

**Dipartimento Funzionale Interaziendale - ASL NO****REGOLAMENTO TIPO****Indice****Art.1 – IL DIPARTIMENTO**

- 1.1. COMPOSIZIONE
- 1.2. MISSIONE E VISIONE

**ART. 2 – COMPITI E ATTIVITA'**

- 2.1 GESTIONE DEL RISCHIO E SICUREZZA DEI PAZIENTI
- 2.2 EFFICACIA DEGLI INTERVENTI

**ART. 3 – STRUTTURA ORGANIZZATIVA : COMPOSIZIONE E FUNZIONI**

- 3.1 - IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO
- 3.2 - IL COMITATO DI DIPARTIMENTO

**ART. 4 LE POLITICHE E LE STRATEGIE**

- 4.1 PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO
- 4.1.1 PIANO ANNUALE DI ATTIVITA'
- 4.2 COMUNICAZIONE
- 4.3 RICERCA FINALIZZATA
- 4.4 RELAZIONI CON I DIPARTIMENTI STRUTTURALI

**ART. 5 – APPROVAZIONE E MODIFICHE DEL REGOLAMENTO****ART. 6 - NORMA DI SALVAGUARDIA**

**ALLEGATO - schema di PIANO ANNUALE DI ATTIVITA'**

---



**ART. 1 – IL DIPARTIMENTO**

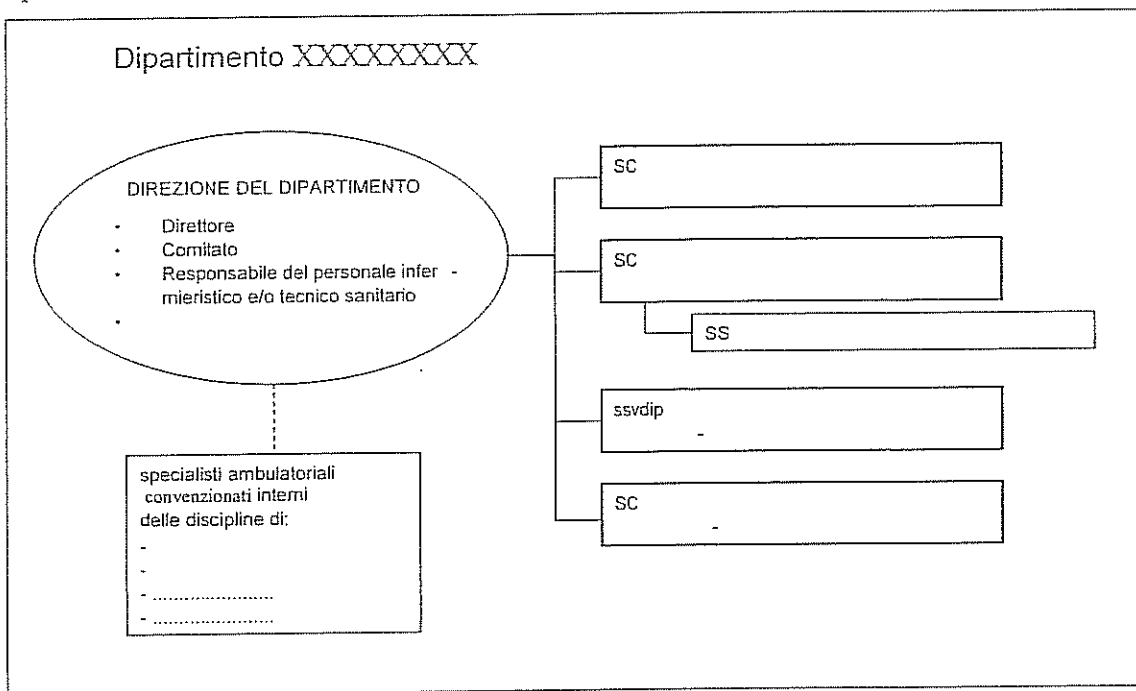
**1.1 COMPOSIZIONE**

Il Dipartimento [INDICARE] , come stabilito dall’Atto aziendale dell’ ASL NO di Novara di cui alla deliberazione n° 926 del 22 dicembre 2008 , è Dipartimento Interaziendale costituito attraverso l’aggregazione funzionale delle seguenti Strutture, rispettivamente appartenenti alla A.S.L. NO ed alla....:

[ELENCARE LE STRUTTURE]

e componenti del dipartimento sono accomunate dalla stessa missione/visione, sono tra loro interdipendenti e sviluppano modelli organizzativi integrati e innovativi.

Per supportare i processi decisionali e la governance integrata del dipartimento è prevista l’individuazione del Direttore di dipartimento, del Comitato di dipartimento, del Responsabile del personale infermieristico e/o tecnico sanitario del dipartimento.



**1.2 - MISSIONE E VISIONE**

La missione e la visione del Dipartimento XXXXXXXXXX si sviluppano all’interno della missione e della visione aziendali:

**NOTA 1**

La missione e la visione del dipartimento devono essere proposte dal direttore di dipartimento/comitato di dipartimento e approvate dalla direzione aziendale.

Missione aziendale	Tutelare la salute della popolazione della ASL NO, sia individuale che collettiva, in applicazione della “politica della salute” quale definita dal Piano Socio Sanitario Regionale e in coerenza con gli
--------------------	---



	altri strumenti della programmazione socio sanitaria a livello regionale, attraverso la realizzazione delle attività di promozione della salute, prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione previste dai "livelli di assistenza" stabiliti dalla normativa nazionale e regionale.
Visione aziendale	Sviluppare reti integrate di persone, processi, strutture e tecnologie per soddisfare le parti interessate al più alto livello possibile, in modo equo, legittimo e sostenibile.
Missione del Dipartimento XXXX	Da definire [vedi nota 1]
Visione del Dipartimento XXXX	Da definire [vedi nota 1]

## ART. 2 – COMPITI E ATTIVITA'

Il Dipartimento [INDICARE] deve promuovere l'integrazione funzionale delle attività delle Strutture di cui all'art. 1, finalizzata al raggiungimento dei seguenti obiettivi:

-  
-  
-

Le Strutture afferenti, indipendentemente dall'obbligo di partecipare all'attività del Dipartimento Funzionale per il raggiungimento degli obiettivi sopraindicati, mantengono piena autonomia e responsabilità, in ordine alle funzioni istituzionali loro spettanti.

### 2.1 GESTIONE DEL RISCHIO E SICUREZZA DEI PAZIENTI

La sicurezza dei pazienti rappresenta un elemento chiave della governance integrata del Dipartimento XXXXXXXXXXXX. Il Dipartimento XXXXXXXXXXXX deve:

- svolgere le attività previste dai "Programmi annuali per la gestione del rischio e la sicurezza dei pazienti e degli operatori", predisposti e/o approvati dall'UGR – Unità Gestione del Rischio (per esempio, segnalazione degli eventi sentinella, applicazione delle raccomandazioni ministeriali, controllo delle infezioni, uso del sangue, formazione e altre iniziative specifiche);
- contribuire a mantenere attiva la rete dei referenti dipartimentali per la gestione del rischio.



## 2.2 EFFICACIA DEGLI INTERVENTI

Secondo i programmi regionali di accreditamento istituzionale o comunque in accordo con la politica aziendale, il Dipartimento XXXXXXXX deve promuovere lo svolgimento di specifiche attività per dimostrare e migliorare costantemente l'efficacia dei servizi resi ai cittadini:

- a) applicazione di linee guida, protocolli, procedure e percorsi assistenziali;
- b) realizzazione di audit clinici e organizzativi;
- c) misura di indicatori clinici e organizzativi.

Tali attività sono richieste anche dai principali programmi nazionali e internazionali di accreditamento professionale.

- a) Le **procedure e i percorsi assistenziali**, definiti sulla base di linee guida/evidenze, sono documenti di indirizzo basati sulla efficacia teorica degli interventi adottati (efficacy). Il Dipartimento XXXXXXXXXX deve sviluppare/completare i documenti di indirizzo che regolano i principali processi clinico-assistenziali e di prevenzione di ciascuna struttura e mantenerli aggiornati attraverso un'opera di costante revisione (almeno uno all'anno per ciascuna struttura organizzativa, privilegiando processi trasversali).

I documenti di indirizzo da sviluppare/completare devono essere proposti dal Direttore di Dipartimento/Comitato di Dipartimento e approvati dalla Direzione aziendale, compilando annualmente apposita tabella, sul modello della tabella 1:

Tabella 1 – documenti di indirizzo

strutture del Dipartimento XXXXXXXXXX	Documenti di indirizzo da sviluppare/completare – ANNO XXXX
SC .....	Da definire Da definire
SC .....	Da definire Da definire

Tali documenti devono essere relativi a processi clinico-assistenziali o di prevenzione rilevanti, non ancora ben regolamentati da espliciti documenti aziendali e che coinvolgono, oltre alle strutture dipartimentali, altri contesti assistenziali (per esempio, percorso femore, assistenza al paziente diabetico, percorso nascita, contrasto al fumo di tabacco, ecc.)

- b) I documenti di indirizzo hanno un significato solo se vengono effettivamente applicati nella pratica quotidiana. Il Dipartimento XXXXXXXXXX deve realizzare periodici **audit clinici e organizzativi**, che consentano di verificare se le attività pianificate in tali documenti vengono effettivamente svolte e se i risultati attesi sono raggiunti (almeno uno all'anno per ciascuna struttura organizzativa, privilegiando processi trasversali almeno al dipartimento).

Gli audit clinici e organizzativi da realizzare devono essere proposti dal direttore di dipartimento/comitato di dipartimento e approvati dalla direzione aziendale, compilando annualmente apposita tabella, sul modello della tabella 2:



Tabella 2 – audit clinici e organizzativi

strutture del Dipartimento XXXXXXXXXX	Audit clinici e organizzativi da realizzare ANNO .....
SC .....	Da definire Da definire Da definire
SC .....	Da definire Da definire Da definire

Gli audit devono essere relativi a processi clinico-assistenziali o di prevenzione rilevanti, già regolamentati da espliciti documenti aziendali e che coinvolgono, oltre alle strutture dipartimentali, altri contesti assistenziali (per esempio percorso ictus, percorso nascita, vaccinazione anti-rosolia delle donne suscettibili post gravidanza ecc.).

L'identificazione dei documenti di indirizzo e degli audit clinici e organizzativi, sono parte integrante del piano di programmazione del Dipartimento, che deve essere inviato entro il 28 febbraio alla Direzione Generale.

- c) La **misurazione degli esiti sulla salute** rappresenta il modo per valutare la reale efficacia degli interventi svolti (effectiveness). Sulla base delle registrazioni cliniche e/o organizzative già in essere o da impostare ex novo (cartacee e/o informatizzate), il Dipartimento XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX deve monitorare in modo sistematico e strutturato almeno un indicatore per ciascuna struttura organizzativa, che dovrà confluire annualmente in un'apposita "mappa aziendale degli indicatori".

Gli indicatori devono essere proposti dal direttore di dipartimento/comitato di dipartimento e approvati dalla direzione aziendale, compilando apposita tabella, sul modello della tabella 3:

Tabella 3 – indicatori da monitorare

strutture del Dipartimento XXXXXXXXXXXX	Indicatori da monitorare – ANNO XXXX
SC .....	Da definire
SC .....	Da definire

- Ove possibile, gli indicatori dovranno monitorare direttamente gli esiti sulla salute degli interventi realizzati (per esempio, "guarigione", infezioni, dolore, stato funzionale, mortalità, ecc.) o, in alternativa, aspetti clinico-organizzativi esplicitamente correlati dalla letteratura con gli esiti sulla salute (per esempio: livello della emoglobina glicata nei pazienti assistiti, tempi di attesa tra la diagnosi oncologica e i trattamenti, coperture vaccinale, ecc.).

Gli indicatori scelti devono essere relativi a processi clinico-assistenziali o di prevenzione rilevanti per le strutture dipartimentali e devono essere coerenti con le specifiche indicazioni della letteratura di settore e con i principali set internazionali di indicatori come, per esempio,



WHO Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals - PATH (<http://www.pathqualityproject.eu/>)

International Quality Indicator Project - IQIP (<http://www.ospfe.it/index.phtml?id=974>)

Quality Indicators of Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) (<http://www.qualityindicators.ahrq.gov/>)

Ogni indicatore scelto dovrà essere costruito utilizzando le misure base raccolte con i flussi informativi esistenti; ove ciò non sia possibile, dovrà essere alimentato da specifici moduli di raccolta dati.

Per ogni indicatore sarà stabilito, sulla scorta della letteratura, lo specifico standard atteso (valore accettabile).

Gli indicatori saranno monitorati ogni 4 mesi, indicando per ogni rilevazione lo scostamento rispetto al valore soglia, utilizzando il "report di monitoraggio" (vd. Tabella 4). L'esito del monitoraggio degli indicatori, effettuato ad opera del Dipartimento, verrà condiviso con la Direzione ed il Collegio di direzione al fine di trovare soluzioni integrate per ridurre eventuali scostamenti.

Tabella 4 – Report di monitoraggio

<i>strutture del Dipartimento XXXXXXXXXXXX</i>	<i>Indicatori ANNO XXXX</i>	<i>Rilevazione 1° quadrimestre</i>	<i>Rilevazione 2° quadrimestre</i>	<i>Rilevazione 3° quadrimestre</i>	<i>Standard</i>
SC .....	• Da definire	• Da definire	• Da definire	• Da definire	• Da definire
SC .....	• Da definire	• Da definire	• Da definire	• Da definire	• Da definire

### ART. 3 – SEDE E STRUTTURA ORGANIZZATIVA: COMPOSIZIONE E FUNZIONI

Il Dipartimento [INDICARE] non è dotato di risorse proprie; le Strutture Semplici e Complesse sopraindicate vi afferiscono, in relazione agli obiettivi specifici perseguiti.

Il Dipartimento ha sede presso ....

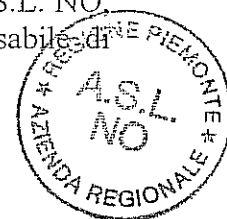
Sono organi istituzionali permanenti del Dipartimento:

- il Direttore di Dipartimento;

- il Comitato di Dipartimento.

#### 3.1. – IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO

3.1.1. L'incarico di Direttore del Dipartimento è conferito dal Direttore Generale della A.S.L. NO di concerto con i/il Direttore/i Generale/i della/e ....., ad un Dirigente responsabile di



Struttura Complessa con competenze professionali specifiche inerenti alla tipologia del Dipartimento.

3.1.2. L'incarico di Direttore di Dipartimento ha durata quinquennale e può essere rinnovato alla scadenza. Decade in caso di decadenza del Direttore Generale della A.S.L. NO, restando comunque in carica fino alla nomina del nuovo Direttore di Dipartimento.

3.1.3. Il Direttore di Dipartimento

- identifica le priorità d'azione nell'ambito delle finalità del Dipartimento, e le declina stendendo un piano annuale di attività, sentito il parere del Comitato di Dipartimento;
- presiede il Comitato di Dipartimento;
- ha la rappresentanza del Dipartimento nei rapporti interni all'Azienda ed interaziendali, ad esso direttamente afferenti.

### 3.2. – IL COMITATO DI DIPARTIMENTO.

3.2.1. Il Comitato di Dipartimento è costituito dai Direttori delle Strutture Complesse afferenti al Dipartimento e dai Responsabili delle Strutture Semplici a valenza dipartimentale afferenti al Dipartimento, delle Aziende Sanitarie interessate. Possono essere ammessi ai lavori altri membri aggiunti, per la trattazione di problemi specifici.

3.2.2. Il Comitato di Dipartimento è nominato con deliberazione del Direttore Generale A.S.L. NO, cui spetta procedere ai provvedimenti di rinnovazione totale o parziale della composizione, in caso di variazioni dei Direttori e Responsabili di cui al punto 3.2.1.

3.2.3. Il Comitato di Dipartimento ha funzioni consultive e propositive interne al Dipartimento, e – tramite il Direttore – nei confronti di altre Strutture e delle Direzioni Generali. In particolare, nel rispetto delle indicazioni e direttive generali sopraordinate, elabora proposte in ordine a:

- a.) Modelli organizzativi del Dipartimento, con particolare riguardo alle modalità di razionale utilizzo delle risorse materiali e del personale assegnato, nell'ottica dell'integrazione dipartimentale;
- b.) Individuazione degli obiettivi, e piano annuale di attività;
- c.) Valutazione dei fabbisogni di risorse strumentale e di personale, con definizione delle priorità;
- d.) Modalità di monitoraggio e verifica delle attività;
- e.) Definizione-adozione di linee guida utili per il più corretto indirizzo diagnostico-terapeutico;
- f.) Ogni altro argomento sottopostogli dal Direttore di Dipartimento o dai Dirigenti delle Strutture afferenti, in relazione a problemi o eventi di particolare importanza.

3.2.4. *Modalità operative.*

- Le sessioni ordinarie del Comitato sono convocate dal Direttore di Dipartimento con frequenza almeno semestrale.
- La convocazione è resa nota ai Componenti con almeno 5 giorni lavorativi d'anticipo, fatti salvi i casi d'urgenza.
- La partecipazione alle sessioni del Comitato, per i componenti di diritto, è compito d'istituto; ogni eventuale assenza deve essere giustificata.
- Di ogni sessione deve essere redatto verbale.



-Copia del verbale deve essere trasmesso per conoscenza alle Direzioni generali aziendali.

#### ART. 4 LE POLITICHE E LE STRATEGIE

---

Il direttore del dipartimento, il comitato di dipartimento, i direttori di struttura complessa, i responsabili di struttura semplice dipartimentale, i responsabili di struttura semplice, il responsabile dipartimentale e i coordinatori del personale infermieristico, tutti gli altri operatori devono contribuire alla gestione delle politiche e strategie aziendali in modo coerente con quanto previsto dall'ATTO AZIENDALE.

Nell'espletamento di tali funzioni, tutti questi attori devono porre una particolare attenzione su alcuni aspetti specifici: 1) meccanismi di pianificazione e controllo; 2) comunicazione con le parti interessate; 3) sviluppo delle attività di ricerca finalizzata.

##### 4.1 PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO

L'Azienda utilizza numerosi strumenti per programmare e controllare il funzionamento operativo delle singole strutture organizzative, dei diversi settori e di specifiche attività: le schede di budget, i programmi settoriali, i progetti aziendali, il controllo di gestione, i controlli esterni, ecc.

Il Dipartimento XXXXXXXXXXXXXXXX deve gestire questi strumenti in modo sempre più coerente tra di loro, valorizzando le occasioni di integrazione, semplificazione, responsabilità dirigenziale e coinvolgimento delle persone. Particolare rilievo deve essere posto alla integrazione in tali strumenti dei piani di adeguamento necessari a soddisfare, tra gli altri, i requisiti di accreditamento.

##### 4.1.1 - PIANO ANNUALE DI ATTIVITA'

In base alle direttive regionali ed aziendali, il Direttore di Dipartimento elabora entro il 28 febbraio di ogni anno, sentito il Comitato di Dipartimento, il Piano annuale di attività, che invia alla Direzione Generale per l'approvazione.

Il Piano annuale è lo strumento programmatico del Dipartimento, in cui sono contenuti gli obiettivi annuali e le schede dei progetti che il Dipartimento intende perseguire per l'anno successivo.

Entro il 31 gennaio dell'anno successivo il Dipartimento è tenuto a presentare alla Direzione aziendale lo stato di realizzazione del piano annuale.

##### 4.2 COMUNICAZIONE

Una parte rilevante del processo di comunicazione tra Azienda e cittadini vive nella relazione clinico-assistenziale interpersonale che si crea ogni giorno nelle diverse strutture: l'ascolto e l'analisi dei bisogni, l'informazione che deve essere data ai pazienti perché possano esprimere il consenso alle cure e per migliorare le capacità di autocura, le informazioni sullo stato di salute, la misura della soddisfazione, ecc.

Per questo, tutti gli operatori del Dipartimento XXXXXXXXXXXXXXXX devono migliorare le proprie capacità di comunicare con i cittadini, con particolare rilievo alla comprensibilità delle informazioni necessarie a esprimere il consenso alle cure, all'autonomia nella scelta dei trattamenti e allo sviluppo di vere e proprie alleanze diagnostico-terapeutico-assistenziali, alla promozione di attività di prevenzione.





#### 4.3 RICERCA FINALIZZATA

La ricerca finalizzata è una facoltà data alle aziende sanitarie, che possono contribuire a incrementare le conoscenze scientifiche e organizzative per meglio erogare i livelli di assistenza.

Perché questa facoltà si trasformi in opportunità, è necessario che le attività di ricerca che coinvolgono a vario titolo il Dipartimento XXXXXXXXXXXX siano svolte secondo i seguenti criteri guida:

- profonda integrazione tra le tematiche tipiche della ricerca biomedica e quelle della organizzazione dei servizi sanitari;
- massima sinergia e integrazione possibile tra tutti i soggetti coinvolti;
- sviluppo di reti collaborative;
- ricerca di risorse aggiuntive attraverso forme di co-finanziamento tra strutture di tipo pubblico e privato.

#### ART. 5 – APPROVAZIONE E MODIFICHE DEL REGOLAMENTO.

Il presente regolamento è adottato dalla Direzione Generale A.S.L. NO, e potrà essere integrato e/o modificato, sempre con provvedimento del Direttore Generale A.S.L. NO, di iniziativa propria o su richiesta scritta e motivata da parte dei componenti del Comitato di Dipartimento.

Sulla proposta di modifica del regolamento andrà acquisito il parere, non vincolante, del Comitato di Dipartimento.

#### ART. 6 – NORMA DI SALVAGUARDIA.

I modelli funzionali/organizzativi e le attività dipartimentali non devono in alcun caso trovarsi in contrasto con le normative nazionali e regionali, né con gli accordi nazionali e aziendali vigenti, né infine con gli indirizzi espressi a livello d'azienda.

#### ALLEGATO - schema di PIANO ANNUALE DI ATTIVITA'

