

Dipartimento Funzionale/Gruppo di Progetto - ASL NO

REGOLAMENTO TIPO

Indice

Art.1 – IL DIPARTIMENTO/IL GRUPPO DI PROGETTO

- 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 costituito dall'aggregazione funzionale delle seguenti Strutture:

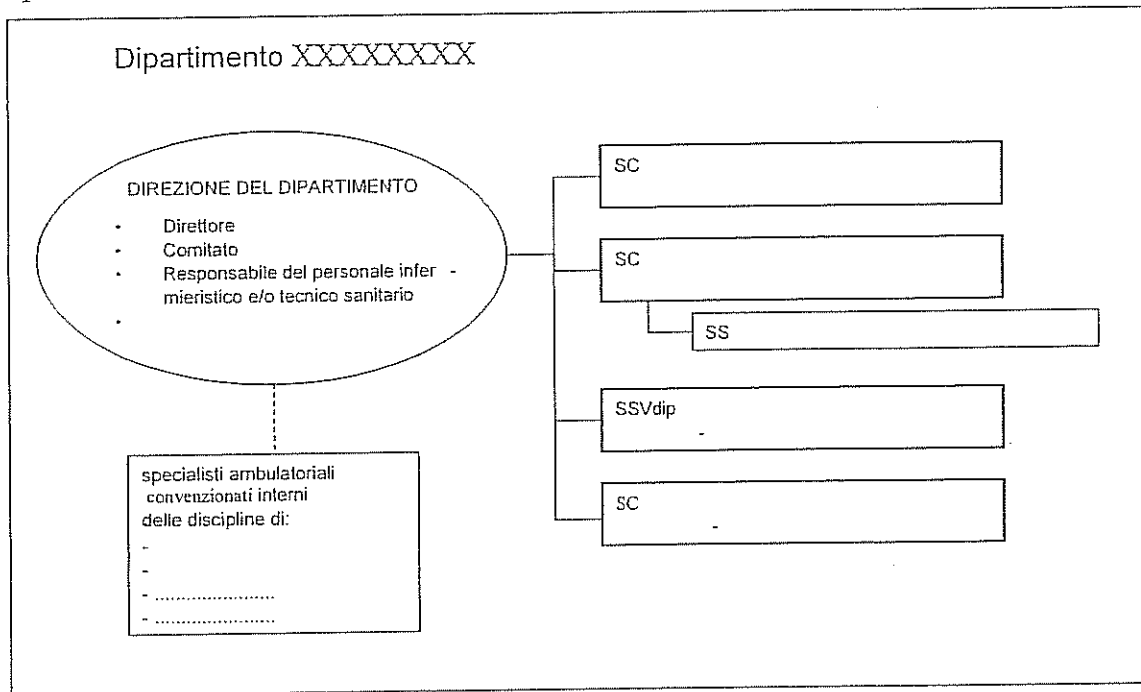
[ELENCCARE LE STRUTTURE]

Al Dipartimento XXXXXXXXX fanno riferimento funzionale anche gli specialisti ambulatoriali convenzionati interni operanti nelle discipline di

[DA COMPLETARE]

Le 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 strategici al fine di assicurare in modo ottimale la continuità diagnostica e terapeutica:

-[ELENCARE GLI OBIETTIVI E LE NORMATIVE SPECIFICHE]

-
-

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 XXXXXXXXXXXX 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 XXXXXXXXXXXX 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 XXXXXXXXXXXXXXXX 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".

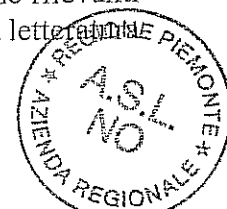
Gli indicatori devono essere proposti dal direttore di dipartimento/comitato di dipartimento e approvati dalla direzione aziendale, compilando apposita tabella, sul modello della tabella 3:

Tabella 3 – indicatori da monitorare

strutture del Dipartimento XXXXXXXXXX	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 XXXXXXXXXX</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 – STRUTTURA ORGANIZZATIVA: COMPOSIZIONE E FUNZIONI

Il Dipartimento/Gruppo di Progetto [INDICARE] non è dotato di risorse proprie; le Strutture Semplici e Complesse sopraindicate vi afferiscono, secondo criteri di aggregazione dinamici, in relazione agli obiettivi specifici perseguiti

Sono organi istituzionali permanenti del Dipartimento:

- il Direttore di Dipartimento;
- il Comitato di Dipartimento.

Possono essere costituiti, quali organi funzionali, Gruppi di lavoro temporanei, concentrati su obiettivi specifici a breve – medio termine (es.: audit clinici, protocolli di settore, indagini finalizzate).

I Gruppi di lavoro, sono istituiti dal Direttore del Dipartimento e sono costituiti con operatori delle diverse aree professionali e delle diverse Strutture, tali Gruppi riflettono la logica dipartimentale e ne costituiscono l'espressione operativa, rivolta al riconoscimento ed alla valorizzazione delle competenze al confronto costruttivo, alla condizione e alla sinergia.



3.1. – IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO

3.1.1. L'incarico di Direttore del Dipartimento è conferito dal Direttore Generale 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 triennale e può essere rinnovato alla scadenza. Decade in caso di decadenza del Direttore Generale, 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, in base alle direttive ed agli obiettivi stabiliti dalla Direzione Generale, e le declina stendendo un piano annuale di attività, sentito il parere del Comitato di Dipartimento;
- presiede il Comitato di Dipartimento;
- coordina i progetti specifici del Dipartimento, identificando quelli di cui è personalmente referente o l'eventuale referente di progetto;
- ha la rappresentanza del Dipartimento nei rapporti interni all'Azienda.

3.2. – IL COMITATO DI DIPARTIMENTO.

Il Comitato di Dipartimento è costituito da Componenti di diritto e da Componenti aggiunti

3.2.1. Sono Componenti di diritto

- i Direttori delle Strutture Complesse afferenti al Dipartimento
- i Responsabili di Strutture Semplici a valenza dipartimentale afferenti al Dipartimento

3.2.2. Sono Componenti aggiunti:

- i Titolari di posizione organizzativa del Dipartimento
- eventuali altre figure rappresentative del personale dirigente o di comparto individuale secondo procedure definibili a livello dipartimentale.

I Componenti aggiunti partecipano alle riunioni del Comitato quali uditori.

3.2.3. Il Comitato di Dipartimento ha funzioni consultive e propositive interne al Dipartimento.

In particolare, nel rispetto delle indicazioni generali fissate dall'Azienda e in sinergia con le Strutture aziendali cointeressate, elabora proposte in ordine a:

- a.) individuazione/elaborazione annuale degli obiettivi e programmazione delle attività, con particolare riguardo al Piano annuale di attività;
- b.) attuazione di progetti specifici di attività, ed individuazione dei relativi referenti;
- c.) definizione/adozione di linee guida utili per il più corretto indirizzo diagnostico-terapeutico;

Il Comitato inoltre:

- d.) concorre al monitoraggio ed alla verifica delle attività;
- e.) valuta 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 alla Direzione generale e, limitatamente ai Dipartimenti ospedalieri, al Direttore Medico dei Presidi.

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 XXXXXXXXXXXX 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:

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

4.4 – RELAZIONI CON I DIPARTIMENTI STRUTTURALI

Qualora quanto definito dal Dipartimento, nell'esercizio delle sue specifiche funzioni, abbia ricadute organizzative e gestionali, il Direttore del Dipartimento, prima di intraprendere azioni positive volte alla esecuzione dei progetti, dovrà acquisire parere favorevole da parte dei Direttori dei Dipartimenti Strutturali coinvolti.

ART. 5 – APPROVAZIONE E MODIFICHE DEL REGOLAMENTO.

Il presente regolamento approvato dal Collegio di Direzione e adottato dalla Direzione Generale può essere integrato e/o modificato, a livello di singolo Dipartimento, in rapporto a riconoscibili del Dipartimento stesso.

Eventuali proposte di modifica od integrazione dovranno essere indirizzate al Collegio di Direzione che, se di parere favorevole, le trasmetterà alla Direzione Generale per la valutazione definitiva.

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'

