienze Mediche, Scienze Chirurgiche ed Oncologico, Neuroscienze, Materno Infantile e Dei Servizi sanitari.

Il Direttore Generale evidenzia la tipologia delle prescrizioni e mette in rilievo che si tratta di variazioni minime vedi nomi e definizioni di U.O.C, U.O.S e U.O.S.D., rispetto all'impianto del Nuovo Atto Aziendale, di cui non è inficiato l'impianto fondamentale.

Sottolinea che sono stati previsti due Coordinatori, di cui uno per il Servizio Infermieristico ed uno per il Servizio Tecnico. Conferma il raggiungimento di un grosso traguardo, che è stato quello del mantenimento dei 465 posti letto che garantiscono il pieno impiego e la conferma delle strutture esistenti. A dimostrazione del buon andamento della Nostra Struttura, c'è il finanziamento aggiuntivo di 5 milioni di euro, da parte della Regione Campania, sul budget consolidato, e un finanziamento ulteriore di circa 3,5 milioni di euro per il risparmio energetico ed efficientamento , che produrrà risparmi sulle bollette energetiche dell'Azienda.

Intervenendo nella discussione, il dr. Rosa, rappresentante FESMED, chiede che, dopo l'approvazione della delibera definitiva, sarebbe opportuno un altro passaggio sindacale.

A questo proposito, il Direttore Generale ribadisce che dopo l'approvazione definitiva dell'atto Aziendale dovranno essere stilati tutti i Regolamenti, per cui gli incontri con le OO.SS. saranno oltre che opportuni, necessari.

Il dr. Gianuario, rappresentante della CISL-MEDICI, chiede che fine ha fatto il Dipartimento Interaziendale tra la Nostra Azienda e l'A.S.L. Di Benevento.

Il Direttore Generale afferma che si è riprogrammato nell'Atto Aziendale il D.I.E., la sua piena attuazione, rimane un solido auspicio.

Il dr. Gianuario chiede a che punto sono gli accorpamenti tra i Presidi Ospedalieri e le Aziende Ospedaliere, visto che l'A.O. di Salerno ha già attuato e resa operativa l'integrazione tra Presidi Ospedalieri Territoriali.

nei rispondere al dr. Gianuario, il Direttore Generale auspica che tale accorpamento possa avvenire anche tra il P.O. Di Sant'Agata dei Goti e la Nostra Azienda e questa proposta se suffragata anche delle OO.SS. Aziendali e Territoriali, potrebbe trovare maggiore vigore.

A tal proposito, la dr.essa Giannaserena Franzè, rappresentante CGIL-Amministrativi, rappresenta che se si trovano le professionalità compatibili, tale progetto è pienamente fattibile, diversamente si avrebbe solo una perdita di posti per i dipendenti del P.O. di Sant'Agata dei Goti.

Il dr. Gianuario evidenzia che si dovrebbe spingere molto sulla comunicazione sanitaria, non essendo noto a tutti le tipologie di prestazioni che siamo in grado di erogare per l'intera popolazione di Benevento e provincia.

Il dr. Coretti, rappresentante CIMO, chiede al Direttore Generale se è possibile prevedere la riammissione della U.O.C. di Anatomia ed Istologia Patologica.

Il Direttore Generale, concorda con quanto affermato dal dr. Gianuario e risponde al dr. Coretti che in un prossimo futuro potrebbe essere ripristinata.

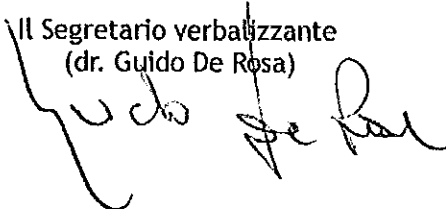
Le OO.SS. prendono atto delle nuove proposte avanzate e di quanto posto in essere con l'approvazione dell'Atto Aziendale.

La riunione termina alle ore 12,45.

Del che è verbale.

Benevento 15/10/2014

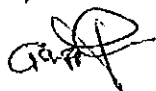
Il Segretario verbalizzante
(dr. Guido De Rosa)



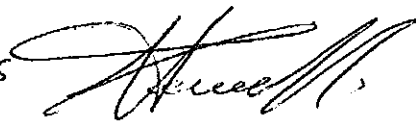
CGIL - medici Pierp. Gianuario

 CIOO ASD

 XCGIL-FP



SINAFIO presidente Barberis

FSI/USAL 

AZIENDA OSPEDALIERA “G. Rummo” – BENEVENTO

OSPEDALE RILIEVO NAZIONALE (DPCM 23.4.93)

D.E.A. DI II LIVELLO (L.R. 11.1.94 n°2)

Via dell'Angelo, 1 – Tel. 0824 571111

DELIBERAZIONE N. 886 DEL 16/10/2014

CODICE AREA PROPONENTE: 1040 del 13/10/2014

AREA SERVIZI GENERALI E DI STAFF

Area Affari Generali e Legali

OGGETTO: Rettifica delibera n. 553 del 10.06.2013 e contestuale modifica dell'atto aziendale in ricezione alle indicazioni di cui al Decreto del Presidente della Regione Campania n. 100 del 17.09.2014

Parere favorevole Direttore Amministrativo

Dott. Alberto Di Stasio

Firmato digitalmente

Parere favorevole Direttore Sanitario

Dott. Giampiero Maria Berruti

Firmato digitalmente

Il Direttore Generale

Avv. Nicola Boccalone

Firmato digitalmente

IN VIRTÙ della delibera di Giunta Regionale della Campania n° 473 del 26.09.2011 e del Decreto del Presidente della Giunta n° 197 del 29.09.2011 pubblicato nel B.U.R.C. n° 62 del 03 ottobre 2011, prorogati con nota prot. 2014.0652017 del 02.10.2014 Giunta Regionale della Campania e successiva presa d'atto effettuata con delibera aziendale n. 862 del 03.10.2014;

PREMESSO CHE

con delibera n° 553 del 10.06.2013 l'A.O. "G. Rummo", da ritenersi integralmente richiamata nel presente atto, l'Azienda Ospedaliera G. Rummo di Benevento adottava il proprio atto aziendale e successivamente provvedeva a trasmetterla alla Regione Campania per la valutazione;

in data 9.12.2013 prot. n. 6478.C, la Commissione di valutazione degli atti aziendali, presieduta dall'Avv. Antonio Postiglione, trasmetteva al Commissario ad Acta gli esiti delle proprie prime valutazioni, indicando i profili di non conformità;

in data 17 dicembre 2013 - giusta convocazione del 9.12.2013 prot. n. 6480.C veniva svolto un incontro istruttorio tra la parte delegata della Commissione di valutazione e la Direzione aziendale dell'A.O. Rummo;

in data 4.02.2014 le risultanze dei lavori della Commissione venivano trasmesse alla struttura commissariale che, con nota prot. n. 0078791 di pari data, comunicava alla A.O. Rummo le prescrizioni alla delibera aziendale n. 553 del 10.06.2013 idonee a rendere la stessa conforme alle linee guida regionali ed ai fini della definitiva stesura dell'atto aziendale;

in data 5 marzo 2014 con nota n. 4162 l'A.O. "G. Rummo" trasmetteva nota integrativa dell'Atto aziendale in parziale recepimento delle indicazioni della Commissione;

in data 17 marzo 2014 la Commissione, in seduta plenaria, si riuniva per l'esame dei documenti integrativi all'atto aziendale trasmessi dalla A.O. Rummo;

in data 18 marzo 2014 veniva effettuato ulteriore incontro conclusivo tra la Commissione, in seduta plenaria, e la Direzione aziendale al fine di analizzare i residui profili di criticità in ordine all'Atto aziendale dell'A.O. Rummo così come risultante dalla delibera n. 553.2013 integrata con nota prot. n. 4162.2014;

STABILITO CHE

in esito all'istruttoria compiuta dalla Commissione di valutazione veniva emesso Decreto del Presidente della Regione Campania n° 100 del 17.09.2014 con cui veniva specificato che l'Atto

aziendale dell'A.O. Rummo appariva conforme alle Linee guida regionali e alla normativa regionale e nazionale solo se integrato dalle prescrizioni di cui all'Allegato 1 del suddetto decreto, dalla configurazione per discipline e relativi posti letto di cui all'allegato 2 del suddetto decreto e organigramma sintetico riepilogativo secondo lo schema di cui all'Allegato 3 del suddetto decreto, veniva fatto obbligo al Direttore Generale di adottare - entro 30 giorni dalla notifica del provvedimento - formale delibera di integrale recepimento delle prescrizioni di cui all'Allegato 1 nonché di esposizione secondo gli schemi di cui agli allegati 2 e 3 delle informazioni ivi richiamate, con contestuale trasmissione alla Struttura Commissariale e veniva stabilito che il recepimento delle prescrizioni costituisse fase integrativa della validità del provvedimento e che, pertanto, in assenza, l'Atto Aziendale non avrebbe dispiegato alcuna efficacia;

PRESO ATTO

del termine di trenta giorni per il completamento della verifica di conformità da parte della Regione alle prescrizioni e schemi di cui al suddetto decreto, a decorrere dalla data di trasmissione da parte dell'A.O. Rummo della delibera di avvenuto recepimento;

RITENUTO

di dover recepire il decreto del Presidente della regione Campania n. 100 del 17/09/2014 e le prescrizioni in esso contenute;

di rettificare l'atto deliberativo n° 553 del 10.06.2013 e, sulla scorta delle indicazioni summenzionate, adottare l'Atto Aziendale dell'Azienda Ospedaliera "G. Rummo";

di subordinarne la efficacia al completamento della verifica di conformità da parte della Regione alle prescrizioni e schemi del decreto 100/14 come previsto nel decreto stesso;

di dare al presente atto immediata esecutività in considerazione dei termini di scadenza indicati nel decreto 100/14;

ACQUISITO il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario,

IL DIRETTORE GENERALE

DELIBERA

per i motivi indicati nella premessa e che qui si intendono integralmente riportati:

recepire il decreto del Presidente della regione Campania n. 100 del 17/09/2014 e le prescrizioni in esso contenute;

di rettificare l'atto deliberativo n° 553 del 10.06.2013 e, sulla scorta delle indicazioni evidenziate in narrativa, di adottare l'Atto Aziendale dell'Azienda Ospedaliera "G. Rummo" predisposto dalla

direzione sanitaria , amministrativa e generale che - allegato alla presente - ne forma parte integrante e sostanziale;

di subordinarne la efficacia al completamento della verifica di conformità da parte della Regione alle prescrizioni e schemi del decreto 100/14 come previsto nel decreto stesso;

di trasmettere copia del presente atto deliberativo alla Struttura Commissariale ed al Coordinatore delle A.G.C. 19 e 20, per i successivi adempimenti;

di conferire mandato all'Area Affari Generali e Legali per i successivi adempimenti;

di trasmettere copia della presente al Collegio Sindacale, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge;

di dare alla presente la immediata esecutività.

IL DIRETTORE GENERALE

AVV. NICOLA BOCCALONE

- FIRMATO DIGITALMENTE -

TITOLO I – DISPOSIZIONI DI CARATTERE GENERALE

Art. 3 - Principi generali	
Art. 1 - Norme di raccordo	
Art. 2 - La mission aziendale	
Art. 4 - Procedure per l'Atto Aziendale	
Art. 5 - Contenuti dell'Atto Aziendale	
Art. 6 - Regolamenti aziendali	

TITOLO II – ASSETTO ISTITUZIONALE : ORGANI ED ORGANISMI

Art. 7 - Organi dell'Azienda	
Art. 8 - Poteri e compiti del Direttore Generale	
Art. 9 - Collegio Sindacale	
Art. 10 - Collegio di Direzione : composizione e funzioni	
Art. 11 - Direzione Strategica	
Art. 12 - Direttore Sanitario e Direttore Amministrativo	
Art. 13 - Direttore Sanitario	
Art. 14 - Direttore Amministrativo	
Art. 15 - Consiglio dei Sanitari	
Art. 16 - Comitati e Commissioni aziendali	
Art. 17 - Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni	
Art. 18 - Ufficio Relazioni con il Pubblico	
Art. 19 - Unità Operativa di epidemiologia valutativa, gestione del rischio e controllo di qualità	
Art. 20 - Unità Operativa di Organizzazione dei Servizi Ospedalieri	
Art. 21 - Servizio Prevenzione e Protezione	
Art. 22 - L'assistenza Psicologia	

TITOLO III – ORGANIZZAZIONE DELLE STRUTTURE

Art. 23 - Articolazione dell'Azienda	
Art. 24 - I Dipartimenti Aziendali	
Art. 25 - I Dipartimenti Interaziendali	
Art. 26 - Articolazione delle strutture operative	
Art. 27 - Criteri per l'individuazione delle strutture in ambito ospedaliero e delle funzioni centrali aziendali	
Art. 28 - Modelli Operativi	
Art. 29 - I Servizi delle professioni sanitarie infermieristiche, della riabilitazione e delle altre professioni tecnico-sanitarie	
Art. 30 - Assistenza Psichiatrica in ambito ospedaliero	
Art. 31 - Sistema delle cure domiciliari	

TITOLO IV - PRINCIPI E REGOLE PER LA GESTIONE, CONTROLLO, VALUTAZIONE E VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE

Art. 32 - Principi e regole generali	
Art. 33 - Governo clinico, sicurezza delle cure e controllo qualità	
Art. 34 - Clima e benessere organizzativo.....	
Art. 35 - Formazione continua	
Art. 36 - Tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro	
Art. 37 - Relazioni Sindacali	
Art. 38 - Attribuzione e revoca degli incarichi dirigenziali e relative modalità di valutazione	
Art. 39 - Partecipazione e tutela dei diritti dei cittadini	
Art. 40 - La Comunicazione Aziendale	

TITOLO V – SISTEMA DI PROGRAMMAZIONE, VALUTAZIONE E CONTROLLO

Art. 41 - Programmazione.....	
Art. 42 - Sistema Informativo Ospedaliero	
Art. 43 - Controllo di Gestione	
Art. 44 - Controllo di regolarità amministrativa e contabile	
Art. 45 - Procedure contabili	

TITOLO VI – ACQUISTI DI BENI E SERVIZI E PROGRAMMAZIONE E GESTIONE DELLE ATTREZZATURE

Art. 46 - Acquisti di beni e servizi	
Art. 47 - Attrezzature : programmazione, acquisti, gestione e manutenzione	
A. Programmazione e gestione delle attrezzature	
B. Programmazione degli acquisti di attrezzature	
C. Inventario delle attrezzature	
D. Manutenzione delle attrezzature	
E. Manutenzione preventiva	

TITOLO VII – NORME FINALI, TRANSITORIE E DI RINVIO

Art. 48 – Norme finali, transitorie e di rinvio.....	
--	--

ALLEGATO 1 – ARTICOLAZIONE DELLE STRUTTURE ED RIDETERMINAZIONE ORGANICO.

ALLEGATO 2 – PLANIMETRIA EDIFICI OSPEDALIERI, RELAZIONI LAVORI DI RISTRUTTURAZIONE E CRONOPROGRAMMA.

TITOLO I DISPOSIZIONI DI CARATTERE GENERALE

Articolo 1 (Norme di raccordo)

1. *L'Atto Aziendale, adottato ai sensi di quanto disposto dall'articolo 3, comma 1.- bis, del D.Lgs n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, costituisce lo strumento giuridico mediante il quale l'Azienda determina la propria organizzazione ed il proprio funzionamento.*
2. *Con l'Atto Aziendale sono delineati gli ambiti della propria autonomia gestionale ed organizzativa, nel rispetto dei principi e dei criteri emanati dalla Regione (articolo 2, comma 2- sexies, del decreto legislativo n. 502/1992 e s.m.i. come modificato dall'art.1 del decreto legislativo n. 168/2000)*
3. *La disciplina relativa all'assetto organizzativo dell'Azienda trova i suoi principali riferimenti nella seguente normativa :*
 - *D.Lgs 502/1992 e s.m.i. (da ultimo il decreto legge n. 158 del 13.09.2012 convertito con modificazioni nella Legge n. 189 del 8.11.2012);*
 - *Decreto Legge n. 95 del 6.7.2012 convertito con modificazioni nella Legge n. 135 del 7.8.2012;*
 - *Legge Regionale 2/1994 e s.m.i.;*
 - *Legge Regionale 32/1994 e s.m.i.;*
 - *Legge Regionale 16/2008 per la parte in vigore;*
 - *DGRC n. 460/2007 "Approvazione del Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del Servizio Sanitario Regionale;*
 - *Decreto del Commissario ad acta n. 49/2010 "riassetto della rete ospedaliera e territoriale" e s.m.i.;*
 - *Delibera n. 1389 del 28.10.2010 "adozione proposta Piano Attuativo (Decreto Commissariale n. 49 del 27.09.2010";*
 - *Decreto del Commissario ad acta n. 39/2011 "Decreto commissariale n. 49 del 27.09.2010 – riassetto della rete ospedaliera territoriale – Approvazione del Piano attuativo dell'Azienda Ospedaliera Rummo di Benevento con prescrizioni";*
 - *Decreto del Commissario ad acta n. 55/2010 "completamento del riassetto della rete laboratoristica" e s.m.i.;*
 - *Patto per la salute 2010-2012;*
 - *Decreto del Commissario ad acta n. 22/2011 "Piano Sanitario Regionale 2011-2013";*
 - *Decreto del Commissario ad acta n. 45 del 14.06.2012 e n. 57 del 20.06.2012 "Programma operativo 2011-2012. Approvazione intervento 3.1 – Riqualificazione rete emergenza-urgenza";*
 - *Decreto del Commissario ad acta n. 53/2012 "Approvazione Programmi operativi 2011-2012 – Adeguamento per l'anno 2012;*
 - *Decreto del Commissario ad acta n. 135 del 10.10.2012 e n. 6 del 14.01.2013, annullato e sostituito dal n.18 del 18.02.2013 "Atto di indirizzo per l'adozione dell'Atto Aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione".*
4. *Al termine del triennio l'Atto Aziendale sarà integrato, modificato ed armonizzato ai fini del rispetto dei principi e criteri stabiliti con la Legge Regionale di cui all'art. 2, comma 2-sexies*

del D.Lgs. 229/99 e comunque sarà valutato la congruità dello stesso con le normative vigenti e con le esigenze strategiche dell'Azienda Ospedaliera.

Articolo 2 (Principi generali)

- 1. L'Azienda è improntata all'autonomia imprenditoriale mediante il ricorso a forme e strumenti di intervento tipici del "diritto privato" e dunque del Codice Civile.*
- 2. La "governance" dell'Azienda, intesa come sistema complesso di vincoli, obiettivi e responsabilità derivanti dalle interrelazioni sinergiche tra politiche statuali e regionali, tra politiche economiche e sanitarie, è finalizzata ad assicurare il raccordo con gli obiettivi di finanza pubblica ed, in particolare, con le disposizioni regionali in tema di vincoli ed obiettivi peraltro già fissati dal Piano di Rientro dal disavanzo.*
- 1. La stessa "governance" è, tuttavia, "orientata" al paziente e, come tale, è indirizzata a conseguire l'obiettivo di assicurare il più razionale utilizzo delle risorse disponibili per il raggiungimento dei fini che costituiscono la mission aziendale.*
- 2. L'organizzazione dell'azienda si basa sulla flessibilità, sulla revisione periodica della stessa e sull'orientamento delle attività in senso progettuale e per obiettivi che sono rapportati, da una parte, ai bisogni della popolazione e, dall'altra, alle effettive risorse a disposizione.*
- 3. L'azienda opera secondo il principio di distinzione tra indirizzo politico e gestionale.*
- 4. L'organo di governo esercita le funzioni di indirizzo politico-amministrativo, definendo gli obiettivi ed i programmi da attuare ed adottando gli atti rientranti nello svolgimento di tali funzioni e verifica la rispondenza dei risultati dell'attività amministrativa e della gestione degli indirizzi impartiti.*
- 5. Ai dirigenti spetta l'adozione degli atti e provvedimenti amministrativi, nonché la gestione finanziaria, tecnica ed amministrativa, mediante autonomi poteri di spesa, di organizzazione delle risorse umane, strumentali e di controllo. Essi sono pertanto responsabili in via esclusiva dell'attività amministrativa, della gestione e dei relativi risultati.*
- 6. Il nuovo rapporto istituzionale non è più incentrato su una mera struttura gerarchica ma su una nuova metodologia basata sulla programmazione concertata, individuazione di precise responsabilità di funzionamento (standard di attività) e verifica trasparente dei risultati (audit interni ed esterni).*

Articolo 3 (La mission aziendale)

- 1. La mission aziendale è quella di garantire la tutela della salute e di fornire prestazioni specialistiche ed ospedaliere qualificate e rispondenti alla richiesta proveniente dal territorio sulla base della programmazione sanitaria regionale secondo un processo di corretta competizione con le altre aziende e strutture erogatrici presenti sul territorio.*
- 2. Rientra nella mission garantire l'appropriatezza, la correttezza e la completezza delle prestazioni.*

Articolo 4 (Procedure per l'adozione dell'Atto Aziendale)

1. *L'Atto Aziendale è adottato dal Direttore Generale con proprio provvedimento, previo parere del Collegio di Direzione, informati preventivamente e sentite le Organizzazioni Sindacali, tenuto conto dell'atto di indirizzo regionale e delle direttive per l'articolazione dei parametri per l'individuazione delle strutture semplici e complesse di cui ai Decreti Commissariali n. 135 del 10.10.2012 e n. 18 del 18.02.2013.*
2. *L'Atto Aziendale è sottoposto a verifica di conformità all'atto di indirizzo e alle linee di programmazione regionale.*
3. *Con l'approvazione, da parte del commissario ad acta, l'Atto Aziendale è pubblicato sul BURC. L'Azienda provvederà alla pubblicazione sul proprio sito web www.aziendaospedaliarummo.it*
4. *L'Atto Aziendale può essere successivamente modificato dal Direttore Generale, con la procedura di cui ai precedenti capoversi. Il provvedimento di modifica dovrà contenere le relative motivazioni.*
5. *L'Atto Aziendale così modificato dovrà nuovamente essere approvato dal Commissario ad Acta e quindi pubblicato sul BURC e sul sito web dell'azienda www.aziendaospedaliarummo.it*

Articolo 5 (Contenuti dell'Atto Aziendale)

1. *I contenuti dell'Atto Aziendale discendono direttamente dalle vigenti norme della legislazione nazionale e regionale tenuto conto che l'Azienda assume personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale la cui organizzazione e funzionamento sono disciplinati con atto di diritto privato nel rispetto dei principi e criteri previsti da disposizioni regionali.*
2. *L'Atto Aziendale individua le strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico-professionale, soggette a rendicontazione analitica, pertanto l'Atto esplicita la complessità aziendale con tutte le caratteristiche strutturali. In particolare sono definiti, tramite uno specifico allegato all'Atto Aziendale (Allegato n. 1):*
 - *sede legale e logo aziendale;*
 - *dati demografici ed epidemiologici che caratterizzano la popolazione;*
 - *mappa geografica e/o topografica che descrive l'ambito territoriale dell'Azienda, con i relativi posti letto distinti per specialità in ottemperanza a quanto previsto nella pianificazione attuativa del decreto commissariale 49/2010 approvata con specifico decreto del Commissario ad acta;*
 - *individuazione dei dipartimenti, unità operative complesse, semplici dipartimentali e semplici, nonché i coordinamenti e le posizioni organizzative, come rideterminati a seguito della riorganizzazione della rete ospedaliera sulla base delle indicazioni contenute nei programmi operativi e nelle linee guida.*
3. *Per ognuna delle citate articolazioni aziendali l'Atto riporta:*
 - *gli organi e gli organismi aziendali e la relativa disciplina per la composizione e le funzioni;*

- *le funzioni attribuite ai dirigenti, nonché le modalità per il conferimento di eventuali deleghe e gli ambiti delle stesse;*
 - *le funzioni attribuite ai dirigenti titolari di responsabilità gestionali;*
 - *i sistemi di valutazione e controllo;*
 - *le modalità di informazione sui servizi sanitari e di tutela dei diritti degli utenti, anche ai fini della corretta fruizione del sistema;*
 - *i rapporti con gli enti locali;*
 - *le modalità con cui dare attuazione alle disposizioni di cui al D.Lgs. n. 28/2010 che detta la nuova disciplina sulla mediazione finalizzata alla conciliazione nelle controversie civili e commerciali.*
 - *il numero di personale dipendente a tempo determinato e indeterminato distinto per ruoli, discipline, profilo professionali e tipologia di contratto;*
 - *le modalità di rapporto e di collaborazione dell'azienda con le altre aziende sanitarie nonché con eventuali enti ed organismi, di cui all'articolo 4, comma 3, del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i.;*
4. *In ogni deliberazione o altro provvedimento aziendale successivo all'Atto Aziendale, che riguardi anche indirettamente l'assetto organizzativo dell'azienda, il Direttore Generale dovrà attestare che la statuizione è conforme alle previsioni dell'atto aziendale.*

Articolo 6 (Regolamenti aziendali)

1. *Il Direttore Generale dell'Azienda, entro 90 giorni dall'approvazione dell'atto aziendale da parte degli organismi regionali competenti, ai fini di una sua corretta e completa applicazione, procede all'adozione di regolamenti interni nelle seguenti materie:*
- a. *modalità di funzionamento degli organismi collegiali (collegio di direzione, consiglio dei sanitari, comitato di dipartimento);*
 - b. *modalità di affidamento, mutamento e revoca della direzione delle strutture e degli incarichi le modalità di valutazione degli stessi e la graduazione delle funzioni;*
 - c. *relazioni sindacali;*
 - d. *modalità con cui l'azienda sanitaria appalta o contratta direttamente la fornitura di beni e servizi nel rispetto del decreto legislativo 12 aprile 2006, n. 163 e s.m.i. (c.d. Codice degli Appalti Pubblici);*
 - e. *attività libero professionale "intra-moenia";*
 - f. *la formazione e l'aggiornamento professionale;*
 - g. *modalità di gestione per obiettivi e di negoziazione del budget, nonché collegamento con il sistema premiante;*
 - h. *modalità di funzionamento dei dipartimenti;*
 - i. *procedure di controllo interno;*
 - j. *modalità di funzionamento del Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni, ex art. 57 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 e s.m.i.;*
 - k. *modalità di funzionamento della Consulta socio sanitaria;*
 - l. *sistemi di protezione e sicurezza dei dati;*
 - m. *sistema di misurazione e valutazione delle performance;*
 - n. *contabilità.*
2. *L'Azienda si riserva di adottare ulteriori regolamenti interni per definire il funzionamento di altri organismi istituiti con l'atto aziendale e per l'organizzazione di altri settori di attività,*

nonché i regolamenti che eventualmente si rendano necessari in attuazione di normative nazionali a regionali.

3. *Tutti i regolamenti adottati saranno pubblicati sul sito web aziendale www.aziendaospedaliarummo.it*

TITOLO II

ASSETTO ISTITUZIONALE : ORGANI ED ORGANISMI

Articolo 7 **(Organi dell'Azienda)**

1. *Ai sensi del D.L.gs. n. 502/92 e s.m.i., sono organi dell'azienda:*
- il Direttore Generale*
 - il Collegio di Direzione*
 - il Collegio Sindacale*

Articolo 8 **(Poteri e compiti del Direttore Generale)**

- Il Direttore Generale adotta il presente atto di diritto privato ai sensi dell'art. 3, comma 1-quater del D.L.gs 502/92.*
- Il Direttore Generale è titolare della rappresentanza legale ed esercita tutti i poteri di gestione dell'azienda stessa adottando i provvedimenti necessari. E' responsabile delle funzioni di indirizzo, che esercita attraverso la definizione di obiettivi e programmi, e dell'imparzialità e del buon andamento dell'azione amministrativa. Verifica il risultato dell'attività svolta e la realizzazione di programmi e progetti in relazione agli obiettivi della gestione finanziaria, tecnica, amministrativa e sanitaria. Risponde alla Regione in relazione agli obiettivi assegnatigli all'atto di nomina e nell'ambito degli atti strategici e di programmazione regionale.*
- Il rapporto di lavoro del Direttore Generale è a tempo pieno e di diritto privato; si instaura con contratto disciplinato dal comma 6 dell'art. 3 e dal comma 8 dell'art. 3 bis del D.Lvo 502/92 e s.m.i. Il contratto è sottoscritto sulla base di uno schema approvato dalla Giunta regionale.*
- L'autonomo e pieno esercizio delle funzioni gestionali dell'azienda è svolto nel rispetto dei poteri spettanti a:*
 - la Regione, che ne indirizza l'attività ed esercita il controllo sul suo operato;*
 - il Sindaco o la Conferenza dei Sindaci, che partecipano alla programmazione aziendale anche in attuazione di quella regionale ed esercitano compiti di vigilanza generale sull'azienda e sull'operato del direttore generale;*
 - il collegio sindacale, cui sono affidati i compiti di vigilanza sull'osservanza delle leggi e dei regolamenti e la verifica sull'attività contabile dell'azienda.*
- Il Direttore Generale provvede:*
 - alla nomina del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo;*
 - alla nomina del Collegio Sindacale e alla sua prima convocazione nei termini di legge;*
 - alla costituzione del Collegio di Direzione e del Consiglio dei Sanitari;*

- *alla nomina dei Collegi tecnici, del Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni, ex art. 57 D. Lgs. 165/2001 e s.m.i. e di qualunque altro organismo previsto dalla normativa vigente e dall'atto aziendale;*
 - *all'adozione dell'atto aziendale e delle sue modificazioni ed integrazioni;*
 - *all'adozione degli atti regolamentari e di tutti quelli che si rendono necessari in attuazione di normative nazionali e regionali;*
 - *all'adozione degli atti di organizzazione interna dei presidi ospedalieri, dei dipartimenti e dei servizi centrali e nonché alla nomina e alla revoca dei responsabili delle strutture operative dell'azienda e al conferimento degli incarichi professionali;*
 - *alla adozione del documento per la valutazione dei rischi e la nomina del responsabile del servizio di prevenzione e protezione. Tale responsabile deve essere individuato in figura diversa dal responsabile di area tecnica preposto alla manutenzione;*
 - *alla verifica della corretta ed economica gestione delle risorse nonché dell'imparzialità e del buon andamento dell'azione amministrativa;*
 - *alla verifica qualitativa e quantitativa dei servizi erogati;*
 - *alla determinazione della dotazione organica aziendale;*
 - *all'adozione di tutti gli atti deliberativi relativi alla programmazione finanziaria e di bilancio, compresi quelli formulati secondo la logica budgettaria specifica di ogni dipartimento e di quella complessiva aziendale;*
 - *all'adozione del piano attuativo aziendale e degli altri atti programmatici con cui sono definiti gli obiettivi e le priorità per la gestione dell'azienda e sono assegnate le risorse umane, strumentali e finanziarie;*
 - *alla determinazione della dotazione organica aziendale;*
 - *all'adozione di tutti gli atti deliberativi riguardanti l'assunzione di personale;*
 - *all'adozione dei provvedimenti conseguenti alla valutazione dei dirigenti;*
 - *all'adozione di tutti gli altri atti indicati dalla legislazione regionale vigente*
 - *all'assolvimento di ogni altro compito previsto dalle leggi.*
6. *Di esclusiva competenza del Direttore Generale sono le funzioni di alta amministrazione, mentre sono delegabili ai vari livelli della dirigenza le funzioni di carattere gestionale attraverso le quali si esplica l'autonomia funzionale delle articolazioni organizzative dell'azienda tra cui:*
- *l'attuazione dei contratti collettivi di lavoro del personale e l'adozione degli atti di gestione del personale stesso;*
 - *l'esercizio dei poteri di spesa nei limiti degli stanziamenti di bilancio e di acquisizione delle entrate, entro i limiti di valore prefissati;*
 - *l'approvazione degli atti di gara per lavori e forniture;*
 - *la stipula dei contratti.*
7. *Rientrano, tra le funzioni gestionali esercitate dai dirigenti delle aziende ai diversi livelli:*
- *le funzioni delegate dal direttore generale con tutti i limiti, le implicazioni e le conseguenze derivanti dall'istituto della delega;*
 - *le funzioni agli stessi attribuite nel momento della sottoscrizione del contratto di lavoro o con specifico atto del Direttore Generale.*
8. *In caso di assenza o impedimento del direttore generale le relative funzioni sono svolte dal direttore amministrativo o dal direttore sanitario su delega del direttore generale, o, in mancanza di delega, dal direttore più anziano. Ove l'assenza o l'impedimento si protragga oltre sei mesi si procede alla sua sostituzione.*

9. *Con apposito atto da pubblicare sull'albo dell'azienda e sul sito web aziendale, vengono specificati, dettagliatamente, gli ambiti oggettivi e soggettivi delle attribuzioni dirigenziali e delle deleghe conferite ai singoli dirigenti.*

Articolo 9 (Collegio Sindacale)

1. *Il Collegio Sindacale è nominato dal Direttore Generale ed è composto da cinque membri, ai sensi dell'art. 3 ter del D.Lgs. 502/92 e s.m.i. e della Legge Regionale 7.8.1996 n. 17 e s.m.i. Il collegio sindacale, nella prima seduta convocata dal direttore generale entro cinque giorni dal provvedimento di nomina, elegge il Presidente secondo le modalità previste dalle norme.*
2. *Il Collegio Sindacale:*
 - *verifica l'amministrazione dell'azienda sotto il profilo economico;*
 - *vigila sull'osservanza delle leggi;*
 - *accerta la regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili, ed effettua periodicamente verifiche di cassa;*
 - *fornisce al direttore generale indicazioni utili alla corretta gestione aziendale e provvede ad ogni altro adempimento previsto dalla legislazione vigente e dall'atto aziendale;*
 - *riferisce almeno trimestralmente alla Regione, anche su richiesta di quest'ultima, sui risultati del riscontro eseguito, denunciando immediatamente i fatti se vi è fondato sospetto di gravi irregolarità;*
 - *trasmette periodicamente, e comunque con cadenza almeno semestrale, una propria relazione sull'andamento dell'attività dell'unità sanitaria locale o dell'azienda ospedaliera rispettivamente alla Conferenza dei sindaci o al sindaco del comune capoluogo della provincia dove è situata l'azienda stessa.*

Articolo 10 (Collegio di direzione: composizione e funzioni)

1. *Il Direttore Generale costituisce, con proprio provvedimento, il Collegio di direzione, adottando uno specifico regolamento per le modalità di funzionamento che tenga conto delle funzioni del Collegio di direzione previste dalla normative vigente e delle indicazioni contenute nel presente Atto Aziendale.*
2. *Il Direttore Generale si avvale di detto organismo per il governo delle attività cliniche, la programmazione e la valutazione delle attività tecnico-sanitarie e di quelle ad alta integrazione sanitaria.*
3. *Il Collegio di direzione concorre alla formulazione dei programmi di formazione, delle soluzioni organizzative per l'attuazione dell'attività libero-professionale intramuraria ed alla valutazione dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi clinici.*
4. *Il Direttore Generale si avvale del Collegio di direzione per l'elaborazione del programma di attività dell'azienda, nonché per l'organizzazione e lo sviluppo dei servizi in attuazione del modello dipartimentale e per l'utilizzo delle risorse umane.*
5. *Il Collegio di direzione è presieduto dal direttore sanitario ed è composto da:*

- *il Direttore Sanitario;*
 - *il Direttore Amministrativo;*
 - *i Direttori di Dipartimento;*
 - *il Dirigente delle professioni infermieristiche, ostetriche, riabilitative, tecniche sanitarie e tecniche della prevenzione.*
6. *In rapporto a singoli argomenti trattati potrà essere prevista la partecipazione al Collegio stesso di dirigenti o professionisti cui è affidata la responsabilità di strutture o incarichi di particolare rilevanza strategica.*
7. *Ai componenti del Collegio non è corrisposto alcun emolumento, compenso, indennità o rimborso spese.*

Articolo 11 **(Direzione strategica)**

1. *Il governo strategico aziendale è esercitato dalla Direzione strategica composta dal Direttore Generale, dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo, avvalendosi del Collegio di Direzione.*
2. *La direzione strategica definisce, sulla base delle indicazioni della programmazione regionale, le strategie e i programmi aziendali di cui controlla l'attuazione. Essa rappresenta, pertanto, la sede ove si svolgono le interrelazioni che consentono il perseguimento della "missione direzionale".*
3. *In particolare, spetta alla direzione strategica:*
 - *l'individuazione degli obiettivi e dei programmi annuali e pluriennali definiti sulla base degli obiettivi istituzionali dell'azienda ed in coerenza con le linee di programmazione ed indirizzo regionali;*
 - *l'organizzazione aziendale e la programmazione della produttività e della qualità delle prestazioni;*
 - *la pianificazione delle risorse e degli investimenti;*
 - *le relazioni interne ed esterne;*
 - *la garanzia della sicurezza e la prevenzione;*
 - *il controllo di gestione.*

Articolo 12 **(Direttore Sanitario e Direttore Amministrativo)**

1. *Il Direttore Sanitario ed il Direttore Amministrativo sono nominati con provvedimento motivato dal Direttore Generale che risponde della verifica del possesso dei requisiti previsti dalla normativa vigente, acquisendo le necessarie certificazioni dei titoli e dei servizi svolti.*
2. *Il rapporto di lavoro del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario è a tempo pieno e di diritto privato e si instaura con contratto disciplinato dal comma 7 dell'art. 3 e dal comma 8 dell'art. 3 bis del D.Lvo 502/92 e s.m.i.*
3. *Il contratto è sottoscritto sulla base di uno schema approvato dalla Giunta regionale e deve essere trasmesso alla Regione entro dieci giorni dalla sottoscrizione.*

4. *Il Direttore Sanitario ed il Direttore Amministrativo concorrono al governo dell'azienda e al processo di pianificazione e controllo strategico della stessa e coadiuvano il direttore generale nell'esercizio delle funzioni ad esso spettanti.*
5. *Essi esprimono parere sugli atti del direttore generale per quanto di propria competenza e su ogni questione che venga loro sottoposta ed inoltre:*
 - *svolgono le funzioni e adottano gli atti ad essi delegati e attribuiti dal Direttore Generale;*
 - *formulano, per le materie di competenza, proposte al direttore generale, ai fini della elaborazione dei piani pluriennali, dei programmi annuali e dei progetti di attività;*
 - *curano, per quanto di competenza, l'attuazione dei programmi e dei piani dell'azienda attraverso i servizi alle proprie dipendenze;*
 - *determinano, informandone le organizzazioni sindacali, i criteri generali di organizzazione dei servizi di rispettiva competenza nell'ambito delle direttive ricevute dal direttore generale;*
 - *verificano e controllano l'attività dei dirigenti dei servizi e adottano i conseguenti provvedimenti, anche di carattere sostitutivo, riferendone al direttore generale, anche ai fini del controllo interno;*
 - *svolgono ogni altra funzione attribuita loro dalle leggi e dai regolamenti.*
6. *Il Direttore Sanitario ed il Direttore Amministrativo, di loro iniziativa o su indicazione del Direttore Generale, possono, in qualsiasi fase del procedimento, avocare la trattazione diretta di affari che rivestono particolare rilevanza nell'ambito delle rispettive competenze e delle rispettive funzioni, adottando correlativamente tutti gli atti necessari.*
7. *In caso di assenza o impedimento del Direttore Sanitario e/o del Direttore Amministrativo, le funzioni sono svolte rispettivamente, ed in via temporanea, da un dirigente della funzione sanitaria e da un dirigente della funzione amministrativa, nominati dal Direttore Generale, su proposta degli stessi.*

Articolo 13 (Direttore Sanitario)

1. *Il Direttore Sanitario dirige i servizi sanitari ai fini organizzativi ed igienico-sanitari. E' responsabile del miglioramento continuo della qualità e del governo clinico dell'azienda, intesi come insieme organizzato di attività.*
2. *Al fine del buon andamento delle attività e delle prestazioni sanitarie, della realizzazione dei programmi e del raggiungimento degli obiettivi individuati dalla direzione strategica, il Direttore Sanitario attraverso il suo STAFF, assicura la continuità operativa con le strutture e con i professionisti, attraverso il loro coordinamento unitario e lo sviluppo di metodologie organizzative (organizzazioni a rete, reti professionali, di lavoro interdisciplinari, etc.) finalizzate a realizzare la presa in carico degli utenti-pazienti e la continuità assistenziale.*
3. *Il Direttore Sanitario:*
 - *partecipa con il Direttore Amministrativo, unitamente al Direttore Generale, che ne ha la responsabilità, alla direzione dell'Azienda;*
 - *dirige i servizi sanitari negli ambiti previsti dal D.Lgs. n. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni e dalle Leggi Regionali fatte salve le competenze, le responsabilità e le funzioni individuali dei singoli dirigenti previste dall'articolo 16 e 17 del D. Lgs. 29/93 e successive modifiche ed integrazioni;*

- *assume diretta responsabilità delle funzioni attribuite alla sua competenza.*
 - *concorre, con la formulazione di proposte e di pareri, alla formazione delle decisioni del Direttore Generale;*
 - *assicura il coordinamento delle diverse linee di attività svolte nei distretti;*
 - *svolge ogni altra funzione, ivi compresa l'adozione di atti a rilevanza esterna, su delega del direttore generale, fermo restando ogni altra competenza attribuitagli dalla legislazione vigente, dal presente atto e dai regolamenti aziendali;*
 - *Presiede il consiglio dei sanitari.*
4. *Il Direttore Sanitario per l'esercizio delle proprie funzioni si avvale delle strutture o dei professionisti deputati alla trattazione delle seguenti linee di attività:*
- *analisi preordinate alla valutazione dello stato di salute della popolazione e dell'impatto sulla salute dei determinanti sanitari e non sanitari;*
 - *sistemi informativi sanitari;*
 - *sviluppo del governo clinico e della garanzia della qualità dei servizi;*
 - *formazione;*
 - *valutazione delle tecnologie (technology assessment);*
 - *accreditamento;*
 - *coordinamento delle attività di ricovero;*
 - *valorizzazione di tutte le professioni sanitarie;*
5. *Il Direttore Sanitario, al fine dello sviluppo del governo clinico e della promozione della conoscenza e dell'utilizzazione degli strumenti che gli sono propri, promuove e si avvale dei comitati, delle commissioni, dei gruppi di lavoro previsti dalle normative vigenti o ritenuti opportuni nell'ambito dell'azienda, intesi come momento di diffusione della conoscenza in medicina e nell'assistenza, nonché come strumento di sviluppo del miglioramento della qualità e del governo clinico.*
6. *Al sensi dell'art. 15, comma 13, lettera f bis del D.L. 95/2012 convertito con modificazioni dalla Legge 135/2012, le funzioni e i compiti del direttore sanitario aziendale e del direttore medico di presidio sono svolti da un unico soggetto avente i requisiti di legge.*

Articolo 14 **(Direttore Amministrativo)**

1. *Il Direttore Amministrativo dirige i servizi amministrativi dell'azienda, assicura la correttezza, completezza e trasparenza dei processi di formazione dei documenti rappresentativi delle dinamiche economiche, finanziarie e patrimoniali, la legittimità degli atti ed il corretto assolvimento delle funzioni di supporto tecnico, amministrativo, logistico. Definisce gli orientamenti operativi delle strutture assegnate al governo economico finanziario aziendale e garantisce, dal punto di vista amministrativo, lo sviluppo e l'implementazione delle reti che presiedono il sistema informatico di supporto alle attività direzionali proprie dei diversi livelli di governo aziendale e promuove programmi specifici per la formazione del personale amministrativo.*
2. *Il Direttore Amministrativo, per le funzioni operative di supporto all'attività dell'azienda, si avvale delle strutture facenti capo al suo STAFF o dei professionisti deputati alla trattazione delle seguenti linee di attività:*
 - *gestione giuridico-economica delle risorse umane;*
 - *gestione e sviluppo dell'ICT;*

- *gestione del bilancio di previsione e consuntivo, delle entrate e delle spese, della contabilità e degli adempimenti tributari;*
- *gestione degli AAGG, delle consulenze legali;*
- *progettazione, esecuzione e gestione di interventi strutturali;*
- *acquisizione, manutenzione e dismissione del patrimonio immobiliare;*
- *acquisizione, manutenzione e dismissione dei beni mobili patrimoniali;*
- *cura inoltre, nei limiti delle disposizioni riportate agli artt. 44 e 45 dell'Atto Aziendale, l'acquisizione, gestione e distribuzione dei beni di consumo e l'acquisizione e gestione di servizi.*

Articolo 15 **(Consiglio dei Sanitari)**

1. *Il Consiglio dei sanitari, costituito con provvedimento del Direttore Generale, è un organismo elettivo dell'Azienda Ospedaliera con funzioni di consulenza tecnico-sanitaria. Esso fornisce parere obbligatorio al Direttore Generale per le attività tecnico-sanitarie, anche sotto il profilo organizzativo e per gli investimenti ad essa attinenti. Esprime, altresì, pareri sulle attività di assistenza sanitaria.*
2. *I pareri del Consiglio dei Sanitari s'intendono come favorevoli se non formulati entro dieci giorni dalla richiesta; in casi urgenti e motivati i pareri vanno formulati entro i più brevi termini indicati nella richiesta.*
3. *Le modalità di funzionamento del Consiglio dei sanitari sono previste da un apposito regolamento.*
4. *Il Consiglio dei sanitari è presieduto dal Direttore Sanitario. La rappresentanza è composta da:*
 - *n. 8 dirigenti medici*
 - *n. 3 dirigenti sanitari laureati non medici*
 - *n. 2 unità del personale infermieristico*
 - *n. 2 unità del personale tecnico sanitario*
 - *n. 2 unità del personale proveniente dalle professioni tecnico-riabilitative.*
5. *È garantita la presenza dei responsabili dei dipartimenti ospedalieri che si aggiungono ai componenti elettivi del consiglio, senza diritto di voto.*
6. *Le modalità ed i termini di elezione del Consiglio dei sanitari, nonché le funzioni ad esso attribuite sono disciplinate con regolamento adottato dal Direttore Generale nel rispetto dell'art. 25 della Legge regionale 3.11.1994 n. 32 e s.m.i.*

Articolo 16 **(Comitati e Commissioni aziendali)**

1. *L'atto aziendale prevede la costituzione almeno dei seguenti organismi:*
 - *il comitato etico;*
 - *la commissione per il prontuario terapeutico;*
 - *il comitato per il buon uso del sangue;*
 - *il comitato per la lotta alle infezioni ospedaliere;*
 - *il comitato rischio clinico;*

2. *Tali organismi promuovono la diffusione e l'applicazione delle conoscenze relative alle migliori pratiche cliniche ed assistenziali in funzione della risoluzione di problemi da risolvere nella concretezza e nella specificità della realtà organizzativa e professionale di ciascuna azienda, utilizzando metodologie di autoapprendimento organizzativo.*
3. *Dalla costituzione dei comitati non possono derivare nuovi e maggiori oneri a carico dei bilanci delle Aziende.*

Articolo 17

(Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni).

1. *È istituito, ai sensi e con le modalità previste dall'art. 57 del D.L.vo 165/2001 e s.m.i., senza nuovi o maggiori oneri per i bilanci, il "Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni" (CUG) che sostituisce, unificando le competenze in un solo organismo, i comitati per le pari opportunità e i comitati paritetici sul fenomeno del mobbing, costituiti in applicazione della contrattazione collettiva, dei quali assume tutte le funzioni previste dalla legge, dai contratti collettivi nazionali o da altre disposizioni.*
2. *Il Comitato unico di garanzia ha composizione paritetica ed è formato da un componente designato da ciascuna delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello di amministrazione e da un pari numero di rappresentanti dell'amministrazione in modo da assicurare, nel complesso, la presenza paritaria di entrambi i generi. Il presidente del Comitato unico di garanzia è designato dall'amministrazione.*
3. *Il Comitato unico di garanzia ha compiti propositivi, consultivi e di verifica e opera in collaborazione con la consigliera od il consigliere nazionale di parità. Contribuisce all'ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico, migliorando l'efficienza delle prestazioni collegata alla garanzia di un ambiente di lavoro caratterizzato dal rispetto dei principi di pari opportunità, di benessere organizzativo e dal contrasto di qualsiasi forma di discriminazione e di violenza morale o psichica per i lavoratori. A tal fine promuove iniziative volte ad attuare le direttive dell'Unione Europea per l'affermazione sul lavoro della pari dignità delle persone.*
4. *Nell'ambito del comitato possono essere previste due specifiche sezioni tecniche composte dai componenti stessi del C.U.G. di cui una relativa alle pari opportunità e l'altra relativa al mobbing e benessere dei lavoratori.*
5. *La mancata costituzione del Comitato unico di garanzia comporta responsabilità del dirigente incaricato della gestione del personale ed è da valutare anche al fine del raggiungimento degli obiettivi.*
6. *Al fine di garantire pari opportunità tra uomini e donne per l'accesso al lavoro, l'Azienda Ospedaliera:*
 - *riserva alle donne, salva motivata impossibilità, almeno un terzo dei posti di componente delle commissioni di concorso, fermo restando il principio di cui all'articolo 35, comma 3, lettera e) del D.L.vo 165/2001 e s.m.i.;*
 - *adotta propri atti regolamentari per assicurare pari opportunità fra uomini e donne sul lavoro, conformemente alle direttive impartite dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della funzione pubblica;*
 - *garantisce la partecipazione delle proprie dipendenti ai corsi di formazione e di aggiornamento professionale in rapporto proporzionale alla loro presenza nelle*

strutture interessate ai corsi medesimi, adottando modalità organizzative atte a favorirne la partecipazione, consentendo la conciliazione fra vita professionale e vita familiare;

- *finanzia programmi di azioni positive e l'attività dei Comitati unici di garanzia per le pari opportunità, per la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni, nell'ambito delle proprie disponibilità di bilancio.*

7. *L'Azienda si impegna ad adottare tutte le misure per attuare le normative vigenti materia di pari opportunità, contrasto alle discriminazioni ed alla violenza morale o psichica.*

Articolo 18 **(Ufficio Relazioni con il Pubblico)**

1. *L'Azienda istituisce una struttura operativa denominata l'Ufficio Relazioni con il Pubblico che fa capo ad un dirigente responsabile ed opera nell'ambito dello STAFF della Direzione Amministrativa.*
2. *L'Ufficio per le Relazioni con il Pubblico (U.R.P.) assicura la funzione relativa alla comunicazione con gli utenti, sviluppando in modo esauriente l'informazione sulle prestazioni sanitarie e sulle relative modalità di accesso. L'Ufficio inoltre verifica la percezione della qualità delle prestazioni erogate individuando, per tale finalità, idonei ed adeguati strumenti.*
3. *In particolare, l'U.R.P. acquisisce le osservazioni ed i reclami presentati dai cittadini, li segnala ai dirigenti competenti e provvede a darne tempestivo riscontro agli utenti.*
4. *L'U.R.P. è, altresì, deputato alla raccolta, alla classificazione ed alla archiviazione delle segnalazioni e degli esposti in un'apposita banca dati, nonché alla predisposizione, con cadenza trimestrale, di una relazione al direttore generale sulle segnalazioni ed i reclami pervenuti e sull'esito degli stessi. Detta relazione deve essere accompagnata da proposte per il miglioramento degli aspetti organizzativi, logistici, relazionali e di accesso alle prestazioni, nonché per il superamento dei fattori di criticità emersi.*
5. *L'Azienda garantisce che l'U.R.P. sia organizzato avvalendosi di personale appositamente formato, anche in relazione al tipo di utenza presente sul territorio e alla presenza di assistiti appartenenti a diverse etnie.*
6. *L'U.R.P. cura i rapporti con le Associazioni di Volontariato e le Associazioni di Tutela dei Cittadini e deve periodicamente trasmettere alla Regione i dati relativi al monitoraggio del grado di partecipazione e di soddisfazione dell'utenza.*

Articolo 19 **(Unità operativa di epidemiologia valutativa, gestione rischio clinico e controllo qualità)**

1. *La sicurezza del paziente rappresenta, per l'Azienda, un importante obiettivo strategico perché è finalizzata alla prevenzione degli eventi avversi attraverso l'implementazione di strumenti tesi a minimizzare le probabilità di errore, i rischi potenziali ed i possibili danni al paziente. In particolare la prevenzione del rischio in ambito aziendale, sia con riferimento agli eventi sentinella, che alle infezioni ospedaliere, che ad ogni altro fattore comunque connesso costituisce, unitamente al monitoraggio della sinistrosità e del contenzioso*

- conseguente, un elemento di valutazione delle performance del direttore generale e, ove incidente sulla funzione esercitata, dei dirigenti aziendali.*
- 2. L'Azienda istituisce, pertanto, una Unità Operativa Complessa, denominata U.O. di epidemiologia valutativa, rischio clinico e controllo qualità..*
 - 3. La U.O.C. di epidemiologia valutativa, rischio clinico e controllo qualità predispone e adotta, con specifico atto documentale, un sistema organico di azioni tese a conoscere, prevenire e ridurre i rischi nelle varie attività, compresa l'attività di radioprotezione in ottemperanza al D.lgs. n. 187/2000 che diventa, pertanto, prassi ordinaria della gestione aziendale e del governo clinico. A tal fine utilizza strumenti di gestione del rischio quali la Root Cause Analysis, l'audit clinico, le raccomandazioni ministeriali, l'EBM e le linee guida, la promozione dell'efficacia delle prestazioni sanitarie, la valutazione comparativa degli esiti, la comunicazione, la formazione, il consenso informato. La U.O.C. provvede, inoltre, al raccordo dei flussi informativi con il Ministero della salute, l'AGENAS, la regione Campania e le altre Aziende sanitarie.*
 - 4. Al fine di dare piena attuazione all'art. 1, comma 6, del D.lgs. n. 229/99 in materia di appropriatezza ed economicità della gestione aziendale e delle prestazioni assistenziali, la U.O.C. di epidemiologia valutativa, rischio clinico e controllo qualità è affidata ad un direttore medico di struttura che assume, pertanto, la figura di "risk manager", con funzioni di garantire la sicurezza della pratica medica.*
 - 5. Al "risk manager" è affidata la responsabilità diretta delle iniziative aziendali sull'argomento; risponde inoltre del rispetto dei debiti informativi nei confronti del Ministero della Salute, di cui al decreto dell'11 dicembre 2009 che istituisce, nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), il Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES) con l'obiettivo di raccogliere le informazioni relative agli eventi sentinella ed alle denunce dei sinistri consentendo, pertanto, la valutazione dei rischi ed il monitoraggio completo degli eventi avversi.*
 - 6. Al "risk manager" è affidato il monitoraggio e l'attuazione degli audit, nonché il coordinamento delle attività dei "Facilitatori" dell'Azienda nell'ambito della prevenzione del rischio clinico.*
 - 7. È parte integrante della U.O.C. la gestione dei flussi informativi sanitari, inclusi il sistema SDO-DRG e le azioni finalizzate alla verifica dell'appropriatezza delle prestazioni.*

Articolo 20

Organizzazione dei Servizi Ospedalieri

- 1. Al fine di garantire il miglioramento continuo dei processi clinico-assistenziali, l'Azienda è impegnata a garantire adeguati livelli di efficienza ed efficacia delle cure, gradimento dell'utenza e benessere degli operatori. A tal fine implementa linee guida, procedure, protocolli e percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali, anche attraverso la formazione continua del personale dipendente.*
- 2. Nell'ottica, pertanto, della mission aziendale, l'Azienda istituisce una struttura centralizzata, che opera in STAFF con la Direzione Sanitaria denominata Organizzazione dei Servizi Ospedalieri a cui sono affidate le seguenti funzioni :*
 - a. vigilanza su: raccolta, trasporto, stoccaggio e smaltimento dei rifiuti ospedalieri e sulla tenuta della relativa documentazione; pulizia, disinfezione, disinfestazione e sterilizzazione; vigilanza sui servizi alberghieri e di ristorazione collettiva;*

- partecipazione, su indicazione della direzione generale, alla valutazione delle procedure per forniture di beni, servizi; gestione del percorso di sterilizzazione ospedaliero con verifiche tracciabilità, e sorveglianza attrezzature e metodologie;*
- b. controllo e gestione delle infezioni ospedaliere;*
- c. gestione sistema di accettazione e liste di attesa ricoveri ordinari e day hospital – day surgery;*
- d. controllo, gestione, e regolamentazione degli accessi in ospedale;*
- e. gestione del trasporto degli infermi;*
- f. supporto, collaborazione all'organizzazione e partecipazione delle seguenti attività :*
- comitato per il buon uso del sangue,*
 - coordinamento locale dei prelievi di organi e tessuti,*
 - donazione di organi o tessuti;*
 - ospedale senza dolore,*
 - prontuario terapeutico ospedaliero,*
 - commissione rischio radiologico;*
- g. predisposizione ed adozione di percorsi intraospedalieri per la organizzazione delle emergenze, di percorsi per la adozione delle raccomandazioni ministeriali e per l'adozione di percorsi condivisi con le uu.oo.;*
- h. gestione dell'archivio sanitario, dello scarto del materiale cartaceo e dell'ufficio accettazione ricoveri e della tenuta delle liste di attesa;*
- i. predisposizione atti e gestione della polizia mortuaria ospedaliera, di tutte le denunce obbligatorie e del servizio sociale, mantenendo i dovuti rapporti istituzionali aziendali con le autorità giudiziarie e presiedendo alle attività di medicina legale intraospedaliera;*
- j. coordinamento per l'elaborazione delle misure di prevenzione del rischio infettivo all'interno dell'Azienda e della sorveglianza epidemiologica e per l'attività del CIO;*
- k. vigilanza sulla corretta programmazione, organizzazione e gestione dei blocchi e delle sale operatorie dell'Azienda ospedaliera – relativamente a personale, risorse materiali e tecnologie complesse assegnate – al fine di garantire il corretto svolgimento delle sedute operatorie programmate in elezione e di quelle in regime d'urgenza sia in termini di efficacia per il paziente che di efficienza gestionale;*
- l. attività di medicina legale ospedaliera.*

Articolo 21

(Servizio prevenzione e protezione)

- 1. L'Azienda istituisce una unità operativa denominata SS Servizio di Prevenzione e Protezione in diretto rapporto con la Direzione Sanitaria.*
- 2. Il Servizio di prevenzione e protezione è utilizzato dal datore di lavoro con i compiti attribuiti dall'art.33 del D. Lvo n. 81/08 e s.m.i. e svolge la funzione di "consulente" tecnico del medesimo e, più in generale, dell'azienda in merito alla corretta applicazione delle normative in vigore in tema di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro. L'efficace comunicazione tra tutti gli attori della sicurezza è garantita dal Responsabile del SPP, nominato per obbligo indelegabile dal Direttore Generale, quale Datore di lavoro.*

3. *Per la piena ed efficace attuazione del dettato normativo, il Direttore Generale provvede, con successivo atto documentale, all'organizzazione del Servizio di Prevenzione e Protezione (art. 31 del D. Lgs. 81/08) ed alla designazione del Responsabile (art.17 del D. Lgs. 81/08).*

Articolo 22 **(L'assistenza Psicologica)**

1. *L'attività di assistenza psicologica ai pazienti critici in carico ai vari reparti, sia in regime di ricovero ordinario, che di DH, che ambulatoriale e dei loro familiari, rappresenta un'attività qualificante dell'Azienda.*
2. *A tal fine sono state individuate alcune Aree Critiche, in particolare nell'ambito dei dipartimenti di oncologia, neuroscienze e materno-infantile, dove sarà necessario che il personale preposto assicuri la necessaria consulenza e supporto all'equipe curante nella gestione delle situazioni complesse.*
3. *Tra i compiti istituzionali rientrano anche l'organizzazione di progetti mirati di counselling e formazione.*
4. *Il Servizio di Psicologia è collocato in staff al Direttore medico di Presidio.*

TITOLO III ORGANIZZAZIONE DELLE STRUTTURE

Articolo 23 (Articolazione dell'Azienda)

1. *L'Azienda si articola in :*
 - a. *Dipartimenti Aziendali*
 - b. *Dipartimenti Interaziendali;*
 - c. *Unità complesse;*
 - d. *Strutture semplici a valenza dipartimentale;*
 - e. *Strutture semplici;*
 - f. *Servizi delle professioni sanitarie.*
2. *Le articolazioni dell'Azienda, comprensive dei Dipartimenti, delle strutture complesse, semplici dipartimentali e semplici, dei servizi delle professioni sanitarie infermieristiche, della riabilitazione e delle altre professioni tecnico-sanitarie e la relativa dotazione organica sono elencate nell'allegato n. 1 del presente Atto Aziendale che ne costituisce parte integrale e sostanziale.*

Articolo 24 (I Dipartimenti Aziendali)

1. *Il Dipartimento:*
 - a. *Il dipartimento è la struttura di coordinamento e direzione per lo svolgimento di funzioni complesse con compiti di orientamento, consulenza e supervisione per la funzione cui è preposto il dipartimento, a seconda della sua tipologia, è costituito da strutture organizzative, semplici, semplici dipartimentali e complesse, che, per omogeneità, affinità e complementarità hanno comuni finalità.*
 - b. *Le strutture afferenti al dipartimento mantengono la propria autonomia e responsabilità nell'ambito di un modello gestionale ed organizzativo comune volto a fornire una risposta unitaria, efficiente e completa alle richieste di prestazioni degli utenti interni ed esterni. A tal fine il dipartimento adotta codici di comportamento uniformi per quanto riguarda in particolare gli aspetti clinico assistenziali, didattici, di ricerca, etici, medico-legali, giuridici ed economico-finanziari.*
 - c. *I dipartimenti rappresentano il modello operativo dell'Azienda. La loro attività è funzionale al raggiungimento degli obiettivi dell'Azienda e la complessità è in rapporto alle risorse assegnate, al numero di strutture complesse e semplici che li compongono ed al budget loro assegnato.*
 - d. *L'Azienda è dotata di dipartimenti strutturali, funzionali, integrati e trasversali che svolgono attività professionali e gestionali mediche, tecnico-sanitarie e tecnico-amministrative.*
 - e. *L'organizzazione dipartimentale può essere predeterminata secondo le indicazioni regionali come nel caso del Dipartimento della rete dei Laboratori, di cui al Decreto del Commissario ad acta n. 55/2010 e del Dipartimento Integrato dell'Emergenza sanitaria, di cui al Decreto del Commissario ad acta n. 49 del 27.09.2010.*

- f. *Sono aggregate ai dipartimenti le strutture semplici dipartimentali ossia quelle strutture che svolgono funzioni non convenientemente esercitabili dalle strutture complesse già esistenti o, viceversa, quelle strutture che svolgono attività a favore di una pluralità di strutture complesse.*

2. Tipologie di Dipartimento:

- a. *In rapporto alla caratterizzazione organizzativo-funzionale l'Azienda individua:*

I. Dipartimenti strutturali. *Trattasi di aggregazione organizzativa e funzionale di strutture che assumono la valenza di soggetto negoziale nei rapporti con l'Azienda e con gli altri dipartimenti e/o macrostrutture organizzative. Dotati di autonomia gestionale, sono soggetti a rendicontazione analitica e pertanto assumono la valenza di soggetti negoziali per l'attribuzione del budget. Dipartimento trasmurale della Rete dei Laboratori è istituito in ottemperanza al Decreto del Commissario ad acta n. 55/2010 ed all'intesa tra ASL BN1 ed AO Rummo di cui alla delibera n. 506 del 01.07.2011.*

II. Dipartimento Integrato di Emergenza *è istituito in ottemperanza al Decreto del Commissario ad acta n. 49 del 27.09.2010 ed all'intesa tra ASL BN1 ed AO Rummo di cui alla delibera n. 906 del 28.11.2012.*

III. Dipartimenti funzionali: *l'Azienda si riserva la facoltà di attivare Dipartimenti funzionali, ovvero di aggregare strutture complesse e/o semplici anche a valenza dipartimentale con il compito di interconnettere, da un punto di vista funzionale, le attività delle singole strutture individuate al fine di raggiungere specifici obiettivi nell'ottica della vision aziendale. Il Dipartimento funzionale non è dotato di autonomia gestionale e non è soggetto a rendicontazione analitica. Una medesima struttura, complessa o semplice a valenza dipartimentale, può far parte di più Dipartimenti funzionali, oltre che del proprio Dipartimento strutturale. Ai Dipartimenti funzionali si applicano, per quanto compatibili, i criteri e le modalità organizzative rappresentati per i Dipartimenti strutturali. I Dipartimenti funzionali collaborano alla definizione del budget e concorrono alla realizzazione degli obiettivi aziendali.*

- b. *I dipartimenti sono funzionali all'azienda e tengono conto della complessità delle funzioni, del numero di strutture complesse e degli obiettivi che quest'ultime devono conseguire.*

- c. *Tra i principali compiti dei Dipartimenti si individuano i seguenti:*

- *organizzare e pianificare la produzione;*
- *garantire, rispetto agli obiettivi acquisiti, la produzione e i risultati ottenuti attraverso il controllo di qualità tecnica il controllo di efficienza;*
- *misurare le performance di processo e l'analisi delle attività;*
- *valutare l'efficacia delle cure;*
- *assicurare l'integrazione funzionale tra le unità operative interne al dipartimento e, tra queste, con le altre strutture ospedaliere;*
- *collaborare alla definizione del budget di dipartimento;*
- *partecipare alla programmazione strategica aziendale, attraverso la condivisione:*
 - *degli indirizzi strategici*
 - *dell'analisi della domanda*
 - *dell'individuazione degli indicatori critici di performance*

d. Le azioni dei dipartimenti dovranno :

- *tendere al miglioramento degli indicatori di performance riferiti all'efficienza, l'efficacia e l'economicità;*
- *garantire la costante realizzazione di interventi appropriati dal punto di vista clinico.*
- *ricercare la personalizzazione e l'umanizzazione degli interventi;*
- *definire percorsi assistenziali o profili di cure basati sul coordinamento delle prestazioni che si rendono necessarie per elaborare, condividere ed adottare linee guida e protocolli;*
- *promuovere il miglioramento continuo della qualità;*
- *elaborare sistemi di indicatori utili alla valutazione e verifica dell'efficacia e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate a del livello di efficienza delle diverse UU.OO., delle diverse equipe professionali in esse rappresentate e dei singoli professionisti.*

e. In ambito dipartimentale sono adottate le linee guida ed i percorsi assistenziali improntati alla massima appropriatezza, umanizzazione e personalizzazione dell'azione clinica ed assistenziale.

f. L'assetto organizzativo del dipartimento presuppone:

- *l'aggregazione di un numero congruo di unità operative complesse non inferiore a tre e non superiore a 15. Le Unità Operative complesse costituenti i dipartimenti ospedalieri devono, di norma, essere afferenti a più discipline di cui all'art. 4 del D.P.R. 10 dicembre 1997, n. 484 e successive modificazioni;*
- *una rilevante consistenza, in termini di complessità gestionale e di quantità di risorse umane, tecniche e finanziarie utilizzate e di unità operative afferenti;*
- *la presenza di contesti organizzativi tipici tra cui : sale operatorie, reparti di degenza, servizi e apparati diagnostici, ambulatori, ecc.;*
- *una dotazione di posti letto, servizi e/o attività congrua e funzionale al dimensionamento efficiente delle strutture.*

3. Aree Interdipartimentali Organizzativo-Funzionali

- a. L'Azienda può attivare aree funzionali interdipartimentali quale modello di gestione per funzioni sanitarie emergenti o per percorsi diagnostico-terapeutici integrati, al fine di garantire una più completa presa in carico del paziente per l'intero percorso assistenziale.*
- b. L'attivazione di un'area funzionale interdipartimentale è prerogativa della Direzione Generale e come tale è formalizzata con atto deliberativo.*
- c. Ogni area prevede il coinvolgimento di almeno tre dipartimenti, si configura come punto di coordinamento tra attività omogenee in ambito assistenziale ed implementa gli strumenti del Governo Clinico quali: le linee guida ed i protocolli a carattere diagnostico terapeutico e/o organizzativo.*
- d. Nelle aree interdipartimentali operano anche i gruppi operativi interdisciplinari di cui all'art. 28 comma 2 dell'Atto Aziendale.*
- e. Il responsabile del coordinamento dell'area è individuato dal Direttore Sanitario tra i dirigenti di struttura complessa che presentano il maggior volume di attività rispetto alla specifica tipologia di intervento.*

4. Direttore di dipartimento

- a. *La Direzione del Dipartimento è affidata, con specifico contratto triennale, rinnovabile, consecutivamente una sola volta, con atto deliberativo del Direttore Generale, ad uno dei direttori delle Unità Operative Complesse afferenti al Dipartimento stesso, nell'ambito di una rosa di candidati proposta dal Comitato di dipartimento.*
- b. *Il direttore del dipartimento, in particolare:*
 - *propone alla direzione strategica gli obiettivi dipartimentali assistenziali e gestionali e pianifica le attività, sentito il Comitato di dipartimento, attribuendo gli obiettivi dipartimentali alla singole unità operative componenti il dipartimento stesso;*
 - *coordina le attività e le risorse affinché il dipartimento assolva in modo pieno i propri compiti al fine di assicurare che ogni struttura del dipartimento operi attraverso programmi di lavoro, protocolli e procedure omogenee;*
 - *partecipa alla negoziazione del budget secondo le modalità organizzative;*
 - *informa il Comitato di dipartimento delle risultanze della negoziazione;*
 - *gestisce il budget del dipartimento se è responsabile di un dipartimento strutturale;*
 - *garantisce l'appropriatezza degli interventi con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative secondo le modalità di governo clinico di cui all'art. 33 dell'Atto Aziendale;*
 - *verifica il raggiungimento degli obiettivi delle unità operative e risponde dei risultati complessivi del dipartimento in relazione agli obiettivi a lui direttamente assegnati;*
- c. *L'azienda assegna al Direttore del Dipartimento un supporto tecnico amministrativo con l'attribuzione di risorse umane e strumentali che consentano la piena realizzazione dei compiti affidati.*

5. Comitato di dipartimento

- a. *È istituito, ai sensi dell'articolo 17 bis del decreto legislativo n. 502/1992 e s.m.i., il Comitato di dipartimento che è composto da componenti di diritto e da componenti di nomina elettiva:*
 - I. *I componenti di diritto sono:*
 - *il direttore del dipartimento, che lo presiede;*
 - *i direttori e/o responsabili di unità operativa con autonomia gestionale delle rispettive tre aree contrattuali;*
 - II. *La parte elettiva è composta da un rappresentante per ciascuna area contrattuale.*
- b. *Il Comitato dura in carica 3 anni. Il Comitato si riunisce, previa convocazione formale del direttore di dipartimento e di ogni seduta verrà redatto apposito verbale, conservato in ordine cronologico presso la direzione del dipartimento. Le modalità di funzionamento del Comitato di dipartimento sono stabiliti dall'azienda con apposito regolamento.*
- c. *Il Comitato di dipartimento:*
 - *definisce le linee di indirizzo clinico ed organizzativo del dipartimento;*
 - *definisce linee guida utili per un più corretto indirizzo diagnostico-terapeutico;*
 - *elabora la proposta di obiettivi gestionali ed assistenziali del dipartimento;*
 - *adotta modelli per la verifica e la valutazione di qualità dell'assistenza erogata;*
 - *propone l'istituzione di gruppi operativi interdipartimentali;*
 - *propone piani di aggiornamento e riqualificazione del personale;*
- d. *Il Comitato di dipartimento si riunisce almeno una volta ogni due mesi per la verifica periodica degli obiettivi e per individuare eventuali correttivi ed interventi idonei ad ottimizzare l'utilizzo delle risorse, nonché ogni qualvolta debba esprimersi su:*

- *gestione ed utilizzazione, in modo coordinato ed integrato, delle risorse attribuite (umane, finanziarie e tecnologiche) per il perseguimento degli obiettivi;*
 - *definizione degli obiettivi del dipartimento che verranno negoziati dal direttore dello stesso con la direzione strategica;*
 - *verifica della corrispondenza dei risultati raggiunti rispetto agli obiettivi concordati;*
 - *modalità organizzative del Dipartimento nell'ambito clinico, percorsi assistenziali, presa in carico, appropriatezza, ecc..*
- e. *Il Comitato inoltre individua la rosa di candidati a direttore di dipartimento da proporre al Direttore Generale.*

Articolo 25 **(I Dipartimenti Interaziendali)**

1. Dipartimento Interaziendale Provinciale di medicina di laboratorio

- a. *È istituito il Dipartimento Interaziendale Provinciale di medicina di laboratorio ai sensi del Decreto Commissariale n. 55/2010 e del protocollo d'intesa tra ASL Benevento 1 ed AO Rummo stipulato in data 24.06.2011, di cui alla delibera n. 506 del 1.7.2011.*
- b. *Il Dipartimento Interaziendale è governato in modo tale da procedere alla riorganizzazione e razionalizzazione delle strutture di laboratorio esistenti nella Provincia di Benevento ed afferenti alla ASL Benevento 1 ed alla AO Rummo.*
- c. *Il Dipartimento Interaziendale Provinciale di medicina di laboratorio risulta così costituito :*
 - *UOC Patologia Clinica AO Rummo*
 - *UOC Patologia Clinica PO S. Agata dei Goti*
 - *UOS Diagnostica di laboratorio DS BN Nord Est S. Bartolomeo in Galdo.*
- d. *Al Direttore del Dipartimento pro-tempore è affidata l'implementazione e la messa a regime del Comitato di Dipartimento, degli Organismi necessari nonché del Regolamento di organizzazione e funzionamento e delle linee guida organizzative e tecniche.*

1. Dipartimento Integrato delle Emergenze

- a. *È istituito, in ottemperanza al Decreto Commissariale n. 45 del 20.06.2011 e alla deliberazione n. 906 del 28.11.2012, il Dipartimento strutturale Integrato delle Emergenze (DIE) che ha, come ambito di riferimento, la Provincia di Benevento e comprende l'Azienda Ospedaliera G. Rummo e la ASL Benevento 1. .*
- b. *Il DIE è programmato in modo tale da governare tutte le componenti territoriali ed ospedaliere del S.I.R.E.S., che ricomprende le funzioni di Allarme Sanitario, di Trasporto Infermi, IL Servizio di Assistenza Urgenza Territoriale e le Attività di Emergenza Ospedaliera per il territorio della Centrale Operativa (C.O.).*
- c. *L'organizzazione, intesa in termini di risorse umane e strutturali, il piano dei costi per la gestione del servizio, la condivisione delle risorse da affidare il direttore del Dipartimento ed i rapporti di natura giuridica e finanziaria, coerentemente con gli indirizzi di natura sanitaria previsti dal Decreto Commissariale n. 49/2010, sono*

formalmente regolamentati dal protocollo d'intesa tra ASL Benevento 1 ed AO Rummo, adottato con delibera n. 906 del 28.11.2012.

- d. *Le due Aziende Sanitarie garantiscono la piena funzionalità del Sistema Emergenza-Urgenza.*
- e. *Il Consiglio del DIE è costituito dai responsabili delle seguenti strutture:*
- *U.O. Emergenza Territoriale*
 - *U.O. PS ed Osservazione Breve Intensiva c/o PO S. Agata dei Goti*
 - *U.O. Centrale Operativa 118*
 - *U.O. P.S. ed Osservazione Breve e Medicina d'Urgenza*
 - *dai Direttori Servizi Infermieristici ASL ed AO.*
- f. *Il Direttore del DIE, scelto tra i responsabili delle UU.OO. che lo costituiscono, è nominato d'intesa tra i Direttori Generali della AO Rummo e dell'Azienda Sanitaria Benevento 1. Tutte le funzioni previste dalla normativa regionale vigente, se non diversamente esplicitate, sono demandate al DIE.*
- g. *Il DIE, avvalendosi delle proprie componenti integrate e ripartendo tra di esse i compiti previsti, deve:*
- *garantire la necessaria mobilità del personale, per adeguamento alle necessità d'intervento e l'opportuna sua rotazione sulle varie articolazioni del servizio (al fine di ridurre il rischio di burnout e riproporzionare i carichi di lavoro);*
 - *garantire la realizzazione di percorsi territorio/ospedale per le patologie a più alta incidenza di morbidità e mortalità (cardiovascolari, neurologiche, traumatiche, ecc.);*
 - *garantire gli standard strutturali, operativi e clinici definiti dall'Assessorato alla Sanità;*
 - *garantire la corretta gestione dei flussi informativi istituzionali;*
 - *applicare le linee guida diagnostico/terapeutiche sui percorsi del paziente;*
 - *effettuare le valutazioni qualitative dell'attività svolta;*
 - *attuare i programmi di formazione e miglioramento della qualità definiti dall'Assessorato alla Sanità;*
 - *verificare il possesso ed il mantenimento dei requisiti e degli standard organizzativo/clinici degli Enti ed Associazioni che collaborano nell'attività di emergenza;*
 - *approntare piani di gestione delle emergenze intra ed extraospedaliere;*
 - *eseguire esercitazioni di gestione delle emergenze intra ed extraospedaliere.*

Articolo 26

(Articolazione delle strutture operative)

1. *L'assetto organizzativo dell'Azienda ed, in particolare, l'individuazione delle strutture semplici e complesse avviene tenuto conto di quanto stabilito dal "Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di appropriatezza ed efficacia" di cui all'art. 9 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 (Comitato LEA), approvato nella seduta del 26 marzo 2012. In particolare il nuovo assetto organizzativo aziendale avviene in ottemperanza ai criteri regionali ed ai parametri standard previsti dai Decreti Commissariali n. 135 del 10.10.2012 e n. 18 del 18.02.2013. Ovvero :*
- *una struttura complessa ogni 16 posti letto;*

- *1,31 strutture semplici o semplici dipartimentali per ogni struttura complessa.*
- 2. *Il numero di strutture semplici, semplici dipartimentali e complesse dell'Azienda non è comprensivo dei servizi centrali che non rientrano negli standard previsti dalle linee guida regionali.*

Articolo 27

(Criteri individuazione delle strutture in ambito ospedaliero e delle funzioni centrali aziendali)

1. **Criteri preliminari per l'individuazione delle strutture medico-chirurgiche :** *in ambito aziendale le strutture medico-chirurgiche devono erogare prestazioni sia in regime di ricovero che ambulatoriale in misura tale da:*
 - *contenere i tempi di esecuzione e di risposta entro tempi utili per l'ottimale sviluppo delle politiche cliniche e assistenziali e per la conclusione tempestiva delle degenze ordinarie o a ciclo diurno.*
 - *contribuire al contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali entro i limiti stabiliti in sede aziendale sulla base degli indirizzi regionali;*
 - *garantire la quantità e qualità delle performance in funzione del conseguimento di idonei livelli di valorizzazione del prodotto;*
 - *garantire l'appropriatezza delle modalità di conduzione delle pratiche cliniche diagnostiche e d assistenziali;*
 - *garantire una efficiente gestione delle risorse in dotazione.*
2. **Criteri per l'individuazione delle UOC:** *le Unità operative complesse, di norma, devono essere caratterizzate da:*
 - *Rilevanza delle attività svolte per volume e tipologia;*
 - *Rilevanza del livello di responsabilità per la gestione della struttura*
 - *Valore delle risorse professionali, operative e organizzative, adeguate qualitativamente e quantitativamente alla natura e all'entità degli obiettivi attesi;*
 - *congrua dotazione di risorse professionali, operative e organizzative, rispetto alla necessità di contare su una massa critica adatta quali-quantitativamente alla natura e all'entità degli obiettivi attesi;*
3. **Criteri per l'individuazione delle UOSD:** *le Unità operative semplici dipartimentali, di norma, devono essere caratterizzate da:*
 - *congrua dotazione di risorse professionali, operative e organizzative adeguate qualitativamente e quantitativamente alla natura e all'entità degli obiettivi attesi;*
 - *funzione strategicamente rilevante per il buon funzionamento del Dipartimento e delle UOC in esso comprese, senza sovrapposizione con le attività delle stesse*
 - *competenza specialistico-funzionale necessaria per la gestione della struttura;*
 - *rilevanza delle metodologie e delle strumentazioni utilizzate nella struttura.*
4. **Criteri per l'individuazione delle UOS:** *le Unità operative semplici, di norma, devono essere caratterizzate da:*
 - *esistenza di una unità operativa complessa;*
 - *dotazione di risorse professionali, operative e organizzative adeguate qualitativamente e quantitativamente alla natura e all'entità degli obiettivi attesi;*
 - *funzione strategicamente rilevante per il buon funzionamento della UOC di appartenenza e, per il tramite di questa, del Dipartimento in cui essa è compresa.*

Articolo 28 (Modelli Operativi)

1. **Reti professionali** : L'Azienda può implementare reti professionali costituiti da un insieme di singoli professionisti, UUOO e/o loro articolazioni, organizzati su base non gerarchica attorno a questioni o interessi comuni per il raggiungimento di obiettivi che sono perseguiti attivamente e in maniera sistematica basandosi sull'impegno, la stima e fiducia reciproca. Le reti professionali sono finalizzate a coordinare i contributi professionali specialistici al fine di costituire un'offerta di prestazioni polispecialistiche integrate, riconducibili a profili di cura e/o a percorsi assistenziali o ancora a un centro specialistico. La creazione delle reti professionali ha lo scopo di collegare diverse dimensioni professionali e/o linee di attività e/o più professionisti e/o strutture operative, e/o loro articolazioni interne dell'azienda, +non direttamente tra loro, ma direttamente ricollegabili, in termini di posizionamento, nell'organigramma dall'azienda stessa.
2. **Gruppi Operativi Interdisciplinari** : L'Azienda può attivare gruppi operativi interdisciplinari per la diffusione e l'applicazione delle conoscenze in medicina e nell'assistenza, di sviluppo del miglioramento della qualità, di diffusione delle migliori pratiche cliniche e assistenziali e del governo clinico. I gruppi operativi sono costituiti da più professionisti appartenenti a discipline e/o UUOO differenti in relazione alla necessità di raggiungere specifici obiettivi e finalità assistenziali, organizzative, di studio e di ricerca da perseguire in via transitoria o permanente. I gruppi operativi interdisciplinari vengono costituiti a livello di Dipartimento. Tra i gruppi operativi interdisciplinari assumono rilevanza quelli dedicati alla concreta applicazione degli strumenti del governo clinico tra i quali: EBM, linee guida, Clinical Audit, Percorsi Assistenziali, Risk Management, Disease Management, Tecnology assesment, Sistemi di Indicatori, Accredimento.
3. **Assetto degli incarichi professionali** : Al fine di assicurare la rilevanza delle funzioni ad alto contenuto tecnico professionale, l'Azienda individua attività specialistiche per le quali conferisce incarichi di natura professionale, di alta specializzazione, di consulenza, di studio e di ricerca, ai sensi del vigente CCNL. Gli incarichi ad alta specializzazione possono riguardare anche ambiti di prestazioni non sanitarie, tesi a produrre servizi particolarmente complessi, oppure a fornire attività di consulenza per materie ad elevato contenuto tecnico professionale, nonché per la realizzazione di programmi di ricerca, aggiornamento, tirocinio e formazione, in rapporto alle esigenze didattiche dell'Azienda. In questa fattispecie è richiesta specifica competenza professionale, diversamente dagli incarichi di struttura dove prevalgono le competenze gestionali di risorse umane, tecniche e finanziarie. L'individuazione di tali incarichi non prefigura necessariamente rapporti di sovra o sotto ordinazione con le Unità Operative Semplici, bensì la diretta dipendenza dalla Unità Operativa Complessa o dal direttore del Dipartimento qualora l'incarico professionale abbia valenza dipartimentale.
4. L'Azienda, altresì, favorirà la sperimentazione di nuovi modelli di assistenza nell'ambito delle varie forme in cui questa è garantita, che realizzino effettive finalità di contenimento della spesa sanitaria, anche attraverso specifiche sinergie tra strutture pubbliche e private, ospedaliere ed extraospedaliere, così come prevede il D.L.95/2012, convertito in L. 135/2012, art. 15, c.13,lett.c-bis.

Articolo 29

(I Servizi delle professioni sanitarie infermieristiche, della riabilitazione e delle altre professioni tecnico-sanitarie)

1. *L'Azienda, al fine di dare compimento a quanto previsto dalle indicazioni della legge del 10 agosto 2000 n. 251 e dalla Legge Regionale del 10 aprile 2001 n. 4 e per valorizzare tutte le professioni sanitarie Servizi delle professioni sanitarie infermieristiche, della riabilitazione e delle altre professioni tecnico-sanitarie, provvede alla costituzione dei Servizi delle professioni infermieristiche e ostetriche, delle professioni della riabilitazione e delle professioni tecnico sanitarie. Tali servizi devono espletare le funzioni individuate dai regolamenti regionali e dalle altre norme in materia e devono utilizzare metodologie di pianificazione per obiettivi al fine di assicurare una adeguata risposta ai bisogni di salute dei singoli e della collettività mediante l'ottimizzazione, il coordinamento ed il controllo della qualità delle prestazioni delle professioni.*
2. *A tal fine integrano i predetti servizi sono integrati nei dipartimenti previsti dall'atto aziendale secondo l'omogeneità di competenza e di intervento, e secondo le aree disciplinari di riferimento attraverso un collegamento di tipo funzionale con i dipartimenti.*
3. *L' Azienda, pertanto, istituisce i seguenti Servizi:*
 - a. *Servizio infermieristico e ostetrico con a capo un Dirigente Responsabile;*
 - b. *Servizio Tecnico-Sanitario e Tecnico-Riabilitativo con a capo un Dirigente Responsabile.*
4. *I compiti dei dirigenti dei servizi di cui sopra, prevedono il concorso, per gli aspetti di competenza, all'individuazione e realizzazione degli obiettivi individuati dalla Direzione Generale e Strategica per la programmazione, organizzazione, gestione, verifica e controllo dell'erogazione delle prestazioni proprie della specifica area professionale legate alla promozione della salute, prevenzione, cura e riabilitazione, per questi si richiama integralmente quanto specificatamente contenuto nel regolamento di attuazione della Legge Regione Campania in premessa richiamata e cioè il D.G.R.C. n. 336/2003.*
5. *I servizi centrali delle professioni sanitarie sono a loro volta collegati in LINE con i Servizi Infermieristici e delle altre Professioni Sanitarie a livello Ospedaliero, Dipartimentale e di Unità Operativa o Servizio cui è preposto personale anche con incarichi di posizione organizzativa, di coordinamento complesso e semplice.*
6. *Gli incarichi dei dirigenti dei servizi delle professioni sanitarie sono conferiti attraverso le procedure concorsuali di cui al DPCM del 25/01/2008 pubblicato nella G.U. Serie Generale n. 48 del 26/02/2008.*
7. *L'azienda nell'atto aziendale nel definire le condizioni organizzative per lo sviluppo di tali funzioni, colloca i servizi delle professioni sanitarie in staff alla direzione sanitaria ed in stretto rapporto con le altre strutture organizzative aziendali.*

Articolo 30

(Assistenza psichiatrica in ambito ospedaliero)

1. *Sono assegnati, all'Azienda , n. 12 posti letto secondo quanto previsto dal decreto commissariale n. 49 del 27.09.2010.*

2. *L'Azienda mette a disposizione della UO di Psichiatria la struttura logistica, il comfort alberghiero, le risorse strumentali inclusi i servizi sanitari di supporto ed i beni e servizi.*
3. *Il personale sanitario medico e non medico è dipendente della ASL Benevento 1 cui fa carico l'organizzazione delle risorse umane assegnate alla UO di Psichiatria.*
4. *La corretta tenuta e l'archiviazione delle cartelle cliniche, la verifica e controllo delle SDO, la codifica dei DRG e la remuneratività dei ricoveri sono di competenza dell'Azienda Ospedaliera Rummo.*
5. *L'Azienda Ospedaliera, di concerto con la ASL Benevento 1, definisce specifica regolamentazione.*

Articolo 31 **(Sistema delle cure domiciliari)**

1. *In ottemperanza al decreto regionale n. 41/2011 che, in tema di assistenza domiciliare, distingue gli interventi basati su prestazioni che non necessitano di integrazione e valutazioni multidimensionali dalle cure domiciliari integrate, l'Azienda intende assumere un ruolo fondamentale nell'assistenza domiciliare secondo quanto dichiarato nel documento ministeriale denominato "Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio". In particolare il documento articola le cure domiciliari in tre tipi: cure domiciliari di tipo prestazionale, cure domiciliari integrate di primo, secondo livello e terzo livello e cure domiciliari palliative per malati terminali.*
2. *Il ruolo dell'Azienda nel Sistema delle Cure Domiciliari è, pertanto, finalizzato a :*
 - *fornire adeguata assistenza a persone che presentano problematiche di tipo sanitario suscettibili di trattamento domiciliare, evitando i ricoveri ospedalieri impropri;*
 - *rendere possibili dimissioni ospedaliere tempestive ed assicurare la continuità assistenziale mediante lo strumento della "dimissione protetta";*
 - *supportare i "caregiver" e trasmettere loro delle competenze che possano tradursi in autonomia di intervento;*
3. *Nell'ambito dell'Assistenza Domiciliare Integrata, l'Azienda Rummo, attraverso il Servizio di Continuità Assistenziale Ematologica, implementa un modello integrato di cure "Simultaneous Care" riservato ai pazienti affetti da "Neoplasie Ematologiche" residenti nel territorio. Il servizio offerto è indirizzato ai pazienti ematologici sia adulti che pediatrici, sia terminali che in condizioni di non autosufficienza anche temporanea che non sono in grado di accedere al centro Ospedaliero. Garantisce, inoltre, l'assistenza sanitaria ai pazienti affetti da AIDS attraverso la struttura di malattie infettive.*
4. *L'attuazione del modello organizzativo di integrazione con il territorio, nel Sistema delle Cure Domiciliari, è oggetto di specifico accordo e regolamentazione con la ASL Benevento.*

TITOLO IV

PRINCIPI E REGOLE PER LA GESTIONE, CONTROLLO, VALUTAZIONE E VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE

Articolo 32 **(Principi e regole generali)**

1. *In coerenza con le linee di azione e le strategie definite dalla Regione nell'ottica dei piani operativi, tenuto conto della necessità di dover garantire l'equilibrio economico-finanziario della struttura ospedaliera, l'Azienda intende implementare un nuovo assetto organizzativo i cui principi e le cui regole di funzionamento devono essere in grado di garantire :*
 - a. *La flessibilità della propria organizzazione e delle relative procedure;*
 - b. *L'organizzazione delle strutture in ambito dipartimentale;*
 - c. *Gli adeguati livelli di qualificazione ed economicità dell'attività;*
 - d. *La promozione delle attività valutative e di miglioramento della qualità;*
 - e. *L'umanizzazione e personalizzazione dell'assistenza;*
 - f. *L'integrazione trasversale delle competenze e dei servizi;*
 - g. *La legittimità, imparzialità e trasparenza dell'azione amministrativa;*
 - h. *Il decentramento dei poteri gestionali attraverso un organico sistema di deleghe ai dirigenti preposti alle strutture organizzative individuati come centri di responsabilità;*
 - i. *L'accentramento dei poteri di programmazione e d'indirizzo in capo al Direttore Generale, coadiuvato dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo aziendale in rapporto fiduciario.*
2. *L'Azienda intende, pertanto, perseguire la propria mission offrendo risposte unitarie che considerino la persona nella sua globalità. Ciò alla luce dei continui mutamenti demografici e socioeconomici ma, soprattutto, della sempre più complessa ed articolata organizzazione.*
3. *L'Azienda, pertanto, pone particolare attenzione ad alcuni fondamentali strumenti per la gestione dei sistemi sanitari tra cui: il governo clinico, la sicurezza delle cure ed la qualità delle prestazioni, il clima e benessere organizzativo, la gestione delle risorse umane con particolare riferimento alla formazione continua ed alle relazioni sindacali, la tutela della salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro, la partecipazione dei cittadini.*

Articolo 33 **(Governo clinico, sicurezza delle cure e controllo qualità)**

1. *Attraverso gli strumenti del governo clinico si intende perseguire un approccio integrato alla qualità dell'assistenza che pone al centro della programmazione e gestione dei servizi sanitari aziendali i bisogni dei cittadini e valorizza il ruolo e la responsabilità dei medici e degli altri operatori sanitari per la promozione della qualità.*
2. *Per assicurare la qualità e la sicurezza delle prestazioni, i migliori risultati possibili in salute e l'uso efficiente delle risorse, l'Azienda intende potenziare metodologie e strumenti quali : le linee guida ed i profili di assistenza basati su prove di efficacia, la gestione del rischio clinico, i sistemi informativi costruiti a partire dalla cartella clinica integrata informatizzata, la valorizzazione del personale e la relativa formazione, l'integrazione disciplinare e*

multiprofessionale, la valutazione sistematica delle performance. In particolare intende avviare un monitoraggio dei processi e degli esiti attraverso un sistema di indicatori predefiniti e sviluppare/aggiornare le attuali procedure organizzative e le linee guida professionali. L'insieme delle azioni rappresentano i determinanti di un efficace governo clinico capace di assicurare l'appropriatezza, l'omogeneità e l'efficacia delle cure, nonché i requisiti ed i livelli minimi di sicurezza delle prestazioni.

- 3. Nell'ambito dei processi che interessano il governo clinico, l'Azienda pone attenzione alla trasparenza del sistema, a cominciare dalla rivalutazione del merito professionale soprattutto per quanto concerne il reclutamento del personale ed la progressione delle carriere. Al tempo stesso intende garantire la centralità del paziente nella consapevolezza che la trasparenza di un'Azienda Sanitaria pubblica vada oltre la corretta informazione nei confronti degli stakeholders.*
- 4. In tale contesto una particolare attenzione deve essere posta alla gestione del rischio, attraverso l'implementazione di metodologie che, mediante un approccio sistemico, si prefiggano di esaminare i fattori che influenzano la pratica clinica in ogni suo stadio, fornendo indicazioni per appropriati interventi e piani di riduzione degli errori, facendo leva su un maggior coinvolgimento e responsabilizzazione degli operatori ed una migliore comunicazione e relazione fra professionisti, amministratori e cittadini.*
- 5. L'Azienda, in linea con quanto previsto dal Piano Sanitario Regionale 2011-2013, di cui al decreto del Commissario ad acta n. 22 del 22 marzo 2011, prevede l'adozione di strumenti di governo clinico attraverso l'attivazione di strutture dedicate e la costituzione di gruppi di lavoro interdisciplinari su specifiche tematiche quali : il rischio clinico e la sicurezza delle cure, la tutela e sicurezza nei luoghi di lavoro, la partecipazione e tutela dei diritti dei cittadini, il clima e benessere organizzativo, la gestione delle risorse umane, la formazione continua.*

Articolo 34

(Clima e benessere organizzativo)

- 1. La valorizzazione del personale dipendente rappresenta uno degli obiettivi prioritari di una concreta politica sanitaria aziendale. Le condizioni emotive dell'ambiente in cui si lavora, la sussistenza di un clima organizzativo che stimoli la creatività e l'apprendimento, l'ergonomia, la sicurezza degli ambienti di lavoro costituiscono elementi di fondamentale importanza ai fini dello sviluppo e dell'efficienza dell'Azienda. Si intende, pertanto, realizzare e mantenere il benessere fisico e psicologico del lavoratore attraverso la costruzione di ambienti e relazioni di lavoro che contribuiscano al miglioramento della qualità della vita dei lavoratori e delle prestazioni.*
- 2. L'Azienda si avvale del Servizio di Prevenzione e Protezione per monitorare l'ambiente di lavoro finalizzato alla sicurezza nei luoghi di lavoro, alla prevenzione degli infortuni e dei rischi professionali, alla garanzia della salubrità ed accoglienza degli ambienti in sinergia con l'Area Tecnico-Manutentiva per tutte le attività connesse.*
- 3. La Direzione Aziendale, anche attraverso l'istituzione del "Comitato Unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni", di cui all'art. 17 del presente Atto, intende offrire agli operatori la possibilità di lavorare in contesti organizzativi che favoriscono gli scambi, la trasparenza e la visibilità dei risultati del lavoro. In particolare ritiene strategica :
 - la valorizzare delle risorse umane;**

- *la motivazione dei dipendenti;*
- *il senso di appartenenza e di soddisfazione per la propria Azienda;*
- *Il riconoscimento e la valorizzazione delle competenze;*
- *la trasparenza delle informazioni pertinenti al lavoro;*
- *il clima relazionale franco e collaborativo;*
- *la formazione del personale dipendente;*
- *la giustizia organizzativa, intesa come equità di trattamento a livello retributivo, assegnazione di responsabilità, promozione del personale ed attribuzione dei carichi di lavoro nel rispetto dei vigenti contratti di lavoro;*
- *il monitoraggio di fenomeni quali : lo stress lavoro correlato, il burnout, il mobbing*

Articolo 35 (Formazione continua)

1. *L'Azienda ritiene strategica la valorizzazione del lavoro quale fattore determinante per la realizzazione dei processi di trasformazione e riorganizzazione della struttura ospedaliera finalizzati a garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all'assistenza. A tal fine formazione ed aggiornamento professionale rappresentano gli strumenti essenziali attraverso i quali è possibile realizzare : le finalità istituzionali, favorire il consolidarsi di una nuova cultura gestionale improntata al risultato, sviluppare le professionalità degli operatori attraverso il costante adeguamento delle competenze e raggiungere il miglioramento continuo della qualità delle prestazioni erogate.*
2. *Atteso che la risorsa umana costituisce il fattore determinante che caratterizza la qualità delle prestazioni erogate, l'Azienda intende sviluppare politiche formative che siano orientate, non solo, al raggiungimento degli obiettivi di salute ma anche alle capacità gestionali della propria dirigenza. In particolare, agli operatori del settore, è richiesto un costante aggiornamento della professionalità sulle conoscenze tecnico scientifiche specifiche dell'attività di assistenza; tuttavia si ritiene imprescindibile anche l'acquisizione di conoscenze, competenze ed abilità di tipo programmatico, organizzativo e gestionale.*
3. *Formazione ed aggiornamento professionale devono, dunque, essere considerati, oltre che strumenti di acquisizione dei saperi e sviluppo di abilità e competenze relazionali, anche strumenti propedeutici alla trasmissione di valori, norme comportamentali e di innovazione che sono indispensabili per le politiche di gestione delle risorse umane. Al tempo stesso la formazione deve rappresentare il punto di incontro tra il sistema organizzativo e la qualità di prestazioni erogate e perseguire, come obiettivo finale, la concreta integrazione delle singole professionalità su progetti e risultati comuni in linea con gli obiettivi e gli strumenti di programmazione e gestione aziendale. Per tale ragione l'offerta formativa deve essere ampia e diversificata sia nelle metodologie che negli strumenti formativi per garantire percorsi di apprendimento coerenti ai bisogni dei partecipanti e trasferibili al contesto operativo di riferimento.*
4. *L'Azienda provvede, pertanto, alla elaborazione del piano formativo annuale che sarà costituito dalle attività formative annualmente pianificabili sulla base di obiettivi formativi nazionali, regionali ed aziendali, finanziandolo secondo le norme contrattuali e dall'accordo Stato - Regioni e Province autonome e comunque entro una spesa annua non superiore al 50% della spesa sostenuta nell'anno 2009 (ai sensi dell'art.6 del D.L 78/2010 convertito nella L. 122 del 30 luglio 2010.).*

5. *Nell'ambito delle attività di formazione, l'Azienda stipula specifici accordi con le Università per l'attivazione dei corsi di Laurea per le Professioni Sanitarie, per le attività di tutoraggio a favore di personale sanitario laureato e specializzando e per l'organizzazione di percorsi formativi presso le strutture Universitarie quali Master di 1° o 2° livello.*
6. *L'Azienda istituisce, per tale funzione, una struttura dedicata denominata Formazione Aziendale che opera in staff alla Direzione Amministrativa.*

Articolo 36

(Tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro)

1. *L'obiettivo strategico dell'Azienda è quello di promuovere tutte le azioni organizzative e gestionali che, nel breve e medio periodo, possono garantire la tutela della salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro anche attraverso un equilibrio tra risorse investite e risultati complessivi di salute raggiunti.*
2. *In ottemperanza al D.Lgs. n. 81/08 e s.m.i. è individuata una struttura dedicata la cui attività è quella di mettere in atto le misure idonee a garantire la salute e la sicurezza degli operatori, dei lavoratori di imprese terze, dei visitatori, degli studenti che hanno accesso ai corsi universitari per le professioni sanitarie, dei volontari che donano il loro tempo alla struttura sanitaria e non ultimo dei pazienti stessi.*
3. *A tal fine l'Azienda intende assicurare che il Servizio di Prevenzione e Protezione e le attività di Medicina del Lavoro siano garantite attraverso un'adeguata organizzazione che preveda l'assegnazione di risorse quali-quantitative consone al raggiungimento degli obiettivi. In particolare la presenza di competenze multidisciplinari per realizzare la sicurezza nei luoghi di lavoro ed il conseguente adempimento degli obblighi normativi.*
4. *Si rimanda all'allegato n. 1 dell'Atto Aziendale la tipologia delle strutture previste dal D.LGS. 81/08, unitamente alle figure professionali assegnate.*
5. *Il Servizio di Prevenzione e Protezione opera in staff alla Direzione Amministrativa.*

Articolo 37

(Relazioni Sindacali)

1. *La partecipazione del personale, attraverso le Organizzazioni Sindacali rappresentative (RSA) ed unitarie dei lavoratori (RSU) avviene secondo il principio della correttezza delle relazioni sindacali, la reciproca autonomia e la chiara distinzione dei ruoli secondo quanto previsto dai vigenti contratti collettivi nazionali di categoria.*
2. *L'Azienda predispone pertanto, previo concertazione con le OO.SS. di rappresentanza e con la Rappresentanza Unitaria, apposito Regolamento Aziendale riguardante le relazioni sindacali finalizzato a definire le regole di partecipazione del personale nei processi di programmazione aziendale attraverso lo strumento dell'informativa e consultazione e per affrontare i problemi organizzativi finalizzati a migliorare quantitativamente e qualitativamente il lavoro del personale dipendente e la stessa offerta dei servizi e delle prestazioni.*
3. *Nella effettiva assunzione e riconoscimento delle reciproche responsabilità, il Regolamento Aziendale per le Relazioni Sindacali dovrà definire con chiarezza, le competenze, le procedure, i termini e, soprattutto, i confini fra contrattazione decentrata, concertazione, informazione e consultazione. Ciò al fine di garantire un corretto espletamento delle*

rispettive attività con l'obiettivo comune di coniugare l'interesse dei dipendenti ed il miglioramento delle condizioni di lavoro e di sviluppo delle professionalità con l'esigenza di incrementare l'efficienza, l'efficacia e la qualità dei servizi erogati alla collettività.

4. *In particolare il Regolamento dovrà prevedere certezza della informazione preventiva alle OO.SS. ed alle Rappresentanze Unitarie dei lavoratori di tutti gli atti riguardanti gli interventi sull'organizzazione del lavoro e sui rapporti di lavoro.*
5. *Il Regolamento dovrà prevedere la garanzia dell'effettiva fruizione delle prerogative e diritti per l'esercizio dell'attività sindacali ed, in ogni caso, dovrà tener conto, nella sua formulazione, delle prerogative sindacali stabilite dai CCNL, conformemente a quanto disposto dal D.lgs. 150/2009, come modificato ed integrato dal D.lgs. 141/2011.*
6. *L'Azienda istituisce un Ufficio Relazioni Sindacali i cui compiti sono :*
 - *Analisi, elaborazione e monitoraggio degli effetti applicativi degli istituti contrattuali aziendali;*
 - *Gestione e monitoraggio delle prerogative e diritti sindacali (assemblee, permessi, scioperi) :*
 - *Rilevazione Deleghe Sindacali: comunicazione all'ARAN e al DFP;*
 - *Gestione adempimenti elezioni RSU;*
 - *Gestione del processo negoziale e coordinamento delegazione trattante consulenza e supporto al personale coinvolto nella corretta applicazione degli accordi aziendali e dei Contratti di Lavoro;*
 - *Supporto e consulenza ai Dirigenti/Responsabili delle strutture aziendali finalizzata alla prevenzione di conflitti ed eventuali contenziosi di lavoro;*
 - *Gestione degli adempimenti relativi all'operazione "Trasparenza Valutazione e Merito" pubblicazione ed aggiornamento nel sito internet aziendale dei dati relativi ai curricula e alle retribuzioni dei Dirigenti, tassi di assenze e maggiore presenza, contratti integrativi aziendali, analisi dei premi collegati alla performance.*
6. *L'Ufficio Relazioni Sindacali è collocato nell'ambito della Direzione Amministrativa.*

Articolo 38

(Attribuzione e revoca degli incarichi dirigenziali e relative modalità di valutazione)

1. *Nell'ambito del processo di riforma del pubblico impiego, di cui al D.lgs 165/2001 e s.m.i., il sistema degli incarichi dirigenziali, unitamente con le norme che ne regolano la verifica e la valutazione, riveste una notevole valenza strategica e innovativa. Tale sistema, che si basa sui principi di trasparenza, pubblicità, autonomia, responsabilità, misurazione, valutazione e di valorizzazione del merito, è volto a garantire il corretto svolgimento della funzione dirigenziale nel quadro delle disposizioni legislative e contrattuali vigenti. Occorre premettere che nell'attribuzione degli incarichi dirigenziali l'azienda si atterrà a quanto previsto dalla L. 190/2012 predisponendo, a tal fine, un Piano Anticorruzione e nominando, così come previsto dalla norma, un Responsabile Anticorruzione dal D.Lgs. 39/2013 (in tema di estensione delle norme sull'incompatibilità e sull'inconferibilità degli Incarichi Dirigenziali);*
2. *L'accesso al ruolo dirigenziale avviene nel rispetto delle procedure previste dal D.lgs 502/92 art. 15 così come modificato dal D.lgs 229/99 e dalla Legge n. 189 dell'8.11.2012, DD.PP.RR 483/97 e 484/97, D.lgs 165/2001 art. 26.*

3. *L'Azienda Ospedaliera assegna, a ciascun Dirigente, un incarico in funzione del quale è possibile generare il processo di valutazione. Il conferimento dell'incarico richiede, preliminarmente, la realizzazione dei seguenti processi:*
 - *La ridefinizione delle strutture organizzative e delle funzioni dirigenziali ai sensi del D.lgs. n.229/1999 e s.m.i.e di quanto previsto dal decreto commissario ad acta n. 18 del 18.02.2013;*
 - *L'applicazione delle disposizioni previste dal D.lgs. n.286/1999 e s.m.i.;*
 - *L'attuazione dei principi di razionalizzazione e ottimizzazione previsti dal D.lgs.n. 165/2001 e dal D.lgs. n.150/2009 e s.m.i.*
 - *La capienza dei fondi contrattuali in relazione così come previsto nei numerosi specifici decreti del commissario ad acta e nel decreto commissariale n. 53 /2012 "Programmi operativi 2011- 2012.*
4. *Non è possibile assegnare incarichi dirigenziali o posizioni organizzative o di coordinamento finanziati con risorse a carico del bilancio aziendale; gli stessi graveranno solo sui fondi contrattuali. Nel caso in cui gli incarichi affidati non trovano copertura nelle risorse dedicate e rideterminate nei fondi contrattuali l'Azienda dovrà rimodulare la graduazione degli incarichi affinché si trovi adeguata copertura o, in alternativa, dovrà procedere alla riduzione degli stessi.*
5. *I criteri per l'affidamento degli incarichi dirigenziali sono tesi a valorizzare quegli aspetti che consentono di connotare ciascun incarico da conferire. In particolare, per gli incarichi di struttura saranno valutate le componenti che caratterizzano sia la capacità professionale che gestionale; viceversa per l'affidamento degli incarichi professionali, saranno valutate le componenti che caratterizzano la competenza specialistica.*
6. *Gli incarichi dirigenziali sono conferiti con apposito atto formale che definisce, tra l'altro, la tipologia dell'incarico, la durata, il mandato assegnato, gli ambiti di responsabilità ed i limiti alla stessa, gli obiettivi e le risorse assegnati, i risultati attesi, le modalità di valutazione e di revoca dell'incarico, nonché le attribuzioni del dirigente.*
7. *La revoca o il mutamento dell'incarico, fatto salvo quanto previsto nei successivi capoversi, è prevista solo se è stata effettuata la valutazione del dirigente in rapporto agli obiettivi assegnati. In caso di scadenza dei termini contrattuali al dirigente non potrà essere affidato nessun altro incarico se non sia stato sottoposto a valutazione.*
8. *Ai sensi della Legge di conversione n. 189 dell'8.11.2012, l'esito positivo della valutazione professionale determina la conferma nell'incarico o il conferimento di altro incarico di pari rilievo, senza nuovi o maggiori oneri per l'azienda, fermo restando quanto previsto dall'articolo 9, comma 32, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122".*
9. *Ai sensi di quanto disposto dall'art. 1, comma 18 del D.L. 138 del 2011 convertito con modifiche dall'art. 1 comma 1 della L. n.148 del 14 settembre 2011 ,le aziende possono disporre nei confronti del personale con qualifica dirigenziale "il passaggio ad altro incarico prima della data di scadenza dell'incarico ricoperto prevista dalla normativa o dal contratto. In tal caso il dipendente conserva, sino alla predetta data, il trattamento economico in godimento a condizione che, ove necessario, sia prevista la compensazione finanziaria, anche a carico del fondo per la retribuzione di posizione e di risultato o di altri fondi analoghi".*
10. *Le modalità di affidamento, valutazione e revoca degli incarichi dirigenziali, unitamente alla graduazione delle funzioni, sono demandate alla normativa vigente.*

Articolo 39 **(Partecipazione e Tutela dei diritti dei cittadini)**

1. *L'Azienda è dotata di un Ufficio Relazioni con il Pubblico che, periodicamente, individua le azioni atte a sviluppare adeguati livelli di informazione, accoglienza, tutela e partecipazione dei cittadini, nonché le modalità atte a consentire l'attività, all'interno delle strutture sanitarie, delle organizzazioni dei cittadini e delle associazioni non aventi fini di lucro.*
2. *L'accesso agli atti amministrativi è libero e gratuito ed avviene tramite il sito internet aziendale (www.aziendaospedallierarummo.it) che prevede, ai sensi e con le modalità di cui all'art. 32 della Legge 18 giugno 2009 n.18 e s.m.i., una specifica sezione denominata albo pretorio ove vengono pubblicati, integralmente gli atti amministrativi (delibere, determine, etc.).*
3. *L'Ufficio Relazioni con il Pubblico garantisce la partecipazione e la tutela dei cittadini anche attraverso:*

A. Carta dei servizi : *La Carta dei servizi è il patto che l'Azienda stringe nei confronti del Cittadino / Utente. Il patto è ispirato ai seguenti principi informatori:*

- a. imparzialità nell'erogazione delle prestazioni e uguaglianza del diritto di accesso ai servizi;*
- b. piena informazione dei cittadini utenti sui servizi offerti e modalità di erogazione degli stessi;*
- c. definizione di standard e assunzione di impegni rispetto alla promozione della qualità del servizio e alla determinazione di modalità di valutazione costante della qualità stessa;*
- d. organizzazione di modalità strutturate per la tutela dei cittadini;*
- e. ascolto delle opinioni e dei giudizi sulla qualità del servizio espressi dai cittadini direttamente o tramite le associazioni che li rappresentano attraverso modalità di partecipazione e coinvolgimento.*

Ai sensi del D.P.C.M. del 19 maggio 1995 l'Azienda si impegna alla pubblicazione della Carta dei servizi secondo le disposizioni legislative previste, ad aggiornarla annualmente e a diffonderla attraverso idonea documentazione cartacea ed attraverso il proprio sito internet. In essa viene indicato il responsabile del servizio a cui potersi rivolgere per ottenere il rispetto degli impegni dichiarati, nonché le modalità per presentare reclamo, per ricevere risposta e per conoscere cosa il cittadino/utente possa fare nel caso in cui il suo reclamo sia stato respinto.

Attraverso la Carta dei servizi l'Azienda dichiara le prestazioni ed i servizi che si impegna a fornire, dichiarandone le quantità i modi, i tempi ed i relativi standard di qualità.

I destinatari della Carta dei servizi sanitari sono pertanto tutti coloro che intendono utilizzare i servizi ed usufruire delle prestazioni che l'azienda eroga.

B. Conferenza dei servizi : *Ai sensi dell'art. 14, comma 4, del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i. il Direttore Generale indice, almeno una volta l'anno, apposita Conferenza dei servizi nel corso della quale è possibile verificare l'andamento dei servizi ed individuare gli interventi tesi al miglioramento delle prestazioni. Nella Conferenza sono resi noti i dati relativi all'andamento dei servizi, allo stato di attuazione degli obiettivi, al grado di raggiungimento degli standard, con particolare riferimento allo svolgimento delle attività di tutela degli utenti. Alla Conferenza dei servizi partecipano anche i rappresentanti delle associazioni che hanno stipulato convenzioni o protocolli d'intesa con l'azienda.*

C. Consulta socio-sanitaria : *Ai sensi dell'art. 14, comma 2 del DLgs 502/92 e s.m.i. il responsabile dell'Ufficio Relazioni Sindacali partecipa alla Consulta socio-sanitaria istituita dalla ASL territoriale.*

D. Audit Civico : *L'Azienda istituisce, con apposito regolamento, l'audit civico quale strumento primario di partecipazione dei cittadini alla politica sanitaria aziendale al fine di promuovere la valutazione, da parte degli stessi, della qualità delle prestazioni erogate.*

Il processo di audit civico è finalizzato all'analisi critica e sistematica delle azioni svolte dall'Azienda attraverso la raccolta dei dati e l'utilizzo di indicatori definiti, congiuntamente, tra i cittadini ed i referenti aziendali.

I dati forniti dalla rilevazione degli indicatori verranno, a loro volta, confrontati con le informazioni tratte da altri sistemi di monitoraggio delle strutture e dei servizi quali, ad esempio, l'accreditamento, le segnalazioni dei cittadini, la documentazione riguardante delibere e provvedimenti aziendali, le liste di attesa, le interviste alle direzioni generali e sanitarie e la consultazione delle organizzazioni civiche.

E. Trasparenza e Integrità : *L'Azienda attribuisce particolare rilievo al tema della trasparenza e dell'integrità valorizzando, ai sensi dell'art. 117, secondo comma, lettera m) della Costituzione, dal D. Lgs. 33/2013 (con particolare riferimento ai nuovi contenuti obbligatori dei siti web istituzionali) e del d.lgs. n. 150 del 2009, una nuova nozione di trasparenza intesa come "accessibilità totale delle informazioni concernenti ogni aspetto dell'organizzazione, degli indicatori relativi agli andamenti gestionali e all'utilizzo delle risorse per il perseguimento delle funzioni istituzionali, dei risultati dell'attività di misurazione e valutazione". A tal fine elabora il "Programma triennale per la trasparenza e l'integrità" quale strumento di attuazione della disciplina della trasparenza finalizzata a garantire sia un adeguato livello di informazione che di legalità.*

In ottemperanza alla linee guide emanate con delibera n. 105 del 15.10.2010 dalla Commissione indipendente per la valutazione, l'integrità e la trasparenza (Civit) il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità è pubblicato dall'Azienda sul proprio sito istituzionale tenendo conto delle seguenti specifiche :

- *Selezione dei dati da pubblicare*
- *Descrizione delle modalità di pubblicazione on line dei dati*
- *Descrizione delle iniziative*
- *Sezione Programmatica*
- *Collegamenti con il piano della performance*
- *Descrizione del processo di coinvolgimento dei portatori di interesse*
- *Posta elettronica certificata*
- *Giornate della trasparenza*

Attraverso la pubblicazione on line delle informazioni l'Azienda garantisce a tutti i cittadini un'effettiva conoscenza della propria azione amministrativa. In particolare mette a disposizione di tutti i cittadini i dati principali sull'andamento dell'amministrazione quali: gli obiettivi, i tempi di realizzazione, i costi specifici e le relative risorse, le modalità adottate e le procedure gestionali ed amministrative.

4. *L'Ufficio Relazioni con il Pubblico è in staff alla direzione Amministrativa.*

Articolo 40 **(La comunicazione aziendale)**

- 1. La comunicazione istituzionale dell'Azienda assume rilevanza strategica perché è tesa a rispondere ai doveri di trasparenza, imparzialità e parità di accesso verso tutti i cittadini, ma anche verso il personale dipendente, attraverso gli strumenti dell'informazione e della comunicazione. Tuttavia, affinché si realizzi una politica di comunicazione efficiente, efficace ed in sintonia con le strategie dell'organizzazione, è necessario che la stessa sia esercitata in tutte le sue fasi, dalla individuazione dei problemi fino alla valutazione degli impatti prodotti dalle azioni amministrative.*
- 2. A tal fine l'Azienda adotta sistemi di comunicazione interna ed esterna convergenti ed idonei al risultato.*

A. Comunicazione interna : *Ogni dipendente deve poter essere messo nelle condizioni di conoscere i programmi della propria azienda e individuare il senso del proprio ruolo e lavoro all'interno di questi programmi. Per tale motivazione la comunicazione interna è finalizzata a rendere espliciti la propria organizzazione ed i propri obiettivi ma, soprattutto, a rendere riconoscibile il ruolo del singolo dipendente. Tale obiettivo favorisce una maggiore integrazione tra le diverse figure professionali affinché tutti possano concorrere al raggiungimento delle sfide strategiche e degli obiettivi operativi che l'azienda si è data. Affinché la comunicazione interna sia efficace è necessario che la circolazione del flusso di informazioni sia convogliata in una rete strutturata di canali di divulgazione (intranet, bacheche, disposizioni interne, mail, ecc.) in modo che sia facilmente fruibile e riconoscibile, sia per essere consultata che per essere alimentata. In questa concezione la comunicazione interna diventa, al pari della comunicazione esterna, motore dello sviluppo e quindi leva organizzativa strategica. Ciò è possibile attivando tipologie di comunicazione interna basate su processi di condivisione delle conoscenze e rispondenti a logiche differenti, che vanno ad incidere sul ruolo di appartenenza:*

- strategia dell'informazione per guidare il personale dipendente (informare per guidare);*
- strategia dell'informazione per motivare il personale dipendente (informare per motivare);*
- strategia della comunicazione per cambiare l'organizzazione (comunicare cambiare).*

Le strategie della comunicazione interna sono enunciate nel Piano di Comunicazione Aziendale.

B. Comunicazione esterna : *La comunicazione esterna è finalizzata a facilitare l'accesso degli utenti alla struttura ospedaliera e la conoscenza dei servizi erogati, favorire la trasparenza delle procedure amministrative e tutelare il diritto ad una corretta informazione, rafforzare l'identità dell'azienda ospedaliera rendendola facilmente riconoscibile dagli utenti come un interlocutore affidabile e preparato, diffondere l'alto livello qualitativo dei propri servizi sanitari, promuovere la conoscenza delle innovazioni tecnologiche.*

Attraverso l'Ufficio Stampa si intende instaurare e consolidare i rapporti con i media locali e nazionali, attraverso comunicati stampa e predisporre interviste, anche al fine di valorizzare l'attività clinica e di assistenza.

C. Piano di Comunicazione : *L'Azienda predispone, annualmente, il piano di comunicazione, finalizzato a coniugare strategie, obiettivi, destinatari, azioni e strumenti di comunicazione*

secondo un disegno organico e razionale. Trattasi di uno strumento che consente di programmare e gestire le azioni di comunicazione sia interna che esterna per il raggiungimento comune di specifici obiettivi strategici e di comunicazione dell'azienda.

La predisposizione del piano di comunicazione si articola in tre fasi distinte:

- a. pianificazione, redazione e stesura del piano attraverso l'analisi del contesto sia interno che esterno e la definizione di alcune variabili fondamentali quali l'individuazione dei target delle proprie azioni comunicative in modo tale da renderle efficaci e adeguate e la definizione degli stakeholder (ad es. enti locali territoriali, associazioni, organizzazioni sindacali, ecc.);*
- b. implementazione del piano di comunicazione attraverso le proprie strutture tra cui l'ufficio relazioni con il pubblico, l'ufficio stampa o i canali informatici di comunicazione;*
- c. valutazione e verifica dei risultati ottenuti, dell'impatto e degli effetti generati sul contesto interno ed esterno all'Ente e delle eventuali discrepanze tra questi e gli obiettivi prefissati.*

La redazione del piano di comunicazione deve almeno contenere:

- l'analisi dello scenario;*
- l'individuazione degli obiettivi di comunicazione;*
- l'individuazione dei soggetti di riferimento;*
- le scelte strategiche e di contenuto;*
- l'individuazione delle azioni e degli strumenti di comunicazione;*
- la misurazione dei risultati.*

Al fine di garantire capillarità e velocità di diffusione delle informazioni, nel Piano di Comunicazione sono adottate soluzioni tecnologiche adeguate attraverso l'implementazione di strumenti di ICT - Tecnologie dell'informazione e della comunicazione.

- 5. L'Azienda istituisce per tale funzione una struttura dedicata facente capo ad una idonea struttura organizzativa. L'Ufficio Comunicazione è in staff alla direzione Amministrativa.*

TITOLO V SISTEMA DI PROGRAMMAZIONE, VALUTAZIONE E CONTROLLO

Articolo 41 (Programmazione)

1. *Il sistema di programmazione costituisce il meccanismo operativo con il quale l'Azienda formula e articola gli obiettivi aziendali, creando le condizioni informative per garantirne il perseguimento e consentire l'analisi degli impatti da esso generati.*
2. *La Direzione aziendale elabora le linee strategiche per il governo del sistema sulla base degli atti di indirizzo e di principi contenuti nel Piano Sanitario Nazionale, Regionale e sugli altri atti di programmazione adottati dalla Regione.*
3. *La Regione con Decreto n. 65/2011 ha istituito il Nucleo di Coordinamento, allo scopo di verificare l'efficacia della programmazione regionale e il monitoraggio istituzionale dei programmi operativi che annualmente vengono prefissati per aree di omogenee competenza.*
4. *L'attuazione della programmazione, richiede la traduzione delle linee strategiche elaborate dalla Direzione Generale in obiettivi e l'esplicitazione delle relative linee d'azione.*
5. *La complessità e la natura delle attività svolte dall'Azienda, nonché la valenza a medio-lungo termine degli obiettivi strategici richiedono un processo di programmazione e pianificazione dotato di caratteristiche quali:*
 - a. *l'approccio multifocale, ovvero la traduzione della strategia in un sistema completo di obiettivi/indicatori tra loro correlati, che permettano di valutare i risultati conseguiti sotto diverse prospettive collegate ai principi fondanti ed alla missione dell'Azienda, ovvero: la centralità dell'utente, la valorizzazione delle risorse umane e del capitale intellettuale (apprendimento e crescita dell'organizzazione), l'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse, ed infine lo sviluppo dell'organizzazione;*
 - b. *la semplicità - ovvero la sostenibilità del sistema di obiettivi, limitato ai fattori che effettivamente influenzano le strategie aziendali - ed il bilanciamento, ovvero la capacità di rappresentare equamente tutte le prospettive, non limitandosi ai soli fattori tangibili;*
 - c. *la flessibilità, intesa come capacità del sistema di pianificazione di adattarsi alle mutazioni dello scenario in cui l'organizzazione si trova ad operare;*
 - d. *la separazione delle responsabilità di indirizzo e controllo da quelle di gestione delle attività, perseguita mediante l'adozione del sistema di gestione per Budget; in tale sistema, gli obiettivi strategici a medio-lungo termine vengono tradotti in obiettivi comuni o specifici assegnati ai diversi Centri di Responsabilità che in tal modo vengono coinvolti e resi protagonisti del processo di attuazione delle strategie aziendali. Il governo del sistema si basa sulla valutazione periodica degli indicatori di risultato che misurano costantemente il livello di raggiungimento degli obiettivi in relazione alle*

attività gestionali poste in essere ed alla tempistica prevista – nonché sull'adozione di eventuali misure correttive;

- 6. Tale sistema è quindi funzionale da un lato al governo strategico dell'Azienda – in quanto permette di monitorare non solo gli output, ma anche l'assetto complessivo nell'organizzazione e la sua capacità di crescita e di adattamento alle mutazioni del contesto – e, dall'altro, di diffondere la strategia al proprio interno coinvolgendo e responsabilizzando tutti i livelli organizzativi con lo scopo di verificare l'efficacia della programmazione regionale e il monitoraggio istituzionale.*
- 7. L'Azienda redige il proprio Piano Strategico Pluriennale, ovvero lo strumento di pianificazione partecipata e condivisa che offre un contributo di analisi e di proposte elaborate e discusse congiuntamente dai principali responsabili aziendali. Esso costituisce l'elemento di congiunzione per l'Azienda al fine di raggiungere gli obiettivi individuati nei piani sanitari nazionali e regionali. In linea generale tali strategie riguarderanno:*
 - a. caratteristiche e tipologie delle prestazioni da erogare;*
 - b. risorse finanziarie ed economiche necessarie alla realizzazione degli obiettivi del Piano;*
 - c. priorità di intervento, anche attraverso l'individuazione di appositi progetti;*
 - d. modalità di attuazione dei servizi erogati e modalità di coordinamento con gli altri Enti del territorio;*
 - e. programmazione dei fabbisogni delle risorse umane e modalità di reperimento delle stesse;*
 - f. indicatori e parametri per la verifica;*
 - g. programma degli investimenti da realizzarsi e piano di valorizzazione e gestione del patrimonio.*
- 8. I processi di cui sopra ed il raccordo con il controllo di gestione sono oggetto di specifica regolamentazione interna.*
- 9. Le linee guida regionali si prefiggono l'obiettivo di realizzare un modello di programmazione in grado di attuare l'integrazione tra i processi di programmazione aziendali e quelli regionali. A tal fine, si rende necessaria la definizione di un sistema di budgeting aziendale in grado di seguire il percorso strategico di programmazione regionale e che pertanto sia basato su due principali strumenti:*
 - a. il Budget Aziendale, che rappresenta gli obiettivi di produzione Aziendale definiti in base agli obiettivi ed agli indirizzi di programmazione dettati dalla Regione alle Aziende. Tale strumento rappresenta elementi qualitativi, quantitativi ed economici e pone le basi per la redazione del Bilancio Economico di Previsione;*
 - b. il Bilancio Economico di Previsione annuale, che definisce, sulla base delle attività previste nel Budget Aziendale, il livello dei costi e dei ricavi che saranno realizzati nel corso dell'esercizio. La redazione di questo documento trae origine da un processo di negoziazione sia interno alla struttura aziendale sia esterno in quanto parte dal processo di coordinamento dei costi con la Regione Campania.*

Articolo 42 (Sistema Informativo Ospedaliero)

1. *Il Sistema Informativo Sanitario della Regione Campania è attualmente affidato a:*

a. *Agenzia Regionale Sanitaria (ArSan) con una consolidata piattaforma regionale stratificata di accoglienza delle prestazioni sanitarie dove affluiscono nelle seguenti banche dati:*

- *Sistema di Anagrafe delle prestazioni di assistenza medica di base (file B), specialistica ambulatoriale (file C), farmaceutica (file D), cure termali (file E), erogazione diretta per conto dei farmaci (file F), ambulanza ed elisoccorso (file G) e strutture residenziali (file H);*
- *Sistema di analisi dei ricoveri ospedalieri;*
- *Sistema della gestione della compensazione della mobilità attiva e passiva interregionale per le prestazioni di assistenza ospedaliera, medicina generale, specialistica ambulatoriale, distribuzione di farmaci sia diretta che a mezzo di farmacie convenzionate, assistenza termale, prestazioni di trasporto infermi, in conformità al Testo Unico per la Compensazione;*
- *Sistemi di infrastruttura di livello regionale di cui alle delibere di Giunta Regionale n. 999/2006 e 1200/2006, della piattaforma della Tessera sanitaria di cui all'art. 50 del Decreto Legge 30 novembre 2003, convertito con la Legge 24/11/2003 n. 326, per il continuo monitoraggio dei dati pervenuti al cruscotto del sistema TS e del sistema di collegamento in rete dei medici prescrittori del Servizio Sanitario Nazionale, nonché della trasmissione telematica delle relative prescrizioni mediche ed invio dei certificati di malattia.*
- *Sistema di monitoraggio LEA SOCIOSAN della Regione Campania, piattaforma per le prestazioni di cui all'allegato 1/C del DPCM 29/11/2001.*

b. *So.Re.Sa Spa che, ai sensi della Legge Regionale n. 4 del 2011, ha il compito di provvedere alla creazione di una banca dati unificata che dovrebbe raccogliere tutti i dati finanziari, contabili ed extracontabili dei fornitori delle ASL e delle AO ai fini del monitoraggio della spesa sanitaria e dei relativi flussi finanziari. Inoltre, So.Re.Sa. S.p.A. ha il compito di assistere e supportare le ASL e le AO in materia di controllo di gestione e di pianificazione aziendale nei settori tecnologico, informatico e logistico - gestionale. In qualità di centrale unica di acquisto, la So.Re.Sa. è titolare in via esclusiva delle funzioni di acquisto e fornitura dei beni e attrezzature sanitarie e dei servizi non sanitari;*

c. *Assessorato alla Sanità che cura l'organizzazione e il coordinamento dei processi di acquisizione e trattamento dei flussi informativi per gli adempimenti nazionali verso il Ministero della Salute (NSIS), garantendo il raccordo, ai fini dell'ottimizzazione dei flussi fra sistemi informativi e informatici, con le Aziende sanitarie, l' Agenzia Regionale Sanitaria e So.Re.Sa. S.p.A. coinvolte nei processi di elaborazione e gestione dei dati. Si occupa, inoltre, degli adempimenti legati alla gestione ed all'indirizzo del Centro Unico regionale di Prenotazione (CUREP). Cura il monitoraggio dei tempi di attesa e la gestione della rete dell'emergenza.*

2. *Con i Decreti Commissariali n. 14/2009 e n. 60/2011, si è creato un percorso di corretta ed appropriata rivisitazione e ridefinizione delle procedure amministrative, contabili e*

gestionali. La conferma di una necessità di investire nel miglioramento della struttura amministrativa, gestionale e contabile delle singole Aziende ospedaliere e sanitarie, trova ulteriore conferma nel D.Lgs. n.118/2011 - "Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi". In tale provvedimento vengono definiti, tra gli altri, due elementi di forte impatto per la Regione Campania a valere dal 2012:

- *individuazione di uno specifico centro di responsabilità (gestione sanitaria accentrata) presso la Regione, deputato all'implementazione ed alla tenuta di una contabilità di tipo economico-patrimoniale per la sistematica e continuativa rilevazione di tutti i rapporti economici, patrimoniali e finanziari intercorrenti tra la Regione e gli altri enti;*
 - *coinvolgimento della Regione nella fase di "sperimentazione", al fine di verificare l'effettiva rispondenza del nuovo assetto contabile definito dal presente Decreto alle esigenze conoscitive della finanza pubblica. Al fine di consentire alle Regioni di dare piena e uniforme applicazione a quanto previsto dal D.Lgs. 118/2011 il Ministero della Salute e dell'Economia e delle Finanze hanno definito una bozza di Decreto che prevede tra l'altro l'approvazione della cd "casistica applicativa", l'obbligo della certificabilità dei propri dati e dei propri bilanci da parte degli enti del SSN previsti dal Dlgs 118/2011 e la presentazione da parte delle Regione di un Programma Attuativo della certificabilità.*
3. *L'Azienda quindi in linea con gli questi indirizzi regionali, ritiene strategico il ruolo del Sistema Informativo Ospedaliero in quanto finalizzato alla conoscenza dei fenomeni e degli eventi in maniera analitica, completa, accurata, tempestiva ed omogenea.*
4. *Alla luce quindi dei suddetti decreti commissariali l'azienda si impegnerà, perseguendo le stesse finalità che , in data 5 maggio 2011, la Regione Campania ha esplicitato nel documento programmatico "Interventi ai sensi dell' art. 79 comma 1 sexies della L. 133/08 e dell'art. 2 comma 70 della L. 191/2009", sempre più alla verifica ed implementazione:*
- *sulla puntuale, attendibile e tempestiva trasmissione del dato contabile;*
 - *alla perfetta aderenza di quanto dichiarato nelle rappresentazioni economiche delle Aziende alla realtà gestionale delle strutture in cui si producono ed erogano i servizi;*
 - *all'adozione di sistemi e meccanismi di controllo di gestione e controllo amministrativo e contabile a livello locale sempre più evoluti attraverso interventi mirati ad omogeneizzare le procedure di raccolta e analisi gestionale dei dati inerenti i flussi informativi e la loro produzione continuativa, attraverso la realizzazione del sistema di monitoraggio interno;*
 - *attivazione dei processi di programmazione, gestione, rendicontazione e controllo, a livello aziendale, in attuazione di quanto stabilito dai Decreti Commissariali nn.14/2009 e 60/2011 e dal Dlgs 118/2011;*
 - *avviare degli interventi volti all'adeguamento dei sistemi informativi aziendali, al fine di garantire la corretta alimentazione del modello di monitoraggio regionale;*
 - *realizzare il modello di monitoraggio del SSR, attraverso lo sviluppo e la messa a regime del sistema di raccolta, validazione, conservazione e presentazione dei dati e del reporting a livello aziendale e regionale;*

- *definire il modello di governance delle funzioni gestionali e contabili a livello aziendale, finalizzata ad intraprendere il percorso di certificabilità;*
 - *garantire crescita e formazione professionale al personale dell'Azienda interessato dal processo di cambiamento.*
5. *La raccolta da parte dell'Azienda di tali dati consentiranno una lettura integrata degli eventi da essi rappresentati al fine di ottenere in maniera strutturata informazioni di sintesi che attengono, da un lato, alla domanda ed offerta di Servizi Sanitari, nonché allo stato di salute della popolazione e, da un altro, alla gestione dell'azienda.*
6. *A tal fine, l'Azienda ha già avviato il potenziamento e riorganizzare il proprio Sistema Informativo Ospedaliero attraverso linee direttrici coerenti con lo sviluppo del NSIS e del SISR e con gli indirizzi già contenuti nel Piano Sanitario Regionale 2010 – 2012 garantendo il massimo nell'integrazione e ottimizzazione dei flussi fra sistemi informativi e informatici, con le altre aziende sanitarie, l'Agenzia Regionale Sanitaria e la So.Re.Sa. S.p.A. coinvolte tutte nei processi di elaborazione e gestione dei dati. Tra le azioni prioritarie dell'Azienda rientra la nuova architettura del macro-livello aziendale del Sistema Informativo SISR che dovrà comprendere :*
- *il sistema della produzione;*
 - *il sistema dell'amministrazione e supporto alla produzione tra cui la gestione degli acquisti e della logistica, la gestione delle risorse umane e la gestione dell'amministrazione;*
 - *il sistema direzionale finalizzato all'analisi, monitoraggio e controllo di gestione.*
7. *L'Azienda si impegna, inoltre, in linea con quanto disposto per le pubbliche amministrazioni dal nuovo Codice dell'amministrazione digitale (D.lgs. n.235/2010) all'utilizzo delle nuove tecnologie digitali per assicurare la disponibilità, la gestione, l'accesso, la trasmissione, la conservazione e la fruibilità dei documenti e delle informazioni.*
8. *Nell'ambito della nuova pianificazione aziendale, finalizzata alla riorganizzazione del Sistema Informativo Ospedaliero, il processo di dematerializzazione, inteso quale complesso intervento di semplificazione dei processi, rappresenta un obiettivo strategico aziendale perché è finalizzato alla modernizzazione, efficienza e trasparenza dell'Azienda, al miglioramento della qualità dei servizi erogati al cittadino, secondo quanto previsto nel programma di digitalizzazione della P.A. "E-gov 2012" e dal punto 9 dell'atto di indirizzo per l'adozione dell'Atto Aziendale delle Aziende Sanitarie della regione Campania; al tempo stesso il processo di dematerializzazione è finalizzato alla riduzione della spesa pubblica in termini sia di risparmi diretti (carta, spazi) che di risparmi indiretti (tempo, efficienza ecc.).*
9. *L'innovazione in questo campo non consiste solo nel semplice acquisto di strumenti e tecnologie finalizzato alla mera sostituzione del documento cartaceo con quello digitale, ma alla implementazione di un nuovo modello che sia in grado di :*
- a. *rendere più accessibili i servizi favorendone una fruizione degli stessi da parte del cittadino;*
 - b. *perseguire la certezza e la celerità dei tempi di erogazione dei servizi;*
 - c. *ripensare e semplificare le regole;*

- d. snellire i processi interni;*
- e. ridurre gli oneri amministrativi;*
- f. rendere trasparente l'operato dell'Azienda;*
- g. dare voce ai cittadini per valutare l'efficacia anche attraverso i sistemi di valutazione del grado di soddisfazione.*

10. Il baricentro della dematerializzazione non è quindi lo strumento che si introduce (sia esso la Firma Digitale, la Posta Elettronica Certificata, lo scanner, la rete aziendale intranet, il sito web), ma la riprogettazione del servizio al cittadino in termini di processo e di funzionalità.

Articolo 43 **(Controllo di Gestione)**

- 1. Il Controllo di gestione, attuato mediante le elaborazioni di contabilità generale, di contabilità analitica e le rilevazioni extracontabili o statistiche, consente di ottenere delle sintesi periodiche indispensabili per instaurare un colloquio tra organi aziendali, per giudicare quanto è stato fatto ed effettuare le opportune scelte per il futuro.*
- 2. L'attività economica dell'Azienda è ispirata alla razionale gestione delle risorse attribuite ed introitate, mediante valutazioni comparative dei costi, dei rendimenti, dei risultati. A tal fine, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 286 del 30 luglio 1999 (riordino e potenziamento dei meccanismi e strumenti di monitoraggio e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati dell'attività svolta dalle amministrazioni pubbliche) è istituito, in ambito aziendale, il Controllo di Gestione.*
- 3. Attraverso il Controllo di Gestione l'Azienda, al fine di garantire un costante monitoraggio dell'esercizio annuale, predispone un sistema di contabilità analitica per centri di costo coerente con i diversi livelli di responsabilità previsti dal modello organizzativo. In particolare, oltre alla valutazione economica dell'efficienza gestionale, adotta strumenti e modalità di controllo a supporto della direzione generale e dei vari livelli in cui essa si articola, nella gestione delle attività di programmazione e controllo.*
- 4. Il Controllo di Gestione basa le proprie azioni attraverso le seguenti macro-fasi:*
 - a. definisce gli standard prestazionali di ciascuna struttura;*
 - b. provvede alla negoziazione degli obiettivi e delle risorse;*
 - c. monitorizza costantemente i risultati ed alimenta le banche dati attraverso il Sistema Informativo Ospedaliero;*
 - d. progetta ed implementa un sistema di reporting finalizzato a consentire una sistematica rilevazione dei costi e dei ricavi relativi alle diverse articolazioni aziendali (contabilità per centri di costo) anche al fine di consentire un'attenta valutazione della efficienza, efficacia ed economicità dei centri di costo e di responsabilità;*
 - e. progetta specifici modelli di rilevazione ed analisi dei dati gestionali di periodo, con cadenza almeno trimestrale (all'atto delle rilevazioni CE), in grado di rilevare in modo*

costante la spesa corrente rispetto alla spesa previsionale di periodo e/o comunque elementi indicativi di andamento non fisiologico della spesa gestionale;
f. procede all'analisi degli scostamenti e delle azioni correttive.

5. *Ai fini dell'implementazione del controllo di gestione l'Azienda definisce:*
 - a. *l'unità o le unità responsabili della progettazione e del controllo di gestione;*
 - b. *le mappature delle unità organizzative (centri di costo e di responsabilità) a livello delle quali si intende misurare l'efficacia, l'efficienza e l'economicità dell'azione amministrativa;*
 - c. *le procedure di determinazione degli obiettivi gestionali e dei soggetti responsabili;*
 - d. *i fattori produttivi che concorrono alla rilevazione dei costi e dei ricavi dell'Azienda e dei singoli centri di costo e di responsabilità;*
 - e. *le modalità di rilevazione e ripartizione, anche attraverso i ribaltamenti dei costi tra le unità organizzative;*
 - f. *gli indicatori specifici per misurare efficacia, efficienza ed economicità dell'Azienda e dei singoli centri di costo e di responsabilità;*
 - g. *la frequenza di rilevazione delle informazioni attraverso la preliminare definizione di un calendario.*
6. *Il Controllo di Gestione opera in sintonia con il sistema informativo-informatico aziendale e le relative banche dati in modo da consentire la realizzazione dei processi.*
7. *I processi di cui sopra e le modalità di connessione con il sistema di Controllo di Gestione sono oggetto di specifica regolamentazione interna all'Azienda.*
8. *Il Controllo di Gestione è un'articolazione interna all'Area Risorse Economiche e, pertanto, è collocato nell'ambito dello STAFF del Dipartimento Amministrativo.*

Articolo 44

(Controllo di regolarità amministrativa e contabile)

1. *La regolarità amministrativa e contabile è esercitata dagli organi previsti dall'art. 3 ter del D.Lvo. 502/92 e s.m.i. la cui composizione ed i cui compiti sono riportati all'art. 9 dell'Atto Aziendale. Le verifiche di regolarità amministrativa e contabile devono rispettare, in quanto applicabili alla pubblica amministrazione, i principi del codice civile.*

Articolo 45

(Procedure contabili)

1. *Le procedure contabili ineriscono le modalità di rilevazione dei fatti aziendali, e rimandano, per le aziende sanitarie, in considerazione delle normative di settore applicabili, alle*

modalità di rilevazione economico-patrimoniale di cui alla disciplina coacistica, come integrata dalle decretazioni e normazioni statuali, ministeriali e regionali in campo sanitario e di contabilità pubblica, e di cui ai principi contabili nazionali ed internazionali (OIC, IPAS, IAS/IFRS); come peraltro riepilogate nel Decreto Commissariale n. 07/2009 – All. Manuale dei principi contabili, cui si rimanda.

2. *La riforma del Servizio Sanitario Nazionale nasce con la Legge 23 ottobre 1992 n. 421, che ha conferito al Governo la delega di definire i principi organizzativi delle Unità Sanitarie Locali (anche U.S.L.) come aziende infra-regionali con personalità giuridica. La Legge 421 del 1992 è stata recepita con il D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502, successivamente corretto dal D.Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517, ed ancora, dai provvedimenti legislativi di accompagnamento alle leggi finanziarie 1995 e 1996, rispettivamente, Legge 23 dicembre 1994 n. 724 e Legge 28 dicembre 1995 n. 549. Di notevole importanza è l'art. 13 comma 1 del D.Lgs. n. 502/1992 che prevede il trasferimento alle Regioni della responsabilità per disavanzi delle A.S.L., attraverso la cosiddetta "regionalizzazione" del sistema sanitario. In precedenza l'U.S.L. dipendeva, sotto il profilo economico-finanziario, dal Comune; attualmente, l'A.S.L./A.O. riesce a gestire in modo autonomo la propria attività e le Regioni hanno il compito di controllare l'andamento della spesa sanitaria regionale. Il D.Lgs. 502/92, così come modificato e integrato dal D.Lgs. 229/99, prevede all'art. 5, comma 5, che le Regioni devono emanare norme per la gestione economico finanziaria e patrimoniale delle aziende sanitarie locali e ospedaliere, informate ai principi del codice civile, prevedendo:*

- *la tenuta del libro delle deliberazioni del Direttore Generale;*
- *l'adozione del bilancio economico pluriennale di previsione nonché del bilancio preventivo economico annuale relativo all'esercizio successivo;*
- *la destinazione dell'eventuale avanzo e la modalità di copertura degli eventuali disavanzi di esercizio;*
- *la tenuta di una contabilità analitica per centri di costo e responsabilità che consenta analisi comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati;*
- *l'obbligo delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere di rendere pubblici, annualmente, i risultati delle proprie analisi dei costi, dei rendimenti e dei risultati per centri di costo e responsabilità.*

3. *Il successivo processo di aziendalizzazione, derivante dall'adozione di tali criteri, ha dotato le aziende sanitarie pubbliche di strumenti di contabilità e controllo più adeguati, ovvero la contabilità economico - patrimoniale in luogo della contabilità finanziaria. Il passaggio da una contabilità finanziaria ad una contabilità economico - patrimoniale ha comportato un notevole sforzo per l'adeguamento dell'impianto contabile e per il radicale cambiamento della cultura amministrativa delle aziende sanitarie, che da un criterio di cassa sono passate ad un criterio di competenza economica (D.Lgs. 279 del 1997). Attualmente la rendicontazione delle aziende sanitarie locali prevede:*

- *il bilancio pluriennale per tre anni, che deve essere coerente con il piano strategico aziendale concordato con la Regione. Esso contiene la previsione della situazione patrimoniale e del conto economico, viene approvato dal Direttore Generale di concerto con il Direttore Amministrativo e con il Direttore Sanitario;*
- *il bilancio di previsione annuale, che si compone di uno stato patrimoniale ed un conto economico. Esso deve tener conto dei limiti di spesa autorizzati dalla Regione*

- e deve essere approvato dal Direttore Generale, dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo;*
- *il bilancio consuntivo di esercizio che esprime la situazione anno per anno del patrimonio e dei componenti economici, costi e ricavi, che deve essere approvato entro il 30 aprile dell'esercizio successivo ed evidenzia il risultato dell'esercizio;*
 - *i prospetti sulle previsioni annuali di cassa, che rappresentano le previsioni del fabbisogno annuale di cassa e vengono predisposti assieme al bilancio di previsione.*
4. *La novità della contabilità economico - patrimoniale ha richiesto l'adattamento dello schema di bilancio civilistico alle esigenze delle aziende sanitarie e, pertanto il Ministero della Sanità di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze ha predisposto:*
- *uno schema di bilancio economico - patrimoniale uniforme a livello nazionale con delega alle Regioni per la predisposizione della nota integrativa;*
 - *un piano dei conti tipo;*
 - *linee guida ministeriali ai fini dell'integrazione dei criteri di valutazione riportati nell'art. 2424 c.c.;*
 - *un percorso metodologico ai fini dell'introduzione della contabilità economica e patrimoniale.*
5. *Il D.Lgs. n. 502/1992, insieme alle linee guida per la predisposizione della contabilità economico - patrimoniale e degli schemi di bilancio, ha permesso alle Regioni di:*
- *adattare l'impianto contabile previsto a livello nazionale dal Ministero dell'Economia e delle Finanze e dal Ministero della Sanità alle specifiche esigenze regionali;*
 - *integrare e variare lo schema della nota integrativa ministeriale;*
 - *emanare linee guida a livello regionale sia relativamente alla scelta dei criteri di valutazione sia relativamente al contenuto delle voci di bilancio.*
6. *Nella stessa ottica, la successiva Legge 30 novembre 1998 n. 419, recante delega per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale, dopo aver ribadito, in tema di enunciazione dei principi, l'obiettivo primario del perseguimento della piena realizzazione del diritto alla salute, si propone di portare a compimento quel processo di regionalizzazione ed aziendalizzazione delle strutture sanitarie, che era stato gradualmente avviato dalla legislazione precedente. La Legge delega, infatti, mira, da un lato, a conferire nuove e più ampie facoltà alle Regioni in sede di programmazione sanitaria e di controlli di gestione delle strutture sanitarie, dall'altro, persegue le finalità di garantire una gestione tipicamente imprenditoriale del servizio sanitario attraverso l'organizzazione di unità sanitarie locali.*
7. *Il D.Lgs. 19 luglio 1999, n. 229 fissa, inoltre, i criteri direttivi per il rafforzamento del ruolo dei Comuni sia nel campo della programmazione che nei procedimenti di valutazione dei risultati conseguiti dalle aziende sanitarie locali e dalle aziende ospedaliere. Viene, poi, demandato al Governo il riordino delle forze integrative di assistenza sanitaria e la ridefinizione dei modelli di accreditamento e degli standard minimi di strutture, attrezzature e personale che assicurino i servizi necessari derivanti dalle funzioni richieste in seguito all'accreditamento. In attuazione della delega, il D.Lgs. 229 del 1999, dopo aver richiamato il principio costituzionale della tutela della salute come diritto fondamentale*

dell'individuo ed interesse della collettività, ribadisce la garanzia dell'uniformità dei livelli assistenziali in coerenza con i principi e gli obiettivi indicati dagli artt. 1 e 2 della Legge 833 del 1978 (Legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale).

8. *Con modifica dell'art. 1 del D.Lgs. 502 del 92, viene riconosciuta un'ampia funzione propositiva alla Regione in sede di predisposizione del Piano sanitario nazionale, cui dovranno, poi, adeguarsi i Piani sanitari regionali, i quali, a loro volta, mirano a soddisfare le esigenze specifiche della popolazione regionale. Con Legge regionale dovranno, tra l'altro, essere stabiliti il funzionamento delle aziende sanitarie regionali, le modalità di vigilanza e di controllo da parte della Regione medesima sulle aziende sanitarie e ospedaliere, nonché le modalità di valutazione dei risultati delle stesse. Per quanto riguarda l'aspetto organizzativo e funzionale delle aziende sanitarie locali, è previsto che tali organismi, che si costituiscono in aziende con personalità giuridica di diritto pubblico ed autonomia imprenditoriale, uniformino la propria attività ai criteri di efficienza, efficacia ed economicità ed agiscano mediante atti di diritto privato. A tal riguardo, le aziende sanitarie devono provvedere:*
- alla realizzazione degli obiettivi prefissati sia dalle Regioni che dalle aziende stesse in sede di approvazione dell'atto aziendale (efficienza);*
 - al raggiungimento del più elevato numero di obiettivi programmati (efficacia);*
 - al conseguimento degli obiettivi prefissati con il minimo costo (economicità).*
9. *L'intervento delle Regioni si è concretizzato nella creazione di un piano dei conti in linea con l'impostazione economico - patrimoniale, nella costruzione di una contabilità analitica ed infine nell'elaborazione di linee guida per la redazione del bilancio aziendale composto di stato patrimoniale, conto economico e nota integrativa, quest'ultima con un maggiore livello di dettaglio di quanto previsto a livello centrale. L'ampiezza dell'intervento normativo regionale non è stata uniforme sul territorio nazionale, infatti, alcune regioni hanno spinto in profondità la loro legiferazione, mentre altre si sono limitate ai dettagli della struttura o semplicemente al recepimento degli schemi ministeriali senza aggiungere specificazioni.*
10. *Oltre a quanto disposto a livello nazionale ed internazionale, tra le fonti giuridiche ed interpretative che regolano il bilancio d'esercizio delle Aziende occorre prendere in considerazione le seguenti norme a carattere regionale:*
- la Legge Regionale n. 32 del 3 novembre 1994 relativa alla predisposizione del sistema informativo e contabile delle Aziende Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere in seguito alla emanazione del D.Lgs. 502/92, e successive modifiche e integrazioni, affida alla Giunta Regionale il compito di provvedere ad emanare direttive per la regolamentazione della gestione contabile delle Aziende Sanitarie nonché, per la definizione del Piano dei conti e dello schema di bilancio. In particolare, l'art. 29, comma 9 della legge stabilisce che le aziende applicano obbligatoriamente la contabilità analitica e la metodologia del budget allo scopo di pervenire, su base temporale certa e con riferimento alle scelte programmatiche, alla formulazione di articolate e puntuali previsioni relativamente ai risultati da conseguire, alle attività da realizzare, alle risorse da acquisire ed utilizzare e agli investimenti da effettuare;*
 - la Delibera di Giunta Regionale n. 8306 del 28 ottobre 1996 con la quale è stato approvato il documento tecnico, con la relativa nota illustrativa, recante le direttive*

per l'impianto e l'attivazione del sistema di contabilità economico – patrimoniale delle AA. SS. LL. e delle AA. OO;

- *la Legge Regionale n. 7 del 30 aprile 2002 relativa all'Ordinamento contabile della Regione Campania;*
- *la Delibera di Giunta Regionale n. 1271 del 28 marzo 2003 relativa al sistema di bilancio ed alla contabilità delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, alla luce delle disposizioni del DM 11 febbraio 2002 e della Legge Regionale 10/2001, concernente disposizioni in materia di finanza regionale. In particolare la Delibera prevede che "Il Presidente della Giunta Regionale, con proprio decreto, su proposta dell'Assessore alla Sanità, istituisce un "Comitato Consultivo Permanente per il bilancio, la contabilità ed i sistemi informativi gestionali delle Aziende Sanitarie", presieduto dal dirigente del Settore Programmazione Sanitaria e composto da esperti dell'amministrazione regionale, dell'ARSAN e da esperti esterni, con il compito, tra l'altro, di supportare l'Assessorato alla Sanità nella elaborazione di Linee Guida per la contabilità analitica ed il controllo di gestione";*
- *la Delibera di Giunta Regionale n. 460 del 20 marzo 2007 con la quale è stato approvato il Piano di rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del Servizio Sanitario Regionale ai fini della sottoscrizione dell'Accordo tra Stato e Regione Campania ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della Legge n. 311/2004. Il Piano prevede che strumento cardine per conseguire l'obiettivo del risanamento economico finanziario del sistema sanitario regionale è pervenire ad una contabilità analitica codificata ed uniforme per tutte le aziende sanitarie della Regione.*

11. La Regione Campania, con decreto del Commissario ad acta n. 14 del 30 novembre 2009, nonché integrazione/aggiornamento del piano dei conti, di cui al Decreto n. 11 del 14/02/2011, con obbligo di adozione dal 01/01/2011, sono stati approvati, i documenti – di seguito elencati – necessari per supportare le aziende sanitarie nella definizione di corrette procedure contabili, amministrative e gestionali in particolare:

- a. "Manuale dei principi contabili" che definisce i principi contabili e le regole che dovranno essere applicate dalle Aziende Sanitarie per la rilevazione in contabilità dei principali fenomeni gestionali al fine di pervenire alla predisposizione di bilanci di esercizio che siano omogenei per contenuto e forma;*
- b. "Linee guida per la predisposizione del Regolamento di Amministrazione e Contabilità delle Aziende Sanitarie della Regione Campania" che definiscono i principi a cui ciascuna azienda deve ispirarsi per la redazione dei propri documenti di programmazione, di gestione, di rendicontazione e controllo;*
- c. "Piano dei Conti di Contabilità Generale Unico Regionale";*
- d. "Linee guida per la definizione del Piano dei Centri di Costo e dei Centri di Responsabilità" corredate dal Piano dei Centri di Costo e di Responsabilità, dal Piano dei Fattori Produttivi e dalle Schede di Budget che definiscono i principi per la tenuta della Contabilità Analitica atti a garantire l'omogeneità dei sistemi di rilevazione delle singole aziende e la confrontabilità dei dati a livello regionale;*
- e. "Modello di Nota Integrativa";*
- f. "Manuale dei principi di consolidamento e delle relative procedure" che definisce le regole per la predisposizione del Bilancio Consolidato Regionale;*

12. *La Regione, con successivo Decreto n. 60 del 4 agosto 2011 - Rif. punti a) e b) della delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010 - avente ad oggetto: "Implementazione dei corretti procedimenti contabili e gestionali, sia a livello aziendale che regionale. Rif. punto n. 1 Delibera Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009. Integrazione del decreto commissariale n° 14 del 30 novembre 2009: B.P.R. (Business Process Reengineering) - Processi di supporto alle attività aziendali: adozione di modelli relativi ai processi amministrativi e contabili del ciclo attivo, ciclo passivo, ciclo magazzino, ciclo cespiti, ciclo personale, ciclo planning, budget e reporting. - Modifica al Piano dei Conti di contabilità generale unico regionale", ha adottato i modelli di processi amministrativi e contabili all'interno delle strategie di intervento manageriale ispirate al Business Process Reengineering, che definiscono i Processi di supporto alle attività aziendali e mappano le attività riferite ai seguenti cicli:*
- a) ciclo attivo;*
 - b) ciclo passivo;*
 - c) ciclo magazzino;*
 - d) ciclo cespiti;*
 - e) ciclo personale;*
 - f) ciclo planning, budget e reporting*
13. *Con decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze del 20 marzo 2013 sono stati ulteriormente modificati gli schemi del Conto Economico, dello Stato Patrimoniale e della Nota Integrativa di cui agli articoli 26, comma 3 e 32, comma 6 del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118;*
14. *La Regione, con il contributo delle Aziende, è giunta quindi alla formulazione di un sistema di regole e linee guida per la corretta definizione delle funzioni gestionali e contabili. L'efficacia e la tempestività attraverso cui gli indirizzi contenuti nei Decreti/Delibere regionali vengono sviluppati presso le singole aziende costituisce una delle principali tematiche che la Struttura commissariale si trova ad affrontare per realizzare le condizioni necessarie al conseguimento degli obiettivi di contenimento della spesa sanitaria. E' dunque, con l'occasione, necessario che con regolamento contabile ed in ossequio alle specifiche esigenze contingenti, l'azienda assicurerà che tutte le procedure contabili garantiscano e realizzino il rispetto delle normative sopra richiamate e comunque i principi e procedure ed azioni intraprese dalla Regione indirizzate alla corretta applicazione di quanto previsto nei decreti/delibere regionali.*
15. *I processi relativi a quanto espresso nel presente articolo sono oggetto di specifica normazione interna regolamentare all'Azienda.*

TITOLO VI

ACQUISTI DI BENI E SERVIZI E PROGRAMMAZIONE E GESTIONE DELLE ATTREZZATURE

Articolo 46
(Acquisti di beni e servizi)

1. *L'Azienda, in osservanza delle disposizioni nazionali con particolare riguardo alle disposizioni di cui all'art. 15 del D.L. 6 luglio 2012 n. 95 convertito con modificazione nella Legge 7 agosto 2012 n. 135, nonché delle disposizioni regionali, effettua, ove previsto, i propri acquisti tramite il MEPA, la CONSIP e la Centrale Acquisti della Regione (SORESA).*
2. *L'Azienda disciplina, con proprio regolamento, gli acquisti di beni e servizi in economia e e predispone un regolamento nel rispetto delle previsioni di cui all'art. 256 del decreto legislativo 12 aprile 2006 n. 163 e s.m.i.*
3. *L'Azienda favorirà modelli di gestione di acquisizione di beni e servizi anche attraverso l'apporto di terzi con forme anche di partenariato, nel rispetto dei principi di economicità, efficienza e efficacia, secondo istituti previsti dal D.leg.vo 163/2006 e succ. modd. e integr.*

Articolo 47
(Attrezzature: programmazione, acquisti, gestione e manutenzione)

1. *L'Azienda ritiene strategica l'attività di programmazione, acquisti, gestione e manutenzione delle attrezzature, soprattutto biomediche e di alta specialità. A tal fine sono già operative l'Unità di Ingegneria Clinica e la Commissione HTA istituita con delibera n. 447 del 03.05.2012.*
2. *L'Azienda, in applicazione del decreto commissariale n. 18 del 18.02.2013, adotterà i seguenti documenti programmatici:*

A. Programmazione e gestione delle attrezzature :

L'implementazione di una corretta programmazione e gestione delle attrezzature, in particolare nel settore biomedico, è ritenuta fondamentale per una qualificata erogazione di servizi sanitari. Considerata la particolare criticità nell'utilizzo delle attrezzature, soprattutto quelle di alta specialità, durante tutto il processo di erogazione delle prestazioni sanitarie, l'Azienda adotta uno specifico documento di programmazione e gestione delle attrezzature con particolare riferimento alle attività di valutazione ed analisi relative alla sicurezza, ai costi, ai benefici, all'efficacia nonché agli aspetti etici connessi al loro utilizzo.

B. Programmazione degli acquisti di attrezzature :

L'Azienda adotta uno specifico documento di programmazione degli acquisti di attrezzature e dispositivi medici. Il documento tiene conto :

- *dell'evoluzione della tipologia dei servizi;*
- *dell'obsolescenza delle attrezzature;*
- *dell'adeguamento alle norme tecniche;*
- *della eventuale disponibilità di nuove tecnologie per il miglioramento dell'assistenza sanitaria.*

C. Inventario delle attrezzature :

L'Azienda adotta un inventario informatico di tutte le attrezzature biomediche in dotazione che viene periodicamente aggiornato per:

- *soddisfare gli obblighi di legge;*
- *disporre di dati riassuntivi;*
- *permettere la rintracciabilità;*
- *fare analisi per stabilire i criteri di sostituzione, al fine di programmare gli investimenti tecnologici tenendo conto dell'obsolescenza del parco macchine e delle singole attrezzature biomedicali.*

Le informazioni sono raccolte sia in forma aggregata per l'intero parco macchine, sia in forma disaggregata per singola tipologia di attrezzature, centro di costo, classe di età, produttore, periodo di ammortamento e modalità di acquisizione.

Le apparecchiature temporaneamente disattivate sono immagazzinate, protette, verificate e controllate ad intervalli idonei per garantire i requisiti di precisione, accuratezza e validità siano soddisfatti al momento del riutilizzo.

D. Manutenzione delle attrezzature :

L'Azienda garantisce la efficienza ed efficacia delle apparecchiature biomedicali in uso attraverso la corretta manutenzione delle attrezzature. In particolare predispone il piano per la manutenzione delle apparecchiature che deve tenere conto:

- *delle indicazioni relative alla sicurezza;*
- *delle indicazioni sulla manutenzione contenute nei manuali di servizio;*
- *delle indicazioni contenute nelle normative tecniche relative alla sicurezza e al mantenimento in uso secondo gli standard di funzionalità.*

Il piano di manutenzione generale deve essere articolato sulla base delle criticità delle apparecchiature e comprende : la manutenzione correttiva, la manutenzione preventiva ed i controlli periodici di sicurezza e funzionalità.

Il piano di manutenzione deve essere documentato per ciascuna apparecchiatura biomedica e reso noto ai diversi livelli operativi per consentire lo svolgimento dei compiti attribuiti al singolo operatore.

La documentazione tecnica, relativa alle singole apparecchiature, fornita al momento dell'acquisto a corredo dello strumento, è conservata in modo da essere facilmente rintracciabile dal responsabile della manutenzione.

E. Manutenzione preventiva :

Per alcune tipologie di attrezzature, se previsto, l'Azienda provvede alla elaborazione di un piano di un documento che ricomprende le attività relative alla manutenzione preventiva e ai controlli di funzionalità e sicurezza al fine di garantire la loro idoneità d'uso.

Il piano di manutenzione, per le attrezzature biomedicali, se richiesto dalla specifica tipologia, comprende le attività finalizzate a :

- *identificare tutte le attrezzature che possono influire sulla qualità del servizio offerto, controllarle e metterle a punto ad intervalli prefissati o prima dell'uso, a fronte di campioni certificati riconosciuti nazionali. In mancanza di tali campioni il criterio di controllo deve essere definito e documentato;*
- *definire il processo da utilizzare per la manutenzione preventiva, compresi i dettagli relativi al tipo di apparecchiatura biomedica, identificazione univoca, ubicazione, frequenza delle verifiche, metodo di verifica, criteri di accettazione e provvedimenti da adottare qualora i risultati non fossero soddisfacenti;*
- *definire il processo da utilizzare per i controlli di funzionalità e sicurezza delle apparecchiature biomedicali, compresi i dettagli relativi al tipo di apparecchiatura biomedica, identificazione univoca, ubicazione, frequenza delle verifiche, metodo di*

verifica, criteri di accettazione e provvedimenti da adottare qualora i risultati non fossero soddisfacenti;

- *identificare le apparecchiature biomediche mediante contrassegno appropriato o documenti approvati di identificazione per evidenziare lo stato di controllo;*
- *conservare le registrazioni relative alle manutenzioni preventive e ai controlli delle apparecchiature biomediche;*
- *assicurare che le condizioni ambientali siano adatte alle operazioni di manutenzione preventiva e controllo;*
- *assicurare che la manipolazione, la custodia e la conservazione delle apparecchiature biomediche siano adatte a mantenere l'accuratezza e l'idoneità richiesta;*
- *evitare che le apparecchiature biomediche subiscano interventi che possano pregiudicare il controllo funzionale e di sicurezza.*

Articolo 48
(Commissione Tecnica HTA ed HS
S.S.D. HTA)

1. *Il D.Lgs 229/99 e il PSN 2006-2008 hanno da un lato individuato come priorità per le Aziende Sanitarie il "Governo Clinico" e dall'altro enfatizzato la funzione dell'Health Technology Assessment quale uno dei principali strumenti di governo clinico a supporto delle decisioni regionali e aziendali circa l'utilizzo delle tecnologie applicate alla salute;*
2. *Il Piano Regionale Ospedaliero della Campania 2007 – 2009 proponeva l' HTA come strumento di grande utilità ai fini della programmazione rappresentando il ponte tra il mondo tecnico-scientifico e quello dei decisori, nel senso di produrre informazioni a supporto dei processi decisionali;*
3. *Il Piano Sanitario Nazionale 2011 – 2013 dedica ampio risalto all'importanza dell'HTA stigmatizzando l'esigenza della sua diffusione all'interno delle strutture sanitarie;*
4. *La Giunta Regionale ha deliberato (BURC n.37, 15.9.2008) il finanziamento del Progetto Robinson per l'implementazione dell'Health Technology Assessment in Sanità, nell'ambito della più ampia ripartizione di risorse tra le 8 linee progettuali funzionali al raggiungimento degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale a norma dell'art.1 della legge 662/96;*
5. *Per l'HTA la Regione Campania ha recepito l'importanza che riveste lo strumento dell'Horizon Scanning nell'identificare precocemente nuove tecnologie al fine di valutarne l'impatto assistenziale ed ha partecipato attivamente al Progetto COTE (Centro per l'Osservazione delle Tecnologie Emergenti) attivato dall'AGENAS;*
6. *La Regione Campania ha adottato , altresì, la DGR 1370/2008 avente ad oggetto: "Implementare la Health Technology Assessment (HTA) e la Medicina Basata sulle Evidenze (EBM) tra il personale del Servizio Sanitario Regionale";*

7. *La Regione Campania, con il Decreto dell'Assessore alla Sanità della Giunta Regionale della Campania n.43 del 19 febbraio 2009 "Implementazione dello strumento innovativo gestionale Health Technology Assessment nelle strutture sanitarie a supporto delle decisioni di politica sanitaria", ha istituito formalmente la Commissione espressamente finalizzata all'implementazione dell'Health Technology Assessment nelle strutture sanitarie della Regione;*
8. *Con Decreto n. 22 del 22 Marzo 2011 è stato prevista l': "Approvazione del Piano sanitario regionale ai sensi del punto t) della delibera della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 24 aprile 2010." che ha ribadito come "L'Health Technology Assessment (HTA) rappresenta un potente strumento innovativo gestionale utile ad effettuare valutazioni di reale efficacia delle tecnologie che posseggano requisiti di sostenibilità economica con l'obiettivo di supportare la politica sanitaria nell'assumere decisioni. I tempi, non sempre brevi, necessari per lo sviluppo di una valutazione HTA rendono questo strumento non utilizzabile efficacemente ai fini programmatori. Sovviene perciò l'Horizon Scanning (HS) che consente l'identificazione precoce di nuove tecnologie e fornisce valide valutazioni di impatto assistenziale e sostenibilità economica.";*
9. *Con Delibera della Giunta Regionale n. 64 del 07/03/2011 pubblicata sul Burc n. 17 del 14 Marzo 2011, avente ad oggetto: "Implementazione dello strumento innovativo gestionale "Health Technology Assessment" e dell' Horizon Scanning nelle strutture sanitarie a supporto delle decisioni di politica sanitaria" la Regione Campania ha istituito una commissione regionale con l'obiettivo di:*
 - *organizzare una task force regionale costituita da esperti della materia ed integrata con i referenti dei team delle singole aziende sanitarie, ospedaliere ed universitarie della regione;*
 - *adottare un piano di formazione tradizionale ed a distanza per formare le equipe aziendali e del management regionale;*
 - *diffondere all'interno delle aziende sanitarie regionali e dei competenti Settori regionali la cultura della Health Technology Assessment e dell' Horizon Scanning attraverso la promozione di eventi scientifici dedicati a manager, clinici, nursing, ingegneri biomedici, farmacisti, personale amministrativo ecc.;*
 - *attivare modelli e strumenti tecnologici di supporto alle decisioni dei manager;*
10. *Lo sviluppo delle tecnologie sanitarie ha modificato, in maniera determinante, l'approccio diagnostico e terapeutico delle patologie aumentando la capacità di rispondere alla domanda di salute e consentendo il miglioramento della qualità della vita dei pazienti. Con l'accezione "tecnologie", si tende a ricomprendere qualsiasi prodotto o procedura in campo sanitario quali farmaci, apparecchiature elettromedicali, dispositivi medici, procedure, percorsi diagnostico terapeutici, tecniche di riabilitazione, nonché modelli organizzativi strettamente legati alla implementazione delle stesse tecnologie ;*
11. *Un corretto approccio alla gestione delle "tecnologie" è rappresentato dal ricorso strutturale all'Health Technology Assessment (HTA) ed Horizon Scanning (HS) quale strumento di valutazione essenziale alla strategia aziendale;*
12. *La valutazione delle tecnologie sanitarie richiede una competenza multidisciplinare per l'analisi delle implicazioni medico-cliniche, sociali, organizzative e legali attraverso una*

valutazione di più dimensioni quali l'efficacia, l'appropriatezza, la sicurezza, i costi e l'impatto sulla qualità di vita dei pazienti di tutte le tecnologie (farmaci, procedure diagnostiche, interventi chirurgici, tecnologie biomedicali etc), che sono utilizzate per l'assistenza sanitaria con maggior attenzione alle tecnologie di recente immissione sul mercato ed emergenti e quindi non ancora largamente diffuse;

13. *L'Azienda costituisce, pertanto, una S.S.D. di "Health Technology Assessment (HTA) e Horizon Scanning (HS)", tra le strutture di in staff della direzione sanitaria, individuando un dirigente responsabile che coadiuvato dalla commissione abbia come obiettivi:*
- a. la formalizzazione di procedure standardizzate e condivise per la realizzazione della funzione di Hta, progettate attraverso un approccio partecipato che coinvolge i diversi stakeholder aziendali (amministrazione, clinici, ecc.) e deliberate dalla direzione aziendale;*
 - b. la predisposizione di un piano degli investimenti pluriennale come risultato di un processo che raccolga il complesso delle valutazioni inerenti il patrimonio tecnologico aziendale ed il fabbisogno di investimento per le unità cliniche aziendali, al fine di supportare le decisioni manageriali di allocazione delle risorse disponibili per il rinnovo tecnologico.*
 - c. la predisposizione di Reports di Health Technology Assessment la cui struttura è conforme a standards condivisi a livello nazionale, al fine di formalizzare e divulgare i risultati della propria attività di valutazione attraverso reports strutturati per assicurare la diffusione e la trasferibilità delle conoscenze tra diversi contesti.*
 - d. l'attivazione di procedure standard di valutazione secondo logiche di Hta per tutte le nuove tecnologie con costo aziendale annuo superiore a €. 50.000 o di specifico interesse scientifico e/o clinico, focalizzando l'attività della struttura Hta sugli aspetti che presentano un maggiore interesse all'interno dell'azienda sia in termini di incidenza economica che in termini di interesse scientifico/clinico. I limiti dell'attività di Hta sono legati al costo in termini di impiego di risorse materiali e umane che l'attività stessa richiede, avendo però presente che la scelta degli oggetti delle valutazioni deve dipendere non solo dal valore economico, ma anche dalla rilevanza clinica e scientifica della tecnologia.*
 - e. di intensificare le collaborazioni con agenzie e istituzioni di Health Technology Assessment (HTA) nazionali (partecipazione alla Rete Italiana di HTA) e internazionali (adesione alla Joint Action EUnetHTA), allo scopo di condividere sia la metodologia per la produzione dei rapporti di HTA sia i contenuti, giungendo a documenti elaborati collegialmente dalle diverse agenzie italiane ed europee.*
14. *L'Azienda costituisce, inoltre, la Commissione Tecnica (HTA) ed Horizon Scanning (HS) i cui componenti sono i responsabili o loro delegati delle strutture di :*
- Direzione Sanitaria Aziendale*
 - Direzione Medica di Presidio:*
 - Area Tecnico Manutentiva*
 - Farmacia*
 - Ingegneria Clinica*
 - Epidemiologia valutativa*
- a. La Commissione Tecnica è coordinata dalla Direzione Sanitaria Aziendale che, a seconda dei casi, potrà ampliare le competenze coinvolte nel processo di valutazione;*

- b. La Commissione Tecnica è coordinata dalla Direzione Sanitaria Regionale che, a seconda dei casi, potrà ampliare le competenze coinvolte nel processo di valutazione, avvalendosi, per specifiche tecnologie sanitarie e/o utilizzo di farmaci di ultima generazione, e/o implementazione di nuove procedure interventistiche, del supporto qualificato dei dirigenti responsabili di struttura, interessati quali esperti e specialisti;*
- c. Alla Commissione Tecnica HTA ed HS è affidato il compito di esprimere il parere tecnico alla Direzione Generale circa l'efficacia, l'appropriatezza, la sicurezza, i costi e l'impatto sulla qualità di vita dei pazienti di tutte le tecnologie di nuova acquisizione (farmaci, procedure diagnostiche, interventi chirurgici, tecnologie biomedicali etc), che sono utilizzate per l'assistenza sanitaria, al fine di esprimere un parere che motivi la scelta da effettuarsi in relazione alla richiesta;*
- d. Alla Commissione Tecnica HTA ed HS spetta il compito di autorizzare l'accesso delle tecnologie in visione.*

TITOLO VII

NORME FINALI, TRANSITORIE E DI RINVIO

Articolo 48

(Norme finali, transitorie e di rinvio)

- 1. Il presente Atto Aziendale fornisce l'illustrazione dei principi ispiratori dell'azione dell'Azienda, delle garanzie che s'intendono assicurare all'utenza, nonché dei termini generali nei quali si sostanzia l'assetto organizzativo.*
- 2. L'Azienda adotterà, per l'applicazione puntuale dei principi del presente Atto, appositi Regolamenti attuativi.*
- 3. Per quanto non espressamente previsto si applica la normativa nazionale e regionale vigente.*
- 4. Il presente Atto Aziendale si conformerà direttamente alle sopravvenienze legislative e/o normative nazionali e regionali.*



ALLEGATO 1

ARTICOLAZIONE DELLE STRUTTURE : FUNZIONIGRAMMA ED ORGANIGRAMMA

Sede Legale :

L'Azienda Ospedaliera **Gaetano Rummo** ha sede legale in Benevento alla via dell'Angelo n. 1 P. IVA e CF **01009760628**. Sito Internet www.aziendaospedalierarummo.it

Logo :



Cenni Storici :

La nascita della struttura ospedaliera "**G. Rummo**" di Benevento è piuttosto recente; tuttavia le origini dell'ospedale risalgono **al 1615**. In quell'anno, infatti, fu costituito l'Ospedale S. Diodato, che riuniva tutti gli ospizi presenti nella città. **Nel 1861** un Decreto Luogotenenziale sopprimeva gli Enti ecclesiastici, fatta eccezione dell'Ospedale S. Diodato perché ritenuto "indispensabile alla cittadinanza".

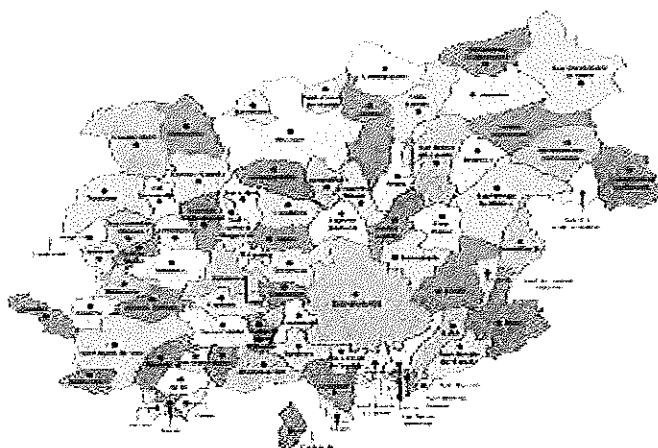
Il **4 gennaio 1921** le Amministrazioni del S. Diodato e del S. Gaetano (struttura già esistente presso il quartiere Triggio, destinata al ricovero di utenza femminile) decisero di riunire i due nosocomi sotto il nome di "**Ospedale Civici Riuniti di Benevento**". Il nuovo complesso fu costruito lontano dal centro storico, in località Pace Vecchia, e prese il nome di **Gaetano Rummo**, famoso clinico dell'Università di Napoli.

Con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 23.04.1993 l'Ospedale "G. Rummo" ottiene il riconoscimento di Ospedale di Rilievo Nazionale acquisendo il requisito di Azienda Ospedaliera sede di DEA di II Livello di cui alla Legge Regionale n. 2 del 11.01.1994.

Contesto geografico :

L'Azienda Ospedaliera Rummo è il punto di riferimento, per l'assistenza ospedaliera di un bacino di utenza che supera i 300.000 abitanti poiché eroga prestazioni sanitarie a favore dei residenti della Provincia di Benevento, comprendente i 78 Comuni per un'estensione territoriale di 2.070,64 km² e per alcuni importanti Comuni limitrofi quali, ad esempio, i Comuni di Cervinara, Rotondi, Roccabascerana e San Martino Valle Caudina già afferenti alla ex USL n. 6 di Benevento.

Il bacino di utenza è collocato, geograficamente, in zone montane e collinari; i Comuni montani sono concentrati nelle zone poste a nord e sud-ovest del territorio provinciale e ne ricoprono il 55%. La restante area è considerata terreno di tipo collinare.



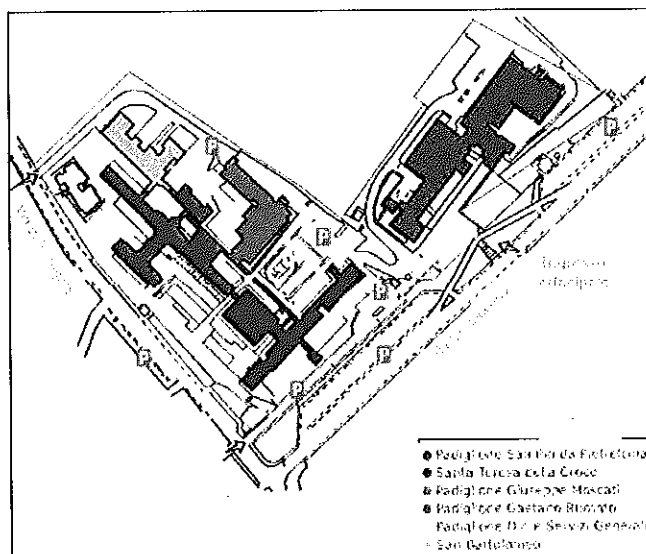
L'Azienda Ospedaliera "G. Rummo" è, infatti, la più grande struttura ospedaliera del Sannio. L'attività è finalizzata a soddisfare i bisogni sanitari di un vasto bacino di utenza che va oltre la Provincia di Benevento essendo il tasso di mobilità attiva extraprovinciale pari al 27% ed extra regionale pari al 2,5%.

Considerato che la **Provincia di Benevento** confina a nord con la Provincia di Campobasso, a est con la Provincia di Foggia, a sud con la Provincia di Avellino e la Provincia di Napoli, a ovest con la Provincia di Caserta, la mobilità sanitaria passiva interessa, soprattutto, le aree di confine ed, in particolare, il Fortore.

Per quanto riguarda, invece, la mobilità attiva, l'Azienda eroga prestazioni sanitarie sia in emergenza che elezione a favore dei cittadini residenti nelle Province di Avellino e Caserta.

La planimetria della struttura :

La struttura ospedaliera è organizzata su **6** Padiglioni, è dotata di n. **390** posti letto Ordinari, n. **44** posti letto di Day Hospital, n. **31** posti letto di Day Surgery e n. **16** sale operatorie.



PLANIMETRIA DELL'A.O. "G. RUMMO" DI BENEVENTO

Al termine del processo di ristrutturazione aziendale la nuova collocazione dei reparti di degenza, sale operatorie, ambulatori, servizi sanitari ed uffici amministrativi e di staff sarà la seguente :

1. Pad. San Giuseppe Moscati

- **Piano Interrato**
 - Centrale Operativa - 118
 - Spogliatoi
- **Piano Terra :**
 - Pronto Soccorso e Breve Osservazione
 - UOC Anestesia e Rianimazione
- **Primo Piano :**
 - UOC Chirurgia di Urgenza
 - UOC Medicina di Urgenza
 - Blocco Operatorio
- **Secondo Piano**
 - UOC Ortopedia e Traumatologia
 - Blocco Operatorio
- **Terzo Piano**
 - UOC Chirurgia Vascolare
 - UOC Chirurgia Maxillo-Facciale
 - UOC Pneumologia
 - Blocco Operatorio
- **Quarto Piano**
 - UOC Cardiologia Interventistica
 - Unità Coronarica
 - Ambulatori di Emodinamica

2. Pad. Santa Teresa della Croce

- **Piano Interrato**
 - UOC Farmacia
 - Acceleratore Lineare
- **Piano Terra**
 - UOC Diagnostica di Laboratorio
 - UOC Diagnostica di Radiologia
 - UOC Diagnostica di Neuroradiologia
 - UOC Radioterapia
 - Sala di Angiografia
- **Primo Piano**
 - UOC Oncologia Medica
 - DH Oncologico
 - UOC Neurologia
 - Ambulatori di Neurologia
- **Secondo Piano**
 - UOC Neuroranimazione
 - UOC Malattie Infettive
 - Area Ricerca e Sperimentazione
 - Biobanca
- **Terzo Piano**
 - UOC Neurochirurgia
 - Blocco Operatorio
 - UOC Rieducazione Funzionale
 - Palestra di riabilitazione

- UOC Medicina Interna
- SS Gastroenterologia
- Reumatologia

3. Pad. San Pio da Pietrelcina

- **2° Seminterrato**
 - Centrale Termica
 - Officine
 - Magazzino
 - Lavanderia
- **1° Seminterrato**
 - Cucine
 - Mensa
 - Sterilizzazione
- **Piano Terra**
 - UOC Nefrologia ed Emodialisi
- **Primo Piano**
 - UOC Chirurgia Generale ad indirizzo oncologico
 - n. 4 Sale Operatorie
- **Secondo Piano**
 - UOC Ostetricia e Ginecologia ed IVG
 - n. 3 Sale Operatorie e n. 1 Sala Parto
 - Nido
- **Terzo Piano**
 - UOC Pediatria
 - UOC Neonatologia e TIN
 - UOC Oculistica
 - Neuropsichiatria Infantile
- **Quarto Piano**
 - UOC Genetica Medica
 - Fisiopatologia della riproduzione umana
- **Quinto Terra**
 - UOC Urologia
- **Sesto Piano**
 - UOC Otorinolaringoiatria

4. Pad. Gaetano Rummo

- **Seminterrato**
 - Terapia Iperbarica
 - Accettazione Ricoveri
 - Medicina Dietetica e Complementare
- **Piano Terra**
 - Centro Unico Prenotazioni
 - Poliambulatori
 - Ambulatori Libera Professione
 - UOC Epidemiologia Valutativa - Rischio Clinico - Qualità
 - UOC Valutazione Strategica
- **Primo Piano**
 - UOC Dermatologia
 - SSD Day Hospital
 - SSD Senologia

- Sala Operatoria
- UOC Organizzazione dei servizi ospedalieri

5. Pad. San Bartolomeo

- **Piano Terra**
 - Polo Didattico
- **Primo Piano**
 - UOC Psichiatria
 - UOC Anatomia Patologica
- **Secondo Piano**
 - Servizio Immunotrasfusionale

6. Pad. Direzione e Servizi Generali

- **Piano Interrato**
 - Centro Elaborazione Dati
 - Medico Competente e Servizio Prevenzione e Protezione
- **Primo Piano**
 - Sale Riunioni e Convegni
 - Area Risorse Economiche
- **Secondo Piano**
 - Area Tecnica e di Programmazione
 - Area Manutentiva e Gestione del Patrimonio
 - Ingegneria Clinica
- **Terzo Piano**
 - Area Provveditorato ed Economato
- **Quarto Piano**
 - Area Risorse Umane
- **Quinto Piano**
 - Area Direzione Generale
 - Affari Generali e Legali

Dati epidemiologici :

Nell'ambito dei provvedimenti emanati dalla regione ed in ottemperanza alle disposizioni previste dal piano di rientro, l'Azienda Ospedaliera Rummo di Benevento ha modificato sensibilmente il proprio assetto organizzativo nell'ottica di garantire un'assistenza sanitaria sempre più qualificata attraverso le proprie branche specialistiche, le terapie intensive e subintensive, ma anche attraverso l'erogazione prestazioni legate a tecnologie e terapie farmacologiche innovative ad elevato costo. Al tempo stesso l'Azienda, nell'ambito dei nuovi LEA, ha ridotto sensibilmente il numero di ricoveri ad elevato tasso di inappropriatazza.

Il confronto tra i dati di attività dell'ultimo triennio, soprattutto per quanto riguarda i ricoveri ordinari mostra, chiaramente, il "cambio di rotta" della struttura che si è specializzata, sempre di più, nel trattamento di patologie complesse sia mediche che chirurgiche. In particolare, tra il 2010 ed il 2012, si osserva un aumento del peso relativo, ovvero della complessità dei casi trattati (da 1.10 ed 1.16), ed una contestuale riduzione del numero di ricoveri ordinari pari a circa l'8% legato, proprio, alla riduzione delle prestazioni inappropriate. Ciò anche in linea con i dati nazionali che hanno registrato, nel solo periodo 2010-2011, una riduzione del 4,5% dei ricoveri ospedalieri.

triennio. Il dato disaggregato evidenzia, infatti, che i primi 30 DRG più complessi sono aumentati del 6,8%; che i DRG con peso superiore ad 1,00 sono incrementati del 21,22%; viceversa i DRG con peso inferiore ad 1,00 sono diminuiti del 17,31%.

Nella tabella riepilogativa è riportata la scomposizione, per fasce di peso, di tutti i DRG ordinari trattati nel triennio 2010-2012.

Ricoveri Ordinari con Peso DRG	2010	2011	2012	Differenza
< 1,00	9.754	9.137	8.065	-17,31%
1,00 - 1,99	5.263	5.366	5.641	7,18%
2,00 - 3,00	1.459	1.498	1.625	11,38%
>3,00	451	459	463	2,66%

Pur tuttavia il netto incremento dei ricoveri complessi, pur se supportato da un analogo incremento del rimborso medio per DRG (da € 3.356 nel 2010 a € 3.626 nel 1° trim. 2013) non è sufficiente a garantire un adeguato finanziamento alla struttura. Questo perché i sempre maggiori costi legati all'utilizzo dei farmaci innovativi e/o dei presidi sanitari, nonché l'acquisizione di tecnologie sempre più avanzate, non sono supportati da un adeguato riconoscimento ai fini del rimborso per DRG. In un sistema, quindi, di pagamento prospettico l'Azienda deve, da un lato, garantire i LEA e sostenere i rilevanti costi sociali legati alle terapie intensive e sub intensive e, dall'altro, rilanciare un'offerta sanitaria basata sulla elevata specialità per ridurre la mobilità passiva che, per una Provincia come quella di Benevento, è stata sempre molto elevata con evidenti costi anche a carico della Regione e della propria comunità.

Un ulteriore elemento di analisi riguarda la mobilità attiva che vede l'Azienda Rummo attestarsi sul 28.50% rispetto al 27.33% del 2010. Il dato comprende il 2.5% dei pazienti di provenienza da fuori regione e, per alcune branche specialistiche, è possibile rilevare delle eccellenze legate ad un tasso di mobilità attiva superiore al 50%, per i fuori provincia e fino al 9% per i fuori regione. La tabella, che segue, riepiloga il crescente trend di alcune unità di degenza :

Azienda ospedaliera	2010	2011	2012
Residenti Prov. Benevento	72.60	72.45	71.50
Residenti fuori Provincia e Regione	27.40	27.55	28.50

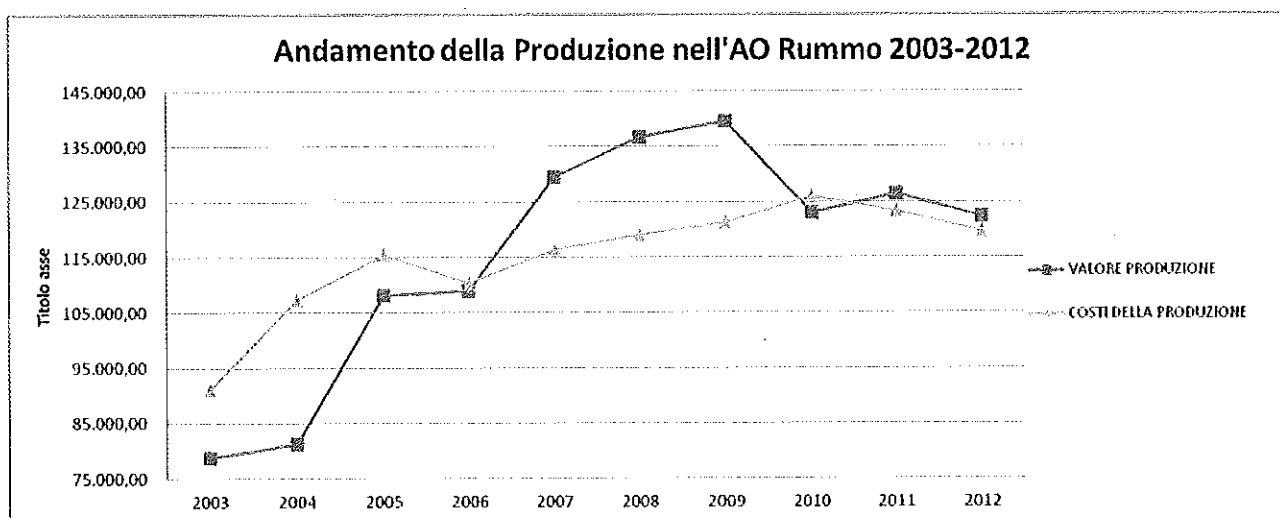
UNITA' DEGENZA	Fuori PROVINCIA		Fuori REGIONE	
	2010	2012		
CHIRURGIA GENERALE	22.86			4.87
NEUROCHIRURGIA	47.00			4.30
TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	43.16			9.76
OTORINOLARINGOIATRIA	51.20			4.16
CHIRURGIA MAXILLOFACCIALE	56.99			2.16
CHIRURGIA VASCOLARE	45.34			2.10
REUMATOLOGIA	42.24			1.97
FISIOPATOLOGIA RIPRODUZIONE	59.77			7.24
GENETICA MEDICA	60.94			5.61

maggiore appropriatezza delle prestazioni se, da un lato, sono diminuiti i ricoveri day hospital e day surgery, dall'altro una quota degli accessi ambulatoriali, DS sono stati trattati in regime ambulatoriale. Ne consegue, per l'ultimo triennio, un sostanziale mantenimento delle prestazioni e, quindi, degli accessi. Più evidente, in questo caso, la mobilità attiva intraregionale

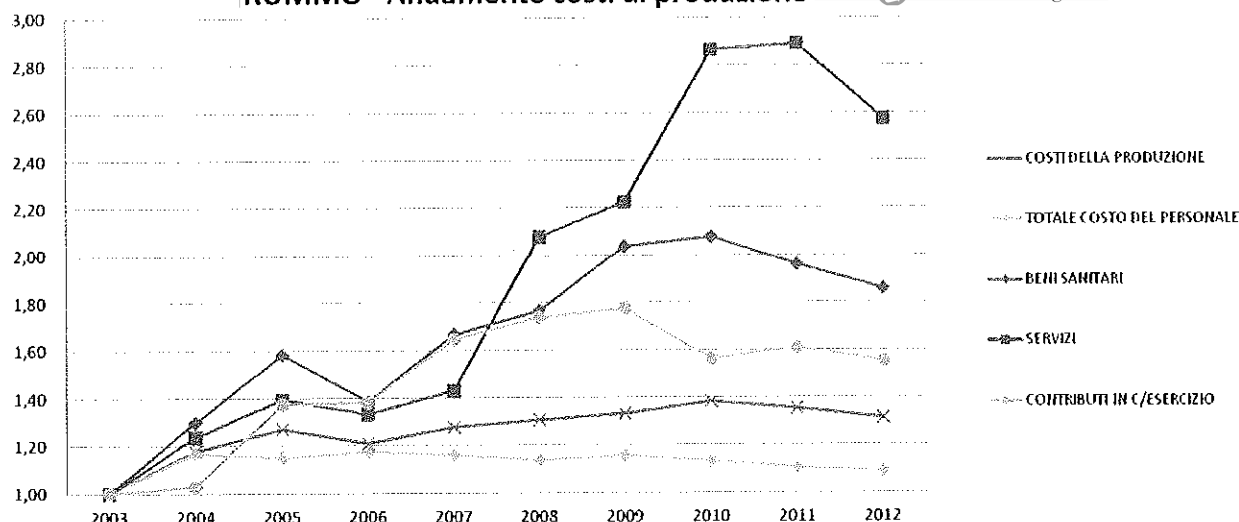
Azienda ospedaliera	2010	2011	2012
Residenti Prov. Benevento	66.09		64.92
Residenti fuori Provincia e Regione	33.91		35.08

Dati economici e di attività :

L'andamento dell'ultimo decennio, relativo al rapporto tra valore ed i costi di produzione, indica una prima fase (dal 2003 al 2006) in cui i costi sono stati nettamente superiori al valore della produzione; una seconda fase (tra il 2006 ed il 2010) in cui il rapporto tra i due valori si è invertito, fino al raggiungimento, nell'ultimo biennio, di un sostanziale equilibrio.



In particolare il progressivo aumento dei costi di produzione è da attribuire ai Servizi (aumento del 286% dal 2003 fino al 2010 e successiva riduzione del 10,5% nell'ultimo biennio); dei beni sanitari (del 108% fino al 2010 e riduzione del 10,1% nell'ultimo biennio) e del personale dipendente (del 13% fino al 2010 e riduzione del 4% nel successivo biennio). L'inversione del trend, dovuto al contenimento dei costi, non ha inficiato la qualità delle prestazioni il cui peso è aumentato nel periodo 2011-2013.



In termini di remuneratività l'analisi dei dati di attività dell'Azienda, basata sulla media degli ultimi 15 mesi (periodo di riferimento 1.1.2012 - 31.03.2013) mostra, per i ricoveri ordinari, un rimborso medio per DRG di € 3.609,70 rispetto ad un costante utilizzo di 323 posti letto; tuttavia il nuovo assetto organizzativo della struttura ospedaliera evidenzia la necessità di dotare l'Azienda di n. 390 posti letto ordinari e ciò comporta una previsione di una maggiore remuneratività stimata in + € 9.125.000 pari ad un totale di € 68.250.000.

Per i ricoveri di DH/DS, considerato che il rimborso medio per accesso è di € 384,45 su un utilizzo costante di 65 posti letto, si prevede un incremento di questi ultimi ad 80 posti letto con una previsione di incremento pari a circa 1.815.000 che corrisponde ad un totale di remuneratività di € 14.416.000. Da considerare, infine, il rimborso su base annua, di oltre 6.200.000 derivante dalle prestazioni ambulatoriali.

In sintesi con l'attuazione del nuovo Piano Aziendale è prevista una "produzione" stimabile nella misura di circa € 90.000.000 a cui si aggiungono le entrate proprie per la valorizzazione completa dell'attività sanitaria.

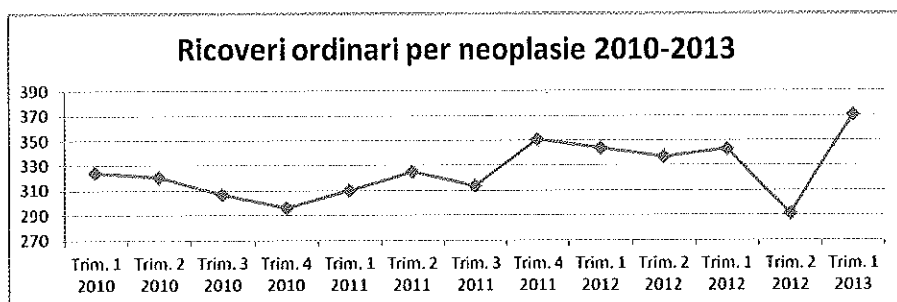
La "mission" aziendale

Ai sensi dell'art. 3 dell'Atto Aziendale, la mission dell'Azienda Ospedaliera Rummo di Benevento è quella di garantire la tutela della salute dei cittadini fornendo, nell'ambito dei principi di equità ed appropriatezza, prestazioni ospedaliere di alta specialità rispondenti ai bisogni di salute del territorio sulla base della programmazione regionale e secondo un processo di corretta competizione con le altre aziende e strutture sanitarie presenti sul territorio della Provincia di Benevento.

La "vision" aziendale

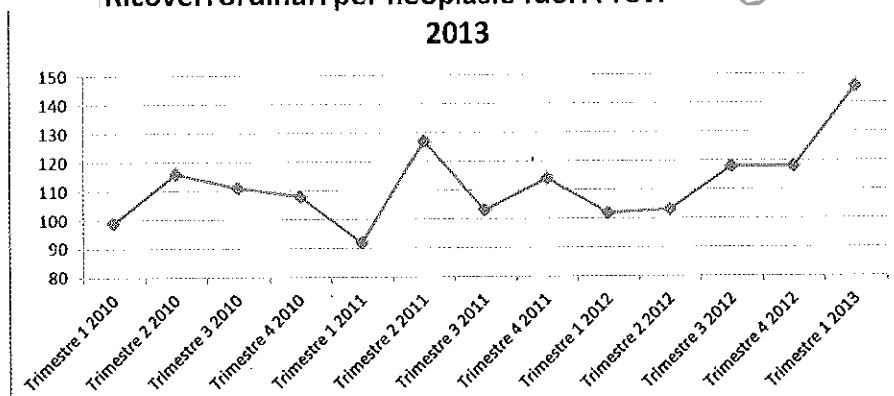
La vision non può prescindere dai principi contenuti nella mission aziendale che pone, come obiettivo qualificante, l'implementazione, attraverso l'Atto Aziendale, di un nuovo assetto organizzativo teso ad elevare ulteriormente il livello di specializzazione della struttura ospedaliera attraverso il potenziamento di alcune branche specialistiche quali le **chirurgie**, la **riabilitazione**, l'**oncologia** ed il **toraco-cardio-vascolare**. L'obiettivo finale consiste, pertanto, nella riduzione ulteriore delle prestazioni e dei ricoveri inappropriati; nella riduzione di quelle attività sanitarie che, oggi, sono "ridondanti" in ambito territoriale, nel senso che sono svolte da più strutture ospedaliere sia pubbliche che private; nella riduzione del tasso di mobilità passiva, non di confine, ma per patologie complesse soprattutto chirurgiche, nel potenziamento della mobilità attiva, in particolare, da fuori regione ed, infine, nell'implementazione di percorsi clinico-assistenziali qualificati nell'ottica della completezza e della sicurezza delle cure.

In particolare, attraverso il **dipartimento di oncologia**, si intende attivare un percorso diagnostico - terapeutico che si prenda cura del paziente oncologico dal momento in cui viene formulata la diagnosi, alla successiva terapia chirurgica e/o farmacologica e/o radioterapici per concludere l'iter con il follow up ospedaliero o attraverso il sistema delle cure domiciliari. I dati di attività mostrano un costante trend di crescita delle neoplasie e tanto si evince anche dai dati di attività ospedaliere riferiti ai ricoveri ordinari.



n. 29 del 9 Maggio 2016
Ricoveri ordinari per neoplasie fuori Provi
2013

PARTE I Atti della Regione

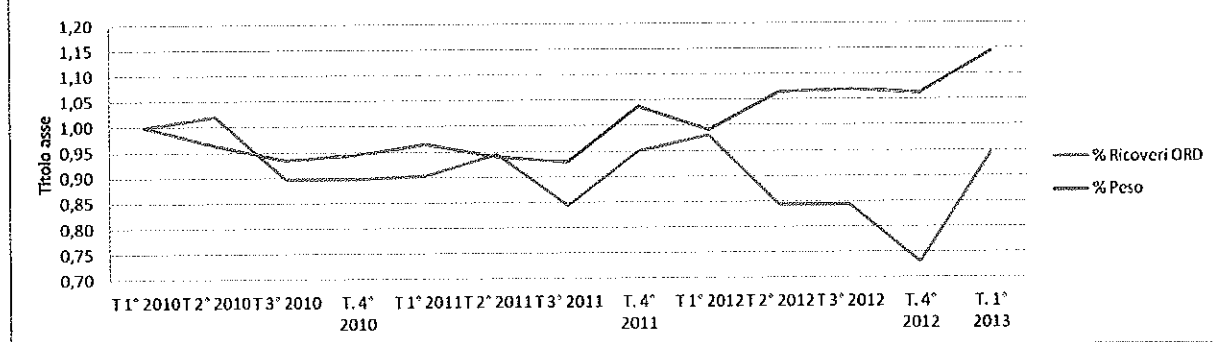


Rapporto ricoveri per neoplasie in mobilità attiva
1.1.2010 - 31.03.2013



Per quanto riguarda il **dipartimento toraco-cardio-vascolare**, si intendono condividere, in ambito dipartimentale, le risorse strutturali, strumentali ed umane per qualificare ulteriormente la diagnosi e cura delle patologie dell'apparato cardio-respiratorio e cardio-circolatorio attraverso un incremento della complessità dei casi trattati; il tutto nell'ottica di un potenziamento delle terapie sub intensive, delle procedure interventistiche cardiologiche e vascolari e dell'attività chirurgica vascolare.

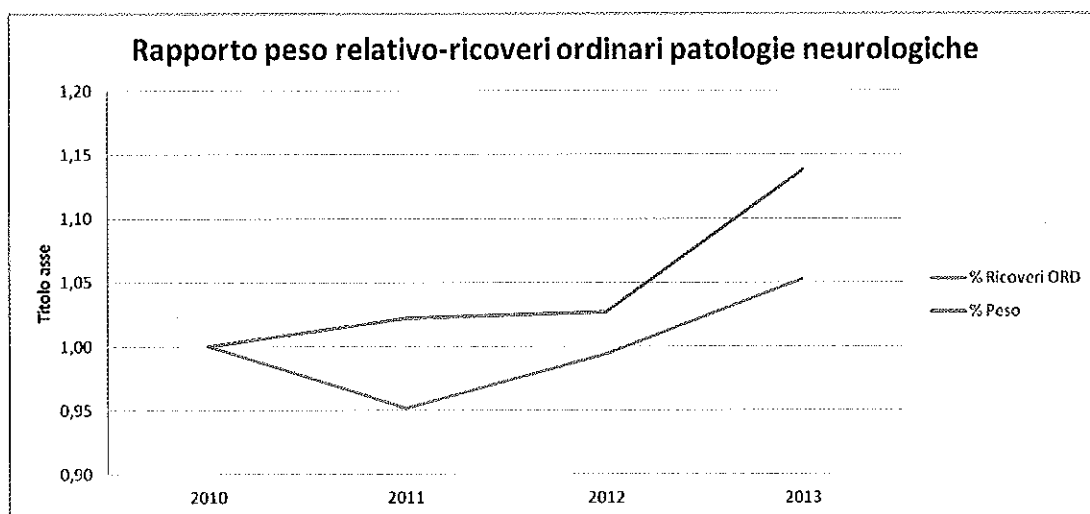
Rapporto peso relativo - ricoveri patologie
cardio-vascolari



Ospedaliera. Già dotato di tecnologie sanitarie di avanguardia, dalle terapie intensive, alle sale operatorie, ai servizi sanitari di supporto, ha consolidato in questi anni un percorso assistenziale dedicato esclusivamente al paziente neurologico con costante incremento della complessità dei casi trattati (da 2,08 del 2010 a 2,19 del 1° trimestre 2013), dei DRG Chirurgici (+ 22%) e dei ricoveri a favore di pazienti provenienti da altre province e regioni con tasso di mobilità attiva costantemente al di sopra del 50%.

I dati di attività evidenziano la necessità di incrementare il numero di posti letto ordinari di neurochirurgia (da 16 posti letto a 25) in funzione della riduzione degli attuali tempi di attesa e di una maggior funzionalità delle sale operatorie; da qui il contestuale incremento di n. 2 posti letto per la neuro rianimazione. Certamente potenziamento del personale medico ed infermieristico comporterà un parziale incremento di spesa; tuttavia, è prevedibile un netto incremento della remuneratività per DRG dei ricoveri ordinari soprattutto in considerazione della elevata mobilità attiva. I dati del primo trimestre del 2013 hanno mostrato un rimborso medio, per DRG, di € 6.033,00 con una degenza media inferiore a 10 giorni. Ne consegue un potenziale incremento di circa 357 ricoveri ordinari/anno, ovvero un incremento annuo della remuneratività di circa 1,8 milioni di euro.

Occorre, inoltre, completare il percorso assistenziale del paziente attraverso la delicata fase delle post acuzie; fase questa di fondamentale importanza per garantire al paziente la continuità e la tempestività delle cure riabilitative anche per poter ridurre gli inevitabili costi sanitari e sociali di cui, oggi, si fa carico il territorio. Da qui la necessità di attivare n. 10 posti letto di rieducazione funzionale a completamento del percorso già attivo in ambito aziendale.

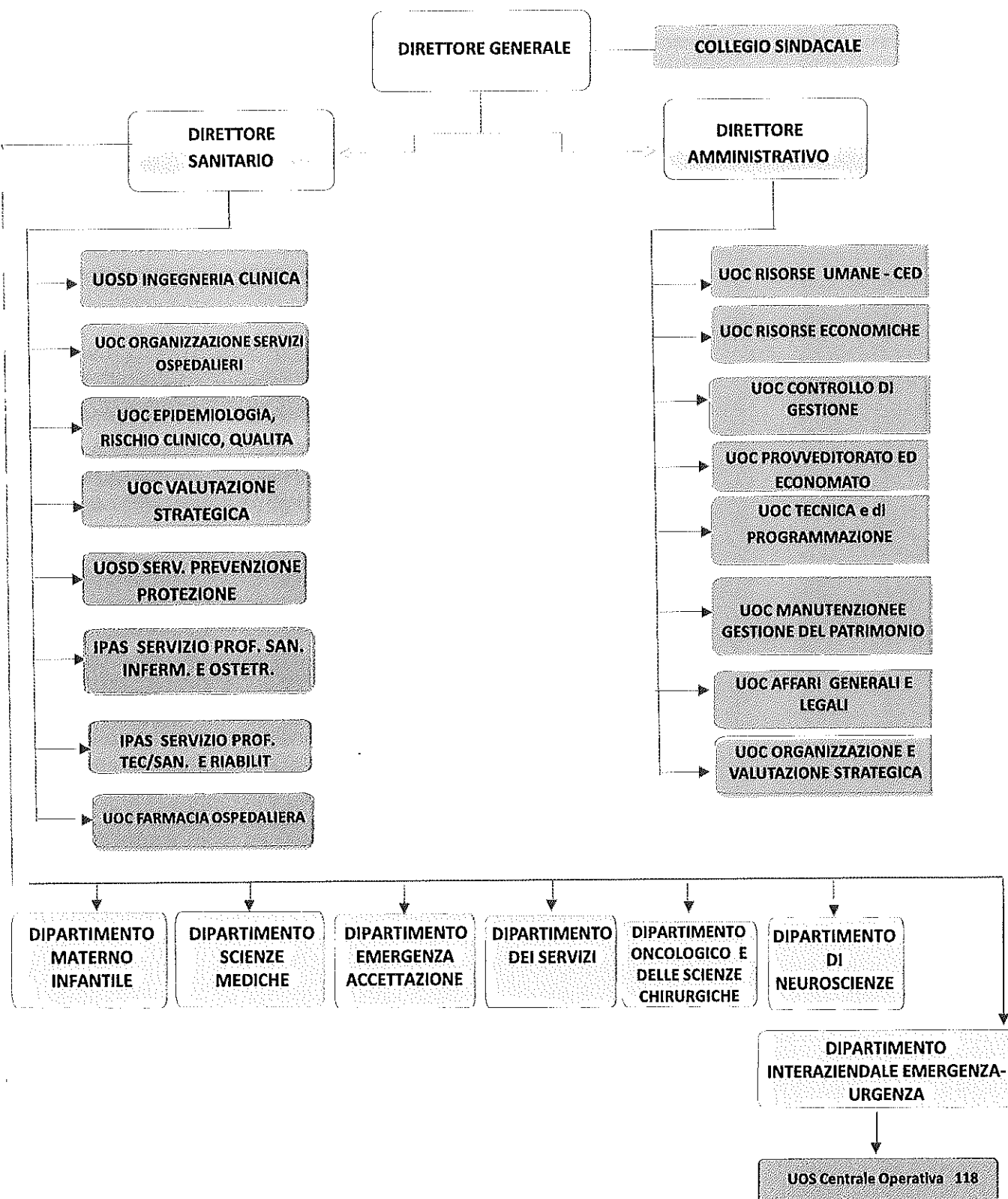


Funzionigramma aziendale :

BOLLETTINO UFFICIALE
della REGIONE CAMPANIA

n. 29 del 9 Maggio 2016

PARTE I  Atti della Regione



Articolazione delle strutture sanitarie ed amministrative :

STAFF DIREZIONE SANITARIA	PADIGLIONE	PIANO
UOSD Ingegneria Clinica e HTA IPAS Sistema Informativo Aziendale	AMMINIST.	1°
IPAS Servizi Professioni Sanitarie Infermieristiche ed Ostetriche	RUMMO	Terra
IPAS Professioni Sanitarie Tecnico-Sanitarie e della Riabilitazione	RUMMO	Terra
UOSD Servizio Prevenzione e Protezione	AMMINIST.	1°
UOC ORGANIZZAZIONE SERVIZI OSPEDALIERI UOS Igiene e Dietetica IPAS Medicina Legale IPAS Infezioni Ospedaliere UOS Preospedalizzazione	RUMMO	1° Terra
UOC EPIDEMIOLOGIA CLINICA, GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO E CONTROLLO QUALITA' UOS Medicina del Lavoro IPAS Esperto Qualificato UOS SDO-DRG ed Appropriatezza IPAS Coordinamento GOIP e rapporti con l'Università IPAS Poliambulatori Centralizzati, CUPT e Libera professione	RUMMO	Primo
UOC FARMACIA OSPEDALIERA IPAS Galenica	S. TERESA	Interrato

STAFF DIREZIONE AMMINISTRATIVA	PADIGLIONE	PIANO
UOC RISORSE ECONOMICHE UOS Procedure Fiscali e Tributarie UOS Contabilità generale economico-finanziaria	AMMINISTR.	1°
UOC ORGANIZZAZIONE E VALUTAZIONE STRATEGICA UOS Comunicazione Aziendale UOS Controllo di Gestione	AMMINISTR.	1°
UOC RISORSE UMANE UOS Trattamento giuridico e concorsi UOS Trattamento economico UOS CED	AMMINISTR.	4°
UOC PROVVEDITORATO ED ECONOMATO UOS Provveditorato	AMMINISTR.	3°
UOC TECNICA e di PROGRAMMAZIONE	AMMINISTR.	2°
UOC MANUTENZIONE E GESTIONE DEL PATRIMONIO UOS Gestione Fonti Energetiche	AMMINISTR.	2°
UOC AFFARI GENERALI e LEGALI UOS Affari Legali	AMMINISTR.	2°
UOC UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO	AMMINISTR.	

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA E ACCETTAZIONE					
STRUTTURE	POSTI LETTO			PADIGLIONE	
	ORD.	DH	DS		
UOC CARDIOLOGIA UTIC con Emodinamica Interventistica	30	2		MOSCATI	4°
UOS Ecografia Cardiovascolare					
UOC CHIRURGIA VASCOLARE	12		2	MOSCATI	3°
UOS Diagnostica vascolare non invasiva					
UOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE	12			MOSCATI	Terra
UOS Rianimazione					
UOC MEDICINA D'URGENZA	20			MOSCATI	1°
UOC CHIRURGIA D'URGENZA	18			MOSCATI	1°
UOS Urgenze Toraciche					
UOC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	25		5	MOSCATI	2°
UOSD CHIRURGIA E MICROCHIRURGIA DELLA MANO				MOSCATI	2°
UOC CH. MAXILLO-FACCIALE e ODONTOSTOMATOLOGIA	8		2	MOSCATI	3°
TOTALI	125	2	9		

DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACC...

UOC Cardiologia UTIC con Emodinamica Interventistica

Reparto di Degenza	Sala Operatoria	Ambulatori
PADIGLIONE MOSCATI - 4° PIANO	Padiglione MOSCATI - 4° PIANO	Padiglione G. RUMMO 1° Piano

ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO

N. 2 unità mediche di guardia h24 e n. 1 unità medica in Pronta Disponibilità notturna e festiva

DOTAZIONE		AMBULATORI	TECNOLOGIE che qualificano l'attività clinica
Direttore Unità Complessa	1	Ambulatorio di follow up	Angiografo fisso per studi angiografici e cardiologi CND Z11030102
Respons. Struttura Semplice	1	Ergometria	Angiografo mobile per angioplastica e caterizzazione CND Z11030101
Incarico Prof. Alta Specialità	2	Ecografia ed ecocolordoppler	2 Ecocardiografi CND Z11040102
Incarico Professionale	12	Ecografia pediatrica	Sistemi per l'analisi per l'analisi da sforzo CND Z12050101
Coordinatore Infermieristico	1	Controllo pace maker ed elettrofisiologia	
		CENTRI PRESCRITTORI	

Posti Letto		Ricoveri Ordinari			Peso DRG			Accessi DH/DS			Prestazioni Ambulatoriali		
ORDIN.	DH/DSA	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013
30	2	1.180	1.160	1.187	1,43	1,51	1,61	1.430	1.762	939	6.787	6.662	6.844

RICOVERI ORDINARI : PRIMI 5 DRG 2011-2013

	Peso Medio	Nr casi
127 - Insufficienza cardiaca e shock	1,03	889
124 - Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi complicata	1,20	550
122 - Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto senza complicanze maggiori, dimessi vivi	1,21	318
133 - Aterosclerosi senza CC	0,63	313
551 - Impianto di pacemaker cardiaco permanente con diagnosi cardiovascolare maggiore o di defibrillatore automatico (AICD) o	2,30	241

DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACC

UOC CHIRURGIA VASCOLARE

Reperto di Degenza	Sala Operatoria	Ambulatori	
PADIGLIONE MOSCATI - 3° PIANO	Padiglione MOSCATI - 3° PIANO	Padiglione G. RUMMO	1° Piano

ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO

N. 1 unità medica di guardia h24 e n. 2 unità medica in Pronta Disponibilità notturna e festiva

DOTAZIONE		AMBULATORI	TECNOLOGIE che qualificano l'attività clinica
Direttore Unità Complessa	1	Ambulatorio di chirurgia vascolare	Angiografo mobile per angioplastica e caterizzazione CND Z11030101
Respons. Struttura Semplice	1	Ecocolordoppler vascolare	2 Ecotomografo CND Z11040104
Incarico Prof. Alta Specialità	0		
Incarico Professionale	2		
Coordinatore Infermieristico	1		
		CENTRI PRESCRITTORI	

Posti Letto		Ricoveri Ordinari			Peso DRG			Accessi DH/DS			Prestazioni Ambulatoriali		
ORDIN.	DH/DSA	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013
12	2	322	238	337	1,73	1,77	1,69	1.087	639	715	3.668	3.752	3.664

RICOVERI ORDINARI: PRIMI 5 DRG 2011-2013

	Peso Medio	Nr casi
119 - Legatura e stripping di vene	0,73	402
131 - Malattie vascolari periferiche senza CC	0,60	365
130 - Malattie vascolari periferiche con CC	1,01	275
015 - Malattie cerebrovascolari acute aspecifiche e occlusione precerebrale senza infarto	0,90	183
534 - Interventi vascolari extracranici senza CC	1,20	113

UOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE

Reparto di Degenza	Sala Operatoria	Ambulatori	
PADIGLIONE MOSCATI - PIANO TERRA		Padiglione MOSCATI	P. Terra

ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO

Sono garantiti n. 3 anestesisti h24 con Pronta Disponibilità Integrativa notturna e festiva

DOTAZIONE		AMBULATORI	TECNOLOGIE che qualificano l'attività clinica
Direttore Unità Complessa	1	Templa Iperbarica	In aggiornamento
Respons. Struttura Semplice	1		
Incarico Prof. Alta Specialità	2		
Incarico Professionale	13		
Coordinatore Infermieristico	1		
		CENTRI PRESCRITTORI	

Posti Letto		Ricoveri Ordinari			Peso DRG			Accessi DH/DS			Prestazioni Ambulatoriali		
ORDIN.	DH/DSA	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013
12	-	79	79	77	5,57	4,91	4,81	-	-	-	8.029	8.095	7.875

RICOVERI ORDINARI: PRIMI 5 DRG 2011-2013

	Peso Medio	Nr casi
542 - Tracheostomia con ventilazione meccanica = 96 ore o diagnosi principale non relativa a faccia, bocca e collo senza intervento	8,54	40
541 - Ossigenazione extracorporea a membrane o tracheostomia con ventilazione meccanica = 96 ore o diagnosi principale non re	12,43	30
566 - Diagnosi relative all'apparato respiratorio con respirazione assistita < 96 ore	2,11	27
565 - Diagnosi relative all'apparato respiratorio con respirazione assistita = 96 ore	4,04	25
578 - Malattie infettive e parassitarie con intervento chirurgico	4,40	10

UOC MEDICINA DI URGENZA

Reparto di Degenza	Sala Operatoria	Ambulatori
PADIGLIONE MOSCATI - 1° PIANO		

ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO

E' garantita una turnazione h24 con Pronta Disponibilità Integrativa

DOTAZIONE		AMBULATORI	TECNOLOGIE che qualificano l'attività clinica
Direttore Unità Complessa	1		In aggiornamento
Respons. Struttura Semplice	0		
Incarico Prof. Alta Specialità	2		
Incarico Professionale	10		
Coordinatore Infermieristico	1		
		CENTRI PRESCRITTORI	

Posti Letto		Ricoveri Ordinari			Peso DRG			Accessi DH/DS			Prestazioni Ambulatoriali		
ORDIN.	DH/DSA	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013
20	-	1.122	1.064	1.055	1,06	1,26	1,17	-	-	-	-	-	-

RICOVERI ORDINARI: PRIMI 5 DRG 2011-2013

	Peso Medio	Nr casi
127 - Insufficienza cardiaca e shock	1,03	624
087 - Edema polmonare e insufficienza respiratoria	1,22	483
015 - Malattie cerebrovascolari acute aspecifiche e occlusione precerebrale senza infarto	0,90	238
014 - Emorragia intracranica o infarto cerebrale	1,26	161
016 - Malattie cerebrovascolari aspecifiche con CC	1,27	137

UOC CHIRURGIA DI URGENZA

Reparto di Degenza	Sala Operatoria	Ambulatori	
PADIGLIONE MOSCATI - 1° PIANO	Padiglione MOSCATI - 1° PIANO	Padiglione MOSCATI	1° Piano

ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO

N. 2 unità mediche di guardia h24 e n. 1 unità medica in Pronta Disponibilità notturna e festiva

DOTAZIONE		AMBULATORI	TECNOLOGIE che qualificano l'attività clinica
Direttore Unità Complessa	1	Ambulatorio di piccola chirurgia	Intensificatore di Immagine CND Z11039015
Respons. Struttura Semplice	1		Sistema per acquisizione e gestione di immagini endoscopiche e di chirurgia mini-invasiva CND
Incarico Prof. Alta Specialità	6		
Incarico Professionale	2		
Coordinatore Infermieristico	2		
		CENTRI PRESCRITTORI	

Posti Letto		Ricoveri Ordinari			Peso DRG			Accessi DH/DS			Prestazioni Ambulatoriali		
ORDIN.	DH/DSA	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013
15	-	767	793	732	1,22	1,24	1,17	103	80	46	357	356	347

RICOVERI ORDINARI: PRIMI 5 DRG 2011-2013

	Peso Medio	Nr casi
183 - Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	0,55	289
494 - Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	0,88	126
162 - Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	0,74	123
208 - Malattie delle vie biliari senza CC	0,67	110
189 - Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	0,52	104

UOC ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA E SALA OPERATORIA

Reparto di Degenza	Sala Operatoria	Ambulatori	
PADIGLIONE MOSCATI - 2° PIANO	Padiglione MOSCATI - 2° PIANO	Padiglione G. RUMMO	P. Terra

ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO

N. 2 unità mediche di guardia h24 e n. 1 unità medica in Pronta Disponibilità notturna e festiva

DOTAZIONE		AMBULATORI	TECNOLOGIE che qualificano l'attività clinica
Direttore Unità Complessa	1	Ambulatorio di ortopedia e traumatologia	Intensificatore di immagine CND Z11039015
Respons. Struttura Semplice	1	Ambulatorio della chirurgia della mano	Artroscopio CND Z12021101
Incarico Prof. Alta Specialità	1	Osteoporosi : profilassi e cura in ortotraumatologia	
Incarico Professionale	7		
Coordinatore Infermieristico	2		
		CENTRI PRESCRITTORI	

Posti Letto		Ricoveri Ordinari			Peso DRG			Accessi DH/DS			Prestazioni Ambulatoriali		
ORDIN.	DH/DSA	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013
25	5	1.169	1.041	1.054	1,20	1,22	1,24	2.530	2.735	2.775	7.942	7.463	5.588

RICOVERI ORDINARI: PRIMI 5 DRG 2011-2013

	Peso Medio	Nr casi
229 - Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	0,74	816
006 - Decompressione del tunnel carpale	0,74	556
256 - Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	0,62	509
248 - Tendinite, miosite e borsite	0,76	479
544 - Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	2,03	437

DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE

UOSD Chirurgia e Microchirurgia della mano

Reparto di Degenza	Sala Operatoria	Ambulatori	
PADIGLIONE MOSCATI - 2° PIANO	Padiglione MOSCATI - 2° PIANO	Padiglione G. RUMMO	2° Piano

ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO

DOTAZIONE		AMBULATORI		TECNOLOGIE che qualificano l'attività clinica
Direttore Unità Complessa	0	€	-	In aggiornamento
Respons. Struttura Semplice Dip.	1	€	-	-
Incarico Prof. Alta Specialità	0	€	-	-
Incarico Professionale	0	€	-	-
Coordinatore Infermieristico	0	€	-	-

UOC CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE E ODONTOSTOMATOLOGIA

Reparto di Degenza	Sala Operatoria	Ambulatori	
PADIGLIONE MOSCATI - 3° PIANO	Padiglione MOSCATI - 2° PIANO	Padiglione G. RUMMO	P. Terra

ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO

N. 2 unità mediche di guardia h12 e n. 1 unità medica in Pronta Disponibilità Sostitutiva notturna e festiva

DOTAZIONE		AMBULATORI	TECNOLOGIE che qualificano l'attività clinica
Direttore Unità Complessa	1	Ambulatorio di odontostomatologia	In agglomeramento
Respons. Struttura Semplice	0	Ambulatorio di maxillofacciale	
Incarico Prof. Alta Specialità	1	Piccola chirurgia ambulatoriale	
Incarico Professionale	5		
Coordinatore Infermieristico	1		
		CENTRI PRESCRITTORI	

Posti Letto		Ricoveri Ordinari			Peso DRG			Accessi DH/DS			Prestazioni Ambulatoriali		
ORDIN.	DH/DSA	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013
8	2	215	185	192	1,04	1,14	1,05	1.500	1.413	1.179	3.082	3.070	3.845

RICOVERI ORDINARI: PRIMI 5 DRG 2011-2013

	Peso Medio	Nr casi
169 - Interventi sulla bocca senza CC	0,90	688
168 - Interventi sulla bocca con CC	1,05	429
187 - Estrazioni e riparazioni dentali	0,53	231
185 - Malattie dei denti e del cavo orale, eccetto estrazione e riparazione, età > 17 anni	0,66	204
063 - Altri interventi su orecchio, naso, bocca e gola	1,46	78

DIPARTIMENTO DI SCIENZE MEDICHE					
STRUTTURE	POSTI LETTO			PADIGLIONE	PIANO
	ORD.	DH	DS		
UOC MEDICINA INTERNA	28+6	8+3		SANTA TERESA	4°
UOS Endocrinologia					
UOS Diabetologia e malattie metaboliche					
UOS Gastroenterologia	6				
UOC NEFROLOGIA E DIALISI	10			SAN PIO	Terra
UOC DERMATOLOGIA		4		SAN BARTOLOMEO	1°
UOSD MALATTIE INFETTIVE	14	2		SANTA TERESA	3°
UOSD REUMATOLOGIA				SANTA TERESA	4°
UOC PNEUMOLOGIA	13	1		SANTA TERESA	2°
UOS Broncologia ed Endoscopia Toracica					
UOSD DAY HOSPITAL MEDICO				RUMMO	1°
TOTALI	77	18			

UOC MEDICINA INTERNA

Reparto di Degenza	Sala Operatoria	Ambulatori
Padiglione SANTA TERESA - 4° PIANO		Padiglione G. RUMMO 4° Piano

ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO

E' garantita una turnazione h12 fienale con guardia interdipartimentale pomeridiana e notturna e Pronta Disponibilità Integrativa

DOTAZIONE		AMBULATORI	TECNOLOGIE che qualificano l'attività clinica
Direttore Unità Complessa	1	Diabetologia e impianto di microinfusori	In aggiornamento
Respons. Struttura Semplice	3	Endocrinologia	
Incarico Prof. Alta Specialità	2		
Incarico Professionale	5		
Coordinatore Infermieristico	1		
		CENTRI PRESCRITTORI	

Posti Letto		Ricoveri Ordinari			Peso DRG			Accessi DH/DS			Prestazioni Ambulatoriali		
ORDIN.	DH/DSA	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013
28 + 6	8	969	1.041	966	1,09	1,21	1,04	947	1.044	993	2.302	3.011	3.029

RICOVERI ORDINARI: PRIMI 5 DRG 2011-2013

	Peso Medio	Nr casi
127 - Insufficienza cardiaca e shock	1,03	341
316 - Insufficienza renale	1,15	224
395 - Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	0,85	186
014 - Emorragia intracranica o infarto cerebrale	1,26	177
524 - Ischemia cerebrale transitoria	0,77	174

UOS Gastroenterologia

Reparto di Degenza	Sala Operatoria	Ambulatori
Padiglione SANTA TERESA - 4° PIANO	Padiglione RUMMO - 1° PIANO	Padiglione G. RUMMO P. Terra

ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO

Il Servizio di Endoscopia è assegnato alla UOC di Chirurgia Generale ed Oncologica

E' garantita una turnazione h12 feriale con guardia interdipartimentale pomeridiana e notturna e Pronta Disponibilità Integrativa

DOTAZIONE		AMBULATORI	TECNOLOGIE che qualificano l'attività clinica
Direttore Unità Complessa	0		2 Sistemi per endoscopia e di chirurgia mini-invasiva CND Z1202
Respons. Struttura Semplice	1		Sistema per eco-endoscopia CND Z1202
Incarico Prof. Alta Specialità	2		
Incarico Professionale	0		
Coordinatore Infermieristico	0		
		CENTRI PRESCRITTORI	
		Centro malattia di Crohn	

Posti Letto		Ricoveri Ordinari			Peso DRG			Accessi DH/DS			Prestazioni Ambulatoriali		
ORDIN.	DH/DSA	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013
6	-	401	421	324	0,90	0,95	0,90	750	691	394	1.326	1.503	1.956

RICOVERI ORDINARI: PRIMI 5 DRG 2011-2013

	Peso Medio	Nr casi
183 - Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	0,55	369
189 - Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	0,52	335
174 - Emorragia gastrointestinale con CC	1,05	148
179 - Malattie infiammatorie dell'intestino	1,06	144
204 - Malattie del pancreas eccetto neoplasie maligne	1,05	121

DIPARTIMENTO SCIENZE MEDICHE													
UOC NEFROLOGIA E DIALISI													
Reparto di Degenza			Sala Operatoria					Ambulatori					
PADIGLIONE SAN PIO - PIANO TERRA			PADIGLIONE SAN PIO - PIANO TERRA					Padiglione SAN PIO			P. Terra		
ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO													
E' garantita una fumazione h12 feriale con guardia interdipartimentale pomeridiana e notturna e Pronta Disponibilità Integrativa													
DOTAZIONE			AMBULATORI					TECNOLOGIE che qualificano l'attività clinica					
Direttore Unità Complessa		1	Nefrologia					In aggiornamento					
Respons. Struttura Semplice		0	Glomerulopatie										
Incarico Prof. Alta Specialità		0											
Incarico Professionale		6											
Coordinatore Infermieristico		1											
			CENTRI PRESCRITTORI										
			Centro poletine per Insufficienza renale										
Posti Letto		Ricoveri Ordinari			Peso DRG			Accessi DH/DS			Prestazioni Ambulatoriali		
ORDIN.	DH/DSA	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013
10	-	273	210	198	1,30	1,32	1,40	94	54	68	16.574	15.716	17.292
RICOVERI ORDINARI : PRIMI 5 DRG 2011-2013												Peso Medio	Nr casi
316 - Insufficienza renale												1,15	421
315 - Altri interventi sul rene e sulle vie urinarie												2,01	157
332 - Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC												0,61	38
331 - Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni con CC												1,05	24
317 - Ricovero per dialisi renale												0,66	16

UOC DERMATOLOGIA

Reparto di Degenza	Sala Operatoria	Ambulatori	
Padiglione RUMMO - 1° PIANO	Padiglione RUMMO - 1° PIANO	Padiglione G. RUMMO	1° Piano

ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO

E' garantita una turnazione h12 feriale

Per la piccola chirurgia dermatologica l'attività sarà erogata presso la sala operatoria del Padiglione Rummo

DOTAZIONE		AMBULATORI	TECNOLOGIE che qualificano l'attività clinica
Direttore Unità Complessa	1	Visita Specialistica dermatologica	In aggiornamento
Respons. Struttura Semplice	0	Piccola chirurgia ambulatoriale (DTC e crioterapia)	
Incarico Prof. Alta Specialità	1	Epiluminescenza	
Incarico Professionale	1		
Coordinatore Infermieristico	0		
		CENTRI PRESCRITTORI	
		Centro artrite reumatoide	
		Centro psoriasi	

Posti Letto		Ricoveri Ordinari			Peso DRG			Accessi DH/DS			Prestazioni Ambulatoriali		
ORDIN.	DH/DSA	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013
-	4	15	3	1	0,57	0,59	0,79	645	605	729	11.247	10.935	11.850

RICOVERI ORDINARI: PRIMI 5 DRG 2011-2013

	Peso Medio	N° casi
266 - Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	0,94	878
467 - Altri fattori che influenzano lo stato di salute	0,25	302
270 - Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	0,76	120
265 - Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite con CC	1,29	35
273 - Malattie maggiori della pelle senza CC	0,59	13

UOSD Malattie Infettive

Reparto di Degenza	Sala Operatoria	Ambulatori	
Padiglione SANTA TERESA - 2° PIANO		Padiglione SANTA TERESA	3° Piano

ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO

E' garantita una turnazione h12 feriale con guardia interdipartimentale pomeridiana e notturna e Pronta Disponibilità Integrativa

DOTAZIONE		AMBULATORI	TECNOLOGIE che qualificano l'attività clinica
Direttore Unità Complessa	0	Visite specialistiche	Ecografo con elastosonografia CND Z11040104
Respons. Struttura Semplice	0	Ecografia addominale	Ecografo multidisciplinare Z11040104
Incarico Prof. Alta Specialità	1	Ecografia Ecogui data	Laser chirurgico CND Z120110
Incarico Professionale	2		
Coordinatore Infermieristico	1		
		CENTRI PRESCRITTORI	
		Centro sieroprofilassi HIV	
		Centro sieroprofilassi antiepatite	

Posti Letto		Ricoveri Ordinari			Peso DRG			Accessi DH/DS			Prestazioni Ambulatoriali		
ORDIN.	DH/DSA	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013
14	2	500	542	534	1,23	1,32	1,22	1.115	1.085	780	3.191	3.189	3.200

RICOVERI ORDINARI: PRIMI 5 DRG 2011-2013

	Peso Medio	Nr casi
202 - Cirrosi e epatite alcolica	1,29	924
490 - H.I.V. associato o non ad altre patologie correlate	1,20	386
203 - Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas	1,28	304
206 - Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica senza CC	0,82	214
205 - Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica con CC	1,16	105

UOSD Reumatologia

Reparto di Degenza	Sala Operatoria	Ambulatori	
Padiglione SANTA TERESA - 4° PIANO		Padiglione G. RUMMO	P. Terra

ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO

E' garantita una turnazione h12 feriale con guardia interdipartimentale pomeridiana e notturna e Pronta Disponibilità Sostitutiva

DOTAZIONE		AMBULATORI	TECNOLOGIE che qualificano l'attività clinica
Direttore Unità Complessa	0	MOC DEXA	Sistema per densimetria ossea CND Z119001
Respons. Struttura Semplice	0	Videocapillaroscopia	
Incarico Prof. Alta Specialità	1		
Incarico Professionale	3		
Coordinatore Infermieristico	1		
		CENTRI PRESCRITTORI	
		Centro artrite reumatoide	

Posti Letto		Ricoveri Ordinari			Peso DRG			Accessi DH/DS			Prestazioni Ambulatoriali		
ORDIN.	DH/DSA	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013
		330	356	338	1,09	1,04	1,02	66	87	210	3.849	3.943	2.994

RICOVERI ORDINARI: PRIMI 5 DRG 2011-2013

	Peso Medio	Nr casi
240 - Malattie del tessuto connettivo con CC	1,30	511
241 - Malattie del tessuto connettivo senza CC	0,81	337
245 - Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza CC	0,56	38
247 - Segni e sintomi relativi al sistema muscolo-scheletrico e al tessuto connettivo	0,54	29
244 - Malattie dell'osso e artropatie specifiche con CC	0,84	26

UOC PNEUMOLOGIA

Reparto di Degenza	Sala Operatoria	Ambulatori	
PADIGLIONE MOSCATI - 2° PIANO		Padiglione MOSCATI	3° Piano

ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO

E' garantita una tumazione h12 feriale con guardia interdipartimentale pomeridiana e notturna e Pronta Disponibilità Sostitutiva

DOTAZIONE		AMBULATORI	TECNOLOGIE che qualificano l'attività clinica
Direttore Unità Complessa	1	Ambulatorio di pneumologia	Sistema per endoscopia pneumologica CND Z120208
Respons. Struttura Semplice	1	Spirometria semplice e globale	Spirometro ad uso clinico/diagnostico CND Z12150101
Incarico Prof. Alta Specialità	1	Test del cammino	
Incarico Professionale	1	Prove allergiche	
Coordinatore Infermieristico	1	BPCO ed insufficienza respiratoria	
		CENTRI PRESCRITTORI	
		Centro Ipertensione polmonare	

Posti Letto		Ricoveri Ordinari			Peso DRG			Accessi DH/DS			Prestazioni Ambulatoriali		
ORDIN.	DH/DSA	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013
13	1	546	481	405	1,33	1,43	1,50	25	4	-	2.807	2.875	1.733

RICOVERI ORDINARI: PRIMI 5 DRG 2011-2013

	Peso Medio	Nr casi
087 - Edema polmonare e insufficienza respiratoria	1,22	381
082 - Neoplasie dell'apparato respiratorio	1,32	227
088 - Malattia polmonare cronica ostruttiva	0,82	125
089 - Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	1,14	107
079 - Infezioni e infiammazioni respiratorie, età > 17 anni con CC	1,75	76

DIPARTIMENTO SCIENZE MEDICHE

UOSD Day Hospital Medico

Reparto di Degenza	Sala Operatoria	Ambulatori
Padiglione RUMMO - 1° PIANO		0

ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO

DOTAZIONE		AMBULATORI	TECNOLOGIE che qualificano l'attività clinica
Direttore Unità Complessa	0		In aggiornamento
Respons. Struttura Semplice Dip.	1		
Incarico Prof. Alta Specialità	0		
Incarico Professionale	0		
Coordinatore Infermieristico	0		

DIPARTIMENTO ONCOLOGICO E DELLE SCIENZE CHIRURGICHE

STRUTTURE	POSTI LETTO			PADIGLIONE	
	ORD.	DH			
UOC ONCOLOGIA MEDICA	12	8		SANTA TERESA	1°
UOSD TERAPIA ANTALGICA E CURE PALLIATIVE				RUMMO	1°
UOC CHIRURGIA GENERALE E ONCOLOGICA	22		4	SAN PIO	1°
UOS Endoscopia					
UOSD TERAPIA SUBINTENSIVA PERI-OPERATORIA				SAN PIO	1°
UOSD DIAGNOSTICA e CHIRURGIA LAPAROSCOPICA				SAN PIO	1°
UOSD SENOLOGIA				SANTA TERESA	2°
UOC RADIOTERAPIA				SANTA TERESA	Terra
UOS Radiochirurgia e Radioterapia Stereotassica					
UOC OTORINOLARINGOIATRIA	10		3	SANTA TERESA	4°
UOS Chirurgia oncologia testa e collo					
UOSD AUDIOLOGIA E FONOLOGIA				SAN PIO	2°
UOC OCULISTICA	4		6	SANTA TERESA	2°
UOC UROLOGIA	13		2	SANTA TERESA	5°
TOTALE	61	8	15		

UOC ONCOLOGIA MEDICA

Reparto di Degenza	Sala Operatoria	Ambulatori
Padiglione SANTA TERESA - 1° PIANO		Padiglione SANTA TERESA 1° Piano

ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO

E' garantita una turnazione h12 feriale con guardia interdipartimentale pomeridiana e notturna e Pronto Disponibilità Integrativa

DOTAZIONE		AMBULATORI	TECNOLOGIE che qualificano l'attività clinica
Direttore Unità Complessa	1	Ambulatorio di oncologia	In aggiornamento
Respons. Struttura Semplice	0		
Incarico Prof. Alta Specialità	0		
Incarico Professionale	3		
Coordinatore Infermieristico	1		
		CENTRI PRESCRITTORI	
		Centro terapia domiciliare pazienti oncologici	

Posti Letto		Ricoveri Ordinari			Peso DRG			Accessi DH/DS			Prestazioni Ambulatoriali		
ORDIN.	DH/DSA	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013
12	8	591	590	636	1,09	1,15	1,14	4.402	4.034	4.675	1.944	2.006	1.973

RICOVERI ORDINARI: PRIMI 5 DRG 2011-2013

	Peso Medio	Nr casi
410 - Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	0,73	2.015
203 - Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas	1,28	245
082 - Neoplasie dell'apparato respiratorio	1,32	149
239 - Fratture patologiche e neoplasie maligne del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	1,07	130
403 - Linfoma e leucemia non acuta con CC	1,85	84

UOSD Terapia antalgica e cure palliative

Reparto di Degenza			Sala Operatoria			Ambulatori							
Padiglione RUMMO - 1° PIANO			Padiglione RUMMO - 1° PIANO			Padiglione G. RUMMO		1° Piano					
								-					
ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO													
DOTAZIONE			AMBULATORI			TECNOLOGIE che qualificano l'attività clinica							
Direttore Unità Complessa	0		Ambulatorio di Terapia del Dolore			In aggiornamento							
Respons. Struttura Semplice	1												
Incarico Prof. Alta Specialità	0												
Incarico Professionale	0												
Coordinatore Infermieristico	0												
			CENTRI PRESCRITTORI										
Posti Letto		Ricoveri Ordinari			Peso DRG			Accessi DH/DS			Prestazioni Ambulatoriali		
ORDIN.	DH/DSA	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013
-	-							317	609	585	39	107	98
RICOVERI ORDINARI: PRIMI 5 DRG 2011-2013												Peso Medio	Nr casi
463 - Segni e sintomi con CC												0,80	76
464 - Segni e sintomi senza CC												0,50	72
243 - Affezioni mediche del dorso												0,68	62
172 - Neoplasie maligne dell'apparato digerente con CC												1,49	27
403 - Linfoma e leucemia non acuta con CC												1,85	22

UOC CHIRURGIA GENERALE E ONCOLOGICA

Reparto di Degenza	Sala Operatoria	Ambulatori
Padiglione SAN PIO - 1° PIANO	Padiglione SAN PIO - 1° PIANO	Padiglione SAN PIO 1° Piano

ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO

Il responsabile della SSD terapia subintensiva perioperatoria è assegnato alla PO della rianimazione e si avvale di 4 anestesisti e rianimatori

Del 25 posti letto ordinari, n.4 sono di terapia subintensiva perioperatoria, n.2 pl di chirurgia laparoscopica e n.2 della Senologia

Presso la Chirurgia Generale ed Oncologica è operativo il servizio di endoscopia formato da 1 responsabile di SS e n. 4 dirigenti medici

E' assicurata l'assistenza medica h 24 con Pronto Disponibilità Integrativa della guardia notturna e festiva

DOTAZIONE		AMBULATORI	TECNOLOGIE che qualificano l'attività clinica
Direttore Unità Complessa	1	Ambulatorio di chirurgia vascolare	Sistema per endoscopia e di chirurgia mini invasiva CND Z1202
Respons. Struttura Semplice	1	Chirurgia Toracica	
Incarico Prof. Alta Specialità	2	Chirurgia Addominale	
Incarico Professionale	4	Piccola chirurgia ambulatoriale	
Coordinatore Infermieristico	2	Endoscopia digestiva	
		CENTRI PRESCRITTORI	

Posti Letto		Ricoveri Ordinari			Peso DRG			Accessi DH/DS			Prestazioni Ambulatoriali		
ORDIN	DH/DSA	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013
25	4	394	349	476	1,06	1,48	1,66	992	1.018	839	1.048	979	1.024

RICOVERI ORDINARI: PRIMI 5 DRG 2011-2013

	Peso Medio	Nr casi
183 - Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	0,55	365
189 - Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	0,52	295
162 - Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	0,74	163
494 - Colectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	0,88	133
173 - Neoplasie maligne dell'apparato digerente senza CC	0,89	98

DIPARTIMENTO ONCOLOGICO e delle SCIENZE CHIRURGICHE**UOSD Diagnostica e Chirurgia Laparoscopica**

Reparto di Degenza	Sala Operatoria	Ambulatori	
Padiglione SAN PIO - 1° PIANO	Padiglione SAN PIO - 1° PIANO	Padiglione SAN PIO	1° Piano

ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO

DOTAZIONE		AMBULATORI		TECNOLOGIE che qualificano l'attività clinica
Direttore Unità Complessa	0	€	-	#N/D
Respons. Struttura Semplice Dip.	1	€	-	#N/D
Incarico Prof. Alta Specialità	0	€	-	#N/D
Incarico Professionale	0	€	-	#N/D
Coordinatore Infermieristico	0	€	-	#N/D

UOSD Senologia

Reparto di Degenza	Sala Operatoria	Ambulatori	
Padiglione RUMMO - 1° PIANO	Padiglione RUMMO - 1° PIANO	Padiglione G. RUMMO	6° Piano
			-

ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO

DOTAZIONE		AMBULATORI	TECNOLOGIE che qualificano l'attività clinica
Direttore Unità Complessa	0	Ambulatorio di senologia	Sistema stereotassi mammarica CND Z119011
Respons. Struttura Semplice	1		Mammografo digitale CND Z11030202
Incarico Prof. Alta Specialità	0		
Incarico Professionale	3		
Coordinatore Infermieristico	0		
		CENTRI PRESCRITTORI	

Posti Letto		Ricoveri Ordinari			Peso DRG			Accessi DH/DS			Prestazioni Ambulatoriali		
ORDIN.	DH/DSA	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013
-	-	33	44	51	1,31	1,20	1,33	1.474	1.288	1.424	3.486	3.497	3.783

RICOVERI ORDINARI: PRIMI 5 DRG 2011-2013

	Peso Medio	Nr casi
276 - Patologie non maligne della mammella	0,44	957
262 - Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne	0,60	294
284 - Malattie minori della pelle senza CC	0,42	250
260 - Mastectomia subtotale per neoplasie maligne senza CC	0,89	183
275 - Neoplasie maligne della mammella senza CC	0,62	92

UOC RADIOTERAPIA

Reparto di Degenza	Sala Operatoria	Ambulatori	
Padiglione SANTA TERESA - PIANO TERRA		Padiglione SANTA TERESA	P. Terra
			-

ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO

DOTAZIONE		AMBULATORI	TECNOLOGIE che qualificano l'attività clinica
Direttore Unità Complessa	1	Ambulatorio di radioterapia	Linac a doppia energia fotonica a 6 livelli energetici di elettroni CND Z11010102
Respons. Struttura Semplice	1	Trattamento radiante	Sistemi di elaborazione piani di radioterapia CND Z11010401
Incarico Prof. Alta Specialità	0		
Incarico Professionale	4		TAC A 4+4 Strati per centraggio Z11010202
Coordinatore Infermieristico	0		Simulatore per radioterapia CND Z11010201
		CENTRI PRESCRITTORI	

Posti Letto		Ricoveri Ordinari			Peso DRG			Accessi DH/DS			Prestazioni Ambulatoriali		
ORDIN.	DH/DSA	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013
-	-	-	-	-	-	-	-	6	-	-	10.864	10.692	13.163

RICOVERI ORDINARI: PRIMI 5 DRG 2011-2013

											Peso Medio	Nr casi

UOC OTORINOLARINGOIATRIA

Reparto di Degenza	Sala Operatoria	Ambulatori	
PADIGLIONE SAN PIO - 6° PIANO	Padiglione SAN PIO - 1° PIANO	Padiglione SAN PIO	6° Piano

ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO

E' garantita una turnazione h12 feriali con guardia interdipartimentale pomeridiana e notturna e Pronta Disponibilità Sostitutiva

DOTAZIONE		AMBULATORI	TECNOLOGIE che qualificano l'attività clinica
Direttore Unità Complessa	1	Audiovestibologia	Sistema di neuronavigazione chirurgica CND Z12011401
Respons. Struttura Semplice	1	Videoendoscopia vie aereodigestive sup e fonlatria	Laser Chirurgico CND Z120110
Incarico Prof. Alta Specialità	1		Sistema per endoscopia Otorinolaringoiatrica CND Z120210
Incarico Professionale	4		Microscopio operatorio CND Z12011101
Coordinatore Infermieristico	1		
		CENTRI PRESCRITTORI	

Posti Letto		Ricoveri Ordinari			Peso DRG			Accessi DH/DS			Prestazioni Ambulatoriali		
ORDIN.	DH/DSA	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013
10	3	714	649	736	1,11	1,32	1,04	1.035	1.122	1.268	5.151	6.141	6.662

RICOVERI ORDINARI: PRIMI 5 DRG 2011-2013

	Peso Medio	Nr casi
055 - Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	0,82	663
056 - Rinoplastica	0,94	466
060 - Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	0,40	334
234 - Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo senza CC	1,25	284
053 - Interventi su seni e mastoide, età > 17 anni	0,93	238

DIPARTIMENTO ONCOLOGICO e delle SCIENZE CHIRURGICHE**UOSD Audiologia e foniatria**

Reparto di Degenza	Sala Operatoria	Ambulatori	
PADIGLIONE SAN PIO - 6° PIANO	Padiglione SAN PIO - 1° PIANO	Padiglione SAN PIO	6° Piano

ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO

DOTAZIONE		AMBULATORI		TECNOLOGIE che qualificano l'attività clinica
Direttore Unità Complessa	0	€	-	In agglomeramento
Respons. Struttura Semplice Dip.	1	€	-	
Incarico Prof. Alta Specialità	0	€	-	
Incarico Professionale	0	€	-	
Coordinatore Infermieristico	0	€	-	

UOC OCULISTICA

Reparto di Degenza	Sala Operatoria	Ambulatori	
PADIGLIONE SAN PIO - 3° PIANO	Padiglione SAN PIO - 2° PIANO	Padiglione SAN PIO	3° Piano

ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO

E' garantita una turnazione h12 feriale con guardia interdipartimentale pomeridiana e notturna e Pronta Disponibilità Sostitutiva

DOTAZIONE		AMBULATORI	TECNOLOGIE che qualificano l'attività clinica
Direttore Unità Complessa	1	Ambulatorio specialistico	Facoemulsificatore CND Z1212020701
Respons. Struttura Semplice	0	Diagnostica strumentale	Microscopio operatorio CND Z12011101
Incarico Prof. Alta Specialità	0		Laser chirurgico CND Z120110
Incarico Professionale	4		Perimetro automatico CND Z121201
Coordinatore Infermieristico	1		Fluorangiografo CND Z12120105
		CENTRI PRESCRITTORI	

Posti Letto		Ricoveri Ordinari			Peso DRG			Accessi DH/DS			Prestazioni Ambulatoriali		
ORDIN.	DH/DSA	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013
4	6	324	348	351	0,70	0,75	0,68	3.056	3.066	1.885	2.948	3.162	4.615

RICOVERI ORDINARI: PRIMI 5 DRG 2011-2013

	Peso Medio	N° casi
042 - Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	0,84	1.510
039 - Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	0,48	1.345
047 - Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza CC	0,59	514
040 - Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni	0,88	355
046 - Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni con CC	0,83	255

UOC UROLOGIA

Reparto di Degenza	Sala Operatoria	Ambulatori	
PADIGLIONE SAN PIO - 5° PIANO	Padiglione SAN PIO - 1° PIANO	Padiglione SAN PIO	5° Piano

ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO

E' garantita una tumazione h12 feriale con guardia interdipartimentale pomeridiana e notturna e Pronta Disponibilità Sostitutiva

DOTAZIONE		AMBULATORI	TECNOLOGIE che qualificano l'attività clinica
Direttore Unità Complessa	1	Ambulatorio di urologia	Litolitatore Extracorporeo CND Z12160101
Respons. Struttura Semplice	0	Andrologia	Laser chirurgico CND Z120110
Incarico Prof. Alta Specialità	1	Diagnostica (cistoscopia, uroflussimetria, urodinamica)	Sistema per acquisizione e gestione di immagini endoscopiche e di chirurgia mini-invasiva CND
Incarico Professionale	5		Sistema per urodinamica CND Z12160401
Coordinatore Infermieristico	1		
		CENTRI PRESCRITTORI	
		Centro tumori genito-urinari	

Posti Letto		Ricoveri Ordinari			Peso DRG			Accessi DH/DS			Prestazioni Ambulatoriali		
ORDIN.	DH/DSA	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013
13	2	674	609	684	1,02	0,94	0,94	1.310	1.125	1.398	4.455	3.588	3.770

RICOVERI ORDINARI: PRIMI 5 DRG 2011-2013

	Peso Medio	Nr casi
323 - Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni	0,55	458
311 - Interventi per via transuretrale senza CC	0,72	424
349 - Ipertrofia prostatica benigna senza CC	0,42	368
347 - Neoplasie maligne dell'apparato genitale maschile senza CC	0,61	291
411 - Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia	0,48	266

DIPARTIMENTO ONCOLOGICO e delle SCIENZE CHIRURGICHE

UOSD Day Surgery

Reparto di Degenza	Sala Operatoria	Ambulatori	
PADIGLIONE SAN PIO	0	Padiglione SAN PIO	0

ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO

DOTAZIONE		AMBULATORI		TECNOLOGIE che qualificano l'attività clinica
Direttore Unità Complessa	0	€	-	In aggiornamento
Respons. Struttura Semplice Dip.	1	€	-	
Incarico Prof. Alta Specialità	0	€	-	
Incarico Professionale	0	€	-	
Coordinatore Infermieristico	0	€	-	

DIPARTIMENTO MATERNO-INFANTILE					
STRUTTURE	POSTI LETTO			PADIGLIONE	
	ORD.	DH			
UOC PEDIATRIA e Adolescentologia	10	6		SAN PIO	3°
UOC OSTETRICIA E GINECOLOGIA	30		7	SAN PIO	2°
UOS Diagnostica Ultrasonografica					
UOSD GINECOLOGIA LAPAROSCOPICA				SAN PIO	4°
UOSD FISIOPATOLOGIA RIPRODUZIONE UMANA E DIAGNOSI PRENATALE INTEGRATA		2		SAN PIO	4°
UOSD NEUROPSICHIATRIA INFANTILE		2		SAN PIO	3°
UOSD GENETICA MEDICA				SAN PIO	4°
UOC PATOLOGIA NEONATALE e T. I. N.	6 + 6			SAN PIO	3°
TOTALI	52	10	7		

UOC PEDIATRIA E ADOLESCENTOLOGIA

Reparto di Degenza		Sala Operatoria		Ambulatori									
PADIGLIONE SAN PIO - 3° PIANO				Padiglione SAN PIO	0								
ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO													
N. 1 unità medica di guardia h24 e n. 1 unità medica in Pronta Disponibilità Integrativa notturna e festiva													
DOTAZIONE		AMBULATORI		TECNOLOGIE che qualificano l'attività clinica									
Direttore Unità Complessa	1	Allergologia		In aggiornamento									
Respons. Struttura Semplice	0	Dismetabolismo in età pediatrica											
Incarico Prof. Alta Specialità	0												
Incarico Professionale	3												
Coordinatore Infermieristico	1												
		CENTRI PRESCRITTORI											
Posti Letto		Ricoveri Ordinari			Peso DRG			Accessi DH/DS			Prestazioni Ambulatoriali		
ORDIN.	DH/DSA	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013
10	6	1.278	1.055	1.103	0,45	0,47	0,48	445	495	487	1.704	1.380	921
RICOVERI ORDINARI: PRIMI 5 DRG 2011-2013												Peso Medio	Nr casi
298 - Disturbi della nutrizione e miscelanea di disturbi del metabolismo, età < 18 anni												0,26	587
026 - Convulsioni e cefalea, età < 18 anni												0,49	434
422 - Malattie di origine virale e febbre di origine sconosciuta, età < 18 anni												0,36	287
098 - Bronchite e asma, età < 18 anni												0,38	280
033 - Commozione cerebrale, età < 18 anni												0,40	256

UOC OSTETRICIA E GINECOLOGIA e Sala Operatoria

Reparto di Degenza		Sala Operatoria		Ambulatori									
PADIGLIONE SAN PIO - 2° PIANO		PADIGLIONE SAN PIO - 2° PIANO		Padiglione SAN PIO	2° Piano								
ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO													
N. 2 unità mediche di guardia h24 e n. 1 unità medica in Pronta Disponibilità notturna e festiva													
DOTAZIONE		AMBULATORI		TECNOLOGIE che qualificano l'attività clinica									
Direttore Unità Complessa	1	Sessuologia : malattie sessualmente trasmesse, HPV e prevenzione oncologia		Sistema per endoscopia e chirurgia mini-invasiva CND Z1202									
Respons. Struttura Semplice	1	Ecografia morfologico strutturale		Sistema per urodinamica CND Z12160401									
Incarico Prof. Alta Specialità	2	Flussimetria e Plica Nuclea ed ecografia ostetrico-ginecologica		E Ecotomografo CND Z11040104									
Incarico Professionale	8	Screening prenatale		Sistema per urodinamica CND Z12160401									
Coordinatore Infermieristico	3	Ecografia transvaginale											
		CENTRI PRESCRITTORI											
		Centro tumori endometrio											
Posti Letto		Ricoveri Ordinari			Peso DRG			Accessi DH/DS			Prestazioni Ambulatoriali		
ORDIN.	DH/DSA	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013
30	7	1.518	1.445	1.652	0,57	0,57	0,59	2.293	3.155	3.295	7.477	8.292	8.528
RICOVERI ORDINARI : PRIMI 5 DRG 2011-2013												Peso Medio	Nr casi
381 - Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia												0,46	2.135
373 - Parto vaginale senza diagnosi complicanti												0,44	1.830
364 - Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne												0,54	1.077
371 - Parto cesareo senza CC												0,70	848
359 - Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC												0,98	567

DIPARTIMENTO MATERNO-INFANTILE**UOSD Ginecologia Laparoscopica**

Reparto di Degenza	Sala Operatoria	Ambulatori	
PADIGLIONE SAN PIO - 2° PIANO	PADIGLIONE SAN PIO - 2° PIANO	Padiglione SAN PIO	2° Piano

ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO

DOTAZIONE		AMBULATORI		TECNOLOGIE che qualificano l'attività clinica
Direttore Unità Complessa	0	€	-	In aggiornamento
Respons. Struttura Semplice Dip.	1	€	-	
Incarico Prof. Alta Specialità	0	€	-	
Incarico Professionale	1	€	-	
Coordinatore Infermieristico	0	€	-	

UOSD Fisiopatologia riproduzione umana

Reparto di Degenza	Sala Operatoria	Ambulatori	
PADIGLIONE SAN PIO - 4° PIANO		Padiglione SAN PIO	4° Piano

ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO

E' garantita una turnazione h12 feriale

DOTAZIONE		AMBULATORI	TECNOLOGIE che qualificano l'attività clinica
Direttore Unità Complessa	0	Ambulatorio di fisiopatologia della riproduzione umana	In agglomeramento
Respons. Struttura Semplice	1	Diagnostica strumentale ed interventistica	
Incarico Prof. Alta Specialità	0		
Incarico Professionale	0		
Coordinatore Infermieristico	0		
		CENTRI PRESCRITTORI	

Posti Letto		Ricoveri Ordinari			Peso DRG			Accessi DH/DS			Prestazioni Ambulatoriali		
ORDIN.	DH/DSA	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013
-	2	19	-	-	1,06	-	-	978	914	971	3.308	3.392	3.364

RICOVERI ORDINARI: PRIMI 5 DRG 2011-2013

	Peso Medio	N° casi
461 - Intervento con diagnosi di altro contatto con i servizi sanitari	1,52	809
467 - Altri fattori che influenzano lo stato di salute	0,25	469
369 - Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	0,42	262
359 - Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	0,98	47
364 - Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	0,54	4

UOSD Neuropsichiatria infantile

Reparto di Degenza	Sala Operatoria	Ambulatori	
PADIGLIONE SAN PIO - 3° PIANO		Padiglione SAN PIO	3° Piano

ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO

E' garantita una turnazione h12 feriale

DOTAZIONE		AMBULATORI	TECNOLOGIE che qualificano l'attività clinica
Direttore Unità Complessa	0	Ambulatorio di neuropsichiatria Infantile	In aggiornamento
Respons. Struttura Semplice	1	Elettroencefalografia	
Incarico Prof. Alta Specialità	0		
Incarico Professionale	0		
Coordinatore Infermieristico	0		
		CENTRI PRESCRITTORI	

Posti Letto		Ricoveri Ordinari			Peso DRG			Accessi DH/DS			Prestazioni Ambulatoriali		
ORDIN.	DH/DSA	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013
-	2	-	-	-	-	-	-	473	606	533	876	949	985

RICOVERI ORDINARI: PRIMI 5 DRG 2011-2013

	Peso Medio	Nr casi
429 - Disturbi organici e ritardo mentale	0,79	326
026 - Convulsioni e cefalea, età < 18 anni	0,49	110
431 - Disturbi mentali dell'infanzia	0,47	64
009 - Malattie e traumatismi del midollo spinale	1,28	6
428 - Disturbi della personalità e del controllo degli impulsi	0,70	3

UOSD GENETICA MEDICA

Reparto di Degenza	Sala Operatoria	Ambulatori	
PADIGLIONE SAN PIO - 4° PIANO		Padiglione SAN PIO	4° Piano

ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO

E' garantita una turnazione h12 feriale

DOTAZIONE		AMBULATORI	TECNOLOGIE che qualificano l'attività clinica
Direttore Unità Complessa	0	Ambulatorio di genetica	In aggiornamento
Respons. Struttura Semplice	0	Diagnostica di laboratorio	
Incarico Prof. Alta Specialità	2	Consulenza genetica per amniocentesi	
Incarico Professionale	0		
Coordinatore Infermieristico	0		
		CENTRI PRESCRITTORI	
		Centro malattie rare	

Posti Letto		Ricoveri Ordinari			Peso DRG			Accessi DH/DS			Prestazioni Ambulatoriali		
ORDIN.	DH/DSA	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013
-	-	-	-	-	-	-	-	587	654	671	6.310	7.645	7.826

RICOVERI ORDINARI: PRIMI 5 DRG 2011-2013

	Peso Medio	N° casi
429 - Disturbi organici e ritardo mentale	0,79	118
431 - Disturbi mentali dell'infanzia	0,47	74
137 - Malattie cardiache congenite e valvolari, età < 18 anni	0,83	74
298 - Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età < 18 anni	0,26	70
035 - Altre malattie del sistema nervoso senza CC	0,68	29

UOC PATOLOGIA NEONATALE E TIN

Reparto di Degenza	Sala Operatoria	Ambulatori
PADIGLIONE SAN PIO - 3° PIANO		0

ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO

N. 1 unità medica di guardia h24 e n. 1 unità medica in Pronta Disponibilità Integrativa notturna e festiva
Sono assegnate n. 20 culle per neonati sani

DOTAZIONE		AMBULATORI	TECNOLOGIE che qualificano l'attività clinica
Direttore Unità Complessa	1		In aggiornamento
Respons. Struttura Semplice	0		
Incarico Prof. Alta Specialità	3		
Incarico Professionale	5		
Coordinatore Infermieristico	1		
		CENTRI PRESCRITTORI	

Posti Letto		Ricoveri Ordinari			Peso DRG			Accessi DH/DS			Prestazioni Ambulatoriali		
ORDIN.	DH/DSA	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013
6 + 6	-	342	384	428	1,78	1,55	1,59	355	298	379	-	-	-

RICOVERI ORDINARI: PRIMI 5 DRG 2011-2013

	Peso Medio	Nr casi
467 - Altri fattori che influenzano lo stato di salute	0,25	363
390 - Neonati con altre affezioni significative	0,21	267
389 - Neonati a termine con affezioni maggiori	0,70	230
391 - Neonato normale	0,16	155
387 - Prematurità con affezioni maggiori	3,53	116

DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE					
STRUTTURE	POSTI LETTO			PADIGLIONE	PIANO
	ORD.	DH	DS		
UOC NEUROLOGIA	18	2		SANTA TERESA	1°
UOS Stroke Unit					
UOC NEUROCHIRURGIA e SALA OPERATORIA	26		1	SANTA TERESA	3°
UOC NEURORIANIMAZIONE	8			SANTA TERESA	2°
UOS Neuroranimazione e Prevenzione del danno secondario cerebrale					
UOSD MEDICINA RIABILITATIVA INTENSIVA	12	2			
				SANTA TERESA	3°
TOTALI	64	4	1		

UOC NEUROLOGIA

Ambulatori

Reparto di Degenza

Sala Operatoria

Padiglione G. RUMMO

1° Piano

Padiglione SANTA TERESA - 1° PIANO

ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO

La struttura è dotata di n. 4 posti letto di Stroke Unit

E' garantita una turnazione h12 feriale con guardia interdipartimentale pomeridiana e notturna e Pronta Disponibilità Integrativa

DOTAZIONE		AMBULATORI	TECNOLOGIE che qualificano l'attività clinica
Direttore Unità Complessa	1	Malattia di Alzheimer	In aggiornamento
Respons. Struttura Semplice	1	Centro Cefalea	
Incarico Prof. Alta Specialità	0	Centro Epilessia	
Incarico Professionale	6	Centro per il Parkinson	
Coordinatore Infermieristico	1	Centro Sclerosi Laterale Amiotrofica	
		CENTRI PRESCRITTORI	
		Centro sclerosi multipla	

Posti Letto		Ricoveri Ordinari			Peso DRG			Accessi DH/DS			Prestazioni Ambulatoriali		
ORDIN.	DH/DSA	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013
18	2	507	587	570	1,04	1,12	1,09	453	523	607	3.898	3.774	3.682

RICOVERI ORDINARI: PRIMI 5 DRG 2011-2013

	Peso Medio	Nr casi
014 - Emorragia intracranica o infarto cerebrale	1,26	675
524 - Ischemia cerebrale transitoria	0,77	298
564 - Cefalea, età > 17 anni	0,61	226
563 - Convulsioni, età > 17 anni senza CC	0,72	205
012 - Malattie degenerative del sistema nervoso	0,92	152

UOC NEUROCHIRURGIA E SALA OPERATORIA

Reparto di Degenza	Sala Operatoria	Ambulatori
Padiglione SANTA TERESA - 3° PIANO	Padiglione SANTA TERESA - 3° PIANO	Padiglione G. RUMMO 3° Piano

ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO

N. 1 unità medica di guardia h24 e n. 1 unità medica in Pronta Disponibilità Integrativa notturna e festiva

DOTAZIONE		AMBULATORI	TECNOLOGIE che qualificano l'attività clinica
Direttore Unità Complessa	1	Ambulatorio di neurochirurgia	2 Microscopi operatori CND Z12011101
Respons. Struttura Semplice	0	Diagnostica Strumentale	Strumentazione per endoscopia neurologica 3D CND Z120209
Incarico Prof. Alta Specialità	2		Sistema per neuronavigazione chirurgica CND Z12011401
Incarico Professionale	5		2 Intensificatore di immagine CND Z11039015
Coordinatore Infermieristico	2		
		CENTRI PRESCRITTORI	

Posti Letto		Ricoveri Ordinari			Peso DRG			Accessi DH/DS			Prestazioni Ambulatoriali		
ORDIN.	DH/DSA	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013
26	1	630	604	677	2,18	2,20	2,45	531	563	344	788	747	768

RICOVERI ORDINARI: PRIMI 5 DRG 2011-2013

	Peso Medio	Nr casi
243 - Affezioni mediche del dorso	0,65	412
002 - Craniotomia, età > 17 anni senza CC	3,17	353
500 - Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale senza CC	1,26	324
001 - Craniotomia, età > 17 anni con CC	4,18	210
011 - Neoplasie del sistema nervoso senza CC	1,03	180

DIPARTIMENTO NEUROSCIENZE													
UOC NEURORIANIMAZIONE													
Reparto di Degenza				Sala Operatoria				Ambulatori					
Padiglione SANTA TERESA - 2° PIANO												0	
ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO													
N. 1 unità medica di guardia h24 e n. 2 unità medica in Pronta Disponibilità Integrativa notturna e festiva													
DOTAZIONE			AMBULATORI				TECNOLOGIE che qualificano l'attività clinica						
Direttore Unità Complessa		1					Tomografo assiale computerizzato portatile a 8 strati Z11030602						
Respons. Struttura Semplice		1					Ecografo intraoperatorio CND Z11040102						
Incarico Prof. Alta Specialità		1											
Incarico Professionale		6											
Coordinatore Infermieristico		1											

DIPARTIMENTO NEUROSCIE**UOS Medicina Riabilitativa Intensiva**

Reparto di Degenza	Sala Operatoria	Ambulatori	
Padiglione SANTA TERESA - 3° PIANO		Padiglione SANTA TERESA	3° Piano

ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO

N. 1 unità medica di guardia h24 e n. 1 unità medica in Pronta Disponibilità Integrativa notturna e festiva

DOTAZIONE		AMBULATORI	TECNOLOGIE che qualificano l'attività clinica
Direttore Unità Complessa	0	Ambulatorio di Fisioterapia	In aggiornamento
Respons. Struttura Semplice	1	Trattamenti riabilitativi	
Incarico Prof. Alta Specialità	0		
Incarico Professionale	2		
Coordinatore Infermieristico	0		
		CENTRI PRESCRITTORI	

Posti Letto		Ricoveri Ordinari			Peso DRG			Accessi DH/DS			Prestazioni Ambulatoriali		
ORDIN.	DH/DSA	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013
12	2	-	-	-	-	-	-	1.393	1.092	965	4.353	4.186	5.290

RICOVERI ORDINARI: PRIMI 5 DRG 2011-2013

	Peso Medio	Nr casi
012 - Malattie degenerative del sistema nervoso	0,92	151
035 - Altre malattie del sistema nervoso senza CC	0,68	88
247 - Segni e sintomi relativi al sistema muscolo-scheletrico e al tessuto connettivo	0,54	88
009 - Malattie e traumatismi del midollo spinale	1,28	59
034 - Altre malattie del sistema nervoso con CC	1,14	22

DIPARTIMENTO DEI SERVIZI SANITARI					
STRUTTURE	POSTI LETTO			PADIGLIONE	PIANO
	ORD.	DH	DS		
UOC PATOLOGIA CLINICA				SANTA TERESA	Terra
UOC NEURORADIOLOGIA					
UOC DIAGNOSTICA PER IMMAGINI				SANTA TERESA	Terra
UOSD RADIOLOGIA DIAGNOSTICA AMBULATORIALE				SANTA TERESA	Terra
UOSD SERVIZIO IMMUNOEMATOLOGIA E TRASFUSIONALE				SAN BARTOLOMEO	2°
UOSD ANATOMIA PATOLOGICA				SAN BARTOLOMEO	1°
UOSD MEDICINA COMPLEMENTARE				RUMMO	Interrato

UOC Patologia Clinica

Laboratorio Centrale	Laboratorio di Pronto Soccorso	Sale Prelievi	
Pad. SANTA TERESA Piano Terra	Pad. MOSCATI Piano Terra	Pad. RUMMO	P. Terra

ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO*Il Servizio è garantito h24 giorni nei festivi e festivi con Pronta Disponibilità*

DOTAZIONE ORGANICA		SETTORI	TECNOLOGIE che qualificano l'attività clinica
Direttore Unità Complessa	1	Biologia Molecolare	Tecnologie In Service
Respons. Struttura Semplice	1	Batteriologia	
Incarico Prof. Alta Specialità	4	Centro sorveglianza anticoagulanti, ematologia e citofluorometria di laboratorio	
Incarico Professionale	4		
Coordinatore Tecnico	1		

PRESTAZIONI AMBULATORIALI 2011-2013

2011	Analiti su prelievi ambulatoriali	343.555	2012	Analiti su prelievi ambulatoriali	341.984	2013	Analiti su prelievi ambulatoriali	362.813
------	-----------------------------------	---------	------	-----------------------------------	---------	------	-----------------------------------	---------

PRESTAZIONI INTERNE 2011-2013

2011	Analiti su prelievi interni	1.790.597	2012	Analiti su prelievi interni	1.926.928	2013	Analiti su prelievi interni	2.007.933
------	-----------------------------	-----------	------	-----------------------------	-----------	------	-----------------------------	-----------

Dipartimento dei Servizi Sanitari								
NEURORADIOLOGIA								
Radiologia Centrale		Ambulatori						
Pad. SANTA TERESA Piano Terra		Pad. SANTA TERESA		P. Terra				
ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO								
DOTAZIONE ORGANICA		SERVIZI	TECNOLOGIE che qualificano l'attività clinica					
Direttore Unità Complessa	1	Risonanza Magnetica	Tomografo assiale computerizzato a 64 strati CND Z11030604					
Respons. Struttura Semplice	0	Angiografia Interventistica	Tomografo a risonanza magnetica 1,5 T CND Z11050105					
Incarico Prof. Alta Specialità	1	Tomografia Assiale Computerizzata						
Incarico Professionale	2	Risonanza Magnetica						
Coordinatore	1							
PRESTAZIONI AMBULATORIALI 2011-2013								
2011	TAC RM	573 1.002	2012	TAC RM	552 961	2013	TAC RM	591 1.077
PRESTAZIONI INTERNE 2010-2012								
2011	TAC RM	2.898 2.493	2012	TAC RM	2.546 1.352	2013	TAC RM	2.682 1.549

DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Radiologia Centrale	Radiologia di Pronto Soccorso	Ambulatori	
Pad. SANTA TERESA Piano Terra	Pad. MOSCATI Piano Terra	Pad. SANTA TERESA	P. Terra

ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO

DOTAZIONE ORGANICA		SERVIZI	TECNOLOGIE che qualificano l'attività clinica
Direttore Unità Complessa	1	Radiologia Standard	4 Portatili radiologici digitali Z11039017
Respons. Struttura Semplice	1	Radiologia di Pronto Soccorso	2 Ecotomografi multidisciplinari CND Z11040104
Incarico Prof. Alta Specialità	4	Tomografia Assiale Computerizzata	Tomografo assiale computerizzato a 64 strati CND Z11030604
Incarico Professionale	7	Ecografia ed Ecografia Interventistica	Tavolo telecomando digitale CND Z11030701
Coordinatore	1	Risonanza Magnetica	Tomografo a risonanza magnetica 1,5 T CND Z11050105
		Angiografia Interventistica	

PRESTAZIONI AMBULATORIALI 2011-2013

2011	TAC	744	2012	TAC	731	2013	TAC	767
	RM	530		RM	500		RM	474
	ECOGRAFIE	1.427		ECOGRAFIE	1.262		ECOGRAFIE	1.302
	RX STANDARD	3.142		RX STANDARD	3.052		RX STANDARD	3.299
	Altro	11		Altro	15		Altro	791

PRESTAZIONI INTERNE 2011-2013

2011	TAC	10231	2012	TAC	8.588	2013	TAC	9.839
	RM	914		RM	537		RM	531
	ECOGRAFIE	8647		ECOGRAFIE	6.934		ECOGRAFIE	7.158
	RX STANDARD	33238		RX STANDARD	24.474		RX STANDARD	25.252
	Altro	446		Altro	206		Altro	240

DIPARTIMENTO DEI SERVIZI SANITARI				
UOSD Radiologia Diagnostica Ambulatoriale				
Reparto di Degenza		Sala Operatoria		Ambulatori
Padiglione SANTA TERESA - PIANO TERRA		Padiglione SANTA TERESA - PIANO TERRA		Padiglione SANTA TERESA P. Terra
ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO				
DOTAZIONE		AMBULATORI		TECNOLOGIE che qualificano l'attività clinica
Direttore Unità Complessa	0	€	-	In aggiornamento
Respons. Struttura Semplice Dip.	1	€	-	
Incarico Prof. Alta Specialità	0	€	-	
Incarico Professionale	0	€	-	
Coordinatore Infermieristico	0	€	-	

DIPARTIMENTO SCIENZE MEDICHE

UOSD Medicina Complementare

Reparto di Degenza	Sala Operatoria	Ambulatori	
Padiglione SAN PI - PIANO TERRA	0	Padiglione SAN PIO	P. Terra

ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO

DOTAZIONE		AMBULATORI		TECNOLOGIE che qualificano l'attività clinica
Direttore Unità Complessa	0	€	-	In aggiornamento
Respons. Struttura Semplice Dip.	1	€	-	
Incarico Prof. Alta Specialità	0	€	-	
Incarico Professionale	0	€	-	
Coordinatore Infermieristico	0	€	-	

DIPARTIMENTO DEI SERVIZI SANITARI				
UOSD Anatomia Patologica				
Reparto di Degenza		Sala Operatoria		Ambulatori
Padiglione SANTA TERESA - PIANO TERRA		Padiglione SANTA TERESA - PIANO TERRA		Padiglione SANTA TERESA P. Terra
ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO				
DOTAZIONE		AMBULATORI		TECNOLOGIE che qualificano l'attività clinica
Direttore Unità Complessa	0	€	-	In aggiornamento
Respons. Struttura Semplice Dip.	1	€	-	
Incarico Prof. Alta Specialità	2	€	-	
Incarico Professionale	0	€	-	
Coordinatore Infermieristico	0	€	-	

STRUTTURE TERRITORIALI	POSTI LETTO			PADIGLIONE	PIANO
	ORD.	DH	DS		
UOC PSICHIATRIA	12			SAN BARTOLOMEO	1°

**Rideterminazione strutture e dotazione organica a
seguito della riorganizzazione della rete ospedaliera
sulla base delle indicazioni contenute nei programmi
operativi e delle linee guida
(Decreto Commissario ad Acta n. 18 del 18.02.2013)**

Gli schemi di seguito riportati si riferiscono alla dotazione di personale delle UU.OO ospedaliere.

I requisiti minimi organizzativi sono stati rapportati alle caratteristiche delle diverse specialità.

Il personale è stato incrementato secondo il principio dell'intensità delle cure verificata sulla base degli indicatori standard delle attività ospedaliere evitando eccessiva discrezionalità nell'organizzazione dei servizi.

I principali indicatori di riferimento ospedalieri che sono stati presi in considerazione sono: il tasso di utilizzazione dei posti letto (come minimo del 75%), il peso medio dei DRG, l'indice di rotazione dei posti letto, la degenza media, il casemix.

Quanto più un reparto/UU.OO è performante, tanto più è stato potenziato in termini di risorse umane.

E' stata tenuta presente la compatibilità economica, le normative di riferimento in materia di assunzione del personale e gli indicatori economico-finanziari con particolare riferimento alla Legge Balduzzi che prevede che nei presidi ospedalieri il rapporto percentuale tra il numero di personale del ruolo amministrativo e il numero totale del personale non può superare il valore del 7%.

I carichi di lavoro del personale sono stati commisurati alle percentuali storiche e alla quantità degli atti, ai tempi standard di esercizio delle attività ed alla domanda espressa o inespressa, considerati i costi del personale ed in generale l'efficienza e l'economicità.

La dotazione di personale prevista dagli schemi seguenti è suddivisa per moduli da 1 fino a 20 posti letto o da 1 fino a 30 posti letto. Per eventuali posti letto eccedenti i 30 posti letto la dotazione di personale è stata proporzionata al numero di posti letto in eccesso arrotondata all'unità superiore.

Il numero dei medici suddivisi per modulo è considerato per le monospecialistiche, mentre per le aree funzionali omogenee (mediche, chirurgiche) vale la guardia interdivisionale.

I posti letto indicati sono suddivisi in posti letto ordinari, DH e DS.

I reparti/UU.OO. che svolgono attività chirurgiche con l'utilizzo di sale operatorie possiedono unità di personale infermieristico e di supporto appositamente dedicato alle attività di sala operatoria.

Alla guardia dipartimentale partecipa il personale medico del Dipartimento.

DIPARTIMENTI

Con decreto commissariale n. 49 del 29 settembre 2010 è stata approvata la riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale della Regione Campania.

All'Azienda Ospedaliera Rummo di Benevento furono assegnati n. 459 posti letto.

Con deliberazione n. 1389 del 28 ottobre 2010 e la nota integrativa del 24.03.2011 l'Azienda Ospedaliera Rummo di Benevento adottò la propria pianificazione attuativa prevedendo e confermando i 10 dipartimenti già in essere presso l'azienda;

Con successivo decreto commissariale n. 39 del 27.05.2011 avente ad oggetto: "Decreto commissariale n. 49 del 27 settembre 2010 "riassetto della rete ospedaliera e territoriale". Approvazione del Piano attuativo dell'Azienda Ospedaliera Rummo di Benevento con prescrizioni." fu prescritto di incrementare il numero di posti letto di altre 8 unità per un totale complessivo di 467 posti letto.

I dipartimenti previsti sono:

1_ DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE

Dipartimento Emergenza e Accettazione		UOC			
UOC	Cardiologia UTIC con Emodinamica interventistica	1			
UOS	UOS Ecografia cardiovascolare			1	
	IPAS Valutazione funzionale cardiovascolare				1
	IPAS Stratificazione Prognostica				1
UOC	Chirurgia Vascolare	1			
UOS	UOS Diagnostica vascolare non invasiva			1	
UOC	Anestesia e Rianimazione	1			
UOS	UOS Rianimazione			1	
	IPAS Ossigeno Terapia Iperbarica				1
	IPAS Anestesia				1
UOC	Medicina di Urgenza	1			
	IPAS Ventilazione assistita non invasiva				1
	IPAS				1
UOC	Chirurgia d'Urgenza	1			
UOS	UOS Urgenze Toraciche			1	
	IPAS Astanteria chirurgica e Traumatologia Addominale				1
	IPAS Chirurgia dei Difetti di Parete				1
	IPAS Urgenze Bilio Pancreatiche				1
	IPAS Laparoscopia d'Urgenza				1
	IPAS Piede Diabetico				1
	IPAS Colonproctologia				1
UOC	Ortopedia Traumatologia e Sala Operatoria	1			
UOSD	Chirurgia e microchirurgia della mano		1		
	IPAS Chirurgia e microchirurgia del piede				1
UOC	Chirurgia maxillo-facciale e odontostomatologia	1			
	IPAS Chirurgia oro-maxillo facciale				1
TOTALE STRUTTURE DIPARTIMENTO		7	1	4	14

Sono presenti:

7 Unità Operative Complesse

1 Strutture Semplici Dipartimentali

4 Unità Operative Semplici

14 Incarichi Professionali Alta Specialità

Il numero di personale dipendente a tempo indeterminato distinto per ruoli, profilo professionali e tipologia di contratto è il seguente:

DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE		
Medici	Dirigente Medico Struttura Complessa	7
	Dirigente medico	85
Comparto	Collab. Prof. Sanit. Infermiere Esperto cat. Ds ex VIII liv.	6
	Collab. Prof. Sanit. Infermiere ex VII liv.	134
	Infermiere Generico Esperto cat. C ex VI liv.	3
	Assistente Tecnico Cat. C ex VI liv.	2
	O.S.S.cat. Bs Ex V liv.	17
	Ausiliari Specializzati cat. A ex III liv.	17
TOTALE PERSONALE		271

2. DIPARTIMENTO SCIENZE MEDICHE

Dipartimento Scienze Mediche		UOC			
UOC	Medicina Interna	1			
UOS	UOS Endocrinologia			1	
UOS	UOS Diabetologia e malattie metaboliche			1	
UOS	Gastroenterologia			1	
	I.P.A.S. Nutrizione enterale				1
	IPAS Dimissione protetta				1
UOC	Nefrologia e Dialisi	1			
UOC	Dermatologia	1			
	IPAS Dermato-chirurgia				1
UOSD	Malattie Infettive		1		
	IPAS AIDS				1
UOSD	Reumatologia		1		
	IPAS Artriti Primarie				1
UOC	Pneumologia	1			
UOS	UOS Broncologia ed Endoscopia Toracica			1	
	IPAS Fisiopatologia e Terapia Semintensiva Respiratoria				1
UOSD	Day-Hospital medico		1		
TOTALE STRUTTURE DIPARTIMENTO		4	3	4	6

Sono presenti:

- 4 Unità Operative Complesse
- 3 Strutture Semplici Dipartimentali
- 4 Unità Operative Semplici
- 6 Incarichi Professionali Alta Specialità

Il numero di personale dipendente a tempo indeterminato distinto per ruoli, profilo professionali e tipologia di contratto è il seguente:

Dipartimento Scienze Mediche		
Medici	Dirigente Medico Struttura Complessa	4
	Dirigente medico	39
Comparto	Collab. Prof. Sanit. Infermiere Esperto cat. Ds ex VIII liv.	5
	Collab. Prof. Sanit. Infermiere ex VII liv.	91
	Infermiere Generico Esperto cat. C ex VI liv.	1
	O.S.S.cat. Bs Ex V liv.	6
	Ausiliari Specializzati cat. A ex III liv.	11
TOTALE PERSONALE		157

3. DIPARTIMENTO ONCOLOGICO E DELLE SCIENZE CHIRURGICHE

Dipartimento Oncologico e delle Scienze Chirurgiche		UOC			
UOC	Oncologia Medica	1			
UOSD	Terapia antalgica e cure palliative		1		
UOC	Chirurgia generale e oncologica	1			
UOS	UOS Endoscopia			1	
	IPAS Chirurgia della Parete Addominale				1
	IPAS Fisiopatol. e trattam. delle pat. intestinali				1
UOSD	Terapia Sub-Intensiva Peri-operatoria		1		
UOSD	Diagnostica e Chirurgia Laparoscopica		1		
UOSD	Senologia		1		
UOC	Radioterapia	1			
UOS	UOS Radiochirurgia e Radioterapia Stereotassica			1	
UOC	Otorinolaringoiatria	1			
UOS	UOS Chirurgia Oncologica Testa e Collo			1	
	IPAS Videoendoscopia delle Alte Vie Aeree e Digestive				1
UOSD	Audiologia e Foniatria		1		
UOC	Oculistica	1			
UOC	Urologia	1			
	IPAS Endourologia				1
UOSD	Day Surgery		1		
TOTALE STRUTTURE DIPARTIMENTO		6	6	3	4

Sono presenti:

6 Unità Operative Complesse

6 Strutture Semplici Dipartimentali

3 Unità Operative Semplici

4 Incarichi Professionali Alta Specialità

Il numero di personale dipendente a tempo indeterminato distinto per ruoli, profilo professionali e tipologia di contratto è il seguente:

Dipartimento Oncologico e delle Scienze Chirurgiche		
Medici	Dirigente Medico Struttura Complessa	6
	Dirigente medico	56
Dirigenti non Medici	Dirigente Psicologo	3
	Dirigente Fisico	3
Comparto	Collab. Prof. Sanit. Infermiere Esperto cat. Ds ex VIII liv.	4
	Collab. Prof. Sanit. Infermiere ex VII liv.	83
	Collab. Prof. Sanit. T.S.R.M.Esperto cat. Ds ex VIII liv.	1
	Collab. Prof. Sanit. T.S.R.M.cat. D ex VII liv.	6
	Collab. Prof. Sanit. Tecnico Audiometrista ex VII liv.	1
	Collab. Prof. Sanit. Ortottista Esperto cat. Ds ex VIII liv.	1
	Collab. Prof. Sanit. Ortottista ex VII liv.	2
	Collab. Prof. Sanit. Logopedista cat. D ex VII liv.	2
	Infermiere Generico Esperto cat. C ex VI liv.	1
	O.S.S.cat. Bs Ex V liv.	3
	Ausiliari Specializzati cat. A ex III liv.	14
	TOTALE PERSONALE	186

4. DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE E TIN

Dipartimento Materno Infantile e TIN		UOC			
UOC	Pediatria e Adolescentologia	1			
UOC	Ostetricia e Ginecologia e Sala Operatoria	1			
UOS D	Ginecologia Laparoscopica		1		
UOS D	Fisiopatologia Riproduzione Umana e Diagnosi Prenatale Integrata		1		
UOS D	Neuropsichiatria Infantile		1		
UOS	UOS Diagnostica Ultrasonografica			1	
	IPAS Pianificazione familiare e applicazione 194				1
	IPAS Medicina perinatale e gravidanza a rischio				1
UOS D	Genetica Medica		1		
	IPAS Genetica clinica				1
	IPAS Citogenetica medica e genetica molecolare				1
UOC	Patologia Neonatale e	1			
	T.I.N.				
	IPAS Patologia Neonatale				1
	IPAS Nido (20 culle)				1
	IPAS Terapia Intensiva Prima Infanzia				1
TOTALE STRUTTURE DIPARTIMENTO		3	4	1	7

Sono presenti:

- 3 Unità Operative Complesse
- 4 Strutture Semplici Dipartimentali
- 1 Unità Operative Semplici
- 7 Incarichi Professionali Alta Specialità

Il numero di personale dipendente a tempo indeterminato distinto per ruolo, primo professionista e tipologia di contratto è il seguente:

Dipartimento Materno Infantile		
Medici	Dirigente Medico Struttura Complessa	3
	Dirigente medico	38
Dirigenti non Medici	Dirigente Biologo	3
Comparto	Collab. Prof. Sanit. Infermiere Esperto cat. Ds ex VIII liv.	3
	Collab. Prof. Sanit. Infermiere ex VII liv.	65
	Collab. Prof. Sanit. Infermiere Pediatrico ex VII liv.	16
	Collab. Prof. Sanit. Ostetrico ex VII liv.	15
	Collab. Prof. Sanit. Tecnico Sanit. Neurofisiopatologia ex VII liv.	1
	Infermiere Generico Esperto cat. C ex VI liv.	1
	Puericultrice Esperta cat. C ex VI liv.	4
	O.S.S.cat. Bs Ex V liv.	7
	Ausiliari Specializzati cat. A ex III liv.	10
	TOTALE PERSONALE	166

5. DIPARTIMENTO NEUROSCIENZE

Dipartimento Neuroscienze		UOC			
UOC	Neurologia e	1			
UOS	UOS Stroke Unit			1	
UOC	Neurochirurgia e Sala Operatoria	1			
	IPAS Neurochirurgia Vascolare				1
	IPAS Stereotassica e Funzionale				1
UOC	Neuroranimazione	1			
UOS	UOS Neuroranimazione e Prevenzione del danno secondario cerebrale			1	
	IPAS Neuroranimazione e prev. del rischio clinico nei proc. Neurointerventistici				1
UOSD	Medicina Riabilitativa Intensiva		1		
TOTALE STRUTTURE DIPARTIMENTO		3	1	2	3

Sono presenti:

- 3 Unità Operative Complesse
- 1 Strutture Semplici Dipartimentali
- 2 Unità Operative Semplici
- 3 Incarichi Professionali Alta Specialità

Il numero di personale dipendente a tempo indeterminato distinto per ruoli, profilo professionali e tipologia di contratto è il seguente:

Dipartimento Neuroscienze		
Medici	Dirigente Medico Struttura Complessa	3
	Dirigente medico	30
Dirigenti non Medici	Dirigente Psicologo	1
COMPARTO	Collab. Prof. Sanit. Infermiere Esperto cat. Ds ex VIII liv.	3
	Collab. Prof. Sanit. Infermiere ex VII liv.	68
	Collab. Prof. Sanit. Tecnico Sanit. Neurofisiopatologia ex VII liv.	4
	Collab. Prof. Sanit. Fisioterapista ex VII liv.	16
	Collab. Prof. Sanit. Massoterapista Non Vedente cat. D ex VII liv.	1
	Collab. Prof. Sanit. Logopedista cat. D ex VII liv.	1
	O.S.S. cat. Bs Ex V liv.	11
	Ausiliari Specializzati cat. A ex III liv.	12
TOTALE PERSONALE		150

DEI SERVIZI SANITARI

Dipartimento dei Servizi Sanitari		UOC	UOSD	UOS	IPAS
UOC	Patologia clinica	1			
	UOS Biologia Molecolare			1	
	IPAS Virologia				1
	IPAS Immunometria e Tossicologia				1
	IPAS Emat. di Laboratorio Fisiopatologia della Coag.				1
	IPAS Batteriologia				1
UOC	Neuroradiologia	1			
	IPAS Neuroradiologia Pediatrica				1
UOC	Diagnostica per immagini	1			
UOSD	Radiologia Diagnostica Ambulatoriale		1		
	IPAS Radiologia Interventistica				1
	IPAS Radiologia Interventistica Extravascolare				1
	IPAS Radiologia di Urgenza				1
	IPAS Diagnostica T.C. Addominale				1
UOSD	Servizio di Immunoematologia e Trasfusionale		1		
	IPAS Emaferesi				1
UOSD	UOSD Medicina complementare		1		
UOSD	Anatomia Patologica		1		
	IPAS Immunoistochimica e Biologia Molecolare				1
	IPAS Diagnostica Citologica				1
	TOTALE STRUTTURE DIPARTIMENTO	3	4	1	12

Sono presenti:

3 Unità Operative Complesse

4 Strutture Semplici Dipartimentali

1 Unità Operative Semplici

12 Incarichi Professionali Alta Specialità

Il numero di personale dipendente a tempo indeterminato distinto per ruolo, profilo professionale e tipologia di contratto è il seguente:

Medici	Dirigente Medico Struttura Complessa	3
	Dirigente medico	40
Dirigenti non Medici	Dirigente Biologo	13
	Dirigente Chimico	1
COMPARTO	Collab. Prof. Sanit. Infermiere Esperto cat. Ds ex VIII liv.	1
	Collab. Prof. Sanit. Infermiere ex VII liv.	24
	Collab. Prof. Sanit. T.S.R.M.Esperto cat. Ds ex VIII liv.	3
	Collab. Prof. Sanit. T.S.R.M.cat. D ex VII liv.	25
	Collab. Prof. Sanit. T.S.L.B. Esperto cat. Ds ex VIII liv.	5
	Collab. Prof. Sanit. T.S.L.B.cat. D ex VII liv.	34
	Infermiere Generico Esperto cat. C ex VI liv.	2
	O.S.S.cat. Bs Ex V liv.	1
	Ausiliari Specializzati cat. A ex III liv.	2
	TOTALE PERSONALE	154

DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE INTEGRATO DELLE EMERGENZE

Dipartimento Interaziendale Integrato delle Emergenze		UOC			
	IPAS PS Medico Chirurgico e Breve Osservazione				1
	IPAS Urgenze Ortopediche				1
UOS	UOS Centrale Operativa – 118			1	
TOTALE STRUTTURE DIPARTIMENTO		0	0	1	2

Sono presenti:

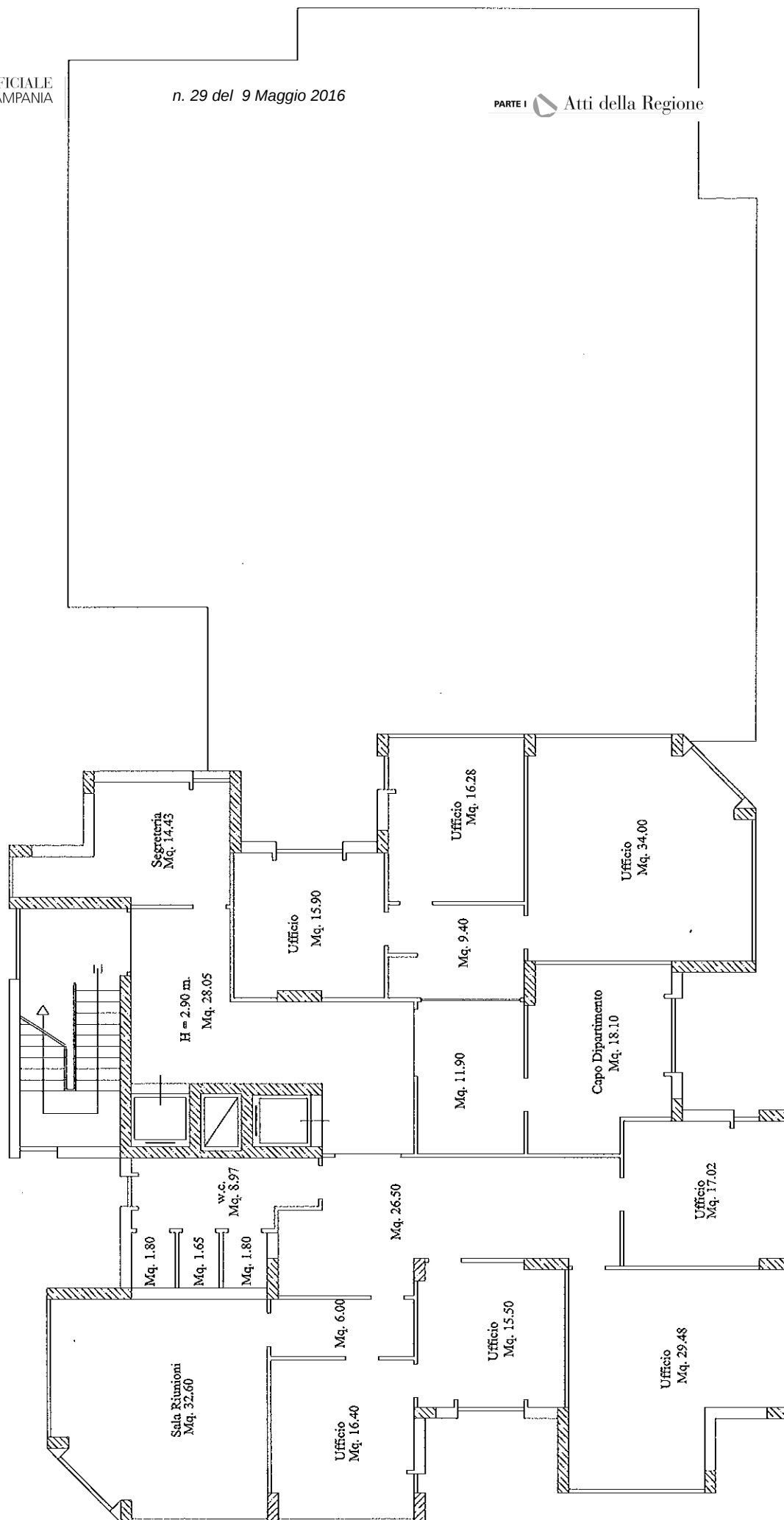
- 3 Unità Operative Complesse
- 1 Strutture Semplici Dipartimentali
- 2 Unità Operative Semplici
- 3 Incarichi Professionali Alta Specialità

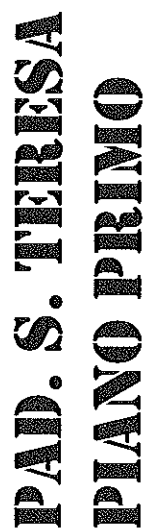
Il numero di personale dipendente a tempo indeterminato distinto per ruoli, profilo professionali e tipologia di contratto è il seguente:

Dipartimento Interaziendale Integrato delle Emergenze		
Medici	Dirigente medico	21
Comparto	Collab. Prof. Sanit. Infermiere Esperto cat. Ds ex VIII liv.	2
	Collab. Prof. Sanit. Infermiere ex VII liv.	38
	Infermiere Generico Esperto cat. C ex VI liv.	1
	Operatore Tecnico Specializzato Autista di Ambulanza Cat. Bs ex V livello	3
	Operatore Tecnico cat. B ex IV liv.	2
	Ausiliari Specializzati cat. A ex III liv.	14
TOTALE PERSONALE		81

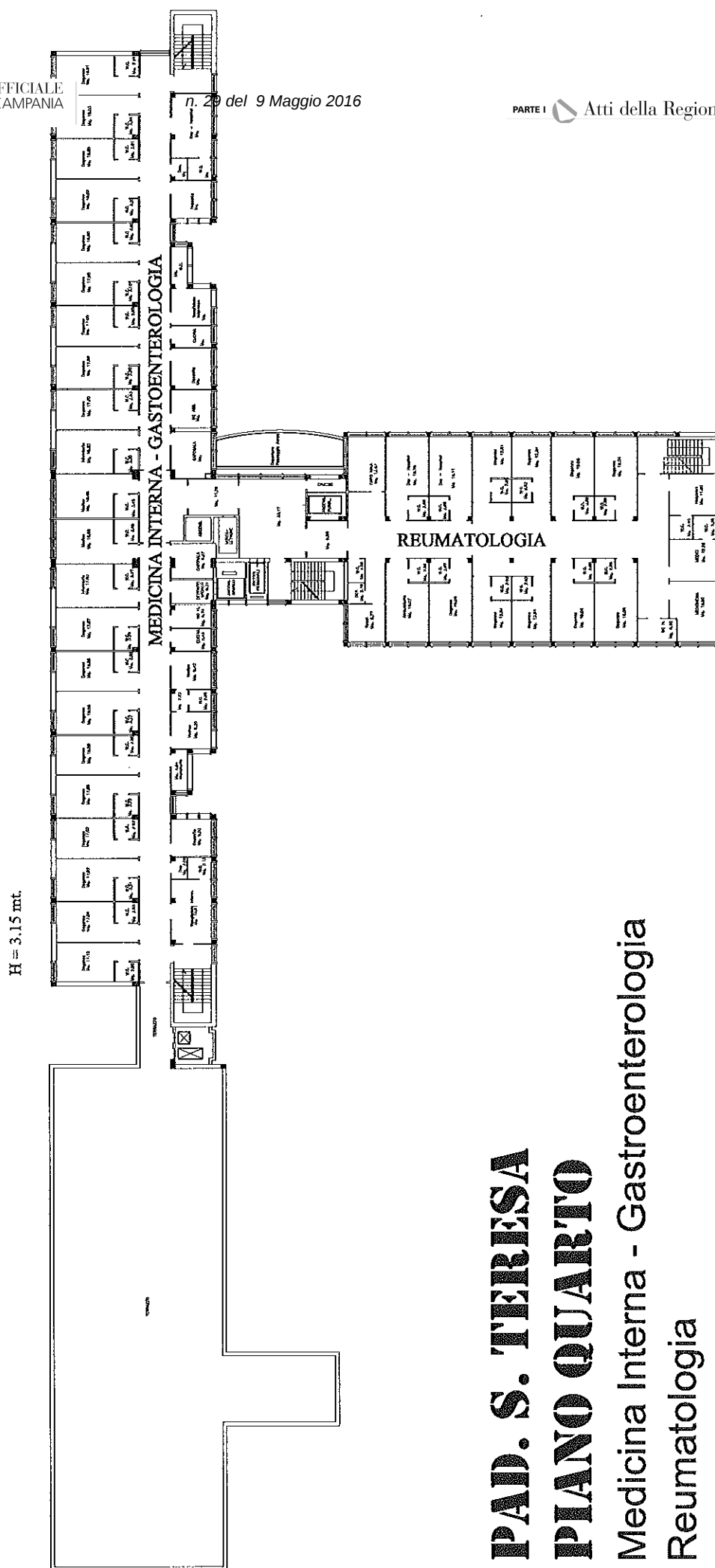
fonte: <http://burc.regione.campania.it>

Area Economato - Proveditorato



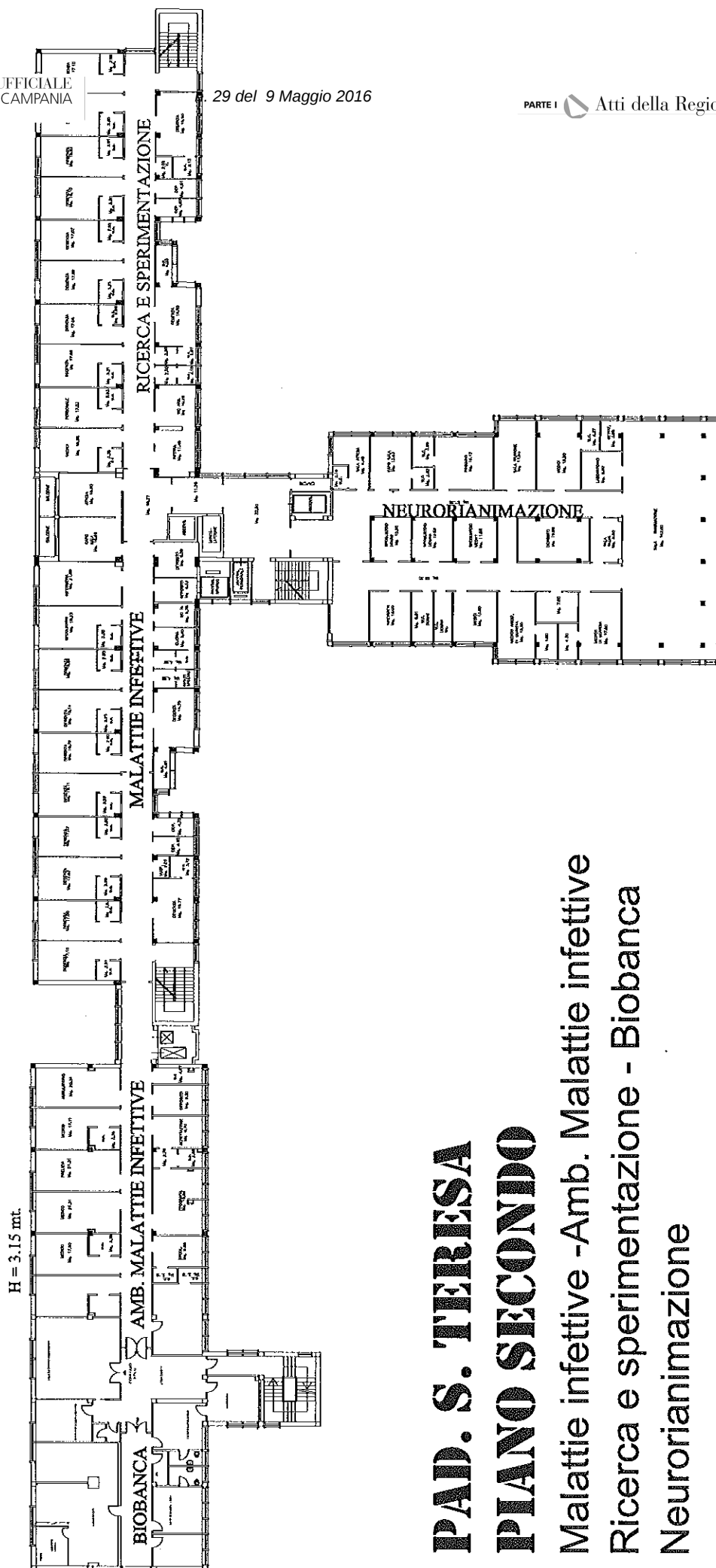


Oncologia - Neurologia - Amb. Neurologia
Day hospital Oncologico



**PAD. S. TERESA
PIANO QUARTO**

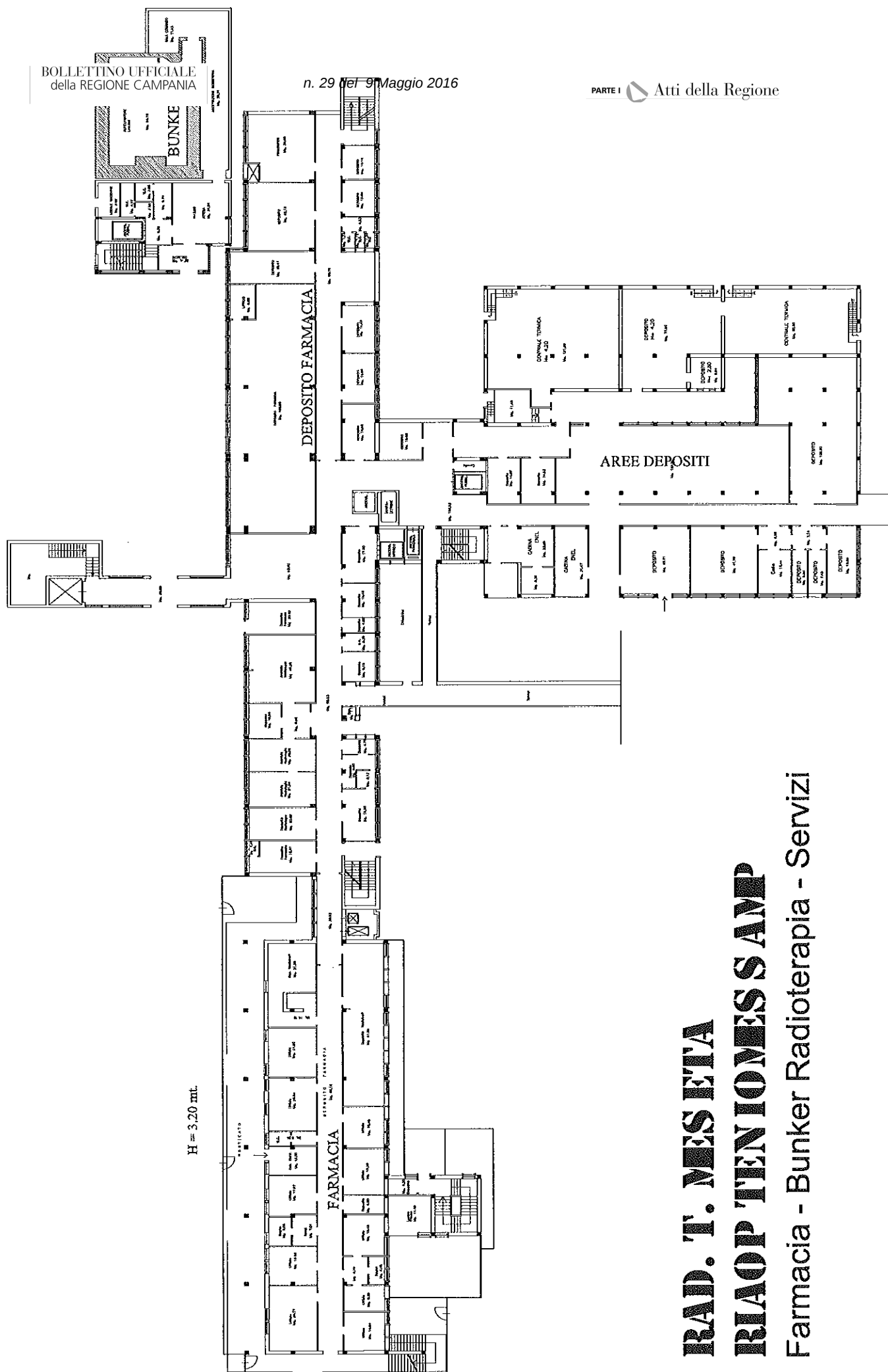
Medicina Interna - Gastroenterologia
Reumatologia



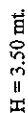
PAD. S. TERESA

PIANO SECONDO

Malattie infettive - Amb. Malattie infettive
Ricerca e sperimentazione - Biobanca
Neuroranimazione



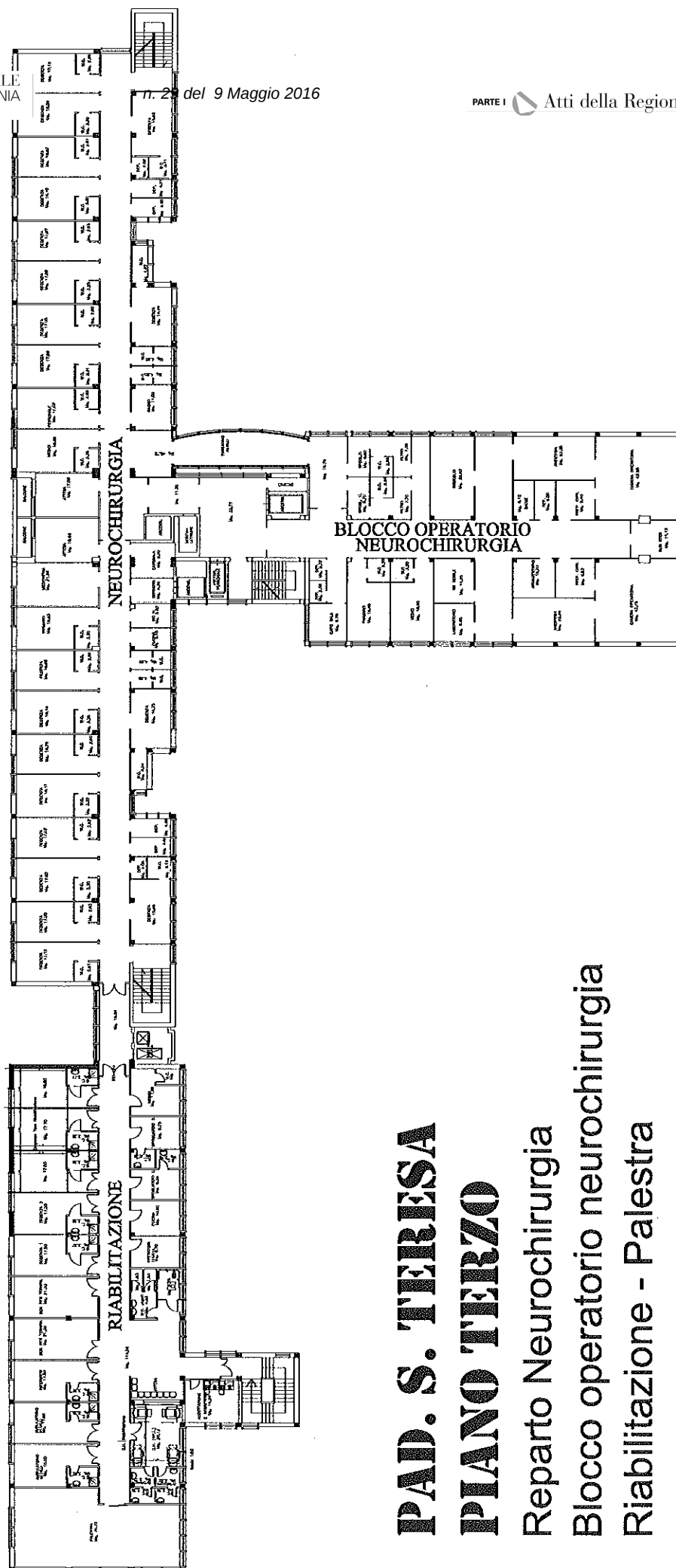
RAD. T. MESSA **RIAOP' TENIOMESSAMP** Farmacia - Bunker Radioterapia - Servizi



**PAD. S. TERESA
PIANO TERRA**

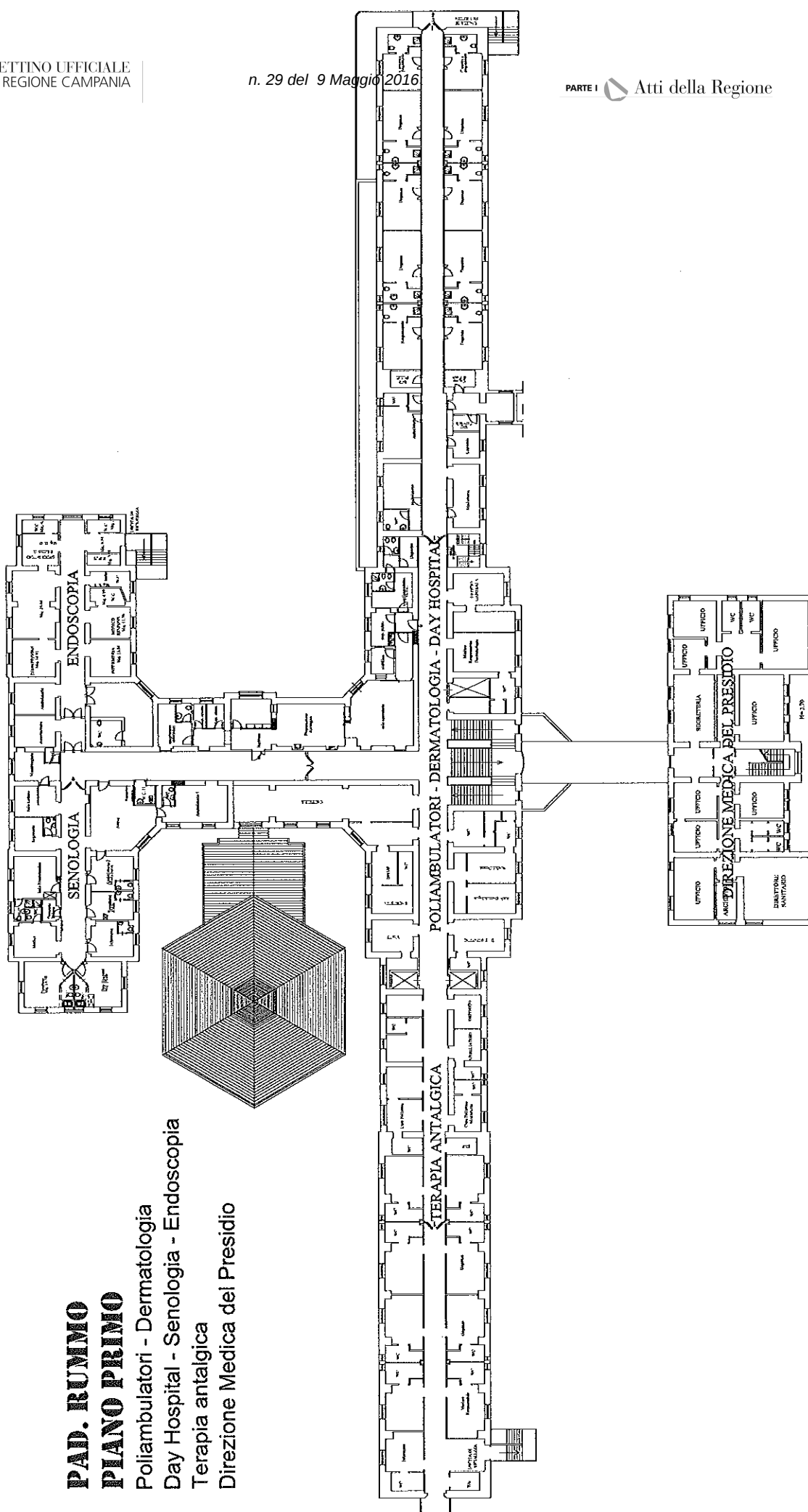
Radiologia - Radioterapia
Angiografia - Lab. Analisi

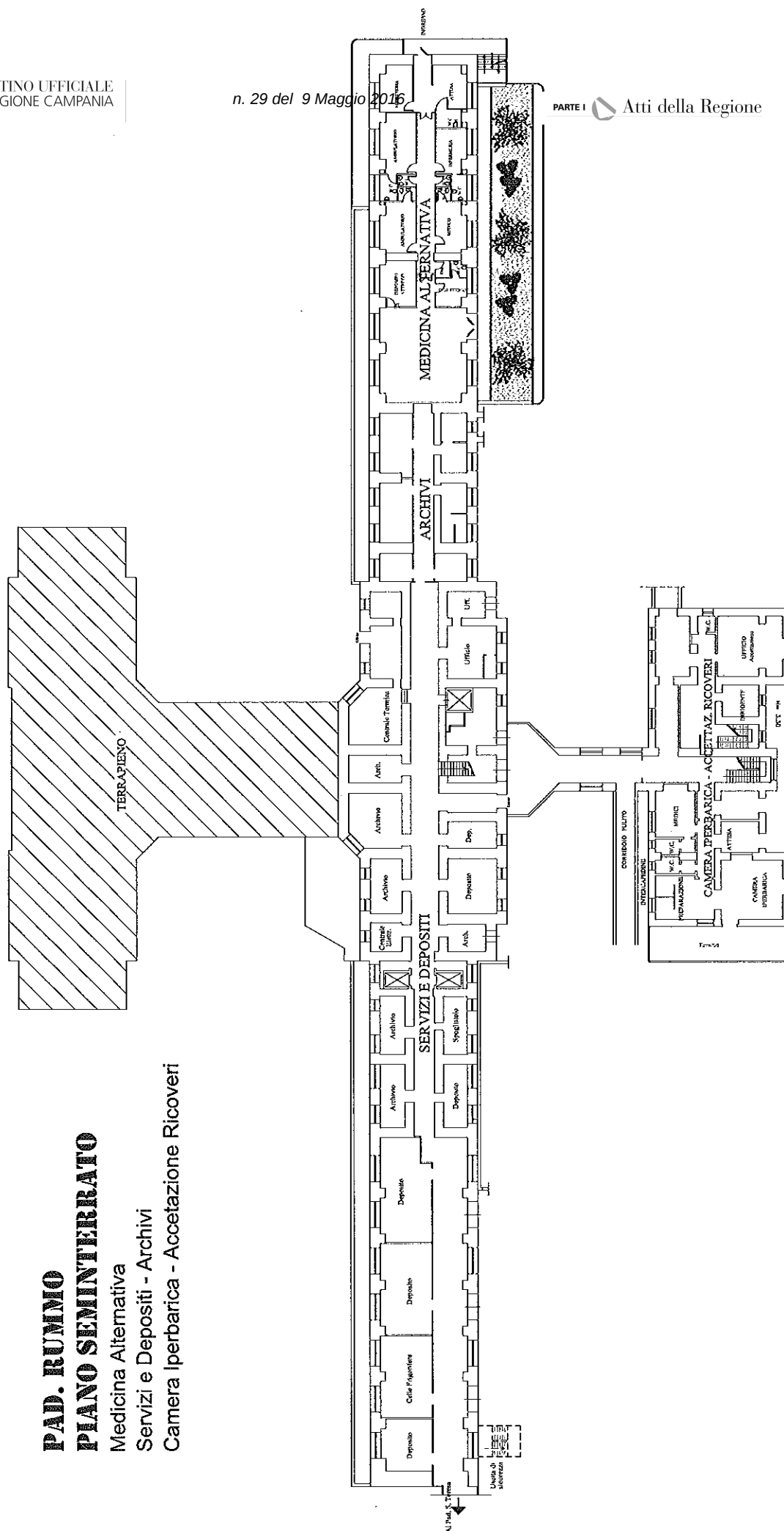
H = 3.15 mt.

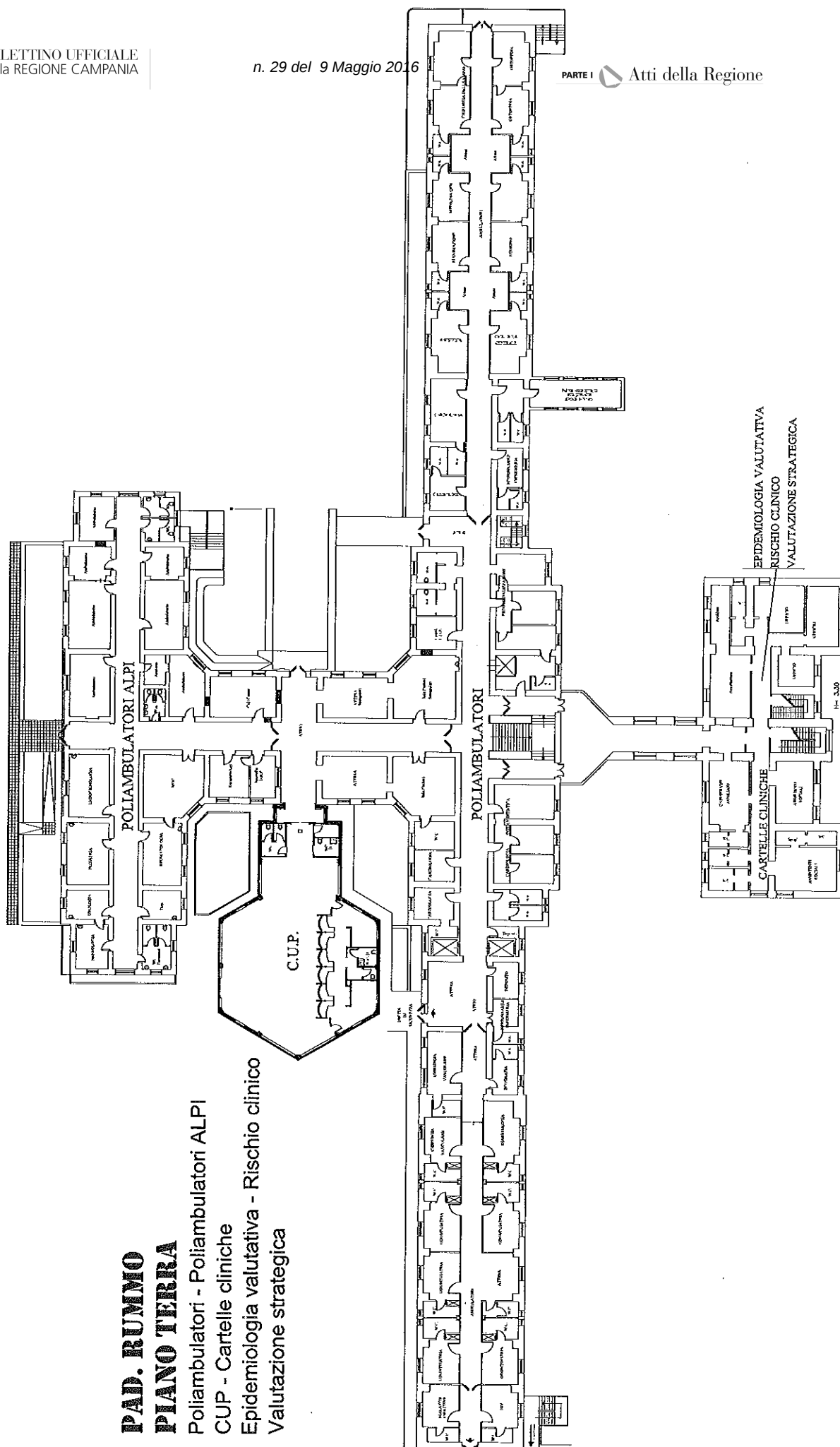


PAD. S. TERESA PIANO TERZO

Reparto Neurochirurgia
Blocco operatorio neurochirurgia
Riabilitazione - Palestra



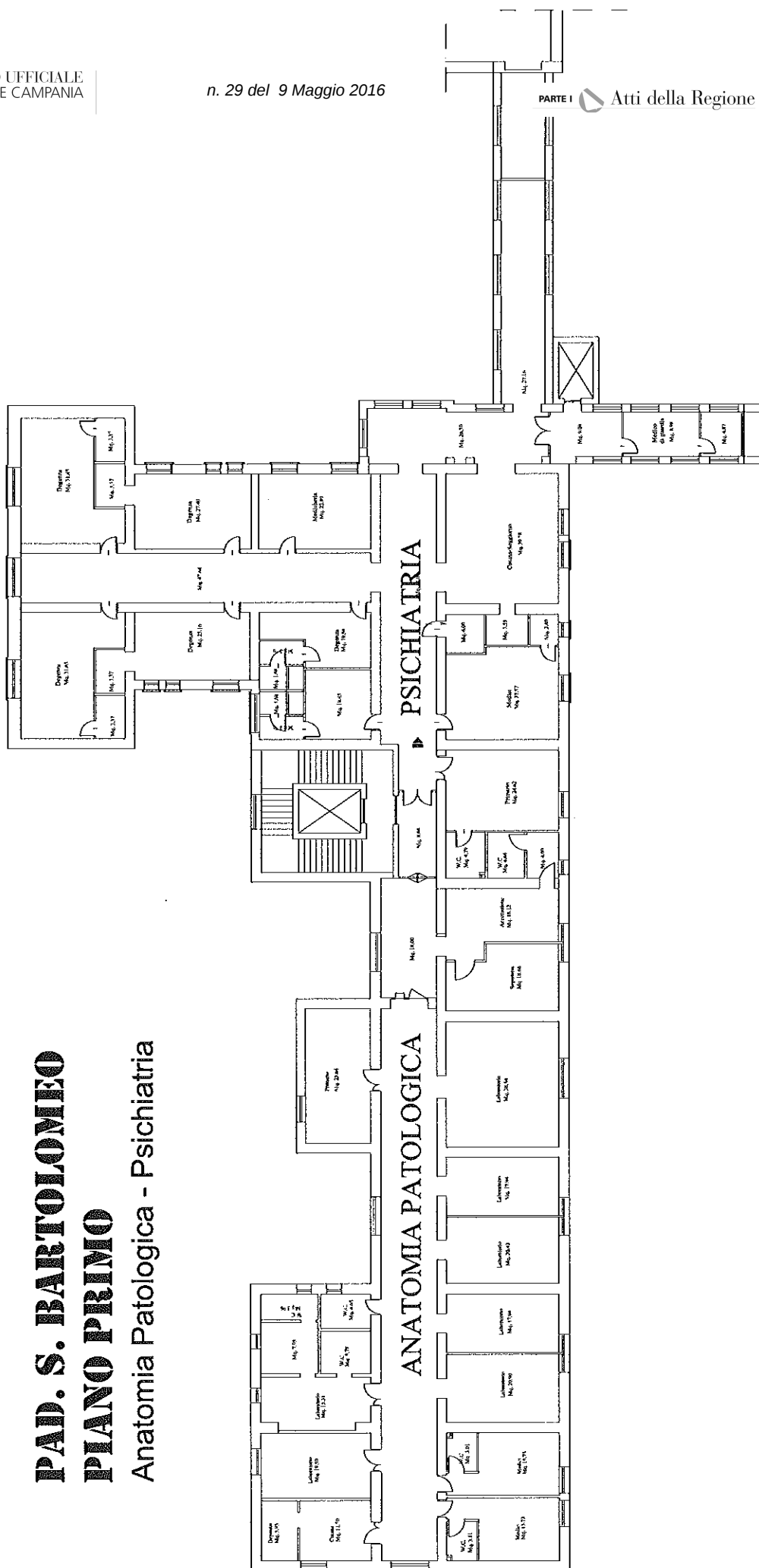




PAD. RUMMO PIANO TERRA

Poliambulatori - Poliambulatori ALPI
CUP - Cartelle cliniche
Epidemiologia valutativa - Rischio clinico
Valutazione strategica

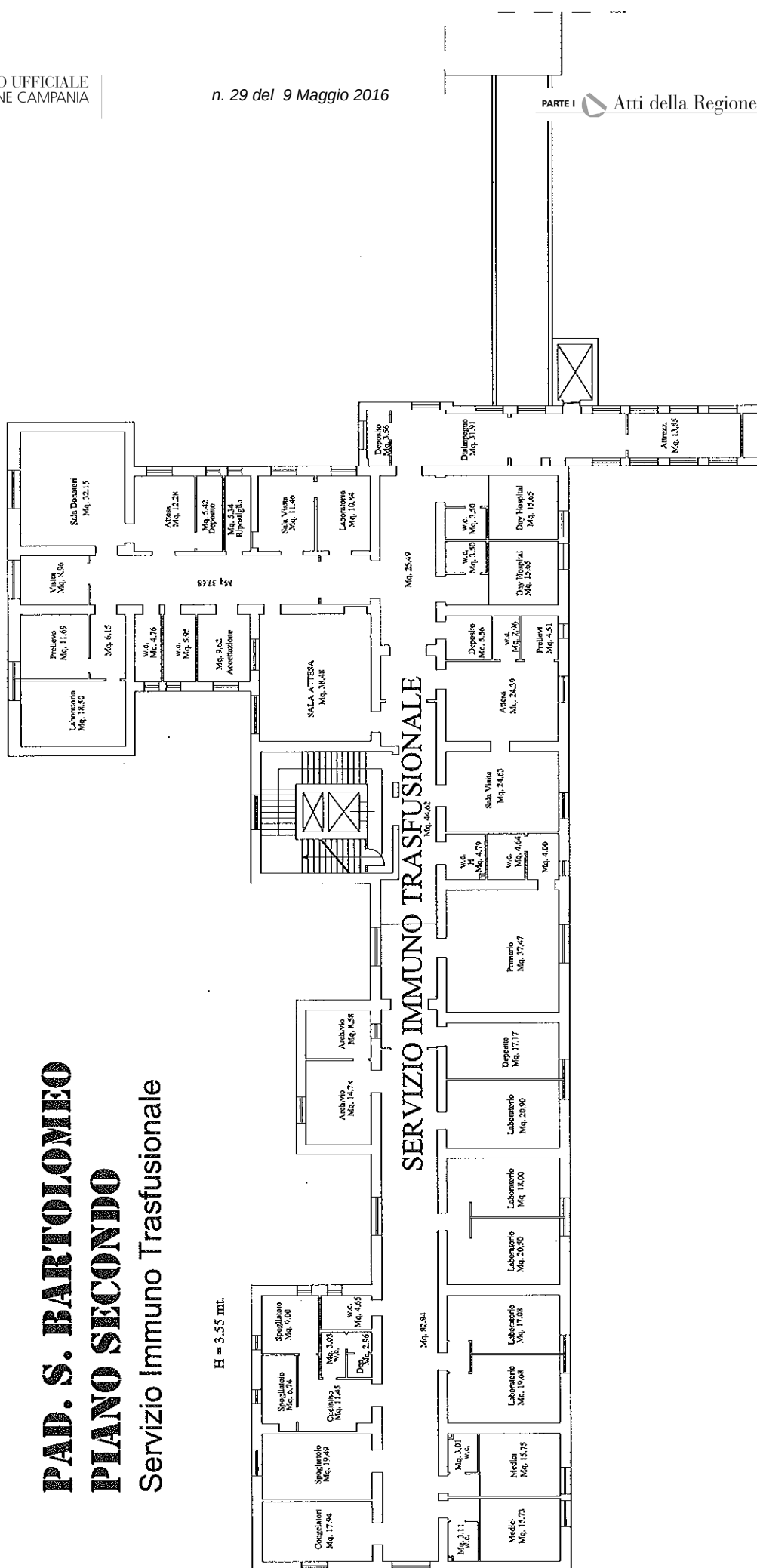
Anatomia Patologica - Psichiatria



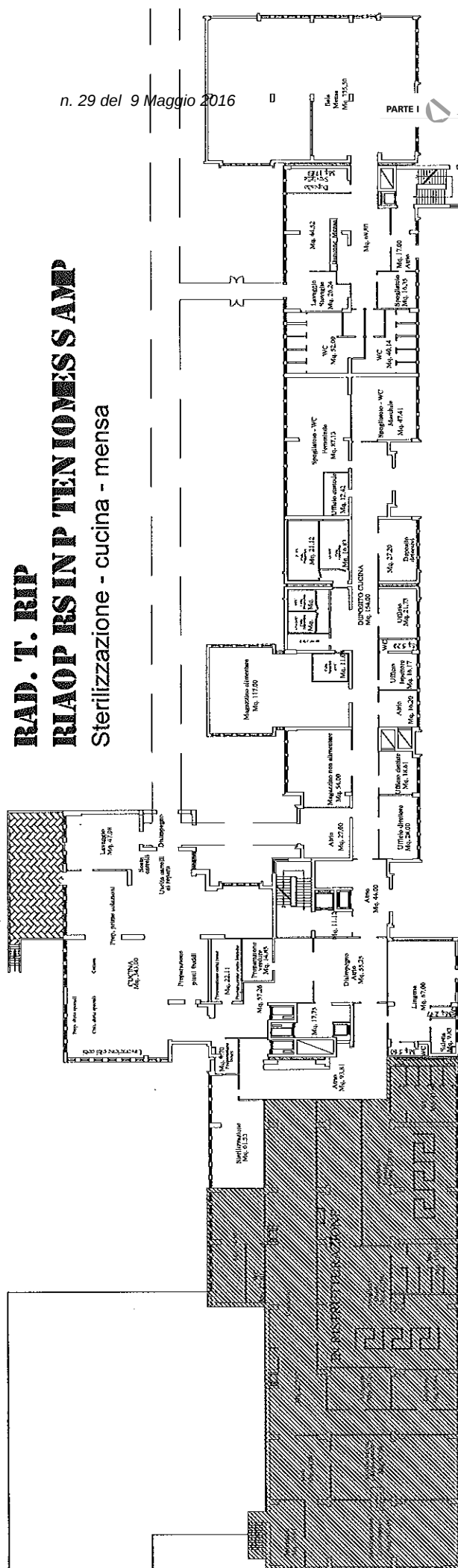
PAD. S. BARTOLOMEO PIANO SECONDO

Servizio Immuno Trasfusionale

H = 3.55 mt.



RAD. T. RIP
RIAOPRSINPTENIOMESSAMP
Sterilizzazione - cucina - mensa



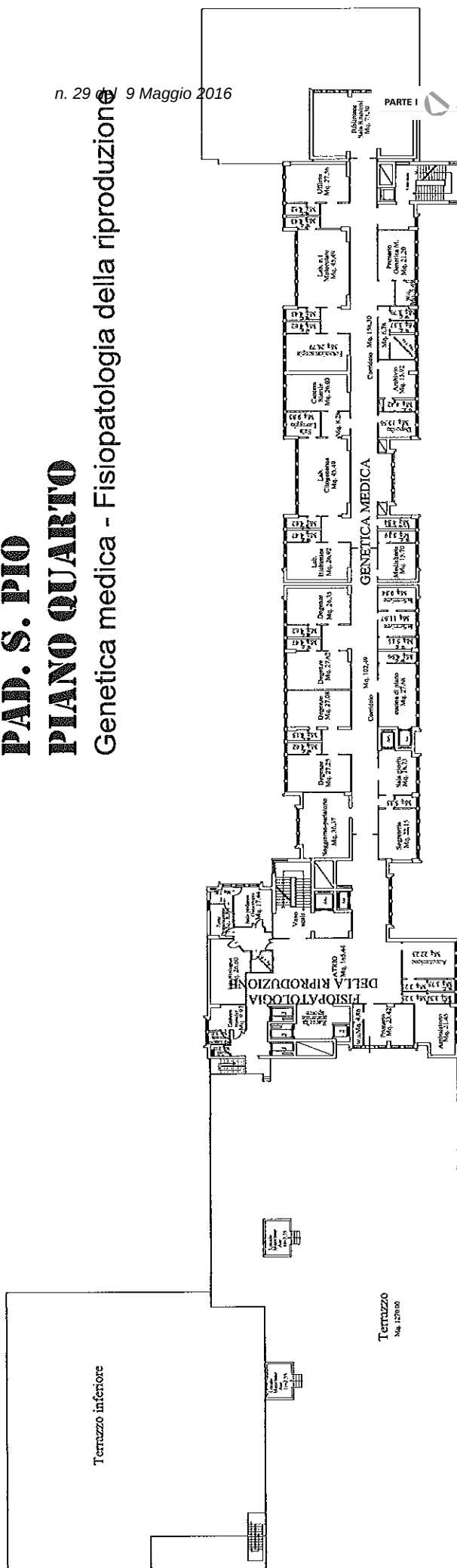
Blocco operatorio CH - Chirurgia generale e Oncologica



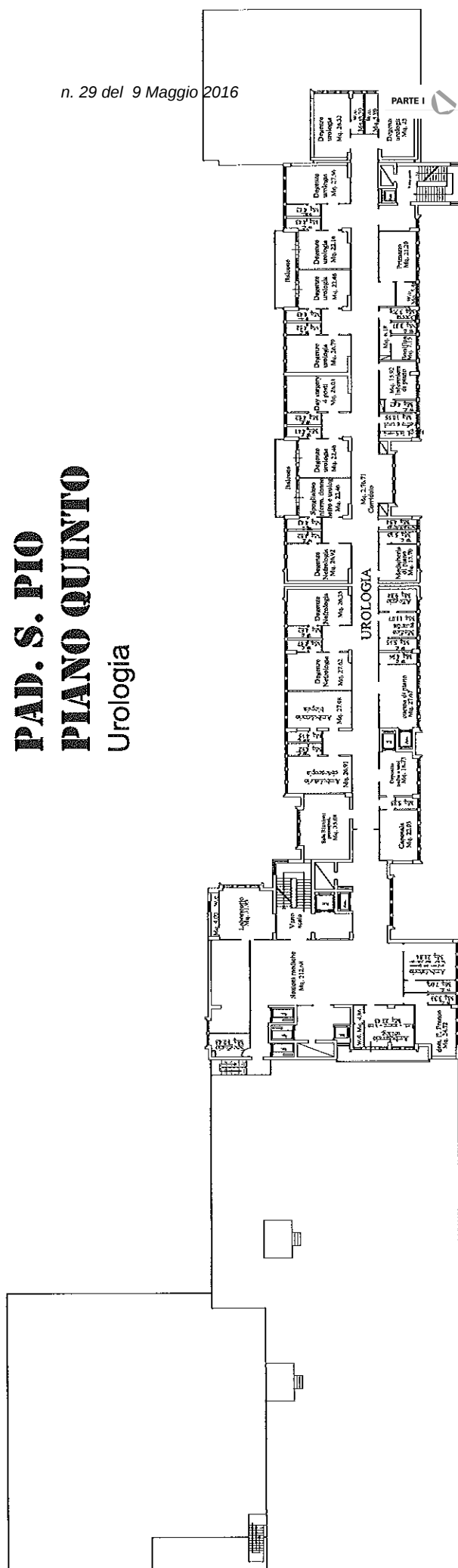


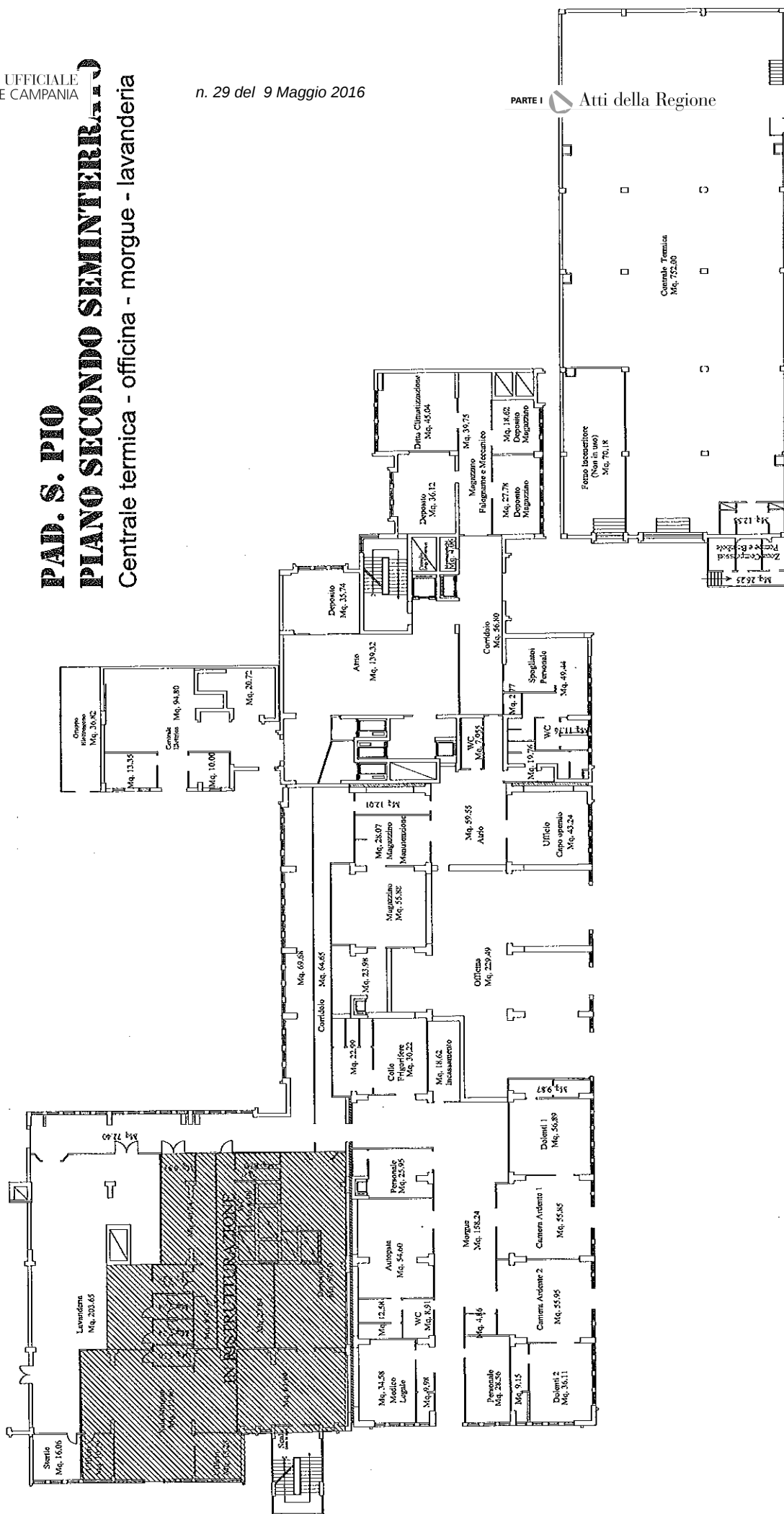
**PAD. S. PIO
PIANO QUARTO**

Genetica medica - Fisiopatologia della riproduzione

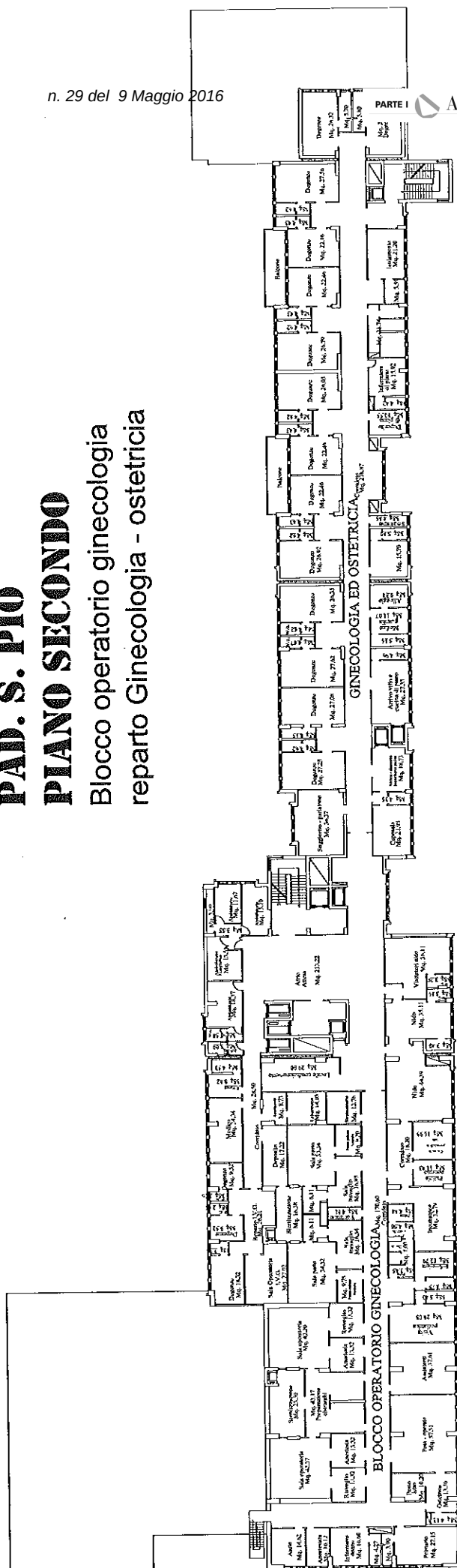


PAD. S. PIO
PIANO QUINTO
Urologia



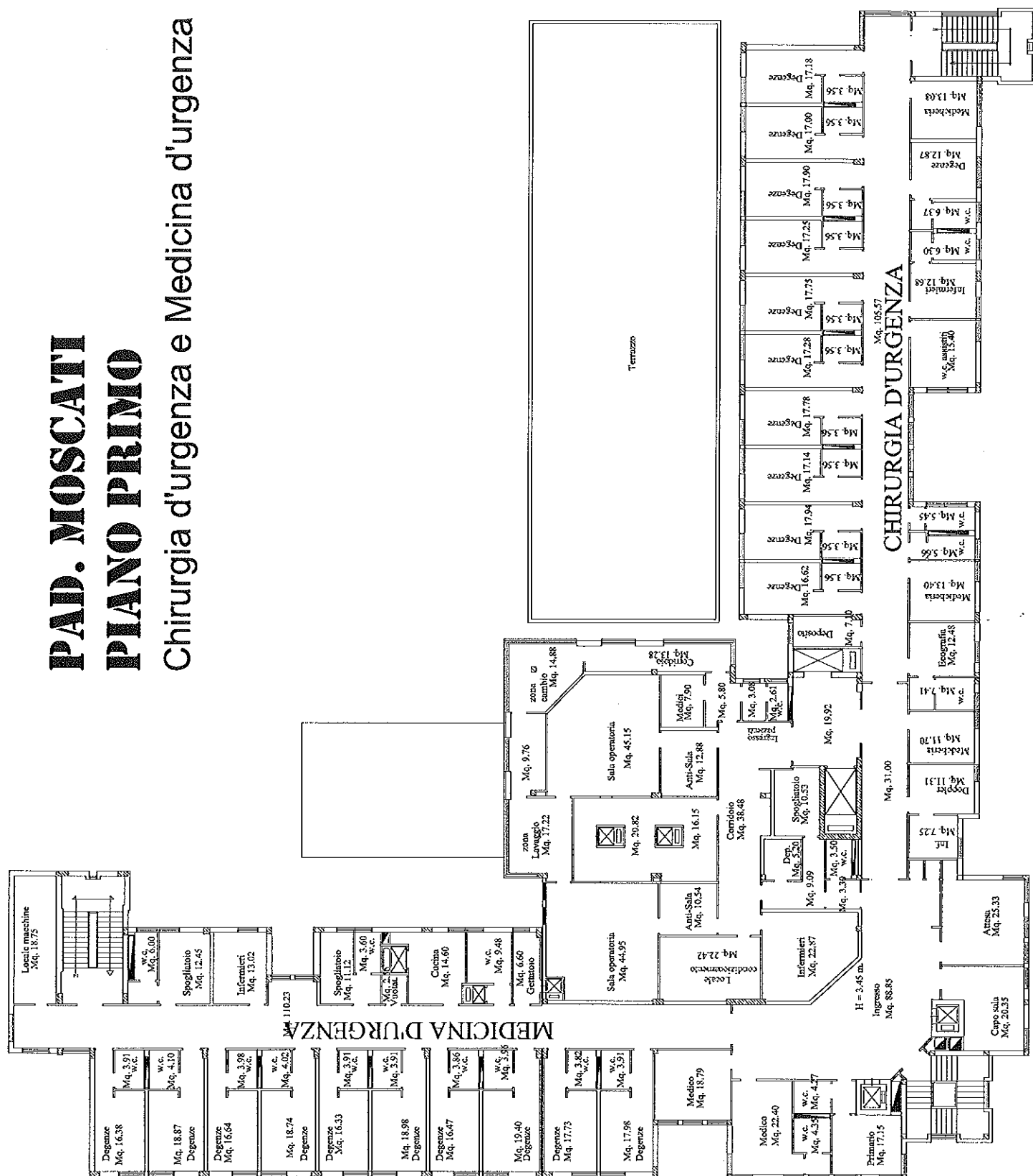


PAD. S. PIO **PIANO SECONDO** Blocco operatorio ginecologia reparto Ginecologia - ostetricia

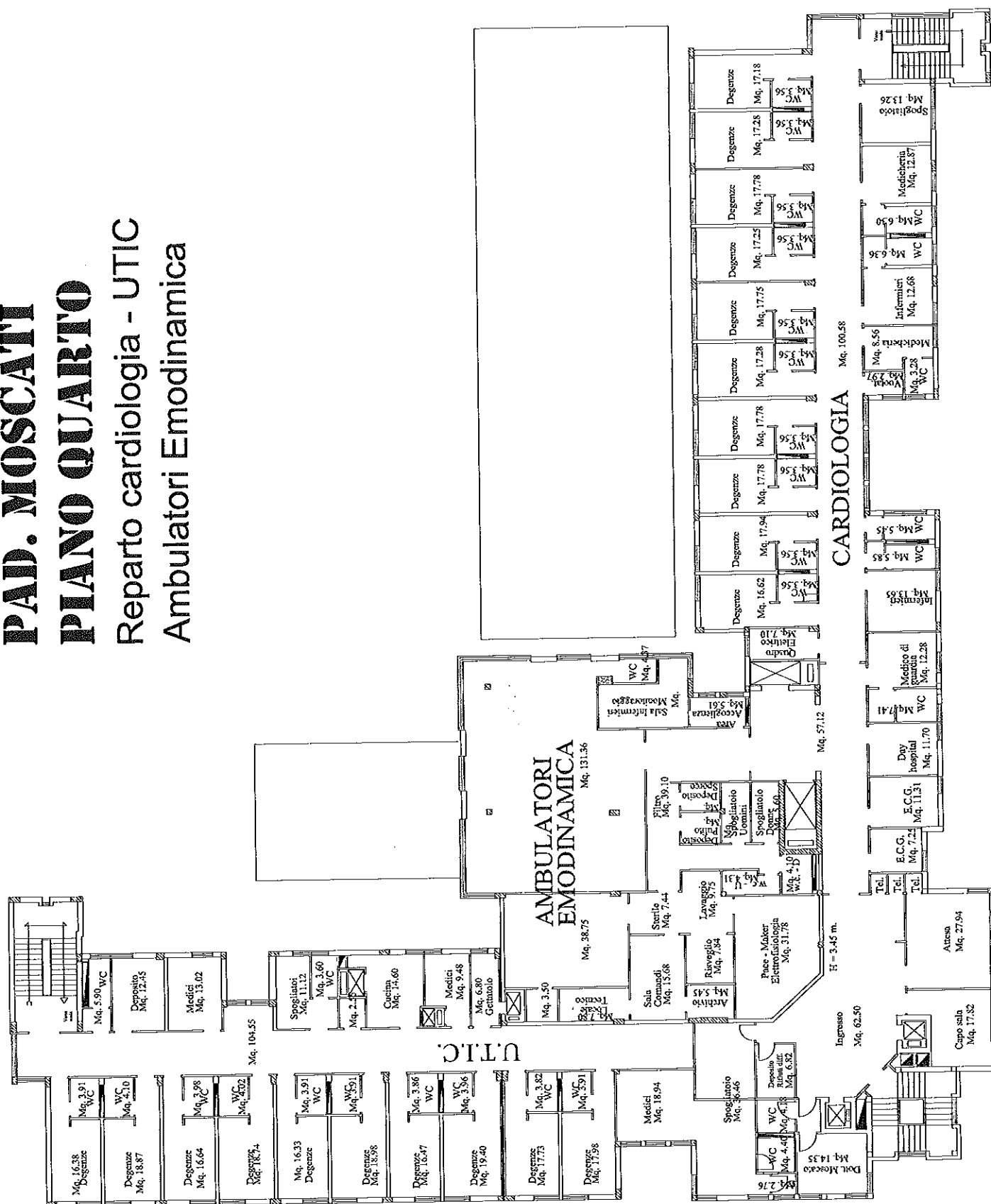


**IPAD. MOSCATI
PIANO PRIMO**

Chirurgia d'urgenza e Medicina d'urgenza

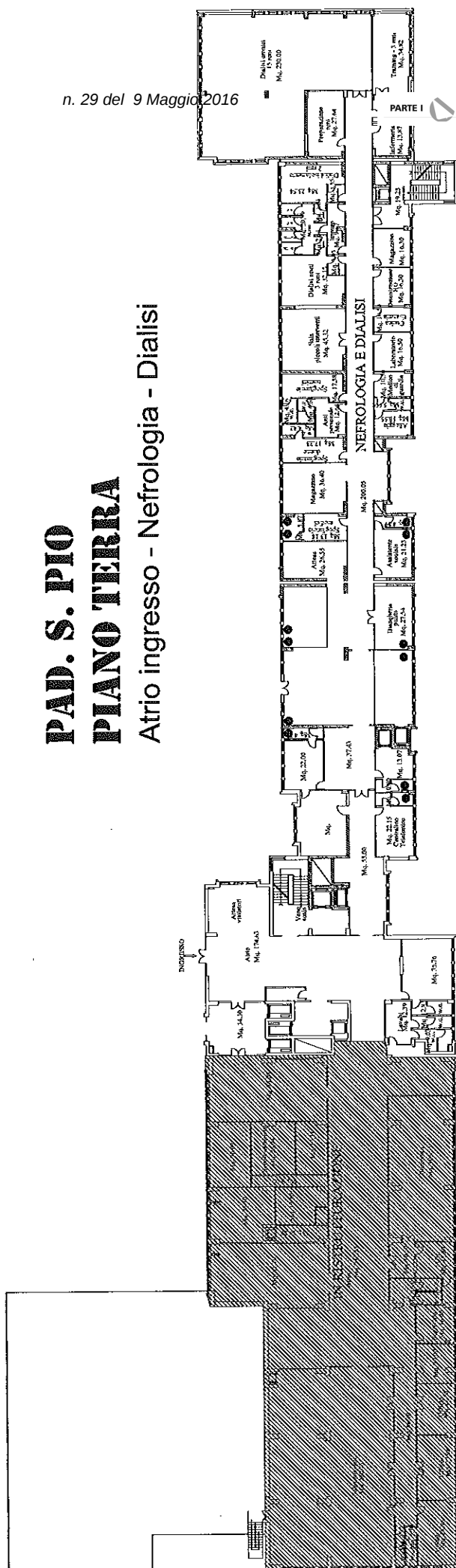


PAD. MOSCATI
PIANO QUARTO
Reparto cardiologia - UTIC
Ambulatori Emodinamica

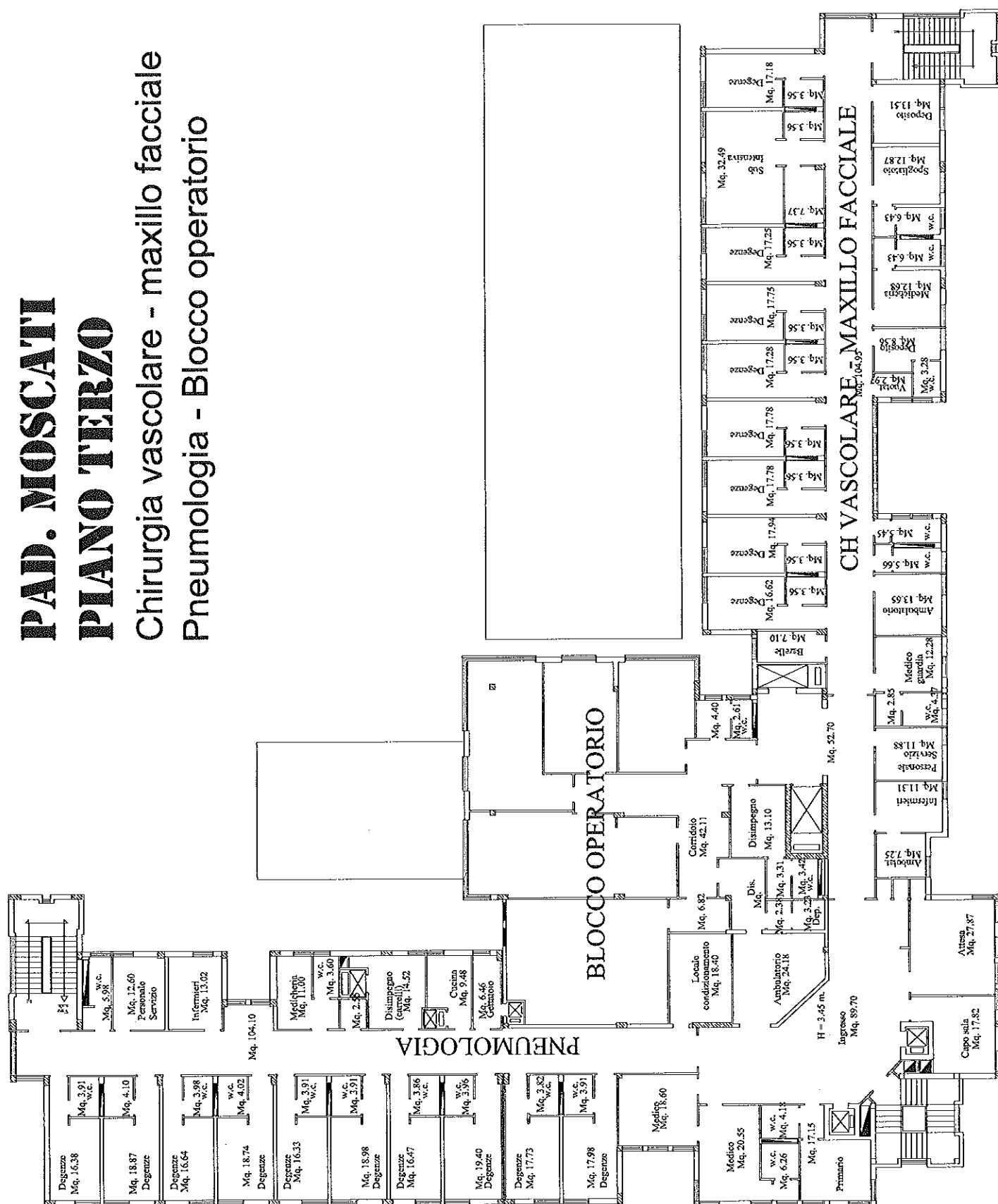


**PAD. S. PIO
PIANO TERRA**

Atrio ingresso - Nefrologia - Dialisi



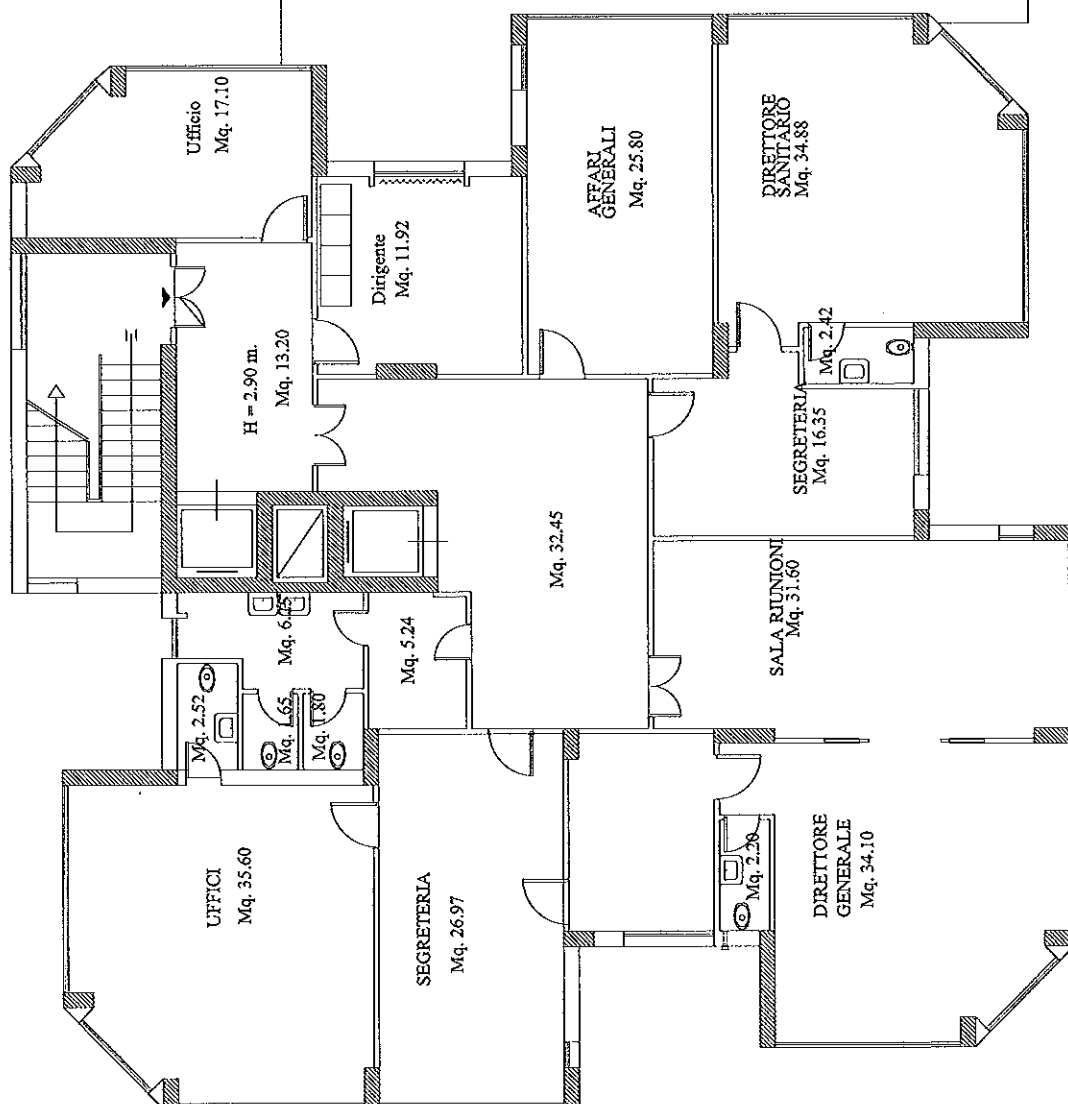
Chirurgia vascolare - maxillo facciale
Pneumologia - Blocco operatorio



PAL. AMMINISTRATIVA PIANO QUINTO

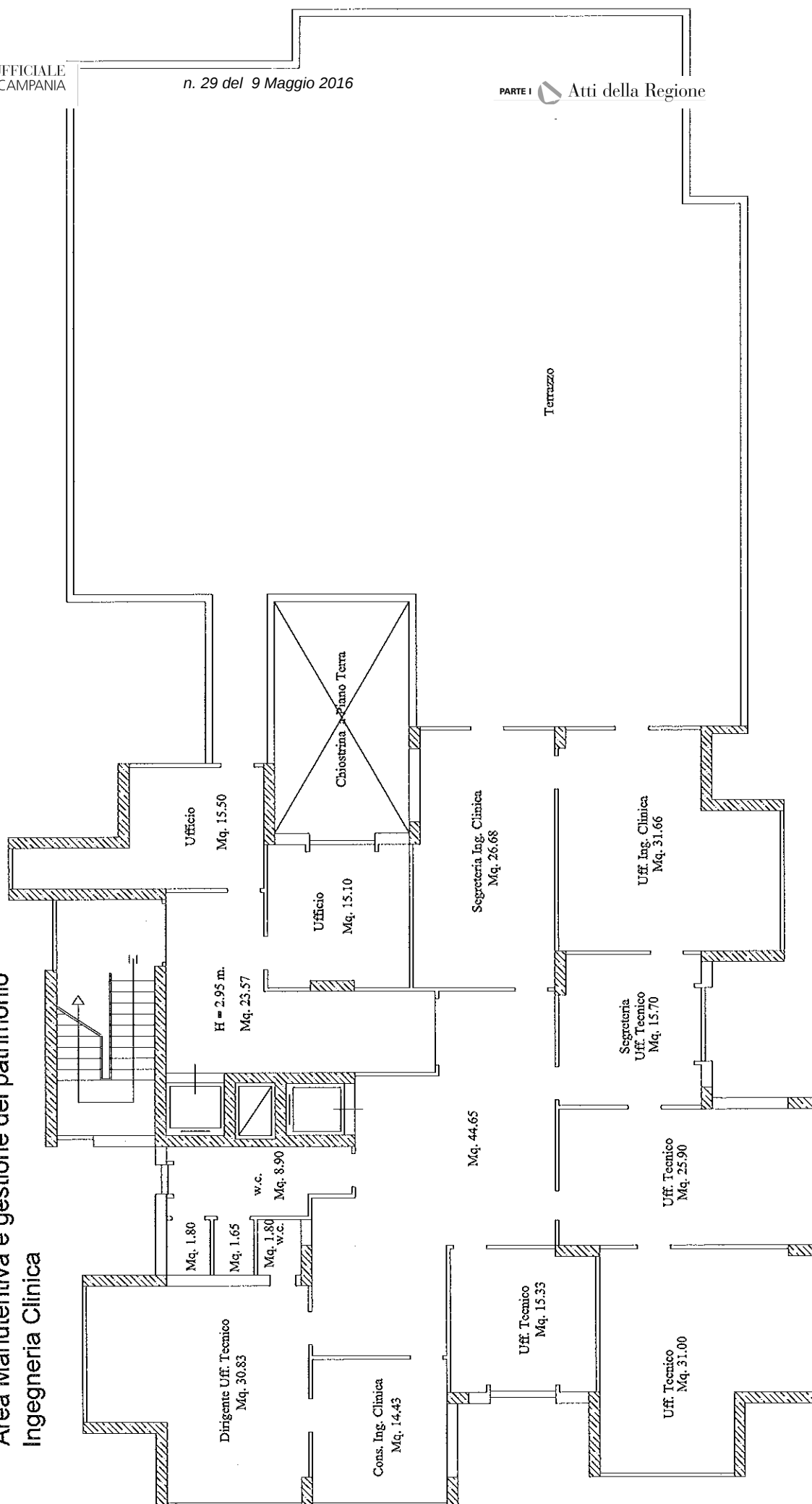
Area Direzione Generale

Area Affari Generali e Legali



PAL. AMMINISTRATIVA PIANO SECONDO

Area Tecnica e di programmazione
Area Manutentiva e gestione del patrimonio
Ingegneria Clinica



PAL. AMMINISTRATIVA PIANO TERRA

Area Risorse Umane - CED
Medicina del lavoro

