

## **TITOLO 2**

# **PRINCIPI E MODELLI DI ORGANIZZAZIONE E GESTIONE**

## 2.1 – GOVERNO CLINICO, SICUREZZA DELLE CURE E QUALITÀ

Il governo clinico rappresenta il tentativo di perseguire un approccio integrato al problema della qualità dell'assistenza, riconoscendo che non si tratta solo di intervenire sulle singole decisioni cliniche per orientarle verso una migliore appropriatezza, ma anche di fare in modo che i sistemi assistenziali nel loro insieme siano orientati verso questo obiettivo.

Le politiche sanitarie aziendali, ai diversi livelli di governo del sistema, devono avere come presupposto il fatto che la qualità dei servizi sanitari e delle prestazioni da essi erogate, venga assunta come parte integrante delle scelte operate sul piano del governo amministrativo, su quello dell'organizzazione dei servizi e su quello della formazione dei professionisti che vi operano.

In questo senso, la qualità cessa di essere una sorta di dimensione separata, collaterale e parallela, e diventa invece parte integrante del processo di identificazione degli obiettivi dell'*Azienda*, dei meccanismi di definizione dei processi organizzativi come pure di quelli che presiedono alla definizione dell'allocazione delle risorse, oltre che, ovviamente, degli strumenti di valutazione delle attività delle singole unità operative e dei percorsi formativi offerti ai professionisti.

Il monitoraggio di processi e di esiti mediante un sistema di indicatori, lo sviluppo o l'adattamento e l'aggiornamento di procedure organizzative e di linee guida professionali, la verifica della loro applicazione, nonché l'insieme delle azioni finalizzate al controllo qualità, rappresentano i fattori determinanti di un efficace governo clinico.

### 2.1.1 – Gestione del Rischio Clinico e Qualità

In tale contesto una particolare attenzione deve essere posta alla gestione del rischio, attraverso l'implementazione di metodologie che, mediante un approccio sistemico, si prefiggano di esaminare i fattori che influenzano la pratica clinica in ogni suo stadio, fornendo indicazioni per appropriati interventi e piani di riduzione degli errori, facendo leva su un maggior coinvolgimento e responsabilizzazione degli operatori ed una migliore comunicazione e relazione fra professionisti, amministratori e cittadini.

E' stato istituito il Comitato Valutazione Sinistri ed è stato realizzato il processo organizzativo per la migliore gestione dei flussi informativi SIMES, particolare rilevanza deve essere riconosciuta alla funzione di *Gestione Rischio Clinico e Qualità*, che fanno capo ad una U.O.C. incardinata nell'area di coordinamento in staff alla Direzione Sanitaria.

Il controllo del rischio clinico, sia con riferimento agli *eventi sentinella* che alle *infezioni correlate all'assistenza* e ad ogni altro fattore comunque connesso assume grande rilevanza e, ove incidente sulla funzione esercitata, è considerato elemento di valutazione dei Dirigenti aziendali.

Il Responsabile della Unità Operativa alla quale afferiscono le responsabilità di Rischio Clinico e Qualità, assume la funzione di *Risk Manager e Quality Control Manager* e si interfaccia con il Comitato Valutazione Sinistri.

Il governo clinico-assistenziale rappresenta l'approccio fondamentale allo sviluppo, alla gestione e alla valutazione della qualità complessiva dei servizi offerti dall'azienda, al fine anche di garantire, alla luce delle crescenti aspettative dei cittadini, aspettative di qualità dell'assistenza in un sistema complesso di fattori che riassumono le capacità di gestione, il grado di razionalità nell'uso delle risorse disponibili, le sue competenze nel governo delle innovazioni biomediche e, non ultime, di gestione del rischio.

A tal fine le politiche che orientano il governo clinico dell'*Azienda* sono indirizzate ad assicurare una assistenza in cui coesistono i temi relativi all'appropriata erogazione di interventi efficaci, sotto il profilo clinico ed organizzativo, e sul come orientare, in un contesto assistenziale sempre più articolato, lo sviluppo e l'utilizzo nella pratica di tecnologie sanitarie via via più complesse e sofisticate.

L'*Azienda* ritiene strategico sviluppare azioni positive per la diffusione di buone pratiche, perseguendo il continuo miglioramento delle condizioni di sicurezza, favorendo la partecipazione degli operatori alla elaborazione delle strategie aziendali, alla organizzazione, alla revisione sistemica della qualità dei servizi e della appropriatezza delle prestazioni attraverso gli organi consultivi.

Per tutto quanto sopra l'*Azienda* adotta un sistema organico di azioni tese a conoscere, prevenire e ridurre i rischi nelle varie attività, compresa l'attività di radioprotezione.

Il controllo del rischio clinico, sia con riferimento agli *eventi sentinella* che alle *infezioni correlate con l'assistenza*, che ad ogni altro fattore comunque connesso, costituisce, unitamente al contenzioso conseguente, elemento di valutazione delle performance dei dirigenti aziendali.

L'Organizzazione Aziendale per la gestione del rischio clinico prevede che vi sia una diretta partecipazione alle attività di gestione del rischio clinico, attraverso un coordinamento funzionale delle attività clinico/amministrative, da parte sia della Direzione Amministrativa, per gli aspetti legali e assicurativi, sia della Direzione Sanitaria, per

## ATTO AZIENDALE

gli aspetti clinici, e mediante il Team Aziendale Rischio clinico.

Sono impegni dell'Azienda quindi:

- la definizione di una politica per la qualità;
- il presidio costante della funzione 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 realizzazione di un programma annuale per la Formazione orientata alla qualità;
- 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 promozione di azioni professionali ed organizzative di audit ed auto- valutazione (valutazione qualità della cartella clinica, valutazione appropriatezza delle prestazioni, EBM, EFQM, Benchmarking, Vision 2000, ecc.).

Il sistema organizzativo interno è improntato sulla ricerca della qualità e del miglioramento continuo dei servizi intesi come l'attuazione di un insieme di attività dirette a migliorare i processi e gli esiti.

Saranno pertanto definiti un sistema di indicatori per promuovere la qualità dell'assistenza attraverso lo sviluppo o l'adattamento e l'aggiornamento di procedure organizzative e di linee guida professionali e la verifica della loro applicazione con particolare riferimento alle tre dimensioni della qualità:

- tecnico professionale
- gestionale
- qualità percepita.

Alla dimensione tecnico-professionale si può ricondurre l'attività di rilevazione, validazione e sperimentazione di indicatori sanitari, finalizzata ad ottenere utili strumenti di misura della qualità delle prestazioni sanitarie secondo gli obiettivi del Sistema sanitario nazionale.

Tale attività prevede anche l'identificazione delle fonti dei dati, la loro affidabilità e validazione, al fine di garantire la comparabilità dei risultati prodotti dai diversi processi assistenziali e favorire, in questo modo, la promozione del *benchmarking*. A tal fine saranno individuati indicatori di processo ed esito, nell'ambito delle attività sanitarie e delle attività sanitarie e socio-sanitarie del territorio.

Alla qualità della dimensione gestionale può ricondursi la promozione di azioni che riguardano l'assistenza in regime di ricovero e la diffusione dei profili di cura.

Rispetto alla dimensione della qualità percepita, l'Azienda pone particolare attenzione ai nuovi temi quali la partecipazione dei cittadini e l'empowerment della comunità. A tal proposito l'Azienda favorisce l'orientamento di supportare la pianificazione, la gestione e la valutazione di strategie, ricerche e percorsi formativi destinati al personale dipendente.

## 2.2 – GOVERNO ECONOMICO

L'Azienda si impegna ad assicurare i Livelli Essenziali di Assistenza concordati e programmati con la Regione in modo efficiente e nel rispetto del principio di equilibrio economico finanziario di bilancio aziendale; a tale scopo l'Azienda definisce obiettivi operativi di attività e qualità in coerenza con le risorse effettivamente disponibili, integrando, in tal modo, la programmazione economica e finanziaria con il *governo clinico aziendale*.

Rientra tra le finalità del *governo economico aziendale* quella di emanare direttive volte alla piena applicazione dei sistemi di contabilità adottati, all'individuazione di criteri uniformi per la rilevazione dei dati elementari a valenza contabile e la loro elaborazione allo scopo di garantire trasparenza, completezza, omogeneità e confrontabilità.

La responsabilità del *governo economico aziendale* sarà in capo a tutti i Responsabili di Centro di Costo dotati di specifico *budget*; le posizioni che ricoprono una responsabilità di tipo funzionale, connessa all'acquisizione dei fattori produttivi (servizi, beni, personale) hanno una responsabilità di governo economico trasversale per i settori di competenza.

## 2.3 – RELAZIONI SINDACALI

La partecipazione diretta e diffusa degli operatori nei processi e nelle decisioni aziendali è uno dei punti fondamentali della "vision" aziendale; seguendo questo principio, l'Azienda stabilisce che il processo di programmazione aziendale preveda la consultazione delle parti interessate, nel rispetto delle indicazioni dei vigenti CCNL, e, in particolare di quei gruppi portatori di interessi collettivi come le Organizzazioni Sindacali e le Rappresentanze Unitarie dei Lavoratori, per affrontare i problemi organizzativi e per migliorare sia qualitativamente che quantitativamente l'offerta dei servizi.

L'Azienda assegna rilievo particolare al sistema delle relazioni sindacali per lo sviluppo efficace delle strategie di gestione e di qualificazione delle risorse umane; adotta, quindi, politiche e stili relazionali improntati alla chiarezza e alla trasparenza delle proprie scelte e dei propri comportamenti e al coinvolgimento delle OO.SS., secondo i criteri e le prassi definite dai C.C.N.L. e nel rispetto delle funzioni e delle responsabilità proprie dei Sindacati e dell'Azienda.

L'Azienda disciplina con proprio regolamento le relazioni sindacali improntate al principio della correttezza e della trasparenza, definendo competenze, procedure sui modelli delle relazioni sindacali: partecipazione (informazione, confronto, organismi paritetici di partecipazione) e contrattazione integrativa.

Con Regolamento sono disciplinati il diritto di partecipazione alle assemblee sindacali, alle prerogative sindacali, ecc.; Il Regolamento prevede certezza delle modalità declinate dai vigenti CCNL e dalla vigente normativa in materia

In ogni caso il regolamento terrà conto, nella sua formulazione, delle prerogative sindacali stabilite dai CCNL e da quanto disposto dal D.lgs. 150/2009 e ss.mm.ii e dal D. Lgs. n°75/2017.

Il Direttore Generale, supportato dal Direttore Amministrativo (DA) e dal Direttore Sanitario (DS) e dagli altri componenti della delegazione trattante governa il sistema delle relazioni sindacali, con l'ausilio dell'Ufficio Relazioni Sindacali.

Lo strumento principe delle relazioni sindacali sono le riunioni sindacali, indette per iniziativa del DG ovvero delle medesime OO.SS.; tali riunioni sono convocate a cura dell'ufficio a ciò preposto.

Alle OO.SS. è garantito l'accesso agli Atti amministrativi secondo quanto previsto dalla Legge n°241/90 e ss.mm. ii.; in ogni caso l'Azienda ispira il proprio operato al principio della massima trasparenza e partecipazione con particolare riferimento alla sezione "Amministrazione trasparente" del sito aziendale.

## 2.4 – PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI

L'Azienda favorisce in tutti i processi decisionali e operativi le azioni atte a sviluppare adeguati livelli di informazione, accoglienza, tutela e partecipazione dei cittadini, nonché modalità atte a consentire l'attività, all'interno delle strutture sanitarie, delle organizzazioni dei cittadini e delle associazioni non aventi fini di lucro. Il sito aziendale a tal fine prevede una sezione (la sezione "Amministrazione trasparente") per la pubblicazione dei Regolamenti e degli Atti amministrativi (Delibere, Determine, ecc.), salvaguardando il diritto alla riservatezza dei terzi.

L'Azienda disciplina le modalità di esercizio del diritto di accesso secondo principi e regole della Legge n°241/90 e ss.mm.ii., D.Lgs. n°33/2013 e D.Lgs. n°97/2016.

L'Azienda riconosce la centralità del cittadino e dei relativi bisogni; tale assunto costituisce l'elemento strategico delle scelte aziendali negli aspetti gestionali in stretta relazione ai processi assistenziali, promuovendo la ricerca della qualità percepita, della qualità tecnica e della qualità organizzativa, minimizzando i rischi clinici individuali e collettivi.

L'azienda si impegna a favorire la partecipazione dei cittadini e delle loro rappresentanze nella valutazione dei servizi e nelle scelte di programmazione.

L'azienda garantisce la tutela della *privacy*, nell'ottica della protezione dei dati personali, secondo quanto previsto dalla normativa vigente.

La partecipazione e tutela dei cittadini sono garantite anche attraverso gli strumenti e gli istituti che seguono.

### 2.4.1 – Carta dei Servizi

La Carta dei Servizi (C.S.) è uno strumento di pubblica utilità redatto allo scopo di tutelare i cittadini, nell'esercizio dei loro diritti di fruitori di prestazioni sanitarie e di informarli sulle modalità di erogazione e di accesso ai servizi sanitari.

Essa sancisce il "Patto per la salute" tra i cittadini e l'Azienda (struttura erogatrice di servizi sanitari); è, pertanto, atta a garantire l'ottemperanza degli orientamenti contenuti nella Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 27.01.1994 e degli indirizzi formulati nel D.P.C.M. del 19.05.95.

Nella Carta dei Servizi sono descritte finalità, modi, criteri e strutture attraverso cui il servizio viene attuato, nonché diritti e doveri, modalità e tempi di partecipazione, procedure di controllo che il Cittadino ha a sua disposizione. La Carta dei Servizi è lo strumento fondamentale con il quale si attua il principio di trasparenza. Si ispira al dettato della Carta Costituzionale, che sancisce e tutela il rispetto dei principi di uguaglianza, imparzialità, tutela della dignità della persona, vietando ogni forma di discriminazione basata sul sesso, sull'appartenenza etnica, sulle convinzioni religiose, e impegna tutti gli operatori e la struttura al rispetto di tali principi.

La Carta dei Servizi è il patto che chi eroga un determinato servizio stringe nei confronti del Cittadino.

I principi fondanti della *Carta dei Servizi Sanitari* sono ispirati alla osservanza della:

1. eguaglianza..... i servizi sono erogati secondo regole e procedure uguali per tutti a prescindere dal sesso, razza, lingua, religione, opinioni politiche;
2. imparzialità..... l'erogazione del servizio deve avvenire con criteri di obiettività, giustizia, imparzialità;
3. continuità..... i servizi devono essere erogati con regolarità e con continuità assistenziale;
4. diritto di scelta..... l'utente ha diritto di scegliere il soggetto erogatore del servizio;
5. partecipazione..... al cittadino/paziente è garantita la partecipazione alla verifica dell'efficacia delle prestazioni e dei servizi sanitari erogati, anche attraverso lo strumento dell'*Audit Civico* e la partecipazione attiva delle Associazioni di Volontariato e/o delle Organizzazioni di Tutela dei Diritti dei Malati;
6. efficienza ed efficacia..... l'Azienda pone ogni attenzione affinché il servizio sanitario che offre sia erogato in modo da garantire l'efficienza e l'efficacia delle prestazioni a favore del cittadino/paziente.

La funzione di accoglienza, informazione, tutela e partecipazione, in ottemperanza al D.P.C.M. 19.05.95, è assicurata dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP).

All'espletamento delle attività di informazione e comunicazione è adibito personale esperto, con riconoscimento acquisito delle suddette funzioni, ai sensi della Legge n°150/2000 e del D.P.R. n°422/2001.

L'Azienda aggiorna annualmente la Carta dei Servizi e si impegna a diffondere la stessa con appositi opuscoli nonché a pubblicarla sul suo portale.

### 2.4.2 – Conferenza dei Servizi

L'art.14, comma IV, del D.Lgs. n°502/92 e ss.mm.ii., dispone che il Direttore Generale indice, almeno una volta

all'anno, apposita Conferenza dei Servizi, quale strumento per verificare l'andamento dei servizi e per individuare interventi tesi al miglioramento delle prestazioni.

Nella Conferenza sono resi noti i dati relativi all'andamento dei servizi, allo stato di attuazione degli obiettivi, al grado di attuazione degli obiettivi, al grado di raggiungimento degli standard, con particolare riferimento allo svolgimento delle attività di tutela degli utenti.

Alla Conferenza partecipano anche i rappresentanti delle associazioni che hanno stipulato convenzioni o protocolli d'intesa con l'Azienda.

Quest'Azienda s'impegna, nel rispetto della normativa vigente, a indire, annualmente, la Conferenza dei Servizi; qualora il Direttore Generale non provveda, la Conferenza viene convocata, previa diffida, dalla Regione.

#### **2.4.3 La Consulta socio-sanitaria**

La Consulta socio-sanitaria è un organismo istituito per la partecipazione e la tutela dei diritti dei cittadini nel rispetto di quanto previsto dall'art. 14, comma 2 del D. Lgs. 502/92 e s.m.i..

La Consulta socio-sanitaria, in particolare:

- fornisce contributi per la programmazione sanitaria e socio sanitaria;
- elabora proposte finalizzate al miglioramento della qualità e dell'umanizzazione dei servizi;
- favorisce la partecipazione consapevole degli utenti e delle forze sociali attraverso dibattiti ed altri mezzi adeguati;
- promuove programmi di educazione sanitaria e collabora per favorire la corretta utilizzazione, da parte dell'utenza, dei servizi e delle prestazioni sanitarie;
- promuove iniziative volte all'attivazione di sistemi di informazione sulle prestazioni erogate, sulle tariffe e sulle modalità di accesso;
- promuove progetti di indagine di gradimento, nonché programmi di ricerca sugli eventi avversi e sulle criticità nell'erogazione dei servizi;
- partecipa alla conferenza dei servizi di cui all'articolo 14, comma 4, del D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i.;

La Consulta socio-sanitaria si riunisce almeno ogni quattro mesi su convocazione del Direttore Generale o del suo delegato, che la presiede.

La Consulta socio-sanitaria è costituita da:

- il Direttore Sanitario;
- i Direttori di distretto;
- i Direttori di dipartimento;
- dal Comitato di rappresentanza dei Sindaci;
- 2 rappresentanti degli organismi di volontariato maggiormente rappresentativi nell'azienda;
- 2 rappresentanti degli organismi di tutela dei diritti dei cittadini maggiormente rappresentativi nell'azienda;
- il Responsabile dell'Ufficio per le Relazioni con il Pubblico;
- il Responsabile del coordinamento socio sanitario.

La Consulta socio-sanitaria è costituita con provvedimento del Direttore Generale e dura in carica due anni. Il suo funzionamento è disciplinato da apposito regolamento, che l'Azienda si impegna ad adottare.

#### **2.4.4 Il Comitato di Partecipazione. L'audit civico**

La partecipazione dei cittadini e delle associazioni di volontariato e tutela viene garantita attraverso specifiche intese ed accordi che prevedono la conduzione di indagini di gradimento, momenti organizzati di partecipazione (Forum, Comitati aziendali) e molteplici altre attività di collaborazione.

Il Comitato di Partecipazione è un organismo composto da rappresentanti delle associazioni di volontariato e tutela sotto il coordinamento dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico.

L'audit civico rappresenta uno degli strumenti primari per la partecipazione, da parte dei cittadini, alle politiche sanitarie aziendali.

Il Comitato di Partecipazione è istituito a garanzia della partecipazione dei cittadini per la valutazione della qualità dal punto di vista dell'utente e per favorire la partecipazione ai processi decisionali all'offerta di servizi, con l'obiettivo del miglioramento della qualità degli stessi.

Il processo di Audit civico si basa sull'analisi critica e sistematica delle azioni svolte dalla Azienda, attraverso l'utilizzo di uno strumento metodologico che comporta la definizione di indicatori tramite la co-progettazione tra cittadini e referenti aziendali delle modalità di raccolta dati.

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

L'Azienda, a tal proposito, intende promuovere, in via sperimentale, l'adozione di esperienze di Audit Civico, coordinandolo con le iniziative che saranno assunte a livello regionale, nell'ambito del Comitato di Partecipazione.

#### 2.4.5 Trasparenza e prevenzione della corruzione

L'Azienda attribuisce particolare rilievo al tema della trasparenza e prevenzione della corruzione e valorizza la nozione di trasparenza dell'attività amministrativa intesa come "accessibilità totale dei dati e documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini e promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa" secondo la definizione aggiornata contemplata nel D. Lgs. 97/2016 modificativo del D. Lgs. 33/2013.

Attribuisce, inoltre il dovuto risalto, alla trasparenza quale livello essenziale delle prestazioni erogate, ai sensi dell'art. 117, secondo comma, lettera m) della Costituzione, dando attuazione alle disposizioni di cui alla L.n. 190/2012 e al D.Lgs. n. 33 /2013.

Con la pubblicazione in Gazzetta Ufficiale n°209 del 07.09.2022 del Decreto Dipartimento Funzione Pubblica n°132 del 30.06.2022, è stata data esecutività al regolamento che definisce i contenuti e lo schema tipo del Piano Integrato Aziendale e di Organizzazione (PIAO), già operativo dal 1 luglio 2022.

Il PIAO è un documento unico di programmazione e *governance* che assorbe una serie di Piani che finora le amministrazioni erano tenute a predisporre. Tra questi, i piani della performance, del lavoro agile (POLA) e, appunto, il Piano di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT). L'obiettivo è la semplificazione dell'attività amministrativa e una maggiore qualità e trasparenza dei servizi pubblici.

L'Azienda assicura, per quanto attiene al buon andamento dei servizi pubblici e alla corretta gestione delle relative risorse, che la pubblicazione *on line* dei dati consenta a tutti i cittadini un'effettiva conoscenza dell'azione della pubblica amministrazione, con il fine di agevolare la pubblicità delle informazioni alla collettività. La suddetta pubblicità, consentendo dunque una effettiva conoscenza dell'azione amministrativa, costituisce il principale strumento informativo dell'andamento della performance e del raggiungimento degli obiettivi espressi nel più generale ciclo di gestione della medesima. Si persegue, quindi, la finalità di mettere a disposizione di tutti i cittadini i dati principali sull'andamento dell'amministrazione quali: gli obiettivi, i tempi di realizzazione, i costi specifici e le relative risorse, le modalità adottate e le procedure gestionali ed amministrative.

Il Direttore Generale, ai sensi dell'art.1, comma 7, della Legge 6 novembre 2012, n. 190, "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione", individua tra i dirigenti di ruolo in servizio il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, disponendo le eventuali modifiche organizzative necessarie per assicurare funzioni e poteri idonei per lo svolgimento dell'incarico con piena autonomia ed effettività e definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, che costituiscono contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico-gestionale. Il punto centrale della sezione del PIAO dedicata alla prevenzione della corruzione è dato dall'individuazione, valutazione e gestione del rischio di corruzione.

La trasparenza costituisce la misura generale di maggiore incidenza e trova applicazione contestualmente in tutta l'articolazione aziendale.

La trasparenza dell'attività amministrativa costituisce livello essenziale delle prestazioni concernenti i diritti sociali e civili ai sensi dell'articolo 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione, secondo quanto previsto dal decreto legislativo n°33 /2013.

La trasparenza è assicurata mediante la pubblicazione, nei siti web istituzionali, delle informazioni e dei dati concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni, cui corrisponde il diritto di chiunque di accedere ai siti direttamente ed immediatamente, senza autenticazione ed identificazione e secondo criteri di facile accessibilità, completezza e semplicità di consultazione, nel rispetto delle disposizioni in materia di segreto di Stato, di segreto d'ufficio e di protezione dei dati. Le informazioni sono pubblicate sulla base di uno schema tipo redatto dall'ANAC.

La trasparenza è intesa come accessibilità totale dei dati e documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa e favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche.

La trasparenza concorre ad attuare il principio democratico e i principi costituzionali di eguaglianza, di imparzialità, buon andamento, responsabilità, efficacia ed efficienza nell'utilizzo di risorse pubbliche, integrità e lealtà nel servizio alla Nazione. Essa è condizione di garanzia delle libertà individuali e collettive, nonché dei diritti civili, politici e sociali, integra il diritto ad una buona amministrazione e concorre alla realizzazione di una amministrazione aperta, al servizio del cittadino.

L'Azienda assicura la corretta applicazione dell'istituto dell'accesso civico così come previsto dalla vigente normativa in materia ed in particolare dal D.lgs. 97/2016.



L'istituto dell'accesso civico è garantito a "chiunque" anche attraverso la corretta pubblicazione dei dati con obbligo di pubblicazione all'interno della sezione "Amministrazione trasparente".

L'Azienda garantisce, inoltre, l'accesso civico generalizzato che riconosce, indipendentemente dalla titolarità di situazioni giuridicamente rilevanti, l'accesso ai dati e ai documenti non pubblicati ma detenuti dalle pubbliche amministrazioni, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi pubblici e privati.

Il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza provvede:

- alla verifica dell'efficace attuazione della sezione del PIAO dedicata alla prevenzione della corruzione e trasparenza e della sua idoneità, nonché a proporre la modifica dello stesso quando sono accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione;
- segnala all'organo di indirizzo e all'organismo indipendente di valutazione le disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza e indica all'ufficio di disciplina i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza;
- alla verifica, d'intesa con il dirigente competente, dell'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione;
- ad individuare il personale da inserire nei programmi di formazione sui temi dell'etica e della legalità, poiché le attività a rischio di corruzione devono essere svolte, ove possibile, da personale opportunamente formato.

Il responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, definisce procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione.

L'organismo di valutazione, anche ai fini della validazione della Relazione sulla performance, verifica che la sezione del PIAO dedicata alla prevenzione della corruzione e trasparenza sia coerente con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale e che nella misurazione e valutazione delle performance si tenga conto degli obiettivi connessi alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza.

L'organismo verifica i contenuti della Relazione del Responsabile in rapporto agli obiettivi inerenti alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza e riferisce all'Autorità Nazionale Anticorruzione sullo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza.

L'Azienda ha istituito una Unità Semplice in staff alla Direzione Generale denominata U.O.S. Protezione Dati Personali, Prevenzione della Corruzione e Trasparenza.

#### **2.4.6 Ufficio Relazioni con il Pubblico**

L'Ufficio per le Relazioni con il Pubblico (U.R.P.), assicura la funzione relativa alla comunicazione con gli utenti, sviluppando in modo esauriente l'informazione sulle prestazioni sanitarie e sulle relative modalità di accesso. L'Ufficio verifica la percezione della qualità delle prestazioni erogate individuando, per tale finalità, idonei ed adeguati strumenti di miglioramento.

In particolare, l'U.R.P. acquisisce le osservazioni ed i reclami presentati dai cittadini, li segnala ai dirigenti competenti e provvede a darne tempestivo riscontro agli utenti.

L'U.R.P. è inoltre deputato alla raccolta, alla classificazione ed alla archiviazione delle segnalazioni e degli esposti in un'apposita banca dati, nonché alla predisposizione, con cadenza trimestrale, di una relazione al Direttore Generale sulle segnalazioni ed i reclami pervenuti e sull'esito degli stessi, accompagnata da proposte per il miglioramento degli aspetti organizzativi, logistici, relazionali e di accesso alle prestazioni, nonché per il superamento dei fattori di criticità emersi.

L'U.R.P. è organizzato, con personale appositamente formato, anche in relazione al tipo di utenza presente sul territorio, ed alla presenza di assistiti appartenenti a diverse etnie.

L'U.R.P. cura i rapporti con le Associazioni di Volontariato e le Associazioni di Tutela dei Cittadini e trasmette periodicamente alla Regione i dati relativi al monitoraggio del grado di partecipazione e di soddisfazione dell'utenza.

#### **2.4.7 - La gestione della "privacy"**

L'Azienda, in ottemperanza alle disposizioni legislative vigenti quali la normativa internazionale e comunitaria in materia di protezione dei dati personali (Regolamento generale per la protezione dei dati personali 2016/679 - General Data Protection Regulation o GDPR), anche in relazione agli articoli 2, 10, 11 e 32 della Costituzione nonché al Codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs. del 30 giugno 2003, n. 196, del D.lgs. 101/2018 e ss.mm.ii.) adotta specifiche misure a tutela del diritto alla privacy.

Al cittadino che entra in contatto con le strutture sanitarie per diagnosi, cure, prestazioni mediche, operazioni amministrative, deve essere garantita la più assoluta riservatezza e il più ampio rispetto dei suoi diritti fondamentali e della sua dignità.

## ATTO AZIENDALE

L'Azienda rivolge attenzione alla protezione dei dati personali e "sensibili" degli utenti che usufruiscono dei servizi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, con particolare riferimento alla tutela della dignità del paziente, soprattutto verso le fasce a maggior tutela (disabili, minori, anziani), ed i pazienti sottoposti a trattamenti medici invasivi o per i quali è doverosa una particolare attenzione (es. interruzione della gravidanza).

L'Azienda in attuazione delle disposizioni di cui al GDPR 679/16 - armonizzato dal Decreto n°101/2018 che integra il D.Lgs. 196/2003 con la normativa europea - provvede:

- all'adozione del Registro dei trattamenti;
- all'adozione di Policy privacy, quali vademecum procedurali per tutti gli operatori del "sistema privacy aziendale";
- alla nomina del Responsabile della Protezione dei Dati (RPD/DPO) ex art. art. 39 del GDPR, figura prevista dal GDPR la cui designazione è obbligatoria per un'Azienda Sanitaria; il RPD/DPO nominato deve possedere espressamente competenze e adeguate conoscenze della normativa e delle prassi di gestione dei dati personali e il livello necessario di conoscenza specialistica deve essere determinato in base ai trattamenti di dati effettuati dal titolare (Azienda Sanitaria) e alle misure di protezione richieste;
- alle attività continue e diffuse di formazione e informazione dei dipendenti finalizzate alla riduzione dei rischi legati alla "mancanza di consapevolezza" e alla cultura del rispetto, della riservatezza e della qualità.

Il RPD/DPO ha il compito di fornire al personale aziendale e alla Direzione Strategica il supporto in materia di data protection per:

- Regolamenti/Vademecum aziendali per il trattamento dei dati personali;
- Analisi dei Rischi;
- Inventario generale dei processi, trattamenti e dei dati;
- Inventario delle banche dati informatiche e cartacee;
- a. Nomina dei Responsabili su delega del Direttore generale;
- b. Nomina dei Responsabili esterni (ditte fornitrici, etc.);
- c. Elaborazione del Registro dei Trattamenti;
- d. Manuali e istruzioni in materia di data protection ad uso degli incaricati dei trattamenti.

L'Azienda promuove, al suo interno, ogni strumento di sensibilizzazione che possa consolidare una mentalità attenta al pieno rispetto della riservatezza e migliorare la qualità del servizio offerto all'Utenza. A tal fine l'attività formativa è considerata uno strumento essenziale per la divulgazione dei criteri per una corretta applicazione della normativa in materia.

L'Azienda prevede strumenti e procedure per la rilevazione, la gestione ed il monitoraggio del trattamento dei dati e delle banche dati presenti e per erogare specifiche informative su come vengono usati i dati personali nei diversi percorsi aziendali. Analogamente sono definiti protocolli aziendali al fine di permettere utilizzo ed una comunicazione corretta delle informazioni.

La Direzione strategica - con la consulenza del RPD/DPO - pianifica gli interventi formativi con l'obiettivo di rendere edotti sia i responsabili sia gli incaricati del trattamento sui rischi che incombono sui dati, sulle misure appropriate per prevenire eventi dannosi, sui profili della disciplina sulla protezione dei dati personali più rilevanti in rapporto alle relative attività, sulle responsabilità che ne derivano ("principio di "accountability" ed "inversione dell'onere della prova").

Per garantire la conoscenza capillare delle disposizioni vigenti in materia di data protection, al momento dell'ingresso in servizio è fornita ad ogni dipendente una specifica comunicazione contenente le indicazioni per l'acquisizione del "manuale operativo", relativo al ruolo di appartenenza e pubblicato sul sito aziendale, contenente tutti i principi fondamentali della materia, esposti in maniera semplice, chiara, ma puntuale

Il trattamento dei dati personali all'interno dell'Azienda è garantito dall'applicazione di idonee e preventive misure di sicurezza, tecniche, informatiche, organizzative, logistiche e procedurali; che consentono di garantire un livello adeguato di protezione dei dati e dei relativi trattamenti e di ridurre al minimo i rischi di distruzione o perdita, anche accidentale, dei dati stessi, di accesso non autorizzato o di trattamento non consentito o non conforme alla finalità della raccolta.

L'Azienda ha istituito una Unità Semplice in staff alla Direzione Generale denominata U.O.S. Protezione Dati Personali, Prevenzione della Corruzione e Trasparenza al fine di garantire la puntuale applicazione della normativa in materia attraverso attività consulenziali, formative e informative.

### **2.4.8 - La mediazione civile nelle controversie e la gestione del contenzioso**

L'Azienda, con specifico atto, si impegna a regolamentare le attività di mediazione finalizzata alla conciliazione nelle controversie civili e commerciali, nel rispetto della normativa vigente in materia di cui al D. Lgs. n. 28/2010 e s.m.i.. Saranno operative dal 30 giugno 2023 le misure contenute nel D.Lgs. n°149/2022 in materia di mediazione,

## ATTO AZIENDALE

---

negoziata assistita e arbitrato con estensione del novero delle materie nelle quali la mediazione è obbligatoria. Le attività di cui al D.lgs. n. 28/2010 - procedure di bonario componimento e/o di raffreddamento dei conflitti - sono gestite dalla U.O.C. Affari Giuridico-Legali e Contenzioso su indirizzo della direzione strategica.

In tutte le ipotesi in cui è obbligatoria la procedura di mediazione prevista dal D.lgs. n°28/2010, tra cui le vertenze aventi ad oggetto il risarcimento dei danni derivanti da presunta "colpa medica", la U.O.C. Affari Giuridico-Legali e Contenzioso, valutate le richieste stragiudiziali in concomitanza con i pareri medico - legali di riferimento, espressi in sede di "Comitato di Valutazione Sinistri", partecipa se necessario, tramite proprio legale interno, alle procedure di conciliazione.

All'esito del procedimento di conciliazione, condotto dai competenti uffici, laddove si sia pervenuti all'accordo, sarà cura della U.O.C. Affari Giuridico-Legali e Contenzioso proporre idoneo atto deliberativo di presa d'atto dello stesso, ai fini della liquidazione dell'importo concordato.

Per le controversie di natura commerciale, svolti preventivamente tutti gli accertamenti sulle prestazioni effettivamente rese e sull'utilità aziendale delle stesse, si procederà ugualmente al tentativo di bonario componimento della controversia presso gli organismi all'uopo autorizzati, da formalizzare attraverso successiva proposta di atto deliberativo.

## 2.5 – MODELLO DI COMMISSIONING

Gli indirizzi programmatici regionali richiedono l'applicazione del modello di *Commissioning* (distinzione del ruolo di committente rispetto a quello di produttore).

Il ruolo di committenza richiama all'esercizio delle funzioni di programmazione dei servizi necessari per la popolazione di riferimento ed alla relativa erogazione delle prestazioni coerenti ai bisogni sanitari dei propri assistiti;

I Dipartimenti strutturali, i Presidi Ospedalieri ed i Distretti nella loro parte di erogazione rappresentano i fornitori, cioè coloro che rispondono alla produzione in termini di efficacia, efficienza ed appropriatezza e che devono:

- a) completare dal punto di vista strutturale l'esperienza realizzata in questi anni sullo sviluppo della qualità al fine di esaltare il sistema del rapporto fornitore interno/esterno, rivolto - come scopo principale - alla soddisfazione dell'utente (il cittadino/utente);
- b) definire gli ambiti di responsabilità e relazione tra utente e fornitore in modo da equilibrarne le responsabilità. Al fine di garantire risposte assistenziali adeguate alla domanda di salute della popolazione, l'Azienda offre prestazioni sanitarie erogate anche indirettamente attraverso la contrattualizzazione di rapporti convenzionali con vari soggetti pubblici e privati accreditati:
  - case di cura accreditate;
  - strutture di riabilitazione;
  - strutture di assistenza specialistica ambulatoriale;
  - medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici di continuità assistenziale e medici specialisti ambulatoriali interni.

L'integrazione degli erogatori di prestazioni sanitarie e sociosanitarie esterni alla struttura aziendale avviene secondo la programmazione sanitaria locale e gli accordi contrattuali di cui all'art 8-quinquies del D.lgs 502/92 e s.m.i..

Al fine di verificare e facilitare i percorsi del miglioramento della qualità e della conformità ai requisiti minimi richiesti per l'autorizzazione all'esercizio e all'accreditamento istituzionale da parte delle strutture, pubbliche e private, sanitarie, sociosanitarie e dei singoli professionisti, in Azienda sono presenti il Comitato di Coordinamento Aziendale per l'Accreditamento ed i Nuclei di Valutazione per l'accreditamento, nel rispetto del Decreto del Commissario ad acta n. 124 del 10/10/2012.

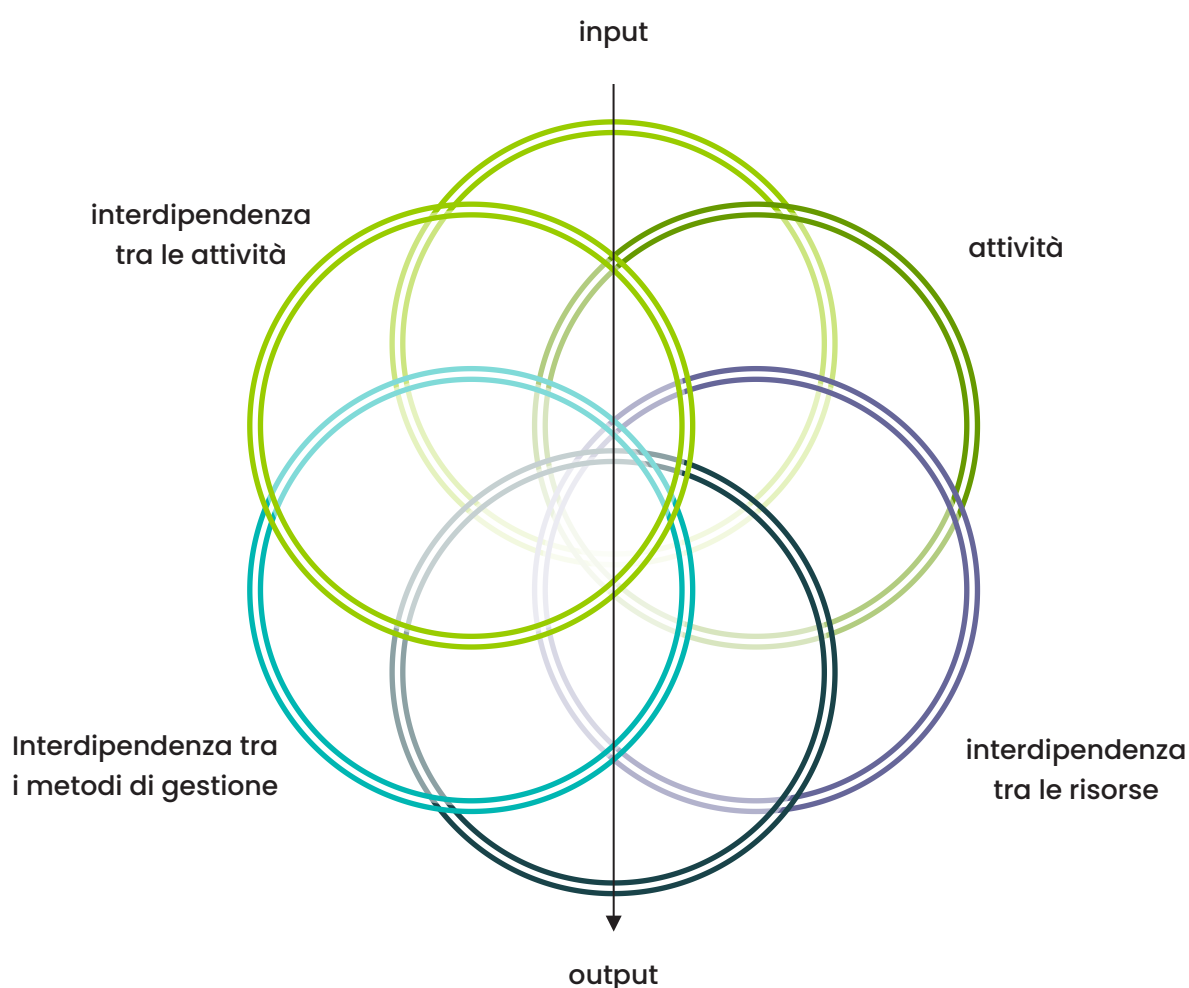
## 2.6 – GESTIONE PER PROCESSI

Un processo di gestione (di seguito anche *processo*) è un insieme di attività che trasformano *input* in *output* creando valore per i clienti esterni/interni; l'utilizzo del metodo di "gestione per processi" (norma ISO 9001/2000) è stato ritenuto necessario al fine di migliorare, implementare e fornire servizi che soddisfino le richieste dell'utente.

Un *processo di gestione* realizzato attraverso l'integrazione di vari elementi come procedure ed attrezzature nasce dall'esigenza di utilizzare le attrezzature stesse come strumenti a servizio degli utenti; l'applicazione di tale approccio permette quindi di individuare *processi gestionali* e *processi sanitari*.

Vi sono sei elementi che concorrono all'identificazione e alla descrizione di un *processo*:

- input;
- output;
- attività;
- interdipendenza tra le attività;
- interdipendenza tra le risorse;
- interdipendenza tra i metodi di gestione;



## ATTO AZIENDALE

Il *processo di gestione* è rappresentato dall'integrazione di:

- processi manageriali;
- processi clinici;
- processi amministrativi;
- processi infermieristici.

La procedura di *gestione per processi* si basa sulla regola fornitore-cliente (*daily routine work*); tale approccio è il concetto base per il sistema di gestione della qualità.

Il *processo di gestione* è strettamente associato alla pianificazione, all'attuazione, al controllo ed al miglioramento continuo dei servizi.

La responsabilità di ciascuna attività è affidata a dei manager mentre la direzione sarà responsabile di definire l'organizzazione del sistema e di scegliere le strategie più opportune di risposta all'utente; ovviamente, anche all'interno delle aziende sanitarie è possibile distinguere tra processi primari e processi di supporto:

- processi primari:  
i primi sono rappresentati dalle attività cliniche che si svolgono per risolvere i problemi di salute del paziente/cliente e che quindi generano direttamente valore per esso;
- processi di supporto:  
necessari per il buon svolgimento dei processi primari, si configurano nelle attività diagnostiche e gestionali in senso lato.

La gestione per processi prevede, in generale, i seguenti livelli di intervento:

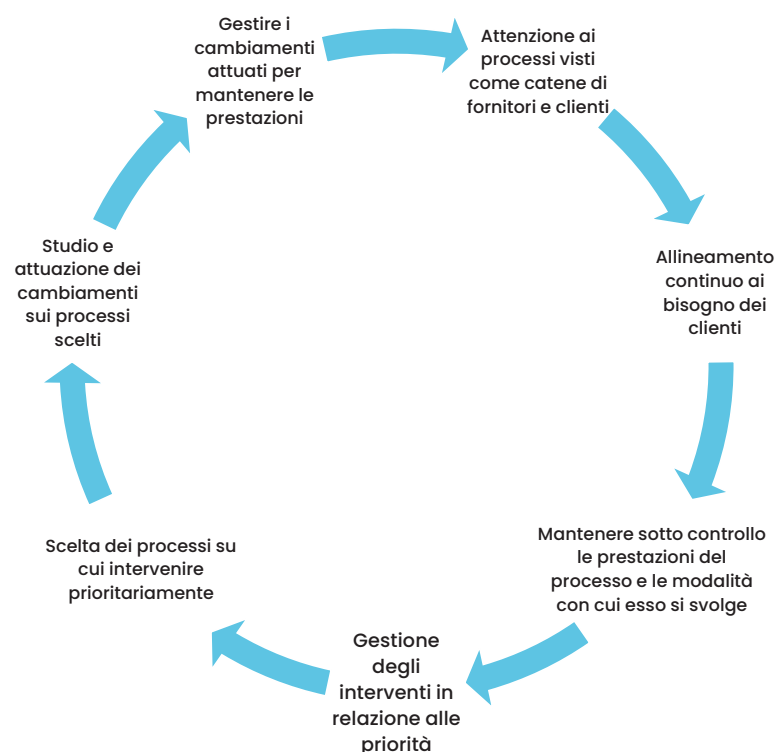
- livello degli interventi riorganizzativi (*Business Process Reengineering*);
- livello di gestione operativa (*gestione per processi*);
- livello di gestione routinaria del miglioramento (*day to day management* che consiste nella gestione organizzata del processo miglioramento continuo di tipo *bottom up* dell'Azienda sanitaria).

La *gestione per processi* consente di individuare i processi su cui intervenire ed opera poi in modo strutturato per il miglioramento degli stessi senza modificare l'organigramma aziendale.

In tal modo:

1. il principio funzionale dell'organizzazione non risiederà più nella somma delle sue parti, singolarmente e separatamente, ma nel sistema delle relazioni fra le funzioni, intese come attività correlate nel processo che è nelle mani del processore, nonché autoregolate dalla logica della catena interna di fornitura (cliente interno);
2. la condizione di efficacia non consisterà più nella sola conformità alle regole superiori, ma soprattutto, nella gestione migliorativa delle contingenze quotidiane (*Plan-Do-Check-Act Cycle*), al livello di ciascuna interfaccia fornitore-cliente.

E' possibile sintetizzare la metodologia di gestione dei processi come di seguito riportato.



## ATTO AZIENDALE

La finalità che si intende perseguire con tale sistema è quella, quindi, di migliorare le risposte ai clienti/utenti velocizzandone i tempi e migliorandone la qualità.

In ambito sanitario la difficoltà risiede nell'integrare coordinamento e specializzazione soprattutto in contesti ad alto contenuto professionale e tecnologico; elemento fondamentale sarà quello di favorire la collaborazione tra i diversi professionisti sanitari grazie ad un collegamento manageriale.

In conclusione, gestire per *processo* significa non solo saper distinguere i processi ma saper soprattutto come effettuare eventuali modifiche al fine di generare un miglioramento continuo dei servizi forniti; in questa prospettiva l'analisi per processi deve considerare sia gli aspetti prettamente sanitari della prestazione, che quelli relativi all'organizzazione ed alla qualità percepita, rendendo più agevole:

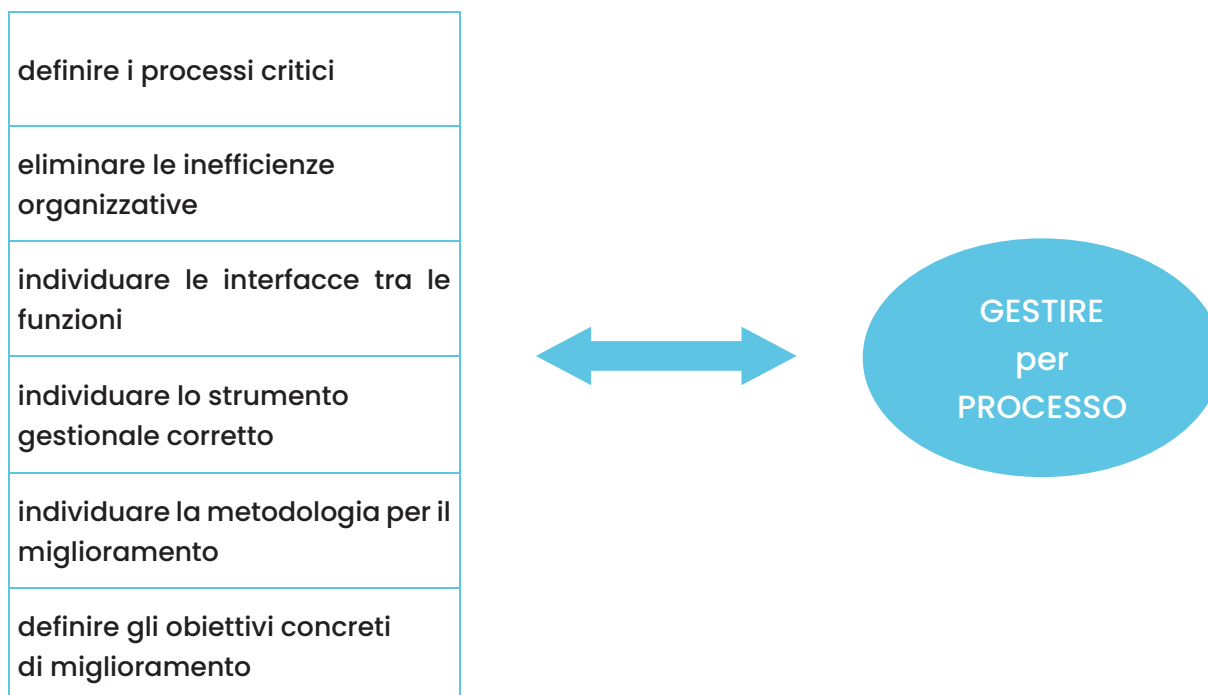
- a) l'identificazione dei fabbisogni del paziente non ancora pienamente soddisfatti, così da permettere a chi ricopre una responsabilità direzionale di concentrare l'attenzione su ciò che è veramente importante;
- b) l'individuazione di tutte le attività che non rappresentando un valore aggiunto per il paziente costituiscono la causa delle inefficienze e dei ritardi nello svolgimento delle singole attività;
- c) l'evidenziazione d'interdipendenze di processo causa di problemi d'integrazione e coordinamento.

Dal momento che un processo è composto da numerosi fasi e/o attività differenti tra loro nel condizionare l'efficacia e l'efficienza del processo di appartenenza, occorrerà apportare l'intervento migliorativo nel punto più appropriato.

Il processo per tal motivo andrà scomposto in più parti omogenee e l'individuazione delle criticità sarà necessaria per indicare il tipo di intervento da eseguire; una volta suddivisi in sotto-processi vengono imposti interventi finalizzati a mantenere elevato anche in futuro il livello prestazionale.

Occorre quindi instaurare una dinamica di miglioramento progressivo.

L'esperienza fin qui condotta ha confermato che utilizzare strumenti gestionali in grado di recuperare da una parte la centralità del paziente/cliente e dall'altra il ruolo professionale del medico, dell'infermiere e dei tecnici e l'integrazione fra le diverse componenti dell'Azienda è la chiave di volta per migliorare il servizio/prodotto.



## 2.7 – CONTROLLO, CICLO DI MIGLIORAMENTO E VALUTAZIONE

La gestione dell’Azienda è basata sul “controllo” al fine di ottenere un miglioramento continuo grazie ad una valutazione delle priorità degli interventi.

Elemento fondamentale per la gestione aziendale è il *Piano Attuativo* nel quale sono definiti i piani e i programmi generali dell’Azienda.

Nel Piano Attuativo sono riportati:

- gli elementi da sviluppare in relazione alle priorità;
- lo scenario strategico dell’Azienda nel quadro dei singoli ambiti di intervento;
- il contesto organizzativo e strutturale con riferimento agli attori coinvolti;
- la logistica;
- i parametri tecnico organizzativi;
- il livello assistenziale per le specifiche attività.

I *Piani ed i Programmi Aziendali Pluriennali* (P.A.P.) sono sviluppati per l’esercizio di realizzazione, successivamente articolati rispetto al sistema delle responsabilità dirigenziali interne.

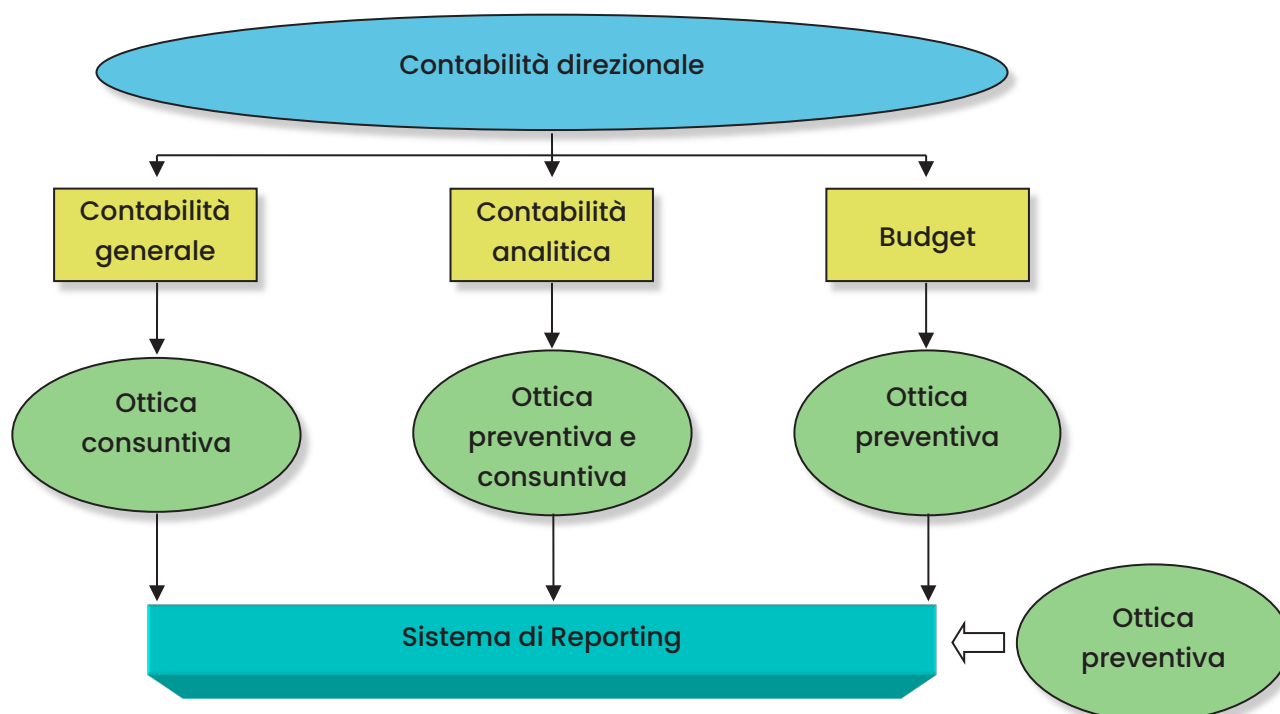
Vengono indicati inoltre gli obiettivi specifici, i risultati attesi e indicatori, il piano dettagliato delle azioni, le responsabilità delle azioni delineate e il cronoprogramma.

Il *budget* è lo strumento fondamentale per l’articolazione dei piani e dei programmi aziendali in obiettivi annuali rispetto al sistema delle responsabilità interne, nonché un efficace strumento di controllo interno delle condizioni di efficienza ed efficacia aziendali. E’ inserito in un programma preparato dalla Direzione Strategica in cui trovano formalmente espressione le politiche ed i piani che si intendono realizzare, in un periodo di tempo ed i relativi costi. Esistono diverse tipologie di budget che possono interessare le diverse funzioni ed aspetti della vita aziendale.

Attraverso tale strumento inoltre, vengono assegnate le risorse umane e i materiali ai Centri di Responsabilità individuati in seno ai Dipartimenti ed in capo alle Strutture organizzative complesse, ed alle Strutture organizzative semplici o a valenza dipartimentale; sempre attraverso il budget, allo stesso livello di responsabilità, diventano oggetto di negoziazione gli obiettivi quantitativi e qualitativi da perseguire in coerenza con l’attuazione del Piano attuativo e con le risorse assegnate.

Il *budget* consente di assicurare il conseguimento ed il rispetto degli obiettivi imposti dalla Direzione; esso nasce dal processo di pianificazione, che definisce i diversi obiettivi a medio e a lungo termine che l’Azienda si pone e le strategie idonee al loro conseguimento.

Affinché il processo di *budgeting* risulti efficace, occorre che i vari obiettivi in esso esplicitati siano espressi da standard che rappresentano dei valori che presumibilmente si verificheranno.





## ATTO AZIENDALE

Gli obiettivi del *budget*, al pari di quelli strategici, non possono essere intesi come fattore di rigidità aziendale; gli obiettivi, infatti, sono formulati in condizioni di incertezza e quindi, nell'ipotesi che si verifichino gli eventi previsti. Durante il periodo di vigenza di un piano strategico, o nel corso della gestione d'esercizio, molteplici possono essere i fattori che rendono impossibile perseguire un obiettivo. In tal senso, gli obiettivi aziendali, sia di breve che di medio o lungo periodo, devono essere intesi come orientativi, sempre oggetto di verifica sistematica, che l'Azienda ed i suoi Dirigenti devono essere sempre in grado di governare allo scopo di riorientare la gestione.

Il controllo deve essere in grado di monitorare tutto il sistema di obiettivi e sotto-obiettivi aziendale, allo scopo di produrre un "*feedback*" capace di supportare il processo decisionale di tutti coloro che, nell'ambito aziendale, hanno una responsabilità su qualsiasi tipo di obiettivo (clinici, assistenziali, economico-finanziari, customer-satisfaction).

La realizzazione del sistema di controllo complessivo, avviene attraverso l'attuazione di un sistema di contabilità direzionale unico alimentato da tutti i sistemi contabili che misurano gli aspetti della gestione rilevanti ai fini di controllo e governo (contabilità generale, contabilità analitica, budget, sistema di reporting).

Il sistema di contabilità direzionale aziendale è, progressivamente, integrato da altri sistemi contabili atti ad assicurare:

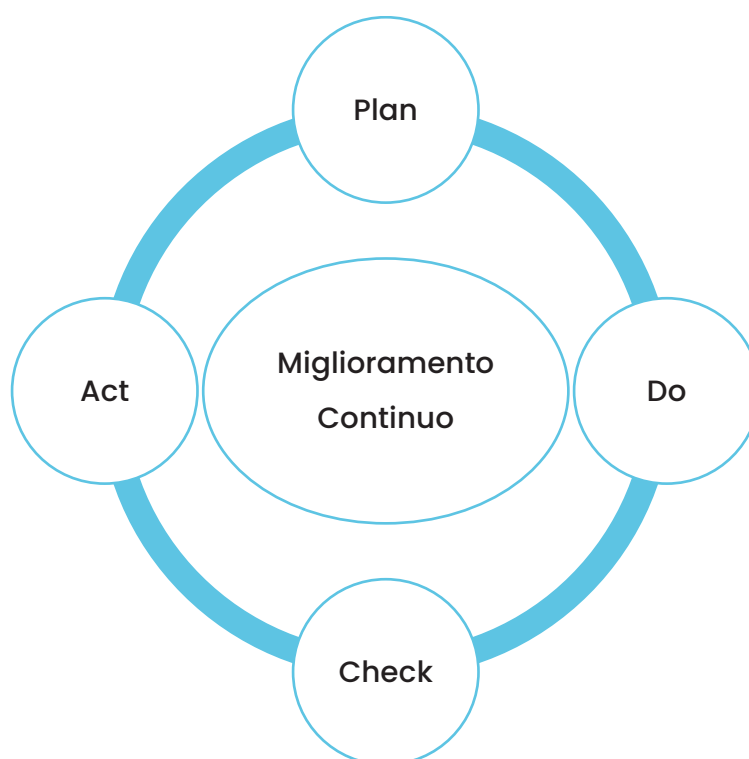
- lo sviluppo continuo delle professionalità;
- la gestione dei rischi.

Il sistema di controllo è indispensabile per lo sviluppo del ciclo di miglioramento continuo, cioè di un sistema basato su formulazione di standard, definiti attraverso la programmazione e il loro sistematico monitoraggio, allo scopo di verificarli e, nel tempo, migliorarli; la qualità è una caratteristica essenziale ed indispensabile dell'assistenza sanitaria ed è un attributo normale per ogni attività assistenziale assieme al volume e ai costi.

Sono molti i sistemi attraverso i quali è possibile individuare un problema da sottoporre a verifica (ad es.: audit, analisi degli indicatori quali eventi sentinella, tecniche di gruppo come il *brain storming*, questionari ed indagini conoscitive).

Per attuare un piano di miglioramento continuo è possibile basarsi sull'applicazione della sequenza logica dei quattro punti: (c.d. PDCA)

- **P Plan**, programmazione;
- **D Do**, esecuzione del Programma;
- **C Check**, test e controllo, studio e raccolta dei risultati e dei feedback;
- **A Act**, azione per rendere definitivo e/o migliorare il processo.



## ATTO AZIENDALE

I sistemi per il miglioramento della qualità dovranno essere attivati a tutti i livelli assistenziali: dai singoli professionisti, nelle attività ambulatoriali, nei reparti e nelle altre articolazioni aziendali.



Dovranno essere create le condizioni necessarie per progettare ed attivare il sistema per il miglioramento della qualità.

Inoltre:

- l'attività di valutazione è parte integrante e irrinunciabile della gestione;
- il sistema di valutazione delle strutture e dei dipendenti dovrà assicurare standard qualitativi ed economici tramite la valorizzazione dei risultati e della *performance* organizzativa e individuale;
- la valutazione dei risultati conseguiti dai centri di responsabilità aziendali è volta alla verifica della rispondenza degli stessi con gli obiettivi concordati, a comprendere le cause degli eventuali scostamenti e ad individuare i punti di forza e di debolezza allo scopo di supportare i processi di programmazione futuri;
- la valutazione dei risultati è anche utilizzata allo scopo di supportare il sistema premiante aziendale nelle modalità e sulla base dei principi e dei criteri definiti dalla normativa vigente;
- la valutazione della performance individuale trova la sua ragione nello scopo di assicurare lo sviluppo continuo delle competenze professionali degli operatori e, quindi, la verifica delle capacità sviluppate e la pianificazione di quelle da conseguire, di valutare, inoltre l'apporto dei singoli ai risultati dell'equipe d'appartenenza e di saper ricoprire il ruolo assegnato.

Il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza sanitaria è una priorità chiave specialmente nella attuale situazione di carenza di risorse economiche e di riduzione dei fondi per la sanità.

La valutazione di un problema per essere affrontato nell'ottica delle procedure e dei risultati intermedi e finali non deve essere teorico ma deve riguardare le attività in cui i partecipanti sono direttamente coinvolti, essere specifico, non generico, abbastanza piccolo da comportare un elevato beneficio per il paziente/utente, avere cioè un'efficacia almeno teorica quando si mettono in pratica i miglioramenti, presentarsi frequentemente o – viceversa – essere un evento sentinella, prevedere in maniera realistica i possibili miglioramenti tenendo conto delle eventuali resistenze superabili, essere stato affrontato in maniera valida da studi precedenti ed essere valutabile in tutti i suoi risvolti.

Il sistema di valutazione delle strutture e dei dipendenti delle amministrazioni pubbliche il cui rapporto di lavoro è disciplinato dall'art.2, comma II D. Lgs. n°165/2001, al fine di assicurare elevati standard qualitativi ed economici del servizio tramite la valorizzazione dei risultati e della performance organizzativa e individuale, è disciplinato dal D. Lgs. n°150/2009 e ss.mm.ii..

## 2.8 – LA COMUNICAZIONE

La comunicazione istituzionale rappresenta uno dei terreni su cui si gioca la sfida del cambiamento; attraverso le attività di informazione e comunicazione si intende, infatti, da una parte rispondere ai doveri di trasparenza, imparzialità e parità di accesso che le Leggi assicurano a tutti i cittadini, dall'altra comunicare con i cittadini in maniera studiata, meditata ed integrata stimolando la trasmissione dell'idea di una struttura amministrativa che funziona e che agisce in maniera coordinata.

E' per tale motivo che le attività di comunicazione accompagnano le strategie dell'organizzazione e si configurano come uno strumento del *policy making* in tutte le sue fasi, dalla individuazione dei problemi fino alla valutazione degli impatti prodotti dalle azioni amministrative.

In questa concezione la comunicazione interna - intesa come messa in comune di esperienze, valori, responsabilità, come creazione di identità e di condivisione dei processi organizzativi - diventa, al pari della comunicazione esterna, motore dello sviluppo e quindi leva organizzativa strategica.

La comunicazione interna si pone come complementare e funzionale alla comunicazione esterna, dalla quale si distingue perché veicolo principale per condividere qualsiasi tipo di messaggio, sia informativo che funzionale, all'interno dell'azienda stessa. La circolazione del flusso di informazioni deve essere convogliata in una rete strutturata di canali di divulgazione, in modo che sia facilmente fruibile e riconoscibile, sia per essere consultata che per essere alimentata.

Ogni dipendente deve poter essere messo nelle condizioni di conoscere i programmi dell'Azienda e individuare il senso del proprio ruolo e lavoro all'interno di questi programmi; perciò la comunicazione interna deve rendere espliciti, nell'organizzazione, i diversi apporti ma, soprattutto, ne deve valorizzare le integrazioni.

Si tratta, quindi, di rendere riconoscibile il ruolo di ciascuno ma anche di comunicare come tutti concorrono al raggiungimento delle sfide strategiche e degli obiettivi operativi che l'azienda si è data.

Ciò è possibile attivando tipologie di comunicazione interna basate su processi di condivisione delle conoscenze e rispondenti alle logiche differenti, in grado di incidere sul ruolo di appartenenza, ed in particolare:

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

Al fine di garantire livelli di comunicazioni uniformi, consapevoli, costanti nel tempo si deve procedere a redigere il *Piano della comunicazione* (di seguito anche *Piano*).

L'Azienda redige annualmente il *Piano della comunicazione*, strumento organico e razionale con cui sono preliminarmente definiti:

- gli obiettivi della comunicazione (perché comunicare);
- gli attori (chi comunica e a chi è diretta la comunicazione);
- l'oggetto della comunicazione (cosa comunicare);
- strumenti e risorse.

La comunicazione deve diventare un processo organico, trasversale ed istituzionale e non episodico o occasionale, allo scopo di realizzare e consolidare il rapporto con gli *stakeholders*.

Il *Piano* distingue la comunicazione interna e la comunicazione esterna; si articola nelle seguenti fasi:

- pianificazione;
- implementazione;
- verifica dei risultati finali.

Trattasi del c.d. *ciclo della programmazione* laddove la verifica dei risultati conseguiti e la valutazione dell'efficacia rispetto agli obiettivi iniziali, orientano la programmazione delle azioni comunicative del periodo successivo.

Attraverso un'analisi di contesto, interno ed esterno, e l'individuazione degli elementi di forza e di debolezza, di opportunità o minaccia:

- perviene alla individuazione dei target delle azioni comunicative;
- individua le azioni, gli strumenti, i mezzi;
- definisce i contenuti delle azioni, secondo valutazioni di opportunità e di efficacia, in funzione degli *stakeholders* che intende raggiungere (la diversità degli *stakeholders* suggerisce iniziative differenziate di comunicazione).

Segue il momento della concreta realizzazione delle azioni programmate.

L'Azienda individua il Responsabile della comunicazione che si avvale del contributo fornito dalle risorse che esplicano le attività di informazione e comunicazione in staff alla Direzione Amministrativa che:

- coordina, organizza e interagisce con quanti intervengono nel processo di comunicazione, ovvero le strutture che si occupano della comunicazione e delle relazioni esterne (l'URP, l'Ufficio Stampa, ecc.);

## ATTO AZIENDALE

---

- si interfaccia con le diverse strutture aziendali per la definizione dei contenuti;
- utilizza, come strumento privilegiato, il *sito* aziendale.

La *definizione degli obiettivi* e la *valutazione dei risultati* conseguiti sono momenti di rilevanza strategica e come tali coinvolgono la Direzione Strategica.

## 2.9 – LA FORMAZIONE

La valorizzazione del lavoro è fattore determinante per la realizzazione dei processi di trasformazione e riorganizzazione all'interno dell'Azienda al fine di garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all'assistenza; pertanto, la formazione e l'aggiornamento professionale sono assunti da quest'Azienda, come metodo permanente, quale strumento essenziale per il miglioramento continuo della qualità delle prestazioni erogate, per lo sviluppo delle 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.

La formazione e l'aggiornamento professionale sono considerati oltre che acquisizione del *sapere, sviluppo di abilità e competenze relazionali*, quale strumento propedeutico alla trasmissione di valori, di norme comportamentali e di innovazione, indispensabili per le politiche di gestione delle risorse umane.

Quest'Azienda considera la formazione come il punto di incontro tra il sistema organizzativo e la qualità delle prestazioni erogate che deve perseguire la concreta integrazione tra gli operatori che hanno la responsabilità della gestione dei processi produttivi; inoltre, deve permettere di orientare e integrare le singole professionalità su progetti e risultati comuni in linea con gli obiettivi e gli strumenti di programmazione e gestione propri dell'Azienda.

Per tale ragione l'Azienda è impegnata all'elaborazione di un'offerta formativa ampia e diversificata sia nelle metodologie che negli strumenti formativi per garantire percorsi di apprendimento coerenti ai bisogni dei partecipanti e trasferibili al contesto operativo di riferimento.

In questa direzione l'Azienda s'impegna a prevedere, come momento fondamentale dell'azione manageriale, l'elaborazione del *piano formativo* – da redigere annualmente – che sarà costituito dalle attività formative annualmente pianificabili sulla base di obiettivi formativi nazionali, regionali ed aziendali, finanziandolo secondo le norme contrattuali e dall'accordo Stato - Regioni e Province autonome.

