

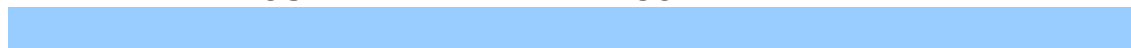
# **ATTO AZIENDALE**

*2017*

<b>TITOLI</b>	<b>ARTICOLI</b>
I – I PRINCIPI GENERALI	PREMESSA
	1. Oggetto
	2. Costituzione e natura dell'azienda
	3. Denominazione, sede legale e logo
	4. Missione istituzionale
II – L'ASSETTO ISTITUZIONALE	5. Visione dell'azienda e suo ruolo nella rete regionale e locale
	6. Assetto istituzionale e organi dell'azienda
	7. Il direttore generale
	8. Il collegio sindacale
	9. L'organo di indirizzo
	10. IL COLLEGIO DI DIREZIONE
	11. LA DIREZIONE STRATEGICA
	12. LO STAFF DELLA DIREZIONE STRATEGICA
	13. IL DIRETTORE SANITARIO
	14. IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
	15. L'ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE
	16. IL COLLEGIO TECNICO ED I COLLEGI TECNICI DI SPECIALITA'
	17. IL COMITATO DEI GARANTI
	18. ULTERIORI COMITATI
III- IL GOVERNO D'AZIENDA E LA SUA ORGANIZZAZIONE	19. IL CONSIGLIO DEI SANITARI
	20. PRINCIPI GENERALI DELL'ORGANIZZAZIONE AZIENDALE
	21. I PRINCIPI GENERALI DEL GOVERNO AZIENDALE
	21.1 LE DIMENSIONI DEL GOVERNO AZIENDALE: COMMITTENZA E PRODUZIONE
	21.2 IL GOVERNO CLINICO
	21.3 IL GOVERNO ECONOMICO-FINANZIARIO
	22. LE MODALITÀ DI ESERCIZIO DEL GOVERNO AZIENDALE: LA DELEGA
	23. STRUTTURA E ARTICOLAZIONI ORGANIZZATIVE
	23.1 Il modello dipartimentale
	24. I DIPARTIMENTI AD ATTIVITA' INTEGRATA – DAI
	24.1 L'ORGANIZZAZIONE DEL DAI
24.2 ASSETTO ORGANIZZATIVO	
24.3. RIDEFINIZIONE DEI DAI	
IV – I SISTEMI DI GESTIONE E CONTROLLO INTERNO	25. I PROGRAMMI INFRADIPARTIMENTALI E INTERDIPARTIMENTALI
	26. La Macro Area tecnico-amministrativa
	27. LA MACRO AREA DELLE ATTIVITA' ASSISTENZIALI
	28. LA PIANIFICAZIONE STRATEGICA
	29. IL SISTEMA DI PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO
	29.1 IL BUDGET

	30. LE RILEVAZIONI CONTABILI
	31. I SISTEMI DI CONTROLLO E VALUTAZIONE
	31.1 LA VALUTAZIONE DEL PERSONALE
	31.2 IL CONTROLLO DEI RISULTATI DI GESTIONE ED IL CONTROLLO STRATEGICO
V – LE RISORSE UMANE	32. IL QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO
	33. LA DOTAZIONE ORGANICA
	34. GLI INCARICHI DIRIGENZIALI
	35. LA PARTECIPAZIONE DEL PERSONALE UNIVERSITARIO ALL'ATTIVITÀ ASSISTENZIALE
	36. LA PARTECIPAZIONE DEL PERSONALE IN FORMAZIONE ALL'ATTIVITÀ DI ASSISTENZA
	37. TRATTAMENTO ECONOMICO DEL PERSONALE UNIVERSITARIO
	38. LE RELAZIONI SINDACALI
	39. LA LIBERA PROFESSIONE INTRAMURARIA
VI-FINANZIAMENTO E PATRIMONIO AZIENDALE	40. IL FINANZIAMENTO
	41. IL PATRIMONIO
	42. CRITERI DI VALUTAZIONE DEL PATRIMONIO
	43. DONAZIONI E LASCITI
	44. APPALTI, ACQUISTI E DEI SERVIZI
	44.1 GESTIONE E MANUTENZIONE DEI BENI E DELLE APPARECCHIATURE
VII- NORME INTEGRATIVE E TRANSITORIE	45. RIFERIMENTI ATTUALI

**ALLEGATO A. ELENCO DIPARTIMENTI AD ATTIVITA' INTEGRATA DELL'AZIENDA OSPEDALIERA "FEDERICO II"**



## PREMESSA

L'atto aziendale e' l'atto di diritto privato necessario per l'esercizio delle attività dell'Azienda Ospedaliero Universitaria "Federico II" (di seguito denominata "Azienda") e trova fondamento nel Protocollo d'Intesa siglato il 10.6.2016 dalla Regione Campania e dall'Università degli Studi di Napoli Federico II.

L'Atto aziendale costituisce lo strumento mediante il quale l'AOU determina la propria organizzazione ed il proprio funzionamento, delineando gli ambiti della propria autonomia gestionale ed organizzativa.

Al suo interno sono presenti:

- i principi generali dell'assetto di governo dell'Azienda, coerenti con i criteri ed indirizzi di cui a:
  - D.Lgs. n.502/92 modificato ed integrato con D.Lgs. n. 229/99 di "Riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'art. 1 della legge 23 dicembre 1992 n. 421" e s.m.i.;
  - D.Lgs. n.517 del 21.12.1999;
  - la legge 120/07 "Disposizioni in materia di attività libero- professionale intramuraria e altre norme in materia sanitaria";
  - il Decreto del Presidente della Repubblica 11 luglio 1980, n. 382 "Riordinamento della docenza universitaria, relativa alla fascia di formazione nonché sperimentazione organizzativa e didattica";
  - il D. Legge n. 158 del 13.09.2012 convertito dalla Legge 8 novembre n. 189;
  - il D.M. 70 del 2 aprile 2015 n. 70" Regolamento recante definizione degli standard - Legge Regionale n.2/94 e smi
    - Legge regionale n.32/94 e smi
    - DGRC 460/2007
    - Decreto Commissariale n.49/2010
    - Decreto Commissariale n.22/2011
    - Decreto Commissariale n.53/2012
    - Decreto Commissariale n.18 del 18.02.2013, pubblicato sul Burc n. 12 del 5.02.2013
  - Decreto Commissariale n.48 del 10.6.2016
  - Piano Ospedaliero Regionale 2016 approvato con decreto Commissariale n.33/2016
- il sistema di regole che caratterizzano il contesto entro cui deve svilupparsi l'attività (il Sistema Sanitario Nazionale e Regionale, l'Università, ecc.);
- i criteri che orientano le scelte della direzione strategica, nel pieno rispetto delle relazioni istituzionali e degli obiettivi aziendali;
- il modello macro organizzativo che consente il funzionamento dell'azienda.

Il presente Atto garantisce quanto richiesto dal punto 5 del citato D.C. n.18/2013. Il modello organizzativo, a livello macro e micro strutturale (composizione delle unità organizzative semplici e complesse) e le regole di funzionamento degli organi che compongono l'assetto istituzionale trovano definizione all'interno del **Piano di Organizzazione e Funzionamento Aziendale (POFA)** che costituisce parte essenziale ed integrante del presente documento.

Per quanto riguarda i rapporti tra Azienda ed Ateneo, lo Statuto dell'Università degli Studi di Napoli "Federico II" prevede che la Scuola di Medicina e Chirurgia sia l'unica struttura competente ad esprimere pareri al Rettore, al Senato Accademico ed al Consiglio di Amministrazione su tutte le deliberazioni dell'Università attinenti i rapporti con il Servizio Sanitario Nazionale e Regionale per la dovuta integrazione delle attività didattiche, di ricerca e clinico-assistenziali. Per questo motivo, rappresenta organo privilegiato di raccordo tra l'Università e l'Azienda per le questioni attinenti a tale integrazione.

Tale atto è adottato dopo aver sentito il Collegio di Direzione nella seduta del 15/11/2016 e le OOSR maggiormente rappresentative nella seduta del 16/11/2016.

## **TITOLO I – I PRINCIPI GENERALI**

### **1. OGGETTO**

La formulazione dell'Atto Aziendale è effettuata in base a:

- l'art. 3 c. 1 bis del D. L.vo 502/92 e successive modifiche ed integrazioni, "Principi, criteri e indirizzi per Atto Aziendale";
- l'art. 3, c. 2 del D.Lgs. 517/99;
- art. 5 del Decreto Presidente Consiglio dei Ministri, 24 maggio 2001;
- gli artt. 5, 6 e 7 del Protocollo d'Intesa stilato fra Università Federico II e Regione Campania del 18/07/03;
- gli artt. 5, 6 e 7 del Protocollo d'Intesa stilato fra Università Federico II° di Napoli e Regione Campania del 20/04/2012;
- l'Atto di indirizzo per l'adozione dell'atto aziendale delle Aziende sanitarie della Regione Campania - Ulteriori integrazioni, di cui al Decreto Commissariale n.18 del 18.02.2013, pubblicato sul Burc n. 12 del 25.02.2013.

Il presente atto assume quale compito prioritario quello di individuare: a) i principali riferimenti per la definizione di obiettivi, priorità, piani e programmi; b) le direttive generali per l'attività e la gestione; c) la macro organizzazione ed i principi generali di funzionamento. Esso, ai sensi del comma 4 dell'art.3 del Protocollo d'Intesa vigente, è adottato dal Direttore Generale d'intesa con il Rettore e successivamente trasmesso alla Giunta Regionale per le eventuali osservazioni di competenza.

L'Atto rinvia, per quanto non espressamente previsto dallo stesso o dal POFA, ai regolamenti da emanare entro novanta giorni dalla adozione dello stesso Atto, alle disposizioni contenute nelle leggi vigenti e nei contratti collettivi di lavoro e norme integrative e transitorie.

### **2. COSTITUZIONE E NATURA DELL'AZIENDA**

L'Azienda Ospedaliera Universitaria "Federico II" nasce in base a quanto definito:

- dall'art. 6 del D. L.vo 502/92;
- dall'art. 16 della L. Regionale n° 32 del 03/11/094;
- dal D. L.vo n° 517 del 21/12/99 con il quale sono disciplinati i rapporti fra Servizio Sanitario Nazionale e Università;
- dal DPCM 24/05/01 che contiene le linee guida per la stipula dei protocolli di intesa tra Regione ed Università per lo svolgimento di attività assistenziali dell'Università nel quadro della programmazione nazionale e regionale;
- dal Protocollo d'Intesa stilato il 18/07/03 fra Università Federico II e Regione Campania al fine di realizzare la fattiva collaborazione per l'integrazione delle attività assistenziali, didattiche e di ricerca fra il Servizio Sanitario Regionale e la Facoltà di Medicina e Chirurgia, nel rispetto delle reciproche autonomie organizzative e di programmazione.
- dal Decreto del Rettore dell'Università degli studi "Federico II" n° 2942 del 31/07/03.
- dal Protocollo d'Intesa stilato fra Regione Campania e Università Federico II° di Napoli del 10/06/2016
- dal Decreto del Rettore dell'Università degli studi "Federico II" n. 2960 del 20.09.2012 .
- dal Decreto Commissariale n.18 del 18.02.2013, pubblicato sul Burc n. 12 del 25.02.2013
- dalla L. 120/07 "Disposizioni in materia di attività libero professionale intramuraria e altre norme in materia sanitaria";
- dalla Legge 08.11.2012, n. 189
- dal DPR 11 luglio 1980, n. 382 "Riordinamento della docenza universitaria, relativa fascia di formazione nonché sperimentazione organizzativa e didattica";
- dalla L. 4 novembre 2005, n. 230 recante nuove disposizioni per i professori ed i ricercatori universitari;
- dalla Legge n 240 del 30.12.2010
- dai Decreti del Rettore dell'Università degli Studi di Napoli Federico II° del 12.11.2012 di istituzione dei Dipartimenti Universitari
- dal Decreto del Commissario ad Acta n. 49 del 27.09.2010 con il quale si è provveduto alla riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale della Campania
- dal Piano Ospedaliero Regionale 2016, di cui al Decreto n.33/2016

L'Azienda è Azienda Ospedaliera Universitaria integrata con il Servizio Sanitario Regionale e si caratterizza per l'attività assistenziale e per quelle d'alta specializzazione di rilievo nazionale.

Svolge - ai sensi della Sentenza della Corte Costituzionale n. 71 del 07.03 2011 che così statuisce *"l'attività di assistenza ospedaliera e quella didattica scientifica affidate dalla legislazione vigente al personale medico universitario si pongono tra loro in un rapporto che non è solo di stretta connessione, ma di vera e propria compenetrazione"* - in modo unitario ed inscindibile funzioni di assistenza, didattica e ricerca, costituendo al tempo stesso:

- elemento strutturale del Servizio Sanitario Nazionale, ed in particolare del Servizio Sanitario della Regione Campania, nell'ambito del quale concorre al raggiungimento della tutela globale della salute;

- elemento strutturale dell'Università, nell'ambito del quale concorre al raggiungimento delle sue finalità didattiche e di ricerca.

### 3. DENOMINAZIONE, SEDE LEGALE E LOGO

L'Azienda è denominata *Azienda Ospedaliera Universitaria "Federico II"*. Essa ha personalità giuridica pubblica, è dotata di autonomia imprenditoriale, organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica.

Ha sede legale in Via Sergio Pansini 5, 80131 – Napoli; partita IVA 06909360635.



Il logo formulato cerca di interpretare e trasmettere due concetti prioritari ovvero, il persistente legame fra l'Azienda e l'Università degli Studi "Federico II", rappresentato dallo stemma federiciano, collocato in alto a sinistra con carattere in grassetto e l'altrettanto stretto legame con la Scuola di Medicina e Chirurgia nella inscindibilità delle attività di didattica, ricerca e assistenza rappresentata tramite le immagini della Torre Biologica, della vela del corpo di fabbrica della Scuola di Medicina e quella di un padiglione assistenziale. A destra dell'immagine, l'acronimo "AOU" completato da "Federico II" e dalla dicitura "integrata con il Servizio Sanitario Regionale" vuole proporre, per associazione, un'impressione di integrazione ed efficienza.

### 4. MISSIONE ISTITUZIONALE

1. L'Azienda riconosce come propria missione il perseguimento congiunto di obiettivi di didattica, ricerca e assistenza, in coerenza con gli stretti legami istituzionali e funzionali con **l'Università e la sua Scuola di Medicina e Chirurgia**. La natura istituzionale dell'Azienda sta nel contributo unico e imprescindibile che essa fornisce alla vita della Scuola di Medicina. Attraverso l'attività di assistenza e in condizioni di autonomia, garantita innanzitutto e in primo luogo dalla capacità di mantenere un solido e duraturo equilibrio economico essa ha, quindi, come sua finalità principale quella di supportare le funzioni di didattica e di ricerca che contraddistinguono la missione dell'Università.
2. La *mission* dell'Azienda si caratterizza per le seguenti macro-funzioni:
  - **Funzione assistenziale** - l'Azienda è orientata alla gestione delle patologie ad alta complessità secondo il modello multidisciplinare, alla definizione ed applicazione di processi e linee guida che supportino i percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali, garantendo la continuità nell'emergenza-urgenza delle prestazioni diagnostico-terapeutiche e delle prestazioni di supporto nell'ambito dell'eccellenza;
  - **Funzione didattica** - l'Azienda concorre alla formazione sanitaria nella Regione Campania, fornendo il necessario supporto ai Corsi di Laurea a ciclo unico, triennali, magistrali e alle scuole di Specializzazione di area medica, ai Master e Corsi di perfezionamento dell'Università di Napoli Federico II e contribuendo alla formazione continua degli operatori sanitari, anche nell'ottica della Educazione Continua in Medicina;
  - **Funzione di ricerca di base e clinica** - L'Azienda fornisce il necessario supporto all'attività di ricerca biomedica, condotta dai professori, ricercatori e personale in

formazione (assegnisti di ricerca, dottorandi, borsisti e stagisti) dei Dipartimenti Universitari afferenti alla scuola di Medicina dell'Università di Napoli Federico II, sia per quanto attiene alla ricerca di base, sia per quella di tipo traslazionale, volta a sviluppare procedure diagnostiche e terapeutiche innovative. L'Azienda, inoltre, contribuisce a favorire il rapido trasferimento applicativo delle acquisizioni sperimentali, anche permettendo l'accesso ai suddetti operatori di ricerca a finanziamenti competitivi destinati alla ricerca sanitaria.

L'Azienda partecipa all'attuazione dei processi sanitari previsti dal Piano Sanitario Regionale e dai Decreti del Commissario ad Acta per il Piano di rientro dal debito sanitario, tramite l'elaborazione degli atti di programmazione di propria competenza e la loro successiva traduzione in azioni concrete. L'Azienda concorre, inoltre, alla realizzazione della più vasta missione del **Servizio Sanitario della Regione Campania**, missione definita come tutela globale della salute nel quadro delle risorse a tale fine destinate dalla collettività, con lo scopo di perseguire la buona qualità dell'integrazione fra le attività di assistenza, didattica e ricerca per la tutela ed il progressivo miglioramento della salute dei singoli cittadini e della collettività. In tale contesto l'insieme delle risorse aziendali agisce come parte integrante del Servizio Sanitario Regionale, nell'ambito di quanto definito al c.5 dell'art. 1 del vigente Protocollo d'intesa che così recita *".... il rispetto, nella programmazione e nello svolgimento delle attività assistenziali da parte dell'azienda, della disciplina e dei provvedimenti regionali in materia sanitaria, compresi tutti i vincoli che si impongono alla spesa sanitaria regionale per effetto delle norme vigenti e dei provvedimenti statali concernenti il ripiano del debito in materia sanitaria della Regione Campania"*

## 5. VISIONE DELL'AZIENDA E SUO RUOLO NELLA RETE REGIONALE E LOCALE

Così come emerge dalla missione istituzionale, l'identità dell'AOU "Federico II" è fortemente caratterizzata dalla natura e dall'intensità di rapporti con l'Università e la Regione Campania; infatti l'agire dell'Azienda è caratterizzato da:

- l'attività di assistenza e quelle di ricerca e didattica ad essa collegate, che le consentono di collocarsi come polo di offerta nazionale - e per alcune aree anche internazionale - ad altissima specialità, offrendo risposta a fabbisogni ad alta complessità. Allo scopo sono attivi, nell'ambito di quanto disciplinato dall'art. 13 del vigente Protocollo d'intesa, i **Centri di Riferimento Regionale**; essi rappresentano strutture di offerta ad altissima specialità che fungono da "riferimento" all'interno della rete di offerta regionale;
- la necessità di offrire un ventaglio completo di prestazioni assistenziali al fine di assicurare le casistiche necessarie al completamento dell'iter formativo degli studenti dei Corsi di Studio dell'Università di Napoli Federico II;
- la necessità di offrire prestazioni che soddisfino i bisogni assistenziali della popolazione. Per orientare l'utenza sono stati predisposti strumenti di comunicazione e marketing che possano informare l'utenza rispetto alle prestazioni erogabili dall'Azienda.

In coerenza con il contesto di riferimento, l'Azienda individua la sua visione; essa si ispira ai seguenti principi fondanti che le consentono di interpretare al meglio la sua missione istituzionale:

- **Centralità della persona**: l'Azienda orienta il suo operato alla centralità del paziente/utente, in quanto destinatario del servizio offerto, dei professionisti che



operano al suo interno e degli studenti. Nei confronti del paziente/utente l'Azienda intende offrire prestazioni che soddisfino non solo il suo fabbisogno sanitario, ma lo accolgono considerando l'interezza dei suoi bisogni (emotivi, socio culturali, psicologici ecc.). Allo scopo ci si prefigge la promozione della partecipazione attiva del cittadino a programmi di valutazione e controllo dell'efficacia e dell'efficienza delle prestazioni offerte. Ferme restando le forme di tutela giurisdizionale contro atti, attività e comportamenti, attivi o omissivi, limitativi del diritto alle prestazioni di natura sanitaria, il cittadino interessato o che ne sia legittimato in sua vece, può presentare esposti, denunce, reclami, opposizioni, assicurazioni, nelle forme e con le modalità previste dalla Carta dei Servizi e del Regolamento Aziendale di Tutela. L'A.O.U. garantisce e tutela i diritti dei cittadini sia con riferimento alla partecipazione, sia in ordine all'accesso alla documentazione, nelle forme e con le modalità previste nella l. 241/90 e s.m.i., nel decreto legislativo recante il riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni e dalla normativa in materia di riservatezza dei dati sensibili. La centralità dei professionisti rappresenta un fattore di successo dell'operato dell'Azienda; allo scopo, essa si prefigge di valorizzarne il contributo professionale e di creare condizioni di clima organizzativo che favoriscano l'innovazione, l'apprendimento e la socializzazione del sapere. L'Azienda s'impegna a costruire condizioni di pari opportunità tra uomini e donne anche attraverso la costituzione del Comitato Unico di Garanzia. A tal fine, essa riconosce il ruolo che le donne effettivamente esercitano nella società e mette in atto politiche e sistemi di gestione funzionali a costruire condizioni di pari opportunità sostanziali, con particolare attenzione agli ambiti dello sviluppo professionale, delle carriere, degli orari di lavoro, anche ricorrendo ad azioni esplicitamente a favore delle donne. L'A.O.U. si impegna quindi a garantire pari opportunità tra donne e uomini per l'accesso agli impieghi, alle posizioni organizzative e per il trattamento economico, nonché a prevenire, monitorare e risolvere i fenomeni di mobbing e streaming, anche attraverso la costituzione di specifici Comitati Paritetici, come previsto dai vigenti CC.NN.LL. del Comparto Università e della Sanità. L'organizzazione e il funzionamento dell'Azienda vengono concepiti, inoltre, quali condizioni imprescindibili per lo sviluppo professionale ed umano degli studenti.

- **Governo Clinico** attraverso la costruzione di condizioni sia cliniche sia organizzative che sviluppino la sorveglianza ed il monitoraggio dei processi assistenziali. Ciò è possibile sviluppando politiche e strumenti che promuovano ***l'integrazione virtuosa tra ricerca didattica ed assistenza***. Infatti, integrare la ricerca scientifica, la didattica e l'assistenza rappresenta non solo un obiettivo istituzionale, ma soprattutto un valore di riferimento. Tale integrazione consente di sviluppare sinergie tra l'innovazione della scienza medica ed il miglioramento dei percorsi di cura all'interno dei quali viene inserito il paziente. L'integrazione consente, inoltre, di offrire prestazioni appropriate rispetto al fabbisogno di salute ed organizzate rispetto al processo evolutivo dei bisogni di carattere socio culturale e psicologico. Il valore prodotto dall'integrazione tra ricerca didattica ed assistenza rappresenta uno stimolo continuo al miglioramento della qualità dei servizi erogati all'utenza.

**Sviluppo economicamente sostenibile:** l'obiettivo dell'equilibrio dinamico di bilancio impone all'Azienda la continua ricerca di condizioni di efficienza e di efficacia sia nei processi sanitari sia in quelli amministrativi; tali condizioni sono perseguibili operando a) sulla "macchina organizzativa", evitando fenomeni di scarsa integrazione tra le strutture organizzative e favorendo modalità

multidisciplinari di organizzazione del lavoro, b) sulla continua propensione dei professionisti all'adozione di pratiche appropriate dal punto di vista clinico. L'operare all'interno del Sistema Sanitario Regionale, in collaborazione con altre Aziende sanitarie ed attori istituzionali impone il rispetto di vincoli di sistema di natura economica e finanziaria. Le scelte compiute all'interno dell'Azienda dovranno essere realizzate nel rispetto di tali vincoli, allo scopo di preservare condizioni di equilibrio del sistema azienda e di contribuire a quello più generale della Regione Campania.

La **vision** aziendale si articola nel rispetto dei seguenti **principi-guida**:

- il rispetto della dignità umana, l'equità e l'etica professionale;
- la centralità della persona, intesa come singolo soggetto autonomo, responsabile, capace ed inserito in una comunità di riferimento portatrice di valori e di bisogni specifici;
- la libertà della ricerca e dell'insegnamento;
- la inscindibilità delle funzioni di didattica, ricerca ed assistenza;
- la leale cooperazione tra la parte ospedaliera e quella universitaria;
- la qualità clinico-assistenziale, l'appropriatezza, il coinvolgimento e la qualificazione continua delle risorse umane e tecnologiche, da sostenere anche attraverso programmi permanenti di formazione e aggiornamento, mirati al cambiamento e all'adeguamento del sistema aziendale;
- la pubblicità e la trasparenza;
- la compatibilità tra le risorse disponibili ed il costo dei servizi offerti, nel quadro degli indirizzi della politica gestionale della Regione Campania, da ottenere attraverso il metodo della programmazione dell'impiego delle risorse disponibili, in funzione del soddisfacimento prioritario dei bisogni fondamentali di salute, secondo criteri di costo-efficacia, sulla base di evidenze scientifiche e nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza.

L'Azienda si impegna ad operare per giungere a modelli delle strutture e delle attività sanitarie funzionali a realizzare un'efficace e sinergica interazione delle attività assistenziali con le funzioni istituzionali dell'Università per il raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- costante e progressivo miglioramento del servizio pubblico di tutela della salute;
- costante e progressivo miglioramento delle ricerche e dei processi formativi, in linea con i criteri seguiti a livello internazionale;
- promozione dell'innovazione organizzativa e tecnologica nell'organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale.

5. L'Azienda per assolvere correttamente alle funzioni ad essa assegnate tiene conto del contributo di tutti i soggetti che possono essere interessati alla sua azione. In questo senso, l'Azienda è anche luogo di mediazione tra gli interessi, talora contrastanti, dei propri *stakeholders*.

6. I principali *stakeholders* dell'Azienda possono essere così individuati:

- i pazienti, gli utenti ed i loro familiari;
- gli studenti dei Corsi di Studio dell'Università di Napoli Federico II;
- il personale dipendente, dirigente e di comparto, sanitario, amministrativo, professionale e tecnico;
- il personale universitario;
- le Istituzioni, tra cui le principali: il Ministero della Salute, la Regione Campania, l'Università degli Studi di Napoli Federico II;

- i sindacati;
- i fornitori;
- le Associazioni di volontariato e di tutela dei diritti dei pazienti.

## TITOLO II – L'ASSETTO ISTITUZIONALE

### 6. ASSETTO ISTITUZIONALE E ORGANI DELL'AZIENDA

Ai sensi dell'art. 5 del vigente Protocollo d'intesa tra Regione Campania e Università Federico II di Napoli, sono organi dell'Azienda il Direttore Generale, il Collegio Sindacale, l'Organo di Indirizzo e il Collegio di Direzione. Essi costituiscono parte integrante dell'assetto istituzionale inteso come l'insieme dei soggetti e organismi, considerati nei rispettivi ruoli e reciproche relazioni, tramite cui vengono esercitate le prerogative di governo dell'Azienda.

L'assetto istituzionale si articola nei seguenti soggetti e organismi:

- l'Università di Napoli Federico II e la Regione Campania, quali principali portatori d'interesse dell'Azienda Ospedaliera Universitaria "Federico II";
- gli organi collegiali di decisione e controllo aziendale, cui appartengono l'Organo di Indirizzo, il Collegio sindacale e il Collegio di Direzione;
- gli organismi collegiali di indirizzo, verifica o controllo, cui appartengono il Consiglio dei sanitari, l'Organismo indipendente di valutazione ed i Collegi Tecnici.

### 7. IL DIRETTORE GENERALE

1. Il Direttore generale dell'Azienda 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.
2. Il Direttore generale assicura il perseguimento della missione avvalendosi degli organi e delle strutture aziendali, ne garantisce il governo complessivo avvalendosi del Direttore sanitario e del Direttore amministrativo. Nei casi di sua assenza o impedimento dello stesso, tali funzioni sono delegate al Direttore amministrativo o al Direttore sanitario, ovvero in mancanza di delega sono svolte dal Direttore più anziano di età.
3. Il Direttore generale è nominato dal Presidente della Regione, acquisita l'intesa con il Rettore dell'Università degli Studi di Napoli Federico II con le modalità e le procedure previste dalla normativa statale e regionale.
4. I requisiti per la nomina sono definiti nell'art. 3 bis del D.Lgs. n. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni. Il relativo contratto di diritto privato ha la durata di 3 anni.
5. Trascorsi diciotto mesi dalla nomina, la Regione d'intesa con il Rettore, nel rispetto della normativa vigente per le Aziende sanitarie, sentito il parere della Conferenza

di cui all'articolo 2, comma 2 bis, del D.Lgs. n. 502/1992 e successive modificazioni, ove costituita, verifica i risultati aziendali conseguiti e il raggiungimento degli obiettivi e, sempre d'intesa con il Rettore, procede o meno alla conferma del Direttore generale entro i tre mesi successivi.

6. In particolare, al Direttore generale compete:

- a) esercitare – coerentemente ai principi, agli obiettivi, agli indirizzi e alle direttive definite dai diversi livelli di governo e di programmazione del sistema dei servizi sanitari – i poteri organizzativi e gestionali attribuiti dalle leggi coerentemente con la programmazione dell'Università degli studi di Napoli Federico II e della Scuola di Medicina;
- b) presidiare lo svolgimento di tutte le funzioni necessarie alla direzione, all'organizzazione e all'attuazione dei compiti di istituto nel rispetto dei principi di imparzialità e trasparenza nonché dei criteri di efficacia, di efficienza e di economicità della gestione complessiva;
- c) esercitare le funzioni di verifica e di controllo dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi programmati;
- d) definire gli obiettivi e i programmi aziendali da attuare nel quadro della programmazione sanitaria nazionale, regionale e locale;
- e) individuare le risorse umane, materiali ed economico finanziarie da destinare alle diverse finalità e la loro ripartizione, secondo i principi di imparzialità e trasparenza;
- f) avere la responsabilità di adottare direttive generali per l'azione amministrativa e per la gestione dell'Azienda;
- g) avere l'esclusiva titolarità e rappresentanza del logo (marchio e nome), nonché dei rapporti con l'esterno;
- h) avere la responsabilità di adottare tutti gli atti deliberativi necessari ad esercitare i suddetti poteri organizzativi e gestionali e di garantire la legittimità di tali atti; in particolare:
  - atti di indirizzo applicativi in materia di norme nazionali e regionali;
  - atti relativi al piano pluriennale di attività;
  - atti relativi alla programmazione finanziaria e di bilancio;
- i) definire, con proprio provvedimento, l'elenco dei centri di rilevazione dei costi che devono far capo a ciascun centro di responsabilità;
- j) programmare il fabbisogno del personale e adottare le decisioni relative all'assunzione dello stesso, nel rispetto dei vincoli posti dai Decreti del Commissario ad Acta per il Piano di Rientro dal debito sanitario;
- k) effettuare la verifica di rispondenza dei risultati della gestione alle direttive generali impartite;
- l) essere responsabile delle seguenti nomine:
  - nomina del Collegio Sindacale, acquisite le designazioni da parte degli Enti di riferimento;
  - nomina e revoca del Direttore amministrativo e del Direttore sanitario;
  - nomina dei componenti del Collegio di Direzione, nel rispetto di quanto previsto dall'art.9 del Protocollo d'intesa;
  - nomina del/i componenti dell'Organismo Indipendente di Valutazione;
  - nomina dei componenti dei Collegi Tecnici (CT), dei componenti il Comitato unico di Garanzia per le pari opportunità e di qualunque altro organismo previsto dalla normativa vigente;
- m) adottare l'atto aziendale, ai sensi dell'art.3 del Protocollo d'Intesa, le sue modifiche e i regolamenti interni per l'organizzazione, la gestione ed il funzionamento dell'Azienda, nonché l'individuazione delle strutture da

effettuarsi nel rispetto degli standards di cui al documento approvato dal Comitato Lea del 26/3/2012 e successive modificazioni e del Decreto del Commissario ad Acta n. 18 del 25/3/2013;

- n) delegare, mediante specifici atti, le funzioni di gestione ai dirigenti;
- o) adottare i provvedimenti, acquisita l'intesa con il Rettore, per la nomina e la revoca degli incarichi dei:
  - Direttori di Dipartimento ad attività integrata e di Struttura Complessa, ai sensi dell'art. 6, comma 11, del Protocollo d'Intesa;
- p) adottare i provvedimenti per il conferimento di incarichi di struttura semplice dipartimentale e di struttura semplice, ai sensi dell'art.6, comma 12 del Protocollo d'Intesa, di natura professionale, di consulenza, di funzioni ispettive di verifica e controllo e per il conferimento di incarichi mediante contratti a tempo determinato per funzioni di particolare rilevanza ed interesse strategico;
- q) adottare il regolamento aziendale che disciplina le attività libero professionali;
- r) adottare gli atti regolamentari e tutti quelli che si rendono necessari in attuazione di normative nazionali e regionali;
- s) adottare 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;
- t) adottare tutti gli atti deliberativi riguardanti l'assunzione di personale;
- u) adottare tutti gli altri atti indicati dalla legislazione nazionale e regionale vigente;
- v) verificare la corretta ed economica gestione delle risorse e il buon andamento dell'azione amministrativa;
- w) verificare la qualità e quantità dei servizi erogati;
- x) verificare il raggiungimento degli obiettivi programmati;
- y) all'assolvimento di ogni altro compito previsto dalle leggi.

Inoltre, ai sensi dell'art.6 comma 11 del Protocollo d'intesa, il Direttore del DAI è scelto non sulla base di una verifica concorsuale, non essendo previsto dalla legge, ma sulla base dei requisiti di capacità gestionale e organizzativa, esperienza professionale e curriculum scientifico. In particolare le capacità suindicate potranno essere eventualmente collegate allo svolgimento di pregressi incarichi di direzione di Dipartimento Assistenziale e/o Universitario, oppure di incarichi di alta amministrazione nel S.S.N. o nell'Università Federico II.

## **8. IL COLLEGIO SINDACALE**

Ai sensi dell'art. 3 ter del D.Lgs. 502/92 e sue modifiche e integrazioni, del D. Lgs. n° 229/99, dell'art .4 del D.Lgs.. 517/99, dell'art.1, comma 574 Legge 190/2014 e dell'art. 7 del Protocollo d'intesa, il Collegio Sindacale è Organo dell'Azienda.

Il Collegio verifica, nei suoi vari aspetti:

- l'amministrazione dell'Azienda sotto il profilo economico (legittimità delle procedure, regolare tenuta della contabilità, verifiche di cassa, conformità del bilancio), procedendo, anche individualmente, a verifiche e riferendo, almeno trimestralmente, all'Università ed alla Regione sui risultati dei riscontri eseguiti e denunciando immediatamente eventuali fondati sospetti di grave irregolarità;
- l'osservanza della legge;
- trasmette, almeno semestralmente, all'Università ed alla Regione una relazione sull'andamento dell'attività dell'Azienda;

- collabora alla individuazione degli interventi in grado di migliorare l'efficienza e l'efficacia dell'Azienda.

Il Direttore Generale ne nomina i componenti ai sensi dell'art. 1, comma 574, della Legge 190/2014 e li convoca - entro 5 giorni - per la prima seduta durante la quale i componenti procedono alla nomina del presidente.

Dura in carica 3 anni; è composto da 3 membri, designati - così come prevede l'art.7 del Protocollo d'intesa - uno dal Presidente della Giunta Regionale d'intesa con il Rettore, uno dal Ministro dell'Economia e delle Finanze ed uno dal Ministro della Salute.

## 9. L'ORGANO D'INDIRIZZO

L'Organo di Indirizzo è Organo dell'Azienda è disciplinato dall'articolo 4, comma 4, del D.Lgs. n. 517/1999 e dall'art.8 del Protocollo d'Intesa.

Ha la funzione di garantire la coerenza della programmazione generale dell'attività assistenziale dell'Azienda ospedaliero universitaria con la programmazione didattica e scientifica dell'Università, nonché di verificare la corretta attuazione degli obiettivi e della programmazione delle attività, con particolare riferimento ai dipartimenti ad attività integrata.

Esso è composto da due membri designati dal Rettore tra cui il Presidente della Scuola di Medicina o figura istituzionale corrispondente che ne è membro di diritto e da due membri designati dal Presidente della Giunta Regionale. Il Presidente è nominato tra i componenti dell'Organo di indirizzo, dal Presidente della Giunta Regionale d'intesa con il Rettore. I componenti dell'Organo di indirizzo, ai sensi dell'art. 4, comma 4, del D.lgs. n. 517/99, sono scelti tra esperti di riconosciuta competenza in materia di organizzazione e programmazione dei servizi sanitari, durano in carica 4 anni e possono essere confermati.

Il Presidente dell'Organo di indirizzo lo convoca, lo presiede e fissa l'ordine del giorno delle sedute.

Non possono far parte dell'Organo di indirizzo né i dipendenti dell'Azienda né altri componenti della Scuola di medicina.

Il Direttore Generale partecipa ai lavori dell'Organo di indirizzo senza diritto di voto.

L'Organo di Indirizzo:

- esprime parere obbligatorio circa la corretta integrazione delle attività di didattica, di ricerca e di assistenza nei Dipartimenti ad Attività Integrata al fine di un'efficace programmazione assistenziale;
- esprime parere obbligatorio sul documento programmatico elaborato dal Direttore generale in merito alla coerenza tra l'attività assistenziale e le necessità didattiche e di ricerca;
- esprime parere obbligatorio sulla coerenza tra obiettivi proposti e risultati raggiunti, come relazionato dal Direttore generale nella relazione consuntiva sull'andamento dell'esercizio dell'anno precedente.

## 10. IL COLLEGIO DI DIREZIONE

1. Il Collegio di Direzione è composto dal Direttore Sanitario, dal Direttore Amministrativo, dai Direttori dei DAI. Ad esso si applicano le disposizioni di cui all'art. 17 del D.lgs. n. 502/92 e s.m.i. e della legge regionale 23 dicembre 2015, n. 20.
2. Il Collegio di direzione partecipa alla pianificazione delle attività di ricerca e didattica, concorre allo sviluppo organizzativo e gestionale dell'Azienda, con particolare riferimento all'individuazione di indicatori di risultato clinico-assistenziale e di efficienza, nonché dei requisiti di appropriatezza e di qualità delle prestazioni, partecipa alla valutazione interna dei risultati conseguiti in relazione agli obiettivi prefissati ed è consultato obbligatoriamente dal Direttore Generale su tutte le questioni attinenti al governo delle attività cliniche. Allo stesso competono, altresì, le ulteriori funzioni di cui al D.L. 158/2012 convertito nella Legge n. 189/2012.
3. Ai componenti del predetto collegio non è corrisposto alcun emolumento, compenso, indennità o rimborso spese.
4. Alle riunioni del Collegio partecipano i Direttori dei Dipartimenti Universitari in quanto strutture di coordinamento delle attività di ricerca e didattica (art. 6 L. 240/2010). Possono essere invitati a partecipare al Collegio di Direzione, in relazione alla specificità degli argomenti da trattare anche i Direttori di Struttura Complessa e/o altri responsabili di funzioni o processi aziendali.
5. In  
particolare:
  - a) coadiuva il Direttore Generale nella programmazione e nella valutazione delle attività aziendali;
  - b) partecipa alla programmazione delle attività di ricerca e didattica nell'ambito di quanto definito dal Protocollo d'intesa Regione - Università ed esprime parere sulla coerenza fra l'attività assistenziale e l'attività di didattica, ricerca e innovazione (art. 3, comma 3, Legge Regionale 23 dicembre 2015, n.20)
  - c) supporta la Direzione Generale nella pianificazione e nello sviluppo dell'organizzazione dei servizi aziendali;
  - d) suggerisce alla Direzione Generale ed alle Direzioni di DAI, in relazione alle rispettive competenze, l'adozione dei provvedimenti riconducibili alla sfera del governo clinico dell'Azienda esprimendo, in particolare, le proprie valutazioni sulla pratica clinica ed assistenziale dei percorsi diagnostico terapeutici e sui risultati conseguiti, rispetto agli obiettivi clinici.
  - e) concorre alla formulazione delle politiche per la definizione dei programmi di formazione;
  - f) concorre alla definizione delle soluzioni organizzative per l'attuazione della attività libero professionale intramuraria ed alla valutazione dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi clinici;
  - g) è strumento della Direzione Generale per la comunicazione e la condivisione di informazioni gestionali tra la Direzione dell'Azienda e le strutture dell'Azienda.
6. Per il funzionamento del Collegio di Direzione viene adottato apposito regolamento definito in sede di prima convocazione dell'Organo.



## 11. LA DIREZIONE STRATEGICA

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. La Direzione strategica definisce, sulla base delle indicazioni della programmazione regionale ed universitaria le strategie ed i programmi aziendali di cui controlla l'attuazione.

Essa rappresenta, pertanto, la sede ove si elaborano le azioni finalizzate alla realizzazione della "missione aziendale". In particolare spetta alla Direzione strategica:

- a) 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 regionale ed universitarie;
- b) l'organizzazione aziendale e la programmazione della produttività e della qualità delle prestazioni;
- c) la pianificazione delle risorse e degli investimenti;
- d) le relazioni interne ed esterne e la comunicazione;
- e) le attività legali;
- f) il controllo di gestione;
- g) l'ingegneria clinica.

La Direzione strategica, ai sensi di D.L. 30 marzo 2001, n. 165 è affiancata da strutture di supporto chiamate a svolgere funzioni strumentali per il governo clinico ed il governo economico e gestionale dell'Azienda i cui responsabili rispondono direttamente alla Direzione. Esse sono strutturate con personale e risorse all'uopo dedicate ovvero essere composte da personale temporaneamente distaccato ed utilizzato per il perseguimento delle finalità proprie della struttura di collaborazione e di supporto tecnico e metodologico alla direzione per lo svolgimento della sua attività di governo e indirizzo dell'Azienda.

## 12. LO STAFF DELLA DIREZIONE STRATEGICA

Lo staff supporta i processi decisionali della direzione strategica relativamente alle funzioni di pianificazione, programmazione, controllo, fornendo un supporto tecnico organizzativo.

All'area organizzativa di staff della direzione strategica sono attribuite le seguenti attività:

- Segreteria Generale, Protocollo e coordinamento relazioni con gli altri Organi istituzionali ed Enti vari;
- Protocollo generale
- Albo Pretorio;
- Affari legali;
- Gestione contenzioso civile e transazioni;
- Gestione assicurativa;
- Comunicazione, URP e Ufficio Stampa;
- Ingegneria clinica, Tecnologie sanitarie e HTA;
- Programmazione, Controllo di gestione e Valutazione;
- Logistica e mobilità interna.

### 13. IL DIRETTORE SANITARIO

1. Il Direttore sanitario è nominato con delibera del Direttore generale.
2. I requisiti ed il rapporto di lavoro sono disciplinati dall'art. 3 bis del D.Lgs. n. 502/92 e successive modifiche e integrazioni.
3. Il Direttore sanitario coordina i servizi sanitari negli ambiti previsti dalle Leggi Regionali, dal D.Lgs. n. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni, fatte salve le competenze, le responsabilità e le funzioni individuali dei singoli dirigenti previste dal D.Lgs. n. 165/2001.
4. In linea generale il governo sanitario dell'Azienda fa riferimento al Direttore Sanitario, sia per quanto concerne la qualità che l'efficienza tecnica e operativa della attività sanitaria, così come la distribuzione dei servizi orientati al singolo o alla collettività
5. In particolare il Direttore Sanitario sovrintende ai servizi sanitari ai fini organizzativi e igienico-sanitari secondo le modalità proprie dell'"indirizzo/controllo" sui comportamenti dei dirigenti specificamente preposti, con particolare riferimento alle tematiche della qualità e appropriatezza della performance assistenziale e dei percorsi assistenziali, della continuità dell'assistenza, della valutazione, della sperimentazione della ricerca e della formazione, della progettazione delle strutture sanitarie, dell'aggiornamento delle tecnologie. E' componente di diritto del Collegio di Direzione e fornisce parere obbligatorio al Direttore Generale sugli atti relativi alle materie di competenza.
6. Il Direttore Sanitario è responsabile del governo clinico dell'Azienda in relazione alla qualità e all'efficienza tecnica della produzione di prestazioni, sia alla distribuzione dei servizi, attraverso l'integrazione dei singoli prodotti in servizi o in programmi di assistenza, orientati al singolo o alla collettività.
7. Al Direttore Sanitario nell'esercizio del governo clinico aziendale compete:
  - contribuire a definire l'attribuzione degli obiettivi e delle risorse economiche, umane e strumentali ai Direttori dei DAI;
  - assumere la responsabilità di individuare ed attuare percorsi clinico assistenziali per l'intervento mirato su specifiche patologie e specifici gruppi di popolazione;
  - precisare ambiti ed intensità della eventuale delega conferita ai Direttori di Dipartimento per quanto attiene agli aspetti legati alla organizzazione, gestione e produzione.
8. Il Direttore Sanitario partecipa al processo di pianificazione strategica, con particolare riferimento alle seguenti responsabilità specifiche:
  - Coordinare i servizi sanitari ai fini tecnico-organizzativi ed igienico-sanitari e fornire parere obbligatorio al Direttore Generale sugli atti relativi alle materie di competenza, identificando, ai fini programmatori, la domanda di assistenza;
  - Svolgere attività di indirizzo, coordinamento, supporto, verifica nei confronti dei responsabili dei servizi sanitari, promuovere l'integrazione dei servizi stessi, proporre le linee aziendali per il governo clinico e concorrere al governo economico dell'azienda;
9. Vigilare sull'esercizio dell'attività libero professionale dei dirigenti medici e delle altre professionalità sanitarie, tenuto conto di quanto al riguardo stabilito specificatamente dalla regolamentazione in materia di attività libero-professionale intra-moenia.
10. Adempiere a quanto di competenza dell'Azienda per le attività collegate al Comitato Etico.

11. Il Direttore Sanitario, in particolare, 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 diverse linee di attività svolte nei DAI;
  - coordinamento delle attività di ricovero;
  - valorizzazione di tutte le professioni sanitarie.
11. In caso di assenza o impedimento del Direttore Sanitario, le sue funzioni sono svolte temporaneamente dal suo delegato. Qualora l'impedimento si protragga oltre sei mesi, il Direttore generale procede alla sostituzione nei modi e nei termini previsti dalla vigente normativa.
12. 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.

#### 14. IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

1. Il  
Direttore Amministrativo è nominato con delibera del Direttore Generale; i requisiti ed il rapporto di lavoro sono disciplinati dall'art. 3 bis del D. Lgs. 502/92 e s.m.i.
2. Il  
Direttore Amministrativo partecipa al processo di pianificazione strategica, esercita le funzioni attribuite alla sua competenza e concorre, con la formulazione di proposte e pareri, al governo aziendale coadiuvando, in particolare, il direttore generale nella definizione e direzione del sistema di governo economico-finanziario aziendale.
3. Al  
Direttore Amministrativo compete:
  - presiedere alla funzione di governo economico-finanziario aziendale in modo da garantire l'efficienza e lo sviluppo dei servizi informativi, sia consuntivi sia revisionali, necessari a permettere la rappresentazione economica e finanziaria dell'attività aziendale secondo i principi della correttezza, completezza e trasparenza;
  - presiedere alla gestione giuridico-economica delle risorse umane;

- sovrintendere all'acquisizione delle risorse finanziarie, umane e strumentali, definendo gli orientamenti operativi delle UU.OO di tipo tecnico ed amministrativo ed assicurandone il coordinamento e l'integrazione;
  - garantire la qualità delle procedure organizzative di natura tecnica e logistica, assicurando il corretto assolvimento di dette funzioni di supporto e perseguendo l'integrazione delle strutture organizzative a tal fine preposte.
4. Il Direttore amministrativo, per le funzioni operative di supporto all'attività dell'Azienda, si avvale delle strutture o dei professionisti deputati alla trattazione delle seguenti linee di attività:
- a. gestione giuridico-economica delle risorse umane;
  - b. gestione e sviluppo dell'ICT;
  - c. gestione del bilancio di previsione e consuntivo, delle entrate e delle spese, della contabilità e degli adempimenti tributari;
  - d. gestione degli Affari Generali e delle consulenze legali;
  - e. progettazione, esecuzione e gestione di interventi strutturali;
  - f. acquisizione, manutenzione e dismissione del patrimonio immobiliare;
  - g. acquisizione, manutenzione e dismissione dei beni mobili patrimoniali;
  - h. acquisizione, gestione e distribuzione dei beni di consumo;
  - i. acquisizione e gestione di servizi.
4. In caso di assenza o impedimento del Direttore Amministrativo, le sue funzioni sono svolte temporaneamente da suo delegato. Qualora l'impedimento si protragga oltre sei mesi, il Direttore generale procede alla sostituzione nei modi e nei termini previsti dalla vigente normativa.

## 15. L'ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE

L'Azienda istituisce l'Organismo Indipendente di valutazione della performance (OIV), in ottemperanza all'art. 14 del D.Lgs. n. 150/2009.

L'OIV sostituisce i servizi di controllo interno, comunque denominati, di cui al D.Lgs. del 30 luglio 1999, n. 286, ed esercita, in piena autonomia, le attività previste dalla legge e dagli atti e regolamenti aziendali.

L'Organismo esercita le attività di controllo strategico di cui all'articolo 6, comma 1, del citato D.Lgs. n. 286/1999, in particolare:

- svolge tutti i compiti previsti dall'art. 14 del D.Lgs. 150/2009 e dall'art. 44 del Decreto Legislativo recante il riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni;
- risponde direttamente al Direttore Generale nel perseguimento dei suoi compiti e può usufruire dell'operato delle articolazioni interne dell'azienda, anche al fine di dare indicazioni alla Direzione Strategica Aziendale sugli andamenti delle strutture aziendali, sui livelli di attività e sulla partecipazione dei dirigenti;
- è nominato, singolarmente o in forma associata, tra i soggetti iscritti all'Elenco nazionale dei componenti degli organismi indipendenti di valutazione, tenuto dal Dipartimento della funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei ministri, ai sensi dell'art. 5 del DPR n. 105 del 09/05/2016. Nelle more dell'emanazione del decreto del Ministro delegato per la semplificazione e la pubblica amministrazione che definirà i requisiti di competenza, esperienza ed integrità per essere iscritti

nell'Elenco nazionale, previsto dall'art. 4 del richiamato DPR n. 105 del 09/05/2016 l'OIV già nominato rimane in carica fino alla naturale scadenza del proprio mandato;

- è convocato una volta al mese e comunque ogni qualvolta risulti opportuno, secondo le modalità previste dal Regolamento interno che sarà redatto a cura dello stesso Organismo e approvato dal Direttore Generale;
- verifica l'attuazione delle direttive e degli atti di programmazione. In particolare tale attività consiste nell'analisi, preventiva e successiva, della congruenza e/o degli eventuali scostamenti tra le missioni affidate, gli obiettivi prescelti, le scelte operative effettuate rispetto alle risorse assegnate, nonché nella identificazione degli eventuali fattori ostativi, delle eventuali responsabilità della mancata o parziale attuazione dei possibili rimedi;
- verifica i risultati raggiunti in relazione agli obiettivi assegnati, ai fini dell'attribuzione della retribuzione di risultato;
- controlla le attività svolte dalle strutture aziendali in termini documentati e sintetici, attraverso la valutazione degli indicatori ed il loro confronto con i parametri di riferimento.

## **16. IL COLLEGIO TECNICO ED I COLLEGI TECNICI DI SPECIALITA'**

Il Collegio Tecnico (art. 5, comma 13 del D. Lgs. 517/1999) è formato da 3 esperti designati dal Direttore Generale dell'Azienda, per la valutazione e la verifica dei risultati delle strutture assistenziali componenti l'Azienda, previste dalle norme vigenti per il SSR e con il compito di elaborare omogenei criteri di valutazione per il personale, tenendo conto di quanto previsto nei contratti collettivi di lavoro.

Il Collegio Tecnico propone al Direttore Generale, che li nomina, i componenti dei collegi tecnici di specialità, unici per ciascuna specialità e/o disciplina, che procedono alla verifica:

- dei Dirigenti ai fini della conferma o meno degli incarichi aziendali;
- delle attività professionali svolte e dei risultati raggiunti connessi alle attività assistenziali da parte di tutti i Dirigenti, indipendentemente dall'incarico conferito, con cadenza periodica o alla scadenza dell'incarico loro conferito;
- dei Dirigenti medici di nuova assunzione;
- del possesso dei requisiti per l'attribuzione delle indennità di fascia superiore ai Dirigenti medici e sanitari.

Il funzionamento del Collegio verrà definito da apposito regolamento elaborato in sede di prima convocazione dello stesso.

Gli esiti delle verifiche effettuate dai Collegi Tecnici di specialità sono trasmessi al Collegio Tecnico, il quale procede, ai sensi del c. 13 dell'art. 5 del D.Lgs. 517/99 alla valutazione degli incarichi.

## **17. IL COMITATO DEI GARANTI**

Nel caso di gravissime mancanze ai doveri d'ufficio, il Direttore Generale previo parere conforme di un apposito comitato costituito da tre garanti, ai sensi dell'art. 5, punto 14, del D.Lgs. 517/99, può esercitare il potere disciplinare, dandone immediata comunicazione al Rettore per i provvedimenti di competenza.

Il comitato è composto da tre membri: il Presidente della Scuola di Medicina e Chirurgia che assume le funzioni di presidenza, gli altri due sono nominati d'intesa dal

Rettore e dal Direttore Generale. I componenti del Comitato possono essere riconfermati.

Il parere reso dal comitato deve essere espresso tenendo conto delle peculiari funzioni di didattica e di ricerca svolte dai docenti universitari. Qualora il comitato non si esprima entro sette giorni dalla richiesta del Direttore Generale, il parere s'intende espresso in senso conforme.

## **18. ULTERIORI COMITATI**

### **18.1 Comitato Etico**

Rappresenta uno strumento efficace per garantire la sicurezza del paziente durante la sua permanenza in ospedale. Il C.I.O., infatti, svolge compiti di verifica e sorveglianza, coordinamento ed indirizzo nella lotta contro infezioni contratte in ambiente ospedaliero che determinano ogni anno una significativa quota di complicanze evitabili con prolungamento dei tempi di degenza e aggravio della spesa sanitaria. Grazie al contributo di esperti clinici, di malattie infettive, igiene ed epidemiologia, microbiologia, farmacologia, organizzazione e direzione sanitaria, il Comitato garantisce l'impegno costante aziendale di vigilare, controllare, prevenire, le infezioni ospedaliere e promuovere continue iniziative volte al miglioramento dei risultati e alla risoluzione del problema.

Per quanto concerne il funzionamento del Comitato Etico, costituito dall'Università "Federico II", si rimanda al relativo regolamento presente nello Statuto dell'Università "Federico II" e nel regolamento della Scuola di Medicina e Chirurgia.

### **18.2 Comitato Unico di Garanzia (C.U.G.)**

Tale Comitato 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 relativi al personale delle amministrazioni pubbliche, innovando, razionalizzando e rafforzando competenze e funzioni degli stessi.

Il C.U.G. è stato costituito con Approvato con delibera n. 195 del 24/04/2014

### **18.3 Comitato del buono uso del sangue**

Il Comitato per il buon uso del sangue è composto dal direttore sanitario, dal direttore della struttura trasfusionale, da medici appartenenti ai reparti che praticano la trasfusione, dal direttore della farmacia, da un rappresentante degli infermieri e da un rappresentante delle associazioni dei donatori. Il Comitato ha il compito di determinare gli standard e le procedure per l'utilizzazione del sangue contribuendo al perseguimento dell'autosufficienza di sangue, emoderivati e plasmaderivati all'interno dell'Azienda, coinvolgendo nell'organizzazione le unità operative di diagnosi e cura su programmi di risparmio di sangue, emocomponenti e plasmaderivati.

### **18.4 Comitato Infezioni Ospedaliere (C.I.O.)**

Il Comitato Infezioni Ospedaliere (C.I.O.) rappresenta uno strumento efficace per garantire la sicurezza del paziente durante la sua permanenza in ospedale. Il C.I.O., infatti, svolge compiti di verifica e sorveglianza, coordinamento ed indirizzo nella lotta contro infezioni contratte in ambiente ospedaliero che determinano ogni anno una significativa quota di complicanze evitabili con prolungamento dei tempi di degenza e aggravio della spesa sanitaria. Grazie al contributo di esperti clinici, di malattie infettive, igiene ed epidemiologia, microbiologia, farmacologia, organizzazione e direzione sanitaria, il Comitato garantisce l'impegno costante aziendale di vigilare,

controllare, prevenire, le infezioni ospedaliere e promuovere continue iniziative volte al miglioramento dei risultati e alla risoluzione del problema.

### **18.5 Comitato Rischio Clinico**

Il Comitato rischio clinico si occupa della gestione del rischio quale strumento del governo clinico e si impegna a individuare, valutare i rischi, coadiuvare i processi decisionali e il controllo delle procedure, per la riduzione del rischio, garantendo la sicurezza del paziente. L'AOU promuove la Gestione del Rischio Clinico nella consapevolezza che l'adozione di strategie operative finalizzate alla riduzione degli errori possa portare vantaggi, tra i quali: aumentare la sicurezza del paziente e contestualmente la tutela degli operatori; migliorare l'efficacia, l'efficienza, la qualità e l'immagine del Policlinico Federico II; sviluppare la cultura dell'imparare dall'errore per mettere in atto misure efficaci di prevenzione degli errori; contenere i costi assicurativi.

## **19. IL CONSIGLIO DEI SANITARI**

In conformità ed attuazione alle normative nazionali e regionali vigenti ed in particolare all'art. 3 comma 12 D.Lgs. n. 502/1992 e successive modificazioni ed integrazioni; all'art.25 della Legge Regionale n.32 del 3.11.94 (Pubblicato su BURC, n. 53 del 04/11/1994) e ai sensi del Decreto Commissariale n.18 del 18.02.2013 avente ad oggetto "Approvazione atto di indirizzo dell'atto aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Campania – Ulteriori Integrazioni" si costituisce il Consiglio dei Sanitari dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II.

Il Consiglio dei sanitari è un organismo elettivo dell'AOU con funzioni di consulenza tecnico-sanitaria. Fornisce parere obbligatorio al Direttore Generale per le attività tecnico-sanitarie, anche sotto il profilo organizzativo e per gli investimenti ad essa attinenti. Si esprime, altresì, sulle attività di assistenza sanitaria.

Il Consiglio dei Sanitari dura in carica 3 anni e viene presieduto dal Direttore Sanitario della AOU. Il Consiglio dei Sanitari dura in carica sino alla data di scadenza del Direttore Generale. Conserva le proprie funzioni sino al suo rinnovo e comunque non oltre i 120 giorni dalla scadenza naturale.

I componenti del Consiglio possono essere eletti non più di due volte consecutivamente.

Il Consiglio dei Sanitari fornisce il proprio parere sui seguenti argomenti:

- programmazione pluriennale;
- gli atti che regolamentano l'organizzazione del personale e le dotazioni organiche;
- i provvedimenti in materia di organizzazione dei servizi e delle relative attività;
- l'acquisizione di impianti ed attrezzature sanitarie; regolamentazione delle prestazioni assistenziali e fissazione delle relative tariffe, qualora non siano già state definite a livello nazionale o regionale.

Il Consiglio dei sanitari dell'Azienda Ospedaliera Universitaria "Federico II" di Napoli è composto 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.

Nelle Aziende ospedaliere universitarie deve essere comunque garantita la rappresentanza della componente universitaria. La rappresentanza elettiva medica e quella dei laureati sanitari non medici è determinata in maniera tale da garantire l'equilibrio della componente universitaria e di quella del SSR. Lo stesso principio si applica alla determinazione dei componenti individuati dal Direttore Generale ai sensi dell'art.45, c.9, della LRT 40/05.

La componente elettiva interna del Consiglio dei Sanitari dell'AOU Federico II di Napoli potrebbe essere articolata come segue:

- 20 componenti medici complessivi, di cui 10 appartenenti alla componente SSR e 10 appartenenti alla componente universitaria;
- 6 laureati sanitari, di cui 3 appartenenti alla componente SSR e 3 appartenenti alla componente universitaria;
- 3 rappresentanti del personale infermieristico;
- 3 rappresentanti dei tecnici sanitari, assicurando la rappresentatività delle aree professionali della riabilitazione, di quella tecnico-sanitaria di radiologia e di quella tecnico-sanitaria di laboratorio.

Al fine di assicurare la piena rappresentatività nel Consiglio dei Sanitari delle diverse strutture organizzative funzionali previste dallo Statuto Aziendale, il Direttore Generale, al momento dell'insediamento del Consiglio, può, con proprio provvedimento, designare fino ad un massimo di 8 membri individuati tra i Dirigenti, in maniera tale da garantire comunque l'equilibrio complessivo della rappresentanza del SSR e di quella universitaria, sia medica che degli altri laureati sanitari.

Nell'ambito delle funzioni di consulenza tecnico-sanitaria il Consiglio si esprime ogni qualvolta il Direttore Generale ritenga opportuno acquisirne il parere richiesto.

### **TITOLO III – IL GOVERNO D'AZIENDA E LA SUA ORGANIZZAZIONE**

## **20. PRINCIPI GENERALI DELL'ORGANIZZAZIONE AZIENDALE**

L'organizzazione e le attività dell'AOU "Federico II", nell'ambito delle risorse disponibili, sono improntate a criteri di efficacia, efficienza ed economicità e sono rivolte ad assicurare, nel rispetto degli obiettivi posti dagli atti di programmazione nazionale e regionale, l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, lo sviluppo del sistema qualità, la miglior accessibilità dei servizi al cittadino, il raccordo istituzionale



con i diversi livelli di governo pubblico, il collegamento con le altre organizzazioni sanitarie e con il volontariato.

Nel definire la propria organizzazione interna, l'azienda si ispira ai seguenti principi cardine.

- **Responsabilizzazione diffusa del personale**, tale per cui ciascun operatore aziendale, indipendentemente dall'incarico organizzativo formalmente attribuitogli, assume comportamenti responsabili ed orientati al raggiungimento delle finalità istituzionali dell'Azienda, in coerenza con le linee strategiche e di programmazione da questa definite e con il proprio ruolo lavorativo. La responsabilizzazione sui risultati è implicita nelle azioni del dirigente ed è elemento qualificante il ruolo in azienda della dirigenza di qualsiasi livello e del restante personale.
- **Flessibilità**, per cui le scelte di organizzazione devono garantire condizioni di utilizzo delle risorse orientate al miglior sfruttamento delle potenzialità produttive, anche attraverso la concentrazione che genera economie di specializzazione e la condivisione che genera economie di scala e di scopo, e, ai fini della produzione dei servizi e delle prestazioni indicati dai livelli essenziali di assistenza dalla programmazione nazionale e regionale, al miglior adattamento agli effettivi bisogni sanitari, mutevoli e differenziati, della popolazione (essere quindi in grado di modulare l'offerta di prestazioni in funzione dello scenario in cui si opera) e delle risorse a disposizione.
- **Dinamicità governata**, essendo l'organizzazione soggetta a continui adattamenti resi necessari dal mutare del contesto interno ed esterno. L'Azienda si impegna a costruire condizioni stabili di organizzazione e funzionamento che ne favoriscano lo sviluppo, ma si riserva la facoltà di avviare i necessari cambiamenti incrementali o radicali quando si presenti la necessità e promuove la partecipazione dei propri operatori a tali processi. In altri termini, introdurre, in via ordinaria e permanente, un "sistema circolare" costituito da: programmazione, verifica e valutazione della quantità e qualità delle prestazioni, tramite la predisposizione di strumenti per la valutazione dei risultati, nonché del loro costo. Tutti gli operatori adottano un analogo sistema per la valutazione del proprio operato, l'individuazione dei mutamenti o degli adattamenti da introdurre per il miglioramento del prodotto aziendale.
- **Innovazione**. L'Azienda promuove una continua spinta all'innovazione gestionale e tecnologica, secondo un approccio che richiede una continua analisi e valutazione del sistema e dei suoi risultati, nonché un adattamento delle soluzioni innovative modulato sulle proprie specificità organizzative. A tale scopo, l'Azienda introduce innovazioni nelle modalità organizzative e gestionali che permettano di raggiungere gli obiettivi di promozione della salute nel suo contesto di riferimento, di aumentare la qualità del sistema e di garantirne la sostenibilità economica. L'innovazione organizzativa deve altresì garantire il miglioramento delle competenze che si realizza attraverso:
  - a) il raggiungimento degli obiettivi di didattica e di ricerca individuati nella programmazione dell'Università ed integrati nella programmazione aziendale;
  - b) la ricerca dell'eccellenza dei percorsi di cura, dei processi clinico-assistenziali e degli standard tecnico-scientifici;
  - c) il monitoraggio costante del livello delle prestazioni e delle loro modalità di svolgimento;
  - d) la continua attenzione all'offerta di nuove tecnologie, che veda il coinvolgimento congiunto del management aziendale e degli operatori sanitari in valutazioni di tipo economico e clinico.
- **Multidisciplinarietà**, che si realizza attraverso scelte organizzative di integrazione tra professionisti appartenenti alla diverse funzioni produttive e tra questi e gli operatori delle funzioni amministrative e tecniche. L'organizzazione attorno ai

processi, in funzione del bisogno assistenziale e dell'ottimizzazione dei livelli di risposta o la strutturazione delle aree funzionali omogenee in Dipartimenti, con compiti di coordinamento tecnico, di individuazione delle metodologie e degli strumenti tecnici da utilizzare rispetto agli obiettivi da raggiungere e di verifica dei risultati, sono condizioni fondamentali per la realizzazione della multidisciplinarietà.

- **Snellimento dell'organizzazione.** L'Azienda, coerentemente con il principio di responsabilizzazione diffusa, adotta soluzioni organizzative finalizzate a garantire l'immediata individuazione delle responsabilità gestionali, sui risultati, attraverso una struttura fondata su un numero limitato di livelli gerarchici in senso verticale ed orizzontale. L'efficacia dell'azione aziendale richiede un'organizzazione che eviti di parcellizzare le responsabilità e che invece sia orientata a integrare le attività in base ai percorsi assistenziali e a favorire la cooperazione e la corresponsabilità, in un contesto di diffusa fiducia professionale. Per acquistare ulteriormente potenzialità organizzative e funzionali, l'Azienda si impegna ad istituire un'accettazione sanitaria centralizzata. L'accettazione centralizzata rappresenta uno degli aspetti principali della programmazione assistenziale.
- **Valorizzazione delle risorse umane e professionali,** dando pari opportunità per l'accesso all'impiego, ai percorsi formativi, all'affidamento degli incarichi, allo sviluppo professionale.
- **Garanzia della legittimità, imparzialità e trasparenza dell'azione amministrativa** attraverso la tutela e la partecipazione dei cittadini, delle loro organizzazioni, delle forze sociali e degli organismi di volontariato nonché la completezza, tempestività e diffusione dell'informazione.

## 21. I PRINCIPI GENERALI DEL GOVERNO AZIENDALE

Il concetto di azienda ed i fabbisogni ad essa collegati orientano l'attività di gestione. In particolare:

- l'azienda è concepita come sistema unitario;
- l'azienda definisce, con prioritaria importanza, un'efficace gestione delle proprie risorse, e pertanto intende promuovere la formazione e la partecipazione degli operatori ai processi aziendali;
- l'azienda orienta la sua programmazione, la sua gestione e l'erogazione dei suoi servizi all'utenza, con particolare attenzione alla garanzia di tutte le forme e dimensioni della qualità;
- l'azienda si dota di adeguate infrastrutture organizzative per realizzare la sua missione, favorendo un'organizzazione per processi orientata ai fruitori e ai risultati;
- l'azienda riconosce l'importanza di realizzare le sue finalità istituzionali mediante una gestione attenta dell'impiego delle sue risorse economiche erogando prestazioni mediante una gestione attenta dell'impiego delle sue risorse economiche;
- l'azienda si avvale, aderendo ai principi della business intelligence, di un sistema informativo e statistico unitario, idoneo alla rilevazione di grandezze quali-quantitative di diverso carattere, basato su banche dati delle informazioni integrabili e su un unico datawarehouse e sulla predisposizione periodica di report, prospetti e analisi, ed organizzato in modo da costituire una struttura di servizio per tutte le articolazioni organizzative dell'azienda, nonché per l'assolvimento del debito informativo esterno.

Il governo aziendale si esprime attraverso la distinzione delle funzioni di committenza e produzione e si manifesta attraverso il governo economico e clinico.

### *21.1 Le dimensioni del governo aziendale: committenza e produzione*

I principi generali che connotano l'organizzazione aziendale trovano concreta applicazione nell'ambito delle due dimensioni di governo delle attività: la committenza e la produzione.

**Committenza** è la funzione, di valenza strategica, rivolta all'interno dell'azienda con la quale si garantiscono, per gli utenti e loro rappresentanti risultati da raggiungere come "obiettivi di salute", con l'assicurazione della disponibilità delle risorse assegnate per raggiungerli. Essa viene esercitata dall'Azienda nei confronti di tutti i produttori interni di servizi sanitari e non, secondo i bisogni assistenziali ed è svolta, con modalità collegiali, dall'alta direzione aziendale: Direttore generale, direttore sanitario e direttore amministrativo.

La funzione sopra descritta viene esercitata mediante:

- elaborazione del documento programmatico in merito alla coerenza tra l'attività assistenziali e le necessità didattiche e di ricerca di cui all'art. 8, c. 1 del vigente Protocollo d'intesa;
- predisposizione del programma annuale delle attività compatibile con il bilancio preventivo ed in linea con la programmazione sanitaria regionale;
- predisposizione di relazione consuntiva sull'andamento dell'esercizio dell'anno precedente con indicazione del raggiungimento degli obiettivi contenuti nella relazione programmatica,
- selezione degli erogatori/ produttori di servizi sanitari interni all'Azienda e negoziazione e stipula degli accordi contrattuali mediante logica budgetaria;
- valutazione della compatibilità delle risorse finanziarie disponibili e loro allocazione;
- verifica e monitoraggio dei risultati presso ciascun erogatore/ produttore, a garanzia del cittadino;
- conferenza annuale dei Servizi.

**Produzione/erogazione** è la funzione interna mediante la quale viene assicurato il raggiungimento degli obiettivi negoziati con la direzione aziendale, in termini di erogazione/produzione di prestazioni e di servizi interni: DAI, UU.OO complesse e semplici, centri interdipartimentali, centri di riferimento regionali, ecc. Viene affidata al direttore sanitario ed ai direttori di dipartimenti e da questi ultimi ai direttori di strutture complesse e semplici, oltre che ai direttori e dirigenti delle varie UU.OO. coinvolte nell'organizzazione dell'azienda.

Le modalità di svolgimento delle attività dell'Azienda ed il suo modello organizzativo (POFA) si ispirano al principio della separazione fra le funzioni della committenza e della produzione.

### *21.2 Il governo clinico*

Il governo clinico è l'ambito nel quale singoli professionisti, operatori sanitari, l'organizzazione stessa, erogano prestazioni sanitarie, assicurando livelli assistenziali (LEA) controllati e costanti, nell'ottica della garanzia della qualità ed individuando sempre più elevati standard operativi. L'assetto organizzativo dell'Azienda, definito nel presente atto aziendale, si configura come dipartimentale. Costituisce pertanto un ambiente idoneo al governo clinico, poiché indica l'assistenza integrata e multidisciplinare come uno stabile coordinamento tra i Responsabili delle UU.OO. e afferma il principio di un approccio assistenziale centrato sull'utente e sul percorso diagnostico-terapeutico e non su singoli momenti assistenziali, anche attraverso l'elaborazione di Piani per la Salute (PPS), linee guida (LG) e protocolli diagnostico terapeutici ed assistenziali. L'insieme è il prodotto della governance clinica, del

technology assessment e del management care. La responsabilità del governo clinico è di ogni livello organizzativo e professionale. La Direzione sanitaria assume il ruolo di orientamento tecnico e metodologico e coordinamento generale del governo clinico aziendale.

Alla Direzione strategica spetta il compito di verificare, a livello aziendale, l'applicazione del miglioramento e del raggiungimento dell'efficacia delle prestazioni, con particolare riferimento alla qualità e all'appropriatezza delle stesse.

L'Azienda, inoltre, sviluppa ed implementa il Sistema Qualità Aziendale, quale metodo ordinario di programmazione e gestione.

Sono impegni dell'Azienda quindi:

- la definizione di una politica per la qualità;
- il presidio costante della funzione qualità;
- la realizzazione di un programma annuale per la Formazione orientato alla qualità;
- la redazione del piano aziendale annuale di sviluppo della qualità – Piano Qualità - che individua, per le diverse unità organizzative e per i processi ad esse trasversali, le procedure da seguire ed i programmi di miglioramento selezionati che devono tradursi in specifici obiettivi da raggiungere;
- la stesura di un manuale della qualità (procedure e criteri definiti e noti a tutti);
- l'individuazione di gruppi di miglioramento qualità operanti su criticità prioritarie;
- lo sviluppo del sistema informativo orientato alla qualità;
- l'orientamento del management per problemi, processi, obiettivi e risultati;
- la partecipazione ad un valido sistema di accreditamento orientato all'eccellenza;
- la gestione del rischio, attraverso l'implementazione di metodologie, fornendo indicazioni per appropriati interventi e piani di riduzione degli errori
- la strutturazione delle collaborazioni con Società Scientifiche e Centri di Ricerca ed accesso a centri di documentazione nazionale ed internazionale,
- la promozione di azioni professionali ed organizzative di audit ed auto- valutazione (valutazione qualità della cartella clinica, valutazione appropriatezza delle prestazioni, EBM, EFQM, Benchmarking, ecc).

### *21.3 Il governo economico-finanziario*

L'Azienda si impegna a garantire i livelli di assistenza sanitaria programmati sia in termini di servizi ed attività, che in termini di impiego efficiente delle risorse economiche. Il governo economico finanziario garantisce il rispetto dei criteri finanziari posti all'Azienda. La sua funzione risulta essenziale all'interno del processo di programmazione e controllo per la correlazione tra risorse disponibili e risultati di attività. In tal modo, risulta logicamente collegato con il governo clinico. Il governo economico-finanziario utilizza come strumenti indispensabili:

- la contabilità generale e la contabilità analitica per centri di costo;
- il sistema di budgeting e di reporting;
- il bilancio pluriennale di previsione e il bilancio economico annuale preventivo;
- il bilancio d'esercizio;

Il governo economico prevede l'introduzione graduale di strumenti innovativi di gestione quali:

- a) la relazione istituzionale ed il bilancio di mandato;
- b) la contabilità analitica per processo di cura attraverso metodologia Abc e Abm;
- c) la Balanced score card;
- d) la certificazione di bilancio.

L'introduzione di strumenti innovativi di gestione è motivato da esigenze di ridefinizione dei criteri di valutazione e rendicontazione delle performance

dell'Azienda, volendo perseguire come obiettivo prioritario il riposizionamento al centro dei processi aziendali:

- dell'efficacia delle cure;
- dell'appropriatezza delle prestazioni;
- della qualità dei servizi erogati.

Si tratta quindi di ripensare criteri e strumenti per leggere e valutare l'operato dell'azienda, superando la centralità e l'unicità del bilancio economico-finanziario. Se infatti quest'ultimo è in grado di chiarire come sono state utilizzate le risorse economiche e finanziarie a preventivo e a consuntivo, non appare però in grado di comunicare qual è il "valore" prodotto dall'Azienda stessa in termini di benefici per la collettività e per i singoli legittimi portatori di interesse. Il bilancio di mandato si caratterizzerebbe pertanto come un documento annuale, logicamente e funzionalmente collegato al tradizionale bilancio di esercizio, finalizzato a leggere i risultati secondo la prospettiva della comunicazione agli stakeholders di riferimento e quindi non focalizzato prevalentemente su indicatori di attività ed elementi di output, quanto su indicatori di utilizzo, di qualità dei servizi e di outcome delle iniziative intraprese.

La sottolineatura sulla rendicontazione sociale nelle amministrazioni pubbliche è d'altra parte ribadita nella direttiva del 17/02/2006 del Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri, pubblicata su G.U.R.I. del 16/03/2006.

Nella rendicontazione aziendale deve essere posta particolare attenzione ai seguenti temi strategici di più alto livello:

1. il costo delle prestazioni (programmazione e controllo di gestione);
2. il valore creato, inteso come benefici per gli stakeholders di riferimento;
3. il contributo al sistema istituzionale di riferimento.

Rientra nelle funzioni del governo economico:

- emanare direttive volte alla piena applicazione della contabilità economica, volte all'individuazione di criteri uniformi relativi alle rilevazioni dei dati contabili ed alla struttura del bilancio d'esercizio;
- garantire omogeneità e controllabilità degli atti di gestione;
- individuare come centri di responsabilità, oltre ai dipartimenti ad attività integrata, anche altre articolazioni organizzative afferenti ad aree di attività che richiedono unitarietà di organizzazione e coordinamento gestionale.

Il Direttore generale attribuisce l'autonomia finanziaria della gestione budgetaria ai centri di responsabilità per conseguire la funzionalità e l'efficienza della gestione; individua inoltre il responsabile di ciascun centro di responsabilità che risponde dell'attività e dei servizi svolti nonché dei relativi risultati, del budget attribuito e della relativa gestione, nonché della tenuta dei beni inventariati assegnati. Sono centri di costo le articolazioni organizzative dove rilevare costi, risorse attribuite e attività svolte. Essi sono sotto ordinati rispetto ai centri di responsabilità e rappresentano esclusivamente il riferimento metodologico adeguato per consentire al responsabile del centro di responsabilità di avere piena e consapevole visibilità dell'articolazione del consumo delle risorse e delle attività erogate all'interno della propria sfera di responsabilità. Il direttore generale definisce l'elenco dei centri di costo che debbono far capo a ciascun centro di responsabilità.

La Direzione Amministrativa assume il ruolo di orientamento tecnico- metodologico e coordinamento generale del governo economico- finanziario. A tal fine si avvale del sistema generale di controllo della spesa

Le risorse a disposizione sono negoziate nell'ambito di accordi che vengono definiti dalla committenza nella forma di contratti di fornitura e dai Direttori dei dipartimenti, nella forma di piani di produzione annuali e della definizione di soglie operative minime. I budget relativi sono stabiliti in base alle tariffe per prestazione e/o ai costi predeterminati per funzioni assistenziali e per i programmi di attività. E' previsto un successivo e specifico regolamento di "programmazione e controllo" per il governo economico finanziario dell'Azienda, che definisca principi, funzioni e strumenti.

## **22. LE MODALITÀ DI ESERCIZIO DEL GOVERNO AZIENDALE: LA DELEGA**

I principi richiamati del governo aziendale si traducono, per quanto possibile e opportuno, nell'attribuzione di poteri ed obiettivi definiti, affinché gli assegnatari possano essere meglio coinvolti nella gestione aziendale e, al contempo, affinché sia possibile procedere ad una valutazione dei risultati raggiunti rispetto agli obiettivi assegnati, tenuto conto delle risorse messe a disposizione. In particolare, l'Azienda disciplina con appositi atti l'articolazione dei poteri e delle responsabilità dei dirigenti.

Alla luce di queste considerazioni, si dovrà procedere al:

- rispetto dei criteri di efficacia, efficienza ed economicità, sulla base dei vincoli di bilancio e delle norme vigenti;
- alla semplificazione dell'azione amministrativa, rendendo in tal modo celere e agevole l'azione amministrativa;
- all'informatizzazione dell'azione amministrativa, al fine di garantire da un lato snellezza e produttività e dall'altro assicurare trasparenza, facilitando l'attivazione degli adeguati meccanismi di controllo.

Gli atti di gestione proposti dai vari dirigenti sono disciplinati dalle norme proprie dell'atto amministrativo, improntati alla massima trasparenza e semplificazione nonché, se prodotti da delegati, a controllo interno al fine di verificarne la rispondenza ai criteri della delega e soggetti a pubblicazione tramite affissione all'albo aziendale. Il governo aziendale, ai fini della direzione di strutture organizzative, trova nello strumento della delega un elemento importante della gestione improntata al decentramento dei poteri nei luoghi più vicini a quelli di produzione e, quindi, agli utenti. Per poter essere legittimamente esercitata, essa deve essere conferita nei modi e nelle forme necessarie, con atto nominativo, opportunamente motivata, caratterizzata dall'attribuzione di specifiche funzioni e compiti; inoltre può essere conferita unitamente ad un mandato e ritirata, con le stesse forme del conferimento, nel caso di mancato rispetto dei contenuti del medesimo.

La delega di specifiche responsabilità ai vari livelli della dirigenza deve associarsi al riconoscimento di corrispondenti gradi di autonomia adeguatamente esplicitati, per far sì che la responsabilità assegnata assuma un valore sostanziale e non semplicemente formale. Il pieno riconoscimento delle autonomie e delle responsabilità, unitamente ad un sistema di valutazione esplicita dei risultati gestionali ottenuti, consentono all'Azienda la costante verifica dell'adeguatezza delle competenze gestionali dimostrate dai dirigenti nei ruoli ricoperti rispetto a quelle richieste.

Il delegato ha la piena responsabilità degli atti compiuti; alla Direzione Generale è comunque riservato il diritto di intervenire (poteri di avocazione, revoca, annullamento) in caso di inerzia del delegato, di illegittimità o inopportunità di atti difforni dagli obiettivi aziendali o in contrasto con la corretta ed economica gestione della medesima.

Il DG può quindi operare, delegando funzioni di gestione di sua competenza, ai vari livelli della dirigenza aziendale con specifici atti. Sono funzioni delegabili

esclusivamente le funzioni di gestione e quelle non specificamente indicate come funzioni di governo, che sono di esclusiva pertinenza del DG.

Negli atti di delega vanno individuati:

- i destinatari, i contenuti della delega, la durata temporale, i principi e i criteri che dovranno garantirne l'esercizio rispetto ad obiettivi prefissati e negoziati con gli interessati,
- i controlli sull'esercizio, la valutazione dell'incarico con la previsione di revoca nei casi di inadempienza accertata.

Il DG può disporre la revoca delle funzioni, con apposito atto motivato e pubblicato nell'albo, nel caso di mancato rispetto dei contenuti della delega stessa. Il soggetto delegato ha la piena responsabilità, a qualsiasi effetto esterno o interno all'Azienda, degli atti compiuti in via di delega. Il principio chiave su cui si basano i meccanismi di delega è la responsabilizzazione dei vari protagonisti della gestione che poggia su quattro elementi essenziali:

- attribuzione di obiettivi,
- autonomia e risorse disponibili,
- misurazione dei risultati,
- valutazione

Per poter essere conseguiti gli obiettivi necessitano di due condizioni: autonomia di azione e risorse coerenti con i traguardi assegnati; per autonomia di azione si intende la possibilità, da parte del dirigente, di governare concretamente le variabili sulle quali si definiscono gli obiettivi.

E' opportuno, inoltre, ribadire che soltanto attraverso la misura e l'esplicitazione delle conseguenze delle azioni e delle decisioni dei singoli dirigenti si concretizza il processo di responsabilizzazione. E' fondamentale, pertanto, dotarsi di efficaci strumenti di misura delle performance, così come previsto dal D.Lgs n. 150/2009.

## **23. LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA E LE ARTICOLAZIONI ORGANIZZATIVE**

Il modello organizzativo di riferimento per l'AOU è quello dipartimentale ad attività integrata. Le unità organizzative che compongono la struttura aziendale sono suddivise in strutture complesse (UU.OO.CC.), almeno tre per ogni DAI, ai sensi del vigente Protocollo d'intesa, strutture semplici a valenza dipartimentale (UU.OO.SS.DD), strutture semplici afferenti a strutture complesse (UU.OO.SS.), centri interdipartimentali, incarichi di alta specializzazione (II.AA.SS.).

Le strutture organizzative sono articolazioni aziendali nelle quali si concentrano competenze professionali e risorse umane, tecnologiche e strumentali, finalizzate allo svolgimento di funzioni di:

- amministrazione
- programmazione
- produzione di prestazioni e servizi sanitari

Esse sono caratterizzate da una valenza strategica ed una complessità organizzativa anche ai fini della loro graduazione.

La valenza strategica è definita:

- dal livello di interfaccia con istituzioni oppure organismi esterni all'Azienda,
- dalla rilevanza quali-quantitativa e dal volume delle risorse da allocare,
- dalla rilevanza del problema a cui si intende dare risposta,

- dal livello di intersectorialità che caratterizza gli interventi e in particolare dalla capacità di entrare in sinergia con i compiti, le funzioni e le finalità delle altre strutture operative, superando il principio tradizionale delle separazioni settoriali.

La complessità organizzativa è definita da:

- numerosità ed eterogeneità delle risorse professionali,
- dimensionamento tecnologico,
- riconducibilità delle competenze e conoscenze a discipline definite,
- costi di produzione
- beni immobili e mobili.

Le risorse umane e strumentali possono essere attribuite esclusivamente ai DAI, alle UU.OO.CC. e alle UU.OO.SS.DD.

Il Direttore Generale dell'Azienda assumerà, ai sensi del comma 1 lett. b) e c) dell'art 15 del vigente Protocollo d'intesa, la veste giuridica di Datore di Lavoro.

### *23.1 Il modello Dipartimentale*

Il Dipartimento rappresenta la struttura aziendale deputata al conseguimento di elevati livelli di appropriatezza nell'erogazione delle attività assistenziali ed all'efficacia dell'azione amministrativa, tecnica e logistica, nonché al conseguimento di sinergie ed efficienze attuabili mediante azioni di interscambio e condivisione di risorse. Per tale scopo, a livello dipartimentale vengono collocate competenze e risorse atte a garantire lo svolgimento delle seguenti funzioni:

- programmazione, coordinamento e verifica delle attività dipartimentali, sia di gestione ordinaria che relative a progetti di innovazione e ad analisi di azioni finalizzate all'ottimizzazione degli acquisti e dei consumi;
- razionalizzazione, standardizzazione e sviluppo di processi amministrativi, tecnici e logistici, linee guida, protocolli e regolamentazione dipartimentale di competenza;
- coordinamento del budget dipartimentale;
- miglioramento ed integrazione delle attività formative e di aggiornamento.

La gestione del Dipartimento, ai sensi dell'art. 17 bis del D. Lgs. 502/92 e sue modifiche e integrazioni, è affidata al Direttore di Dipartimento. Questi, nominato dal Direttore Generale d'intesa con il Rettore, è individuato tra i Direttori di struttura complessa afferenti al Dipartimento stesso. Il Direttore di Dipartimento garantisce il coordinamento delle attività di programmazione, realizzazione e monitoraggio delle attività dipartimentali, controlla il budget del Dipartimento e rappresenta lo stesso nelle fasi di negoziazione con la Direzione Generale.

L'organizzazione dei servizi sanitari su base dipartimentale persegue i seguenti obiettivi:

- la razionalizzazione dell'utilizzo delle risorse umane e tecnologiche, dei posti letto, dei materiali di consumo e dei servizi sanitari intermedi;
- il miglioramento dell'efficienza gestionale, dei processi di coordinamento e di controllo della qualità delle prestazioni erogate, del livello di umanizzazione delle strutture interne al singolo dipartimento, del rapporto tra Direzione generale e direzione delle singole strutture;
- la promozione del mantenimento e dello sviluppo delle conoscenze e delle competenze tecniche e professionali, favorendone l'integrazione dell'attività di formazione/aggiornamento e ricerca;
- la gestione globale del caso clinico e degli aspetti sociosanitari a questo correlati, mediante la razionalizzazione e lo sviluppo dei percorsi diagnostici terapeutici ed



assistenziali (PDTA) e di quelli volti a garantire la continuità assistenziale anche all'esterno dei dipartimenti.

I dipartimenti possono avere natura **funzionale o strutturale** : nel primo caso hanno l'obiettivo di indurre uniformità nella pratica assistenziale attraverso la diffusione di conoscenze e di pratiche che migliorano lo standard qualitativo dell'assistenza attraverso l'adozione di strumenti collegati alla gestione per processi (percorsi diagnostico terapeutici ed assistenziali-PDTA); i dipartimenti strutturali hanno responsabilità di gestione nella misura in cui negoziano obiettivi con la direzione aziendale e vengono valutati rispetto agli obiettivi conseguiti. Hanno natura funzionale i Dipartimenti centrali; hanno invece natura strutturale i Dipartimenti ad attività integrate (DAI).

A seconda della natura del dipartimento, esso può avere funzioni di:

- coordinamento
- indirizzo di direzione
- valutazione dei risultati conseguiti
- elaborazione dei programmi di attività annuale

Tali funzioni comprendono, in particolare:

- partecipazione ai processi di programmazione ed individuazione degli obiettivi prioritari, allocazione delle risorse e dei mezzi;
- coordinamento e guida nei riguardi delle strutture organizzative nelle quali esso si articola e verifica dei risultati conseguiti;
- studio, applicazione e verifica degli strumenti (linee guida, protocolli, ecc.) di omogeneizzazione ed integrazione delle procedure organizzative, assistenziali, amministrative e di utilizzo delle apparecchiature;
- studio e applicazione di sistemi informativi di gestione per le connessioni dei e tra i dipartimenti, in grado di garantire l'interscambio e l'archiviazione di dati, informazioni, immagini;
- individuazione e promozione di nuove attività e modelli operativi nello specifico campo di competenza;
- organizzazione della didattica;
- gestione del budget assegnato;
- utilizzazione ottimale ed integrata degli spazi assistenziali e non assistenziali, del personale e delle apparecchiature finalizzata alla migliore gestione delle risorse, alla massima efficacia delle prestazioni nonché alla razionalizzazione dei costi;
- coordinamento tra le proprie attività e quelle di altri dipartimenti;
- promozione di iniziative volte ad umanizzare l'assistenza all'interno delle strutture dipartimentali;
- valutazione e verifica della qualità dell'assistenza fornita da effettuarsi adottando le opportune metodiche, con particolare riguardo alle prestazioni fornite ai pazienti, alle verifiche delle procedure e dei risultati ottenuti, al miglioramento delle conoscenze e dei circuiti interni comunicativi, all'ottimizzazione delle risorse;
- organizzazione dell'attività libero-professionale aziendale.

## 24. I DIPARTIMENTI AD ATTIVITA' INTEGRATA- DAI

Al fine di assicurare l'esercizio integrato delle attività di assistenza, di didattica e di ricerca, l'Azienda adotta, come modello di gestione operativa delle attività

assistenziali, il Dipartimento Assistenziale Integrato (DAI), ai sensi dell'art.3, comma 7 del vigente Protocollo d'intesa.

Ogni attività assistenziale svolta in Azienda è inquadrata all'interno del DAI. Tali attività assistenziali rientrano pertanto a tutti gli effetti nell'ambito dei ruoli e responsabilità degli organi del dipartimento.

Il DAI è, inoltre, istituito in base alla casistica attesa e deve tendere all'omogeneità o affinità delle funzioni operative necessarie a garantire, in via prioritaria, l'omogeneità e l'affinità dei percorsi assistenziali e gestite in coerenza con la programmazione della didattica e della ricerca, all'affinità di patologie, di casistiche o d'attività, alla specificità dell'organo, apparato o distretto anatomico, o ancora al criterio dell'intensità e rapidità della cura.

In questo senso si vuole sottolineare che l'istituzione dei D.A.I.:

- deve gradualmente indurre un superamento della logica delle aree funzionali, con la gestione unitaria delle risorse economiche, umane e strumentali, e garantire l'integrazione con la didattica e la ricerca, quale momento non eliminabile del miglioramento qualitativo e quantitativo dell'attività;
- fornire al cittadino un percorso assistenziale caratterizzato da omogeneità nella gestione degli aspetti diagnostici, terapeutici e riabilitativi;
- perseguire il livello più elevato possibile d'appropriatezza delle cure anche mediante l'integrazione con i processi di didattica e di ricerca e la tempestività e coerenza nell'erogazione delle prestazioni diagnostiche e terapeutiche.

I livelli di integrazione da raggiungere attraverso i DAI sono:

- di tipo organizzativo, in termini di ottimizzazione e razionalizzazione nell'uso delle risorse in condivisione;
- di tipo clinico in termini di omogeneizzazione dei comportamenti clinico-assistenziali;
- di tipo professionale, in termini di scambio di competenze ed esperienze tecnico-scientifiche, nonché della valenza economica, considerata in relazione alla congruità ed alla coerenza rispetto al volume di attività programmata.

I D.A.I. sono individuati in sede di programmazione tra l'Università e l'Azienda, nel rispetto dei parametri standard per l'individuazione delle strutture complesse e semplici deliberati dal Comitato LEA in data 26.3.2012 e fissati dalla Regione con il DCA 18/2013.

Sono organi del DAI: il Direttore e il Comitato di Dipartimento. Compiti, modalità di elezione e funzionamento del Comitato sono disciplinati nell'allegato alla deliberazione n.198 del 20 maggio 2013 ed i criteri fondanti sono da intendersi tuttora validi e funzionali alla sua costituzione.

La lista dei DAI è contenuta nell'allegato A del presente atto aziendale.

#### *24.1 L'organizzazione del DAI*

L'organizzazione del DAI si basa sul Regolamento dei Dipartimenti ad attività integrate emanato dal Direttore Generale, d'intesa con il Rettore, ai sensi del punto d), c. 10 dell'art. 3 del vigente Protocollo d'intesa.

Il DAI rappresenta l'articolazione organizzativa fondamentale dell'Azienda e costituisce l'elemento di riferimento per l'attribuzione delle responsabilità e per l'allocazione, la gestione e l'utilizzazione delle risorse destinate alla realizzazione delle funzioni assistenziali necessarie per lo svolgimento delle attività istituzionali di didattica e di ricerca.

L'attività dei DAI, a supporto degli obiettivi di miglioramento continuo delle attività integrate di ricerca, didattica, assistenza e razionalizzazione dell'uso delle risorse strutturali, strumentali, umane e materiali in dotazione, si concretizza nel processo di negoziazione del budget e nell'individuazione, in via preventiva, dei risultati programmati e attesi in un predeterminato e concordato periodo temporale e della relazione tra tali risultati e le risorse ritenute essenziali e indispensabili per conseguirli, anche mediante:

- la condivisione delle risorse stesse,
- il miglioramento delle modalità del loro consumo nei processi assistenziali
- lo snellimento e la razionalizzazione delle procedure operative.

I DAI sono tendenzialmente corrispondenti ai Dipartimenti Universitari (DU) e devono essere costituiti con l'integrazione di discipline assimilabili sia sul piano scientifico che assistenziale.

Il DAI è individuato con delibera del Direttore Generale dell'Azienda, conseguita l'intesa con il Rettore. I DAI sono istituiti e organizzati mediante l'aggregazione al loro interno di articolazioni operative e di relativi professionisti, organizzati in strutture complesse (UOC – almeno 3 per ogni DAI), strutture semplici a valenza dipartimentale (UOSD), strutture semplici afferenti a strutture complesse (UOS), incarichi di alta specializzazione (IAS), nonché dall'attività svolta dai dirigenti con anzianità superiore o inferiore ai 5 anni. I suddetti ambiti organizzativo-gestionali e/o professionali sono istituiti e rimodulati secondo criteri di appropriatezza organizzativa, efficienza e efficacia dell'attività assistenziale ed eccellenza della ricerca clinica o traslazionale. L'articolazione interna dei DAI è finalizzata a garantire le massime probabilità di realizzazione del miglior livello di integrazione tra le attività didattiche e di ricerca scientifica e le attività cliniche e assistenziali, in coerenza con l'obiettivo primario della missione dell'Azienda, tenendo altresì presenti le specifiche competenze del personale docente afferente ai singoli Dipartimenti Universitari.

Sono compiti generali dei DAI:

- l'organizzazione dei percorsi assistenziali
- la razionale e coordinata gestione delle risorse del personale, spazi ed attrezzature assegnate al Dipartimento, nonché la programmazione dei fabbisogni
- la definizione delle modalità organizzative del lavoro anche attraverso l'individuazione di opportuni protocolli e la realizzazione di più elevati livelli di produttività e prestazioni diagnostiche e terapeutiche in termini quali-quantitativi;
- l'organizzazione coordinata delle attività svolte dagli ambulatori del Dipartimento;
- l'organizzazione coordinata delle attività chirurgiche attraverso un ottimale e razionale impiego delle sale operatorie;
- il coordinamento delle attività di ricovero al fine della riduzione dei tempi di ricovero e delle liste di attesa;
- l'ottimale utilizzo delle grandi apparecchiature diagnostiche e terapeutiche, rivolto al miglioramento qualitativo e quantitativo delle attività ed alla economicità di gestione;
- la determinazione previsionale relativa all'approvvigionamento dei beni di consumo attraverso una programmazione dei reali fabbisogni comuni a tutte le UU.OO. afferenti al DAI;
- l'organizzazione delle attività libero-professionali ambulatoriali ed in regime di ricovero, secondo le direttive dell'Azienda;
- la formale individuazione di "Referenti del Dipartimento" , cui affidare compiti specifici di coordinamento in materia di

- Flussi informativi
- Rischio clinico e sicurezza
- Qualità
- Privacy
- Gestione e tenuta archivio cartelle cliniche.

I DAI sono centri unitari di responsabilità e di costo in quanto devono garantire, nel rispetto dei vincoli di destinazione delle risorse, l'unitarietà della gestione e l'ottimale collegamento tra assistenza, didattica e ricerca.

#### *24.2 Assetto organizzativo*

Ai sensi dell'art.2 co.6 del Protocollo d'Intesa Regione Campania/Università, sottoscritto il 10.6.2016, le parti si sono impegnate a rimodulare il numero delle UOC, esistenti a detta data, nell'arco temporale di vigenza dello stesso Protocollo ed in linea con il nuovo Piano Ospedaliero di cui al DCA n.33/2016,.

Tale riduzione deve avvenire secondo i criteri di seguito indicati:

- Rilevanza della struttura per la rete formativa;
- Funzionalità della struttura rispetto alle attività di assistenza, didattica e di ricerca;
- Struttura e sede di Scuola di Specializzazione;
- Rispetto delle soglie minime di volume di attività di cui al DM n.70/2015.

La riduzione del numero delle UOC, che dovranno essere contenute in 64 entro i tre anni di vigenza del suddetto Protocollo, verrà cadenzata nel mese di novembre di ogni anno, mese di inizio dell' Anno Accademico e di pensionamento del personale docente.

#### *24.3. Ridefinizione dei DAI*

La ridefinizione del DAI e delle UOC previste dal presente atto aziendale porta – come si è detto - ad una riduzione numerica (i DAI si riducono dagli attuali 13 ad 11 e le UOC dalle attuali 69 a 65), contestuale ad una razionalizzazione, basata sulla combinazione di tre elementi: a) affinità culturale delle diverse aree cliniche riunite all'interno dei DAI (che avrà importanti ricadute sullo svolgimento delle attività didattiche e di ricerca scientifica e sull'efficacia stessa delle prestazioni di diagnosi e cura anche in termini di contenimento dei costi); b) razionalizzazione dei percorsi clinico-assistenziali sulla base delle tipologie di pazienti che accedono all'AOU; c) aspetti logistici, quali ad esempio la contiguità di edifici o delle strutture.

Tale ridefinizione modifica peraltro in maniera contenuta la distribuzione delle attuali UOC nell'ambito dei DAI.

A titolo di esempio, le UOC di Ematologia (che in parte si occupa di pazienti con malattie emolinfoproliferative anche attraverso le attività di eccellenza connesse ai trapianti) e di Oncologia confluiranno in un DAI con l'UOC di Anatomia Patologica (che dedica cospicua parte delle proprie attività alla diagnostica onco-ematologica), alla UOC di Medicina Legale (cui afferisce il coordinamento del Comitato Etico della Federico II che dedica particolare interesse a ricerche connesse all'area oncologica) e alle attività dell'UOC di Diagnostica per Immagini e di Medicina Nucleare.

Analogamente, il DAI Testa Collo si occuperà, attraverso l'integrazione delle attività mediche e chirurgiche delle proprie UOC, delle richieste di salute dei pazienti con patologie di tipo acuto o cronico in campo neurologico, psichiatrico, otorinolaringoiatrico, oftalmologico, del massiccio facciale e odontoiatriche.

Ancora, l'UOC di Nefrologia condividerà un DAI con le due UOC di area Urologica, con quella di Chirurgia generale e dei trapianti (quest'ultima particolarmente impegnata nei trapianti di rene) e con l'Anestesiologia.

Molte UOC di Chirurgia confluiscono in un unico DAI di Chirurgia Generale e Specialistica, così come quelle mediche afferiranno ad un DAI dedicato, con l'eccezione delle UOC di Endocrinologica e Gastroenterologica che confluiranno in un DAI cui si affianca la nuova UOC di Endoscopia Interventistica.

Importante ancora sotto il profilo di coerenza clinico-assistenziale la confluenza delle UOC di Immunologia Clinica, Malattia Infettive, Dermatologia Clinica con quella di Patologia Clinica e Virologia e quella di Diagnostica delle Malattie Immunitarie.

Tra le altre novità importanti, la creazione di un DAI interamente dedicato alle attività mediche e chirurgiche di tipo cardio-toracico (incluse quelle dedicate ai pazienti geriatrici attraverso una nuova UOC dedicata), e la confluenza del DAI di Medicina Trasfusionale in quello di Medicina di Laboratorio dettata dalla convergenza di molte attività dei due DAI e dalla affinità scientifica e didattica che si manifesta anche nella sovrapposizione tra DAI di Medicina di Laboratorio con il DU di Medicina molecolare e biotecnologie mediche.

Ancora, la creazione di un DAI Materno Infantile finalizzato all'integrazione di competenze che potranno affrontare, in maniera coordinata, le richieste di salute della donna e del bambino dal periodo prenatale fino a tutta l'età evolutiva. Da segnalare, infine, l'accorpamento in un DAI di Sanità Pubblica, delle attività tradizionali di Igiene e Medicina del lavoro, al fianco di quelle di tipo Farmacologico (area della Farmacovigilanza) con l'obiettivo di far fronte alle richieste di pianificazione sanitaria, salute, e bisogno sociale.

Ma la principale novità del presente atto aziendale è rappresentata dalla programmazione di UOC e UOS che saranno affidate a professionalità non di provenienza universitaria, consentendo all'AOU di completare in maniera ottimale la propria offerta nel campo dell'assistenza clinica, anche quando le esigenze di didattica e ricerca in un certo ambito non dovessero risultare prioritarie rispetto alle altre.

Tale obiettivo sarà raggiunto attraverso il reclutamento di professionisti da parte dell'AOU, ma anche attraverso l'attuazione di convenzioni *ad hoc* con altre Aziende della Regione, con lo scopo duplice di arricchire la rosa di professionalità dell'AOU ma anche di mettere a disposizione di altre Aziende (esclusivamente per la competenza assistenziale) le professionalità universitarie dell'AOU stessa con l'obiettivo di contribuire all'offerta sanitaria dell'intera Regione.

## **25. PROGRAMMI INFRADIPARTIMENTALI E INTERDIPARTIMENTALI**

Come previsto da D. Lgs 517/99 art. 5 c. 4 ai professori di prima fascia ai quali non sia stato possibile conferire un incarico di direzione di struttura semplice o complessa, il Direttore Generale, d'intesa con il Rettore, può affidare comunque la responsabilità e la gestione di programmi, intra o interdipartimentali finalizzati alla integrazione delle attività assistenziali, didattiche e di ricerca, con particolare riguardo alle innovazioni tecnologiche ed assistenziali, nonché al coordinamento delle attività sistematiche di revisione e valutazione della pratica clinica ed assistenziale.

La responsabilità e la gestione di analoghi programmi può essere affidata anche ai professori di seconda fascia ed ai ricercatori ai quali non sia stato conferito un incarico di direzione semplice o complessa.

## **26. LA MACRO AREA TECNICO- AMMINISTRATIVA**

Per assicurare la razionale programmazione e gestione ed il miglioramento dell'efficienza gestionale dei processi operativi inerenti alle funzioni tecniche, amministrative e logistiche, è identificata la macro area delle attività amministrative, tecniche e logistiche, a valenza funzionale, che comprende le strutture organizzative amministrative e tecniche dell'Azienda. L'articolazione della macro area in strutture organizzative e la declaratoria delle funzioni è contenuta nel POFA aziendale.

La macro area tecnico-amministrativa, articolata al suo interno in strutture organizzative complesse, semplici e posizioni organizzative, assicura il corretto svolgimento delle funzioni di supporto amministrativo tecnico e logistico, favorendo il coordinamento e l'integrazione delle strutture in cui si articola. Nell'ambito della macro area, ai sensi del comma 2 dell'art. 4 del D.Lvo 165/2001 e ss.mm.ii., ai dirigenti spetta l'adozione degli atti e provvedimenti amministrativi, compresi tutti gli atti che impegnano l'amministrazione verso l'esterno, nonché la gestione finanziaria, tecnica e amministrativa mediante autonomi poteri di spesa, di organizzazione delle risorse umane, strumentali e di controllo. Essi sono responsabili in via esclusiva dell'attività amministrativa, della gestione e dei relativi risultati.

La macro area assicura una funzione strumentale in favore di tutte le articolazioni organizzative aziendali. L'esigenza di favorire processi di cambiamento nelle aree amministrative, tecniche e logistiche è riconducibile ai seguenti aspetti:

- sviluppare attività sul modello "catena del valore" al fine di definire e valorizzare le responsabilità trasversali e favorire lo sviluppo di processi integrati superando la parcellizzazione delle singole azioni e le barriere esistenti tra le diverse articolazioni operative e valorizzando il lavoro interdisciplinare anche attraverso la reingegnerizzazione dei principali processi operativi secondo logiche di lean thinking;
- orientare le strutture all'individuazione ed alla risoluzione dei problemi, ponendo enfasi sul raggiungimento del risultato piuttosto che sul rispetto formale degli adempimenti amministrativi;
- eliminare diseconomie, duplicazioni e sovrapposizioni per garantire maggiore efficacia ed efficienza al sistema nel suo complesso;
- garantire chiarezza nel sistema delle relazioni gerarchiche e funzionali così da rendere esplicito e condiviso il sistema della responsabilità e delle competenze.

Si tratta quindi di favorire la costruzione di una organizzazione che consenta di:

- diffondere sistemi di lavoro per processi e progetti;
- definire assetti organizzativi che favoriscano l'integrazione orizzontale;
- superare l'eccessiva parcellizzazione dei fattori produttivi per favorire l'uso comune delle risorse, garantire economie di scala e diffondere la cultura della partecipazione e del miglioramento continuo;
- conseguire la massima flessibilità nell'uso delle risorse.

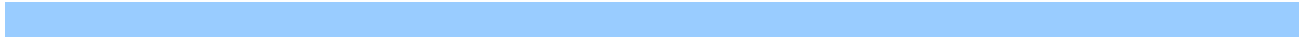
## **27. LA MACRO AREA DELLE ATTIVITA' ASSISTENZIALI**

La macro area delle attività assistenziali, a valenza funzionale, articolata al suo interno in strutture organizzative complesse, semplici e posizioni organizzative, ha come obiettivo principale il perseguimento del governo clinico; ovvero il miglioramento

continuo dell'attività assistenziale attraverso il coordinamento e la promozione di condizioni sia sanitarie sia organizzative che sviluppino:

- la sorveglianza rispetto alle condizioni di rischio (risk management) all'interno dei processi assistenziali;
- l'integrazione tra le diverse specialità presenti in Azienda, allo scopo di offrire risposte globali ed esaustive ai pazienti con specifici problemi di salute (gestione per processi) e superare le inefficienze organizzative;
- il monitoraggio delle performance dei processi assistenziali, allo scopo di verificarne l'appropriatezza e le condizioni di qualità.

In seno a tale macro area, quindi, si sviluppano gli strumenti di governo clinico; strumenti a supporto dei professionisti che attivano e orientano i diversi percorsi di cura ed assistenza, fornendo loro supporto al miglioramento continuo delle condizioni di efficacia ed efficienza.



### **28. LA PIANIFICAZIONE STRATEGICA**

La pianificazione strategica è la funzione con la quale la direzione aziendale, avvalendosi del Collegio di Direzione ed eventualmente dei responsabili delle competenti strutture organizzative, definisce gli obiettivi generali dell'Azienda, le strategie per il loro raggiungimento, lo sviluppo dei servizi ospedalieri, tecnici, amministrativi e di supporto e l'assetto organizzativo.

La Direzione Aziendale dà operatività agli obiettivi determinati dalla pianificazione strategica, tramite il processo di programmazione annuale che orienta e vincola tutti i produttori sanitari che afferiscono all'Azienda, siano essi interni o esterni, pubblici o privati. La Direzione Aziendale assolve in tal modo alla propria funzione di committenza, presiedendo alla negoziazione. In particolare, la committenza ha relazione con le funzioni di programmazione e di indirizzo politico-amministrativo, si esplica nella definizione dei servizi necessari per rispondere in modo appropriato ai bisogni di salute della popolazione, si sviluppa con l'esercizio di più funzioni, quali:

- definire le priorità e assicurare coerenza e compatibilità economica tra gli obiettivi assegnati all'azienda e piano delle attività aziendali;
- definire la tipologia quantitativa e qualitativa dei prodotti-servizi necessari ed appropriati per rispondere ai bisogni di salute dei cittadini;
- adottare efficaci sistemi di monitoraggio, controllo e verifica dei risultati nei confronti degli erogatori interni ed esterni, anche a garanzia della qualità delle prestazioni erogate.
- orientare la produzione, partecipare e presiedere alla negoziazione del budget per gli erogatori interni e alla stipula degli accordi contrattuali con gli erogatori esterni, pubblici e privati.
- garantire che il limite massimo di spesa sostenibile sia mantenuto nei tetti fissati e presiedere l'equilibrio economico finanziario dell'azienda.

La valenza strategica della funzione di committenza esige che essa sia posta in capo all'alta direzione aziendale, ovvero al Direttore Generale coadiuvato dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo, affiancati a tal fine dai direttori dei DAI. In base alle risorse affidate, al programma delle attività e degli obiettivi assegnati, le direzioni dei dipartimenti individuano una proposta programmatica di produzione. Sono pertanto deputate a decidere sul come produrre ovvero a definire le modalità tecnico organizzative per garantire la qualità tramite la responsabilità del governo amministrativo, clinico e di quello economico.

Costituiscono atti di pianificazione strategica i piani attuativi, i piani ed i programmi pluriennali di investimento, le modifiche all'atto aziendale per quanto riguarda gli assetti organizzativi. Gli atti di pianificazione strategica sono inviati all'Organo di Indirizzo per la verifica delle congruità di competenza. Il parere su tali atti si intende favorevole se non espresso in senso contrario entro 30 giorni dalla data di ricevimento.

Il piano attuativo aziendale, che rappresenta il piano strategico dell'azienda, è un atto di programmazione triennale mediante il quale l'azienda programma, nei limiti delle risorse disponibili, l'attività da svolgere nel periodo di vigenza del Piano Sanitario Regionale e della programmazione della Scuola di Medicina e Chirurgia dell'Università



"Federico II" di Napoli al fine del raggiungimento degli obiettivi da essi esposti con particolare riferimento alla programmazione economica, del personale e degli investimenti.

## 29. IL SISTEMA DI PROGRAMMAZIONE, BUDGET E CONTROLLO

Il sistema di programmazione e controllo costituisce il metodo di definizione, esplicitazione e controllo degli obiettivi e delle risorse assegnati alle varie articolazioni organizzative aziendali. Gli obiettivi sono di natura economica, organizzativa, di produzione, di sviluppo tecnico-professionale o scientifico. Le risorse dedicate al perseguimento degli obiettivi e a tal fine assegnate, sono risorse umane, tecniche, economiche, organizzative.

Il sistema di programmazione e controllo costituisce, al contempo:

- la precondizione organizzativa e il quadro di riferimento per il pieno dispiego dell'autonomia dei professionisti e dei dirigenti nello svolgimento delle proprie attività;
- uno strumento centrale per il governo delle attività aziendali, capace di ricondurre a unità e coerenza le attività svolte dalle varie articolazioni organizzative e, al contempo, di permettere una verifica del raggiungimento degli obiettivi assegnati e dell'uso efficace delle risorse impiegate.

Il processo di programmazione e controllo, basato sui principi della condivisione e del coinvolgimento degli operatori e dei soggetti attivi nel governo, è attivato dall'Azienda attraverso gli strumenti previsti dalla normativa nazionale e regionale:

- il **budget aziendale** per il quale si rimanda al paragrafo successivo;
- il **programma annuale delle attività**, attraverso il quale l'Azienda adegua ed attualizza gli obiettivi contenuti nel piano attuativo aziendale.

### 29.1 Il Budget

Il budget è lo strumento col quale si definiscono, per le diverse articolazioni aziendali, gli obiettivi, che dovranno riguardare l'assistenza, la didattica e la ricerca, nonché le risorse necessarie a realizzarli. Il budget è coerente con i documenti di programmazione e attua le indicazioni contenute negli stessi.

La Direzione aziendale attribuisce gli obiettivi di budget ad ogni Dipartimento, alla macro area della programmazione sanitaria e delle attività assistenziali, alla macro area tecnico amministrativa ed allo Staff della Direzione strategica per il raggiungimento delle finalità assistenziali, didattiche e di ricerca, definite dai documenti di programmazione. Riguardo al processo di budget, il Direttore Generale, coadiuvato dalla direzione strategica e dagli uffici di staff, sulla base delle indicazioni programmatiche generali, delle linee indicate dall'Organo d'Indirizzo definisce le linee d'equilibrio tra risorse e risultati relative ai livelli di produzione dei servizi, alle politiche della qualità, alle politiche delle risorse umane, alle linee di innovazione e ai livelli di investimento. Partendo da tali indicazioni e con la formulazione di obiettivi qualitativi e quantitativi, la Direzione aziendale, con nota a firma del Direttore Generale, attribuisce gli obiettivi di budget ad ogni dipartimento attivando specifici percorsi di negoziazione. Successivamente, ogni direttore di dipartimento informa, per un parere complessivo, il Comitato di dipartimento, e attribuisce alle singole strutture complesse e semplici dipartimentali gli obiettivi di budget attivando specifici percorsi di negoziazione. I responsabili delle strutture complesse e semplici hanno il compito di conseguire gli obiettivi di budget nel rispetto degli standard di qualità attesi.

Elemento fondamentale del budget è la correlazione tra risorse e risultati. Il budget, in particolare, è costituito dall'insieme di documenti di carattere economico, patrimoniale e finanziario che descrivono gli obiettivi di gestione in termini di risultati da raggiungere e di risorse da impiegare. Il budget è distinto in:

- budget generale che, riferito all'intera Azienda, rappresenta lo strumento di coordinamento dei budget funzionali e il termine di confronto per la verifica dei risultati consuntivi;
- budget funzionali che, riferiti alle strutture che erogano assistenza e servizi, rappresentano lo strumento per definire e concordare in via preventiva i volumi di attività e i costi relativi ed altri obiettivi di carattere qualitativo.

Il direttore generale individua, ai sensi del c. 10 dell'art. 3 del vigente Protocollo di intesa, nei Dipartimenti i centri di responsabilità cui corrispondono i budget funzionali e ne individua i responsabili nei Direttori. Il responsabile di budget funzionale determina l'impiego delle risorse e risponde, ai fini della determinazione delle indennità di risultato ed in termini di incentivazione, dei risultati economici e degli scostamenti dei costi e ricavi di gestione rispetto al budget secondo le modalità, i termini e le procedure concordate con la Direzione aziendale. È facoltà del Direttore del Dipartimento articolare eventualmente il budget funzionale del Dipartimento tra le strutture complesse e semplici a valenza dipartimentale di afferenza con relativo decentramento delle responsabilità ai Direttori delle Unità Operative Complesse e ai Responsabili delle Unità Operative semplici a valenza dipartimentale.

### 30. LE RILEVAZIONI CONTABILI

L'azione di monitoraggio degli accadimenti economici e produttivi dell'Azienda deve avvalersi di un affidabile sistema di rilevazione; in tale ambito, particolare importanza assumono le rilevazioni contabili, che permettono di prevedere e verificare le condizioni di economicità della gestione e cioè la sostenibilità economica nel tempo delle attività aziendali.

Fra i principi di riferimento per una corretta gestione contabile si annoverano:

- rispettare l'equilibrio economico tra costi e ricavi;
- rispettare l'equilibrio finanziario fra entrate ed uscite;
- l'impegno ad eliminare duplicazioni o ridondanze strutturali e organizzative;
- dimensionare la propria capacità produttiva in funzione dell'effettivo livello di domanda prevedibile;
- valutare la congruenza fra risultati ottenuti e gli obiettivi predefiniti.

L'espressione in termini economico-finanziari e patrimoniali delle scelte operative aziendali costituisce il contenuto del Bilancio Pluriennale di Previsione, del Bilancio Economico Preventivo annuale e delle altre scritture contabili dell'Azienda previste dalla normativa vigente. La contabilità generale e la contabilità analitica sono i principali strumenti di rappresentazione del complessivo andamento economico della gestione. In questo senso, fermo restando quanto stabilito in merito dal Protocollo d'Intesa vigente, devono essere individuati nell'ambito dell'azienda i centri di responsabilità ed i centri di costo, questi ultimi ai soli fini della rivelazione degli accadimenti economici. Nel dettaglio, ai DAI, individuati ai sensi del vigente Protocollo di intesa quali centri unitari di responsabilità e di costo, il Direttore Generale attribuisce piena autonomia della gestione budgetaria qualora, a suo giudizio, ciò sia ritenuto necessario per conseguire la funzionalità e l'efficienza della gestione. Il

Direttore Generale individua nel Direttore del DAI il responsabile di ciascun centro di responsabilità che risponde dell'attività e dei servizi svolti nonché dei relativi risultati, del budget attribuito e della relativa gestione, nonché della tenuta dei beni inventariati assegnati; sono, invece, definiti Centri di Costo le articolazioni organizzative - individuate ai soli fini della rilevare lo svolgimento delle attività ed il connesso assorbimento di risorse - sotto ordinate rispetto ai centri di responsabilità e connotate da caratteristiche organizzative, funzionali e produttive omogenee. Il Direttore Generale, con proprio provvedimento, definisce l'elenco dei centri di costo che devono far capo a ciascun centro di responsabilità.

L'Azienda partecipa al "Percorso Attuativo della Certificabilità" finalizzato al raggiungimento degli standard organizzativi, contabili e procedurali, necessari a garantire la certificabilità dei dati e dei bilanci.

### 31. I SISTEMI DI CONTROLLO E VALUTAZIONE

L'azienda attribuisce particolare importanza alla valutazione e controllo delle risorse impiegate (umane, economiche e finanziarie) e dei servizi offerti. Ferma restando la competenza in materia di controllo sulle attività delle aziende sanitarie riservata dalla normativa a enti ed organismi esterni, si individuano, ai sensi dell'art. 1 del D.Lgs. 30/07/1999 n° 286, le seguenti quattro forme di controllo di seguito descritte.

- a) **Controllo di regolarità amministrativa e contabile:** ad esso provvede il Collegio Sindacale ex art.3-ter del D.Lgs. 229/99, ivi compresi quelli di cui all'art.1, comma 62, della legge 23 dicembre 1996, n. 662 e, nell'ambito delle competenze stabilite dalla vigente legislazione, i servizi ispettivi di finanza della Ragioneria generale dello Stato e quelli con competenze di carattere generale. Per la presente tipologia di controllo non è possibile affidare queste competenze alle strutture organizzative descritte nei punti successivi;
- b) **Controllo di gestione:** la verifica dell'efficacia, efficienza ed economicità dell'azione amministrativa e dell'utilizzo delle risorse è affidata alla struttura controllo di gestione, posizione organizzativa dell'U.O.C. Gestione Affari Generali dell'Area Amministrativa. La funzione di controllo di gestione serve a supportare il sistema di valutazione dei dirigenti ed a sostenere i responsabili di struttura nella loro attività gestionale;
- c) **Valutazione del personale:** la valutazione del personale rappresenta uno degli obiettivi prioritari di una concreta politica sanitaria. Essa è affidata in prima istanza, ai dirigenti stessi ed in seconda istanza all'Organismo Indipendente di Valutazione ed ai Collegi Tecnici (CT). L'Azienda valuta, in coerenza a quanto stabilito al riguardo dai contratti di lavoro, le prestazioni ed i comportamenti relativi allo sviluppo delle risorse professionali, umane ed organizzative in coerenza con l'incarico di posizione ricoperto e le potenzialità individuali dei singoli dirigenti;
- d) **Valutazione e controllo strategico:** la valutazione dell'adeguatezza delle scelte compiute in sede di attuazione dei piani, programmi ed altri strumenti di determinazione dell'indirizzo politico è affidata alla Direzione aziendale. Lo staff, aiuta la direzione ad interpretare la coerenza tra le scelte strategiche effettuate ed i risultati della gestione operativa, con particolare riguardo alla qualità erogata dei servizi ed alla rispondenza rispetto ai bisogni degli utenti.

L'Azienda, allo scopo di implementare il sistema dei controlli prima delineato, si dota di strumenti adeguati a:

- valutare le prestazioni del personale ed, allo scopo, attivare specifici meccanismi di verifica (valutazione del personale);
- verificare l'efficacia, efficienza ed economicità dell'azione amministrativa al fine di ottimizzare, mediante tempestivi interventi di correzione, il rapporto tra costi e risultati e valutare gli obiettivi gestionali conseguiti dai dirigenti di struttura ai fini dell'attribuzione della retribuzione di risultato;
- verificare i risultati conseguiti nella realizzazione di programmi o progetti cui sono connesse le componenti salariali relative alla produttività, da attribuire in sede di contrattazione decentrata, ai fini dell'erogazione di tali compensi (controllo dei risultati gestionali);
- verificare il livello di condivisione degli obiettivi;
- valutare l'adeguatezza delle scelte compiute in sede di attuazione dei piani, programmi e altri strumenti di determinazione dell'indirizzo politico, in termini di congruenza tra risultati conseguiti e obiettivi predefiniti (controllo strategico);
- garantire la legittimità, regolarità e correttezza dell'azione amministrativa (controllo di regolarità amministrativa e contabile).

### *31.1 La valutazione del personale*

L'Azienda adotta un sistema di valutazione permanente di tutto il personale con le finalità e gli scopi definiti dalle norme e dai contratti di lavoro. Oggetto della valutazione sono gli aspetti gestionali organizzativi e professionali connessi alle attività assistenziali. Gli effetti della valutazione sono quelli previsti dalle norme e dai contratti di lavoro ed i provvedimenti conseguenti sono assunti dal Direttore Generale, laddove i provvedimenti riguardano il personale docente. La valutazione della Dirigenza viene effettuata ai sensi dell'art. 5 del D.Lgs 517/99, del Titolo V del D.Lgs 502/92 e successive modifiche ed integrazioni, del Capo IV (verifica e valutazione dei dirigenti) del CCNL della Dirigenza Medica, dell'art. 5 del D.Lgs 286/99. La valutazione in generale del personale viene effettuata ai sensi dell'art.20 e 21 del D.Lgs 29/93 e successive modifiche ed integrazioni e dal CCNL del Comparto e del D.Lgs 150/2009 e della delibera n. 89/2010.

L'Azienda, sulla base anche dei risultati del controllo di gestione, valuta, in coerenza con quanto stabilito al riguardo dai CCNLL, le prestazioni dei propri dirigenti nonché i comportamenti relativi allo sviluppo delle risorse professionali, umane e organizzative a essi assegnate (competenze organizzative). La valutazione delle prestazioni e delle competenze organizzative dei dirigenti tiene particolarmente anche conto dei risultati dell'attività amministrativa e della gestione. Per un maggior dettaglio sulla valutazione si rimanda al Piano di organizzazione e funzionamento aziendale (POFA).

L'Azienda utilizza il sistema della formazione e dell'aggiornamento professionale quale metodo permanente e strumento essenziale per lo sviluppo della professionalità degli operatori attraverso il costante adeguamento delle competenze, per la realizzazione delle finalità istituzionali e per favorire il consolidarsi di una nuova cultura gestionale improntata al risultato. Agli operatori del settore è richiesto un costante aggiornamento incentrato oltre che sulle conoscenze tecniche, anche sulle abilità di

tipo programmatico, organizzativo e gestionale. A tal fine l'Azienda dovrà prevedere l'elaborazione del piano formativo annuale.

### 31.2 Il controllo dei risultati di gestione ed il controllo strategico

Riguardo al controllo dei risultati di gestione, ai sensi dell'art. 5 D. Lgs. 165/2001 e art. 4 D. Lgs. 286/99, l'Azienda definisce:

- le strutture responsabili della progettazione e della gestione del controllo stesso;
- gli indicatori specifici per misurare efficacia, efficienza ed economicità;
- le procedure di determinazione degli obiettivi gestionali e dei soggetti responsabili;
- le modalità di rilevazione e ripartizione dei costi tra le strutture e di individuazione degli obiettivi per cui i costi sono sostenuti.

Ai sensi dell'art. 6 D.Lgs. 286/99, l'attività di valutazione e controllo strategico mira a verificare, in funzione dell'esercizio dei poteri di indirizzo e programmazione da parte dei competenti organi, l'effettiva attuazione delle scelte contenute nelle direttive e altri atti di indirizzo politico. Il controllo dei risultati di gestione ed il controllo strategico viene svolto essenzialmente dalla Direzione Generale con il supporto del Collegio di Direzione e dell'unità operativa Controllo di Gestione.

L'attività di valutazione consiste in:

- |    |   |                |
|----|---|----------------|
| a) | preventiva di congruenza tra missioni affidate dalle norme ed obiettivi prescelti;  | analisi        |
| b) | preventiva di congruenza tra obiettivi e risorse assegnate;                         | analisi        |
| c) | degli eventuali scostamenti tra obiettivi predefiniti e risultati conseguiti;       | analisi        |
| d) | successiva di congruenza tra obiettivi predefiniti e scelte operative effettuate;   | analisi        |
| e) | individuazione dei fattori ostativi;  | individuazioni |
| f) | individuazione delle cause che hanno determinati eventuali fattori ostativi;        | individuazioni |
| g) | individuazione delle eventuali responsabilità per la mancata o parziale attuazione; | individuazioni |
| h) | individuazione dei possibili rimedi.  | individuazioni |

I soggetti investiti della funzione di controllo di gestione, di controllo strategico, della valutazione dei risultati gestionali e della valutazione del personale, riferiscono, almeno trimestralmente, degli esiti alla Direzione Aziendale.

Il D.Lgs n. 150 del 27 ottobre 2009, "Attuazione della legge 4 marzo 2009, n.15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni", ha introdotto significative innovazioni in tema di valutazione della *performance*; tale normativa, nel particolare, si pone lo scopo di "avviare una riforma organica della disciplina del rapporto di lavoro dei dipendenti delle amministrazioni pubbliche, intervenendo in particolare in materia di contrattazione collettiva, di valutazione delle strutture e del personale delle amministrazioni pubbliche, di valorizzazione del merito, di promozione delle pari opportunità, di dirigenza pubblica e di responsabilità disciplinare" (art. 3, comma 3).

Il carattere innovativo di tale normativa risiede soprattutto negli strumenti previsti ai fini della valutazione della *performance* organizzativa ed individuale, che costituiscono

un vero e proprio percorso che viene tracciato affinché l'amministrazione pubblica implementi in modo efficace il monitoraggio ed il miglioramento delle proprie *performance* e ciò non può che costituire uno stimolo per le amministrazioni, oltre che una sfida per le realtà che non hanno ancora pienamente implementato i processi di aziendalizzazione, come le strutture sanitarie del meridione.

A tale riguardo, gli strumenti suddetti sono di seguito indicati:

- Ciclo di gestione della *performance*, che costituisce una previsione delle caratteristiche dei principali strumenti di programmazione e valutazione dell'amministrazione;
- Sistema di misurazione e valutazione della *performance*, che pone come obiettivo la valutazione della performance organizzativa ed individuale dell'amministrazione;
- Piano della *performance*, che si sostanzia in una programmazione triennale degli obiettivi strategici dell'amministrazione;
- Relazione sulla *performance*, che evidenzia, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti.

## **TITOLO V – LE RISORSE UMANE**

### **32. IL QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO**

La gestione delle risorse umane nell'AOU è definita, oltre che dalle indicazioni stabilite dai contratti collettivi e dalle norme nazionali e regionali, dalle disposizioni stabilite dal vigente Protocollo d'Intesa. L'Azienda ispira la sua attività di gestione delle risorse umane ai principi della piena valorizzazione delle persone che lavorano nell'azienda e delle pari opportunità di accesso all'impiego, ai percorsi formativi, all'affidamento degli incarichi e allo sviluppo professionale .

### **33. LA DOTAZIONE ORGANICA**

L'Azienda programma i propri fabbisogni di personale tenendo adeguatamente conto delle esigenze delle attività di didattica e di ricerca al fine di determinare la dotazione organica complessiva ripartita per DAI, Centri Interdipartimentali e le due macro aree funzionali nonché per le singole unità organizzative ad essi afferenti e, più in generale, per ottimizzare l'impegno assistenziale del personale universitario, stante quanto disciplinato dai punti a) e b) del c. 1 dell'art 10 del vigente Protocollo d'Intesa e dal Decreto Rettorale n. 3004 del 25.9.2012 che fissa in 26 ore il debito orario assistenziale del personale docente e ricercatore.

Per la quota di dotazione organica non coperta da personale universitario e coerentemente con i progetti di sviluppo economicamente sostenibile, l'Azienda può reclutare personale, secondo le norme operanti per il SSN avvalendosi, altresì, di quanto previsto dall'art. 5, c. 15 del D.L.gs 517/99, fermo restando quanto disciplinato dai provvedimenti regionali in materia.

L'Azienda si avvale, per l'attività assistenziale, del personale universitario analiticamente indicato negli allegati Elenco B ed Elenco C di cui ai punti a) e b) del c. 1 dell'art. 10 del vigente Protocollo d'Intesa, che ha diritto e dovere di avolgere attività assistenziale. Il personale acquisito successivamente dalla scuola di Medicina (anche per trasferimento intra Ateneo) per esigenze didattico scientifiche collegate ai Corsi di Laurea di Medicina e Chirurgia, Odontoiatria e Protesi dentaria e Professionalizzanti di area sanitaria (o, nel caso di formazione di Collegi didattici, personale afferente esclusivamente al Collegio di Medicina e Chirurgia) successivamente alla stipula del Protocollo d'Intesa può svolgere attività assistenziale nell' Azienda, se compatibile con il fabbisogno di dotazione organica ed in base ad uno specifico provvedimento del Direttore Generale, acquisito il parere obbligatorio del Rettore, secondo quanto disciplinato dell'art. 10 del vigente Protocollo d'Intesa.

Ai sensi del c. 2 dell'art. 10 del vigente Protocollo d'Intesa gli elenchi B, E ed F di cui ai punti a), d), e), del c. 1 vanno aggiornati con cadenza annuale, in ragione delle cessazioni dal servizio e delle nuove assunzioni, dal Direttore Generale e trasmessi alla Regione.

In relazione alla dinamicità dell'Azienda e del suo personale, la consistenza della dotazione organica potrà essere modificata con determinazione della Direzione Generale. L'Azienda utilizza la tipologia contrattuale più idonea per rispondere ad ogni fabbisogno individuato introducendo elementi di flessibilità nella gestione e valorizzazione del personale laddove coerente con le esigenze aziendali.

Per maggiori dettagli sulla determinazione del fabbisogno della dotazione organica aziendale si rimanda al piano di organizzazione e funzionamento aziendale (POFA).

### 34. GLI INCARICHI DIRIGENZIALI

Gli incarichi gestionali si distinguono per il riferimento a strutture semplici e strutture complesse, mentre quelli professionali si distinguono in professionali di base e di alta professionalità.

Per incarichi di direzione di struttura complessa, in base all'art. 27, c.1, lettera a), del CCNL 1998-2001, si intendono quelli relativi a strutture di livello aziendale (Dipartimenti) ed a Unità Operative complesse sempre caratterizzate da autonomia di budget e responsabilizzazione sui risultati di gestione conseguiti, in via diretta, nei confronti dei Direttori dei DAI.

Per incarichi di direzione di struttura semplice con autonomia organizzativa (art. 27, c.1, lettera b) CCNL 1998-2001, si intendono le articolazioni interne alle strutture complesse. All'interno della fascia di responsabilità riferita alle strutture semplici possono essere individuati due diversi gradi o livelli di complessità:

- *operative semplici a valenza dipartimentale* (art. 27, c.7): *Unità*
- *operative semplici interne ad UU.OO. complesse* (art. 27, c.7). *Unità*

Per incarichi dirigenziali di natura professionale elevata, anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio e ricerca, di coordinamento di programmi inter o intra dipartimentale, ispettivi, di verifica e controllo, di cui all'art. 27, c.1, lettera c) CCNL 1998-2001, si intendono quelli attribuibili ai dirigenti che svolgono funzioni interne alle UU.OO. connesse alla guida di gruppi di lavoro di alta professionalità, ovvero al possesso di elevate competenze tecnico-specialistiche che producono prestazioni quali-quantitative ritenute particolarmente rilevanti per l'Azienda.

Gli incarichi dirigenziali di natura professionale di base si caratterizzano per lo svolgimento di attività omogenee che richiedono una competenza specialistico-funzionale di base nella disciplina di appartenenza.

Il conferimento degli incarichi dirigenziali è disciplinato dell'art. 10 del vigente Protocollo d'intesa Regione /Università.

### 35. LA PARTECIPAZIONE DEL PERSONALE UNIVERSITARIO ALL'ATTIVITÀ DI ASSISTENZA

Il personale docente e ricercatore svolge attività assistenziale con gli orari e le modalità stabilite con decreto del Rettore dell'Università n. 3004 del 25.9.2012.

Per i professori di ruolo e i ricercatori l'impegno assistenziale funzionale alla didattica ed alla ricerca è documentata da appositi piani di lavoro inviati dai Direttori D.A.I., previa intesa con i Direttori dei D.U., al Direttore Sanitario come schema riassuntivo delle attività assistenziali da svolgersi e sempre compatibili con gli incarichi didattici istituzionali. Su tale schema il Direttore del DAI invia al Direttore Sanitario ogni trenta giorni l'elenco nominativo concordato con il personale docente nei limiti della triplice funzione da questo svolto.



L'orario di attività dei professori di ruolo e dei ricercatori si articola, ai sensi del precedente comma, sulla base del piano di lavoro della struttura di appartenenza e della programmazione dell'attività didattica e di ricerca e delle necessità assistenziali.

Va altresì ribadito il ruolo di coordinamento svolto dalla Scuola di Medicina e Chirurgia, fermo restando la necessità di procedure snelle che garantiscano l'operatività dell'Azienda.

### **36. LA PARTECIPAZIONE DEL PERSONALE IN FORMAZIONE ALL'ATTIVITÀ DI ASSISTENZA**

Le modalità di partecipazione all'attività di assistenza del personale in formazione sono definite secondo quanto stabilito delle leggi vigenti

### **37. TRATTAMENTO ECONOMICO DEL PERSONALE UNIVERSITARIO**

Il trattamento economico a carico dell'AOU spettante al personale docente e ricercatore è definito in base a quanto disciplinato dal c. 3 dell'art. 8 del vigente Protocollo d'Intesa. Fermo restando quanto previsto dall'art. 6 del D.Lgs. 517/99, dai CCNL e dai contratti integrativi aziendali delle varie aree contrattuali, l'Azienda può introdurre elementi di flessibilità nella gestione e valorizzazione del personale dipendente. L'AOU al fine di valorizzare e motivare le proprie risorse umane può, qualora di verificasse un avanzo di bilancio, integrare i fondi contrattuali con risorse aggiuntive aziendali. A tal fine, in base ad una valutazione di bilancio, deve essere costituito un fondo che è alimentato da risorse derivate dagli specifici CC.CC.NN.LL., finalizzato ad erogare il trattamento economico accessorio sia ai dirigenti che ai lavoratori del comparto titolari di posizioni organizzative con cui il Direttore Generale stipula contratti individuali e/o affida incarichi relativi a responsabilità di struttura o incarichi professionali. In conformità della previsione normativa di cui all'art. 24 del D. Lgs. 29/93, che correla la parte accessoria della retribuzione al livello di responsabilità attribuita con l'incarico di funzione e con i risultati conseguiti nell'attività di gestione, il trattamento economico variabile in esame dovrà articolarsi in due voci retributive, di posizione e di risultato/produttività. La retribuzione di posizione va collegata all'effettivo livello di responsabilità attribuito con l'incarico/contratto di funzione. I relativi importi andranno determinati in modo da tener conto della diversità dell'impegno richiesto, degli obiettivi assegnati, del grado di rilevanza e della collocazione organizzativa della struttura assegnata nell'ambito dell'Azienda.

La retribuzione di risultato/produttività andrà invece correlata all'effettivo grado di raggiungimento degli obiettivi fissati, anche sotto il profilo qualitativo, accertato con sistemi di valutazione previsti dalle disposizioni legislative e contrattuali vigenti.

La valutazione del raggiungimento degli obiettivi è definita nel rispetto dei seguenti criteri generali:

- individuazione di elementi che evidenzino il grado di conseguimento degli obiettivi assegnati nonché le modalità di valutazione degli scostamenti eventualmente riscontrati;
- individuazione di elementi che consentano la misurazione della capacità di gestione delle risorse assegnate;
- individuazione di elementi che consentano la rappresentazione delle prestazioni del servizio, ivi compreso l'orientamento all'utenza;
- individuazione di elementi che consentano di accertare la qualità dell'apporto personale specifico in relazione ai risultati raggiunti.

I contratti/incarichi individuali dei responsabili di struttura, ai fini della determinazione della parte variabile della retribuzione, tanto di posizione che di risultato prevista nei commi precedenti, dovranno remunerare in modo differenziato l'impegno e le connesse responsabilità di struttura ed incarichi professionali dei dirigenti cui vengono affidati incarichi aggiuntivi, nonché di quelli chiamati ad assolvere, eventualmente, incombenze correlate a strutture sovraordinate a quelle di titolarità. La quantificazione delle risorse di derivazione contrattuale è definita da quanto disciplinato con Decreto Commissariale n. 23/2013. La quantificazione delle eventuali risorse aggiuntive aziendali è definita all'inizio di ogni anno in relazione ai risultati di esercizio ed in concomitanza della negoziazione di budget funzionale con i dipartimenti e nel momento dell'approvazione del budget complessivo aziendale.

L'importo del trattamento economico per l'attività assistenziale viene attribuito dall'Azienda direttamente ai professori di ruolo e ai ricercatori. I trattamenti sono definiti secondo criteri di congruità e proporzione rispetto a quelli previsti al medesimo scopo dai contratti collettivi nazionali di lavoro per la dirigenza del SSN e sono adeguati in base agli incrementi previsti dai contratti collettivi stessi.

### **38. LE RELAZIONI SINDACALI**

Il sistema delle relazioni sindacali, nel rispetto della distinzione di ruoli e responsabilità, è strutturato allo scopo di far corrispondere l'interesse dei dipendenti per il miglioramento delle condizioni di lavoro e la crescita professionale con l'esigenza dell'Azienda di migliorare e mantenere elevate la qualità, l'efficacia e l'efficienza dei servizi erogati alla collettività.

L'Azienda assicura alle stesse organizzazioni il pieno rispetto dei principi della partecipazione che si estrinseca con l'informazione, la consultazione, la concertazione e la contrattazione demandata in sede decentrata aziendale, nel rispetto di quanto previsto dagli Artt. 9 e 40 del D. Lgs. 165/2001 e successive modifiche ed integrazioni, nonché dai contratti nazionali di lavoro per il comparto, per l'area dirigenziale medica e per l'area dirigenziale non medica e, soprattutto, ritenendo essenziale un corretto e positivo rapporto con le organizzazioni sindacali. Il predetto obiettivo comporta la necessità di uno stabile sistema di relazioni sindacali definito nel regolamento aziendale per le relazioni sindacali.

Ogni dirigente attraverso i competenti organi aziendali è tenuto a fornire alle OO.SS. adeguate informazioni sui provvedimenti e sugli atti di gestione assunti relativamente alle materie contenute nell'accordo aziendale sulle relazioni sindacali, rientranti nelle competenze professionali della funzione di cui è responsabile.

Il processo di programmazione aziendale prevede la consultazione delle parti interessate, in particolare quelle rappresentative di interessi collettivi come le Organizzazioni Sindacali e le Rappresentanze Sindacali Unitarie dei lavoratori. Il sistema, nel rispetto della distinzione dei ruoli e delle responsabilità, è strutturato al fine di far corrispondere l'interesse dei dipendenti (miglioramento delle condizioni di lavoro, crescita professionale) alle esigenze dell'Azienda.

L'AOU intende mantenere relazioni sindacali stabili, improntate alla correttezza ed alla trasparenza dei comportamenti, orientate alla prevenzione dei conflitti, in grado di favorire la collaborazione fra le parti. Le regole di partecipazione del personale, attraverso le loro rappresentanze, per affrontare i problemi organizzativi, per valutare il lavoro e migliorare quantitativamente e qualitativamente l'offerta dei servizi e delle prestazioni, sono definite dal Regolamento delle Relazioni Sindacali emanato dal Direttore Generale.

Nella delegazione di parte pubblica, in sede di contrattazione decentrata, è inserito un rappresentante dell'amministrazione universitaria, designato dal Rettore così come previsto dal Regolamento in materia di rappresentanza dei lavoratori per la sicurezza.

### **39. LA LIBERA PROFESSIONE INTRAMURARIA**

Ai sensi di quanto disciplinato dalla L. 8.11.2012, n. 189 pubblicata su G.U. 10.11.2012, n. 263 Suppl. Ord. N. 201, per attività libero-professionale si intende l'attività che il personale medico e le altre professionalità della dirigenza del ruolo sanitario esercitano al di fuori dell'orario di lavoro, in regime ambulatoriale o di ricovero, in favore e su libera scelta dell'assistito, con oneri economici a completo carico dello stesso, anche a mezzo di assicurazioni o fondi sanitari integrativi (art. 17 Legge 662/96).

Il cittadino può quindi, pagando le prestazioni, rivolgersi ad uno specifico specialista dipendente, in modo diretto e personale stabilendo con lo stesso un rapporto fiduciario di libera scelta.

Possono svolgere attività in libera professione i dirigenti medici e sanitari nel rispetto della normativa vigente. La disciplina della libera professione è contenuta in apposito regolamento.

L'Azienda favorisce l'esercizio della libera professione intramuraria quale attività funzionale ai seguenti obiettivi:

- contribuire ai processi di sviluppo organizzativo dei servizi offerti ai pazienti, mettendo a disposizione e valorizzando il patrimonio di conoscenze, capacità, esperienze e risorse organizzative, tecnologiche e strutturali dell'Azienda ;
- garantire il diritto all'esercizio della libera professione e valorizzare il ruolo e le opportunità di sviluppo professionale dei dipendenti dell'Azienda;
- contribuire a ridurre i tempi di attesa delle prestazioni rese in regime istituzionale.

L'organizzazione della attività libero-professionale intramuraria si ispira ai seguenti criteri:

- l'attività deve essere effettuata in modo che non contrasti con i fini istituzionali dell'Azienda e deve rispettare le esigenze della didattica e della ricerca;
- il professionista prescelto dal paziente instaura un rapporto fiduciario e pienamente autonomo con il paziente e si farà carico, nel rispetto delle modalità organizzative e del proprio ruolo, di seguire le varie fasi della prestazione;
- per assicurare un corretto ed equilibrato rapporto tra attività istituzionale e corrispondente attività libero-professionale, e al fine di concorrere alla riduzione progressiva delle liste d'attesa, l'attività libero-professionale non può comportare, per ciascun dipendente, un volume di attività superiore a quello abitualmente assicurato per i compiti istituzionali, una volta che siano state definite le modalità di quantificazione;
- il personale interessato ad aderire è tenuto a farne richiesta al Direttore Generale e richiedere il parere del Direttore di Dipartimento in relazione alla disponibilità dei locali, delle attrezzature e del personale di supporto e alla compatibilità con l'attività istituzionale, nonché del parere del Direttore Sanitario;
- i cittadini venuti in contatto con l'Azienda sia nell'ambito delle attività istituzionali sia nell'ambito della libera professione-intramuraria, devono sempre essere informati adeguatamente della possibilità di ottenere la prestazione o prestazioni accessorie in entrambe le modalità;
- i proventi della libera professione-intramuraria sono ripartiti tra l'Azienda, il professionista e l'èquipe in modo da garantire la copertura integrale dei costi totali che l'Azienda sostiene per erogare la singola prestazione.

Al fine di favorire e potenziare l'accesso all'AOU dei pazienti della Regione (sia in regime ambulatoriale che di tipo intramurario) l'Azienda programma di organizzare un edificio dedicato che possa accentrare la maggior parte delle attività ambulatoriali (e, con modalità di accesso ed orari diversi per l'attività intramuraria) erogate dal personale AOU e la relativa gestione amministrativa. La struttura dovrà essere dotata di punto prelievi (ed eventualmente della possibilità di eseguire un minimo di indagini di laboratorio immediate), strumentazioni diagnostiche di base (ECG, ecografie, etc.). Tale Struttura potrà avere anche valenza didattica.

Il regolamento che disciplina l'attività libero-professionale è emanato dal Direttore Generale.

## **TITOLO VI – FINANZIAMENTO E PATRIMONIO AZIENDALE**

### **40. IL FINANZIAMENTO**

Al sostegno economico-finanziario delle attività svolte dall'Azienda concorrono risorse messe a disposizione sia dall'Università che dalla Regione.

- L'Università concorre al finanziamento delle attività correnti dell'Azienda con gli apporti e secondo le modalità previste all' articolo 13 del vigente Protocollo d'intesa Università/Regione.
- La Regione concorre al finanziamento delle attività correnti dell'Azienda con gli apporti e secondo le modalità previste all' articolo 12 del vigente Protocollo d'intesa Università/Regione.

All'AOU sono inoltre trasferite le risorse finanziarie indicate nel programma regionale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia ed ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario, ex art. 20 della L. 11 marzo 1988, n. 67, secondo quanto disciplinato dal c. 7 dell'art 12 del vigente Protocollo d'Intesa Università /Regione.

Tali risorse, unitamente ad altre risorse dedicate che dovessero rendersi disponibili, saranno anche utilizzate per le modifiche strutturali funzionali alla redistribuzione delle strutture dell'AOU in congruenza con la redistribuzione delle attività cliniche nei DAI, anche al fine di realizzare risparmi di gestione (es. personale di guardia, gestione delle sale operatorie, etc.).

L'AOU porrà infine particolare attenzione al reperimento di risorse che dovessero rendersi disponibili per l'aggiornamento tecnologico finalizzato sia a programmi di interesse generale (es. posta pneumatica, completamento dell'informatizzazione anche finalizzato alla realizzazione della cartella elettronica), che per le specifiche Strutture clinico assistenziali.

### **41. IL PATRIMONIO**

In ottemperanza al Protocollo d'Intesa e per tutto il periodo della sua validità, l'Azienda:

- ha facoltà di uso dei beni immobili e mobili già destinati in modo prevalente all'attività di assistenza con onere di manutenzione ordinaria e straordinaria a suo carico e con vincolo di destinazione;

- succede all'Università nei rapporti di locazione degli immobili, nei contratti per la fornitura di beni, servizi e prestazioni professionali in essere a partire dalla sua costituzione;

## **42. CRITERI DI VALUTAZIONE DEL PATRIMONIO**

Gli immobili, nonché le immobilizzazioni materiali e immateriali del costo unitario superiore a un milione di Euro sono iscritti tra le immobilizzazioni. Le immobilizzazioni sono iscritte al costo di acquisto o di produzione. Nel costo di acquisto o di produzione si computano anche i costi accessori e relative imposte.

I beni di consumo in scorta sono valutati al costo di acquisto medio ponderato continuo. I diritti e i valori mobiliari sono valutati al costo di acquisto.

Per la valutazione delle altre voci di bilancio si applicano le disposizioni nazionali e regionali o, in mancanza, le disposizioni del codice civile concernenti le imprese.

## **43. DONAZIONI E LASCITI**

Eventuali donazioni e lasciti saranno accettati nei limiti e con le modalità previste da apposito regolamento.

## **44. APPALTI E ACQUISTI E FORNITURA DI BENI E SERVIZI**

L'Azienda disciplina gli acquisti di beni e servizi in economia attraverso il "Regolamento per le spese in economia per la fornitura di beni, servizi e lavori", approvato con deliberazione n.215 del 6/05/2014, nel rispetto delle previsioni di cui all'art. 256 del decreto legislativo 12 aprile 2006 n. 163 e s.m.i..

L'effettuazione degli acquisti con norme di diritto privato, ai sensi della normativa nazionale e regionale vigente, comporta l'esclusivo riferimento alle norme del Codice Civile e alle leggi di diritto privato che regolano i contratti tra i soggetti giuridici, pubblici e privati fermo restando l'applicazione delle norme che disciplinano l'attività contrattuale dell'Azienda nell'ambito del diritto comunitario.

In conformità al principio giuridico della trasparenza dell'azione amministrativa, anche nell'ambito degli acquisti di beni e servizi in regime di diritto privato l'Azienda riconosce il diritto di accesso agli atti ai fornitori che vi abbiano interesse, alle condizioni e secondo le modalità previste dalla normativa.

L'Azienda applica in via ordinaria, nei rapporti finalizzati all'acquisizione di beni e servizi, la procedura negoziata che garantisce la concorrenzialità tra i potenziali fornitori.

L'Azienda effettua, ove previsto, i propri acquisti tramite il MEPA, la CONSIP e la Centrale Acquisti della Regione (SORESA) o altri aggregatori di spesa.

Potrà essere intrapresa trattativa diretta con un solo fornitore nei casi che verranno individuati nel regolamento interno cui si rinvia per un maggior dettaglio operativo della materia in oggetto.

I criteri di valutazione delle offerte devono essere essenziali, correlati all'oggetto dell'acquisto, proporzionati all'entità della fornitura e tali da consentire l'accesso delle nuove imprese, in una logica di imprenditorialità e innovazione tecnologica.

La negoziazione deve essere caratterizzata da riservatezza, lealtà, equidistanza tra le parti e uso riservato delle informazioni ricevute dai concorrenti.

Nel regolamento aziendale disciplinante le regole e le procedure di contrattazione vengono ulteriormente definite le metodologie e le modalità di programmazione degli acquisti prevedendo tra l'altro il possibile ricorso a gare realizzate in forma consortile con le altre Aziende Sanitarie della Regione, anche in linea con quanto previsto dalla disciplina regionale in materia ed a gare espletate con modalità di e-procurement.

Per la gestione degli acquisti, l'Azienda adotta appositi documenti programmatici finalizzati alla:

- Programmazione e gestione delle attrezzature
  
- Programmazione degli acquisti di attrezzature

In particolare, nella programmazione di acquisto delle attrezzature biomediche e dei dispositivi medici, l'Azienda 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.

#### **44.1 GESTIONE E MANUTENZIONE DEI BENI E DELLE APPARECCHIATURE**

Per la gestione e la manutenzione dei beni e delle apparecchiature, l'Azienda adotta appositi documenti programmatici finalizzati alla:

- Realizzazione dell'inventario delle attrezzature
- Manutenzione delle attrezzature
- Manutenzione preventiva

In materia di manutenzione, in particolare, l'Azienda adotta un piano per la manutenzione delle apparecchiature che tiene conto delle:

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

Il piano di manutenzione generale distingue tra manutenzione correttiva, preventiva e controlli periodici di sicurezza e funzionalità.

#### **45. RIFERIMENTI ATTUALI**

Quanto previsto si rifà alle norme di legge indicate in paragrafo 1 (oggetto). I regolamenti citati nel presente atto sono adottati dal Direttore generale entro 90 giorni dall'adozione dello stesso, Il Direttore Generale disciplinerà con atti regolamentari di diritto privato ogni altro aspetto dell'attività aziendale.

In particolare, saranno adottati i Regolamenti interni di cui al DCA n.18\_2013 nelle seguenti materie:

- modalità di funzionamento del consiglio dei sanitari,
  - modalità di funzionamento del comitato di dipartimento;
  - modalità di affidamento, mutamento e revoca della direzione delle strutture e degli incarichi le modalità di valutazione degli stessi e la graduazione delle funzioni;
  - relazioni sindacali;
  - 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);
  - formazione e l'aggiornamento professionale;
  - modalità di gestione per obiettivi e di negoziazione del budget, nonché collegamento con il sistema premiante;
  - modalità di funzionamento dei distretti e dei dipartimenti;
  - procedure di controllo interno;
  - 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.;
  - modalità di funzionamento della Consulta socio sanitaria;
  - sistemi di protezione e sicurezza dei dati;
  - sistema di misurazione e valutazione delle performance;
  - contabilità;
  - attività libero professionale "intramoenia"
- nonché i regolamenti che si rendano necessari in attuazione di normative nazionali a regionali.

Per tutto quanto non espressamente disciplinato dal presente atto, si rinvia alle normative nazionali e regionali vigenti ed al Protocollo d'Intesa stipulato tra Regione e Università in data 10.06.2016.

Si precisa, inoltre, che entro 90 gg dalla validazione dell'Atto aziendale si provvederà ad aggiornare ed adottare i Regolamenti interni e a pubblicarli sul sito aziendale.

## **ALLEGATO**

Allegato A: Elenco Dipartimenti ad Attività Integrata dell'Azienda Ospedaliera "Federico II".

- 1. Testa-Collo**
- 2. Ematologia, Oncologia, Anatomia patologica e Diagnostica per immagini**
- 3. Materno Infantile**
- 4. Immunologia clinica, Patologia clinica, Malattie infettive e Dermatologia**
- 5. Emergenze cardio vascolari, Medicina clinica e dell'invecchiamento**
- 6. Gastroenterologia, Endocrinologia e Chirurgia endoscopica**
- 7. Chirurgia generale e specialistica**
- 8. Medicina interna ad indirizzo specialistico**
- 9. Medicina di Laboratorio e Trasfusionale**
- 10. Sanità pubblica e Farmacoutilizzazione**
- 11. Nefrologia, Urologia e Chirurgia generale e dei Trapianti di rene, Anestesia e Rianimazione**