



STRUTTURA COMPLESSA AFFARI GENERALI

DELIBERAZIONE

OGGETTO: Modifiche ex art.32 comma 3 dell'Atto Aziendale di diritto privato, adottato ai sensi dell'art. 3 c. 1-bis, del D.Lgs. n. 502 del 30/12/1992 e s.m.i. con Deliberazione n.239 del 19.4.2018.

IL DIRETTORE GENERALE

Su conforme proposta del Direttore della S.C. Affari Generali;

Richiamati:

- il D.Lgs. n. 502 del 30/12/1992 “Riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell’articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421” e successive modificazioni e integrazioni;
- la L.R. n. 41 del 7/12/2006 “Riordino del Servizio Sanitario Regionale” e successive modificazioni e integrazioni;
- la L.R. n. 17 del 29/7/2016 “Istituzione dell’Azienda Ligure Sanitaria della Regione Liguria (A.Li.Sa.) e indirizzi per il riordino delle disposizioni regionali in materia sanitaria e sociosanitaria” e s.m.i.;
- la L.R. n. 27 del 18/11/2016 “Modifiche alla legge regionale 7 dicembre 2006, n. 41 (Riordino del servizio sanitario regionale) e alla legge regionale 29 luglio 2016, n. 17 (Istituzione dell’Azienda Ligure Sanitaria della Regione Liguria (A.Li.Sa.) e indirizzi per il riordino delle disposizioni regionali in materia sanitaria e sociosanitaria)”;

Viste:

- la Deliberazione della Giunta Regionale della Regione Liguria n. 7 del 13/1/2017 ad oggetto “Approvazione principi, criteri per l’organizzazione delle Aziende, Istituti ed Enti del SSR e linee guida per la redazione degli atti di autonomia aziendale”;
- la Deliberazione della Giunta Regionale della Regione Liguria n. 499 del 30/6/2017 ad oggetto “Modificazione DGR n. 7/2017 “Approvazione principi, criteri per l’organizzazione delle Aziende, Istituti ed Enti del SSR e linee guida per la redazione degli atti di autonomia aziendale.” – Modificazione termine.”;
- la nota a firma congiunta del Commissario Straordinario di A.Li.Sa. e del Direttore Generale del Dipartimento Salute e Servizi Sociali della Regione Liguria Prot. n. 315614 del 2/10/2017 ad oggetto “Atti di Autonomia aziendale”;

Richiamata la Deliberazione n. 514 del 31/10/2017 con la quale si è proceduto alla rideterminazione dell’Atto Aziendale di diritto privato, in relazione alle modifiche del quadro istituzionale e organizzativo del S.S.R. intervenute, secondo le linee guida e gli indirizzi per la redazione degli Atti di Autonomia Aziendale emanate con i provvedimenti sopra riportati;

Richiamata altresì la successiva Deliberazione n. 239 del 19/4/2018 con la quale si è proceduto all’adozione dell’Atto Aziendale di diritto privato ai sensi dell’art. 3 c. 1-bis, del D.Lgs. n. 502 del 30/12/1992 e s.m.i. rimodulato secondo gli aspetti e/o rilievi rappresentati da A.Li.Sa. e Regione Liguria;

Richiamata, infine, la Deliberazione n.353 del 2/8/2018 di presa d'atto della D.G.R. della Regione Liguria n. 547 del 13/7/2018 che ha dichiarato il suddetto Atto di Autonomia Aziendale *“coerente con il vigente quadro normativo e programmatico regionale”*, prevedendo prescrizioni alle quali l'ASL3 prevede ivi di dare progressiva attuazione e la deliberazione n.558 del 22/11/2018 ad oggetto: *“Ulteriori procedure attuative conseguenti alla presa d'atto della D.G.R. della Regione Liguria n. 547 del 13/7/2018 ad oggetto “Atto di Autonomia Aziendale della A.S.L. n. 3.Provvedimenti conseguenti”*;

Vista la nota del Direttore Sanitario Prot. n 159921 del 20/11/2019 e successiva ID n.71227421 del 13.12.19 con relativo nulla osta della Direzione Socio Sanitaria e Direzione Aziendale , agli atti, con il quale viene dato mandato alla scrivente struttura di dare attuazione all'adeguamento dell'atto di autonomia aziendale di cui alla proposta del Direttore Sanitario, stante la collaborazione alla gestione del rischio sia in ambito ospedaliero sia in ambito territoriale con la S.C. Medicina Legale, al fine di meglio definire il percorso di integrazione con la struttura stessa:

- all'art.35 *“Le strutture in staff alla Direzione Sanitaria”*, nella *“S.C. Governo Clinico e Programmazione Sanitaria”*, di procedere a spostare all'art.40 la *“S.S. Gestione del Rischio Clinico”*, per cui la nuova declaratoria delle funzioni della S.C. Governo Clinico e Programmazione Sanitaria” è la seguente:

“S.C. Governo Clinico e Programmazione Sanitaria

La struttura sviluppa le azioni di governo clinico in Azienda in tutte le sue declinazioni.

Nell'ambito del Sistema Qualità aziendale, la struttura è responsabile dei processi di Accreditamento Istituzionale e di Certificazione (norma ISO di riferimento) e della loro armonizzazione, con particolare riferimento al mantenimento del requisito per le strutture già certificate ed all'estensione della certificazione ad altre strutture; all'effettuazione delle verifiche ispettive interne secondo la Norma ISO (piano annuale delle verifiche ispettive interne, effettuazione delle verifiche ispettive, reports finali e loro archiviazione) e all'esecuzione di audit pianificati e periodici sulle attività previste.

Supporta le articolazioni organizzative aziendali coinvolte nella predisposizione delle istanze di autorizzazione sanitaria.

La struttura, attraverso l'operato dei Nuclei Operativi di Controllo aziendali (N.O.C.), è altresì responsabile dei sistemi di controllo relativi all'efficacia e all'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri e realizza anche attività di formazione, aggiornamento e supporto alle strutture sul sistema di codifica delle diagnosi e delle prestazioni. Effettua i controlli di appropriatezza sulle attività degenziali erogate dalle strutture private accreditate.

Collabora con le articolazioni organizzative aziendali competenti al processo di budgeting, all'applicazione della metodologia e alla gestione delle attività connesse alla graduazione delle funzioni dirigenziali, all'analisi del fabbisogno di risorse professionali nonché alla misurazione e valutazione delle performance anche attraverso l'utilizzo degli indicatori del Programma Nazionale Esiti.

Nella sua collocazione di Staff alla Direzione Sanitaria contribuisce allo sviluppo di tecniche necessarie al management, quali:

- Audit clinico-organizzativo;
- Evidence Based Medicine;
- Health Technology Assessment;
- Analisi delle Performance;
- Sistema aziendale degli obiettivi;
- Evidenza Clinica delle Procedure (Good Practice);
- Benchmark.

Contribuisce al raggiungimento degli obiettivi della programmazione nazionale e regionale in sinergia con le direttive strategiche aziendali, al fine del raggiungimento dell'efficienza gestionale e del miglioramento continuo della performance.”;

- spostamento nell'art.40 *“Dipartimento di Prevenzione”*, nella *“S.C. Medicina Legale”*, della *“S.S. Gestione del Rischio Clinico”*, per cui la nuova declaratoria delle funzioni della *“S.C. Medicina Legale”* è la seguente:

“S.C. Medicina Legale”

La struttura interviene nei rapporti tra la persona umana, psichica e fisica, e l'ordinamento giuridico- sociale a tutela delle fasce deboli e non della popolazione, svolgendo attività di accertamento di stati di invalidità di handicap e di disabilità attraverso attività ambulatoriali e domiciliari, occupandosi del rilascio di certificazioni, previa verifica dei criteri previsti dalla legge e gestendo, per l'azienda, le pratiche di responsabilità professionale e dei relativi contenziosi.

Ha come destinatari delle prestazioni privati cittadini, amministrazioni comunali, Strutture del Servizio Sanitario Nazionale, Autorità Giudiziaria e di Pubblica Sicurezza, Sanitari operanti nelle strutture polispecialistiche pubbliche e private presenti nel territorio della ASL3, Medici del Servizio Sanitario nazionale.

La struttura assicura il corretto svolgimento delle attività certificative medico legali su attività ambulatoriali monocratiche e collegiali, consulenze e attività di supporto nelle procedure di rischio clinico e contenzioso giudiziario. Comprende una Struttura Semplice Commissione medica locale patenti.

Le principali attività comprendono:

- Accertamento delle minorazioni civili;
- Accertamento idoneità alla guida Commissione Medico Locale Patenti;
- Istruttoria istanze indennizzo ex L. n. 210/1992;
- Risk management;
- Attività di controllo regolarità amministrativa e contabile;
- Coordinamento delle attività di medicina necroscopica e consulenza tecnica specialistica nel settore della medicina necroscopica per il comparto sanitario territoriale ed ospedaliero;
- Atti Attività medico legale di supporto alle istituzioni;
- Attività ambulatoriale monocratica e attività ambulatoriale in convenzione;
- Collegi Medico-Legali;
- Istanze di astensione anticipata dal lavoro per maternità;
- Rilascio certificazioni ad uso estensione periodo di comportamento (terapia salvavita).

E' articolazione della Struttura Complessa soprariportata la seguente struttura:

- S.S. Gestione del Rischio Clinico.”;
- all'art.40 “Dipartimento di Prevenzione”, soppressione della “S.S.D. Popolazione a rischio”

inoltre, tenuto conto della stretta correlazione con le attività della “S.S.D. Valutazione delle attività sanitarie e dei soggetti erogatori esterni”, già in staff alla Direzione Sanitaria, in relazione alla gestione degli interventi aziendali sulle Liste di attesa delle prestazioni ambulatoriali, afferenti agli stessi ambulatori su cui insistono le attività di screening, al fine di migliorare la flessibilità del sistema ed ottimizzare la riorganizzazione di detta gestione, evidenziandone altresì la funzioni di organizzazione degli screening oncologici sul territorio metropolitano:

- all'art.35 “Le strutture in staff alla Direzione Sanitaria”, attivazione della “S.S.D. Valutazione e Organizzazione dello screening”, con le seguenti funzioni:

“ S.S.D. Valutazione e Organizzazione dello screening

La struttura presiede:

- ✓ alla gestione organizzativa delle attività riconducibili alla prevenzione secondaria di patologie di rilevanza sociale con particolare riguardo al I II III livello dei LEA programma di screening organizzato del tumore del colon retto, del tumore mammario nella donna e del cervicocarcinoma;
- ✓ allo studio e sviluppo di sistemi di monitoraggio e di valutazione degli indicatori screening (in allineamento alle indicazioni ministeriali / regionali ed in stretta sinergia con le altre strutture aziendali /extra aziendali interessate e con i MMG);
- ✓ all'individuazione, in accordo con la “S.S.D. Valutazione delle attività sanitarie e dei soggetti erogatori esterni” di possibili spazi di omogeneizzazione e razionalizzazione per una maggiore efficienza operativa nel I e II livello screening e di spazi di competenza dei programmi di screening all'interno dei DMT / PDATA aziendali;
- ✓ alla ricerca di partnership di Aziende Pubbliche esterne per l'incrementazione dell'offerta di screening oncologici
- ✓ alla rivisitazione e implementazione dei programmi anche attraverso la partecipazione a progetti regionali / ministeriali e di ricerca organizzativa;

- ✓ al consolidamento o aggiornamento o implementazione dell'applicativo dei programmi di screening in caso di avvio di nuovi percorsi o di revisione di processi già consolidati;
- ✓ al monitoraggio della conformità dei professionisti a percorsi organizzativo-gestionali e diagnostico-terapeutici precedentemente condivisi inter pares;
- ✓ alla promozione e coordinamento delle attività di revisione e confronto tra professionisti, di formazione e di comunicazione verbale e mediatica, interna ed esterna all'azienda;
- ✓ alla programmazione e monitoraggio annuale delle attività di I II livello screening;
- ✓ alla costruzione e aggiornamento dei processi gestionali e diagnostico-terapeutici ebm, delle procedure e del collegamento tra gli applicativi di patologia clinica, anatomia patologica, refertazione radiologica e l'applicativo screening;
- ✓ al counseling telefonico / via e mail intra ed extra aziendale;
- ✓ all'assolvimento debito informativo in relazione a survey ministeriali GISCoR - GISMa – GISCi , a report aziendali di performance del I II III livello screening e a report aziendali la S.C. Pianificazione, Programmazione e Controllo;
- ✓ al coordinamento dei gruppi tecnici aziendali, collaborazione operativa con DMT chirurgico / Breast unit, Formazione, Comunicazione;
- ✓ all'allineamento dei percorsi screening alle procedure aziendali e ai protocolli regionali;
- ✓ alla consegna ritiro provette FOBT, ambulatorio pre colonscopico, recall telefonico per assistiti invitati a I II livello screening ;
- ✓ all'individuazione di forme di facilitazione per implementare l'adesione agli screening offerti da Regione Liguria da parte del personale ASL nell'ambito dei progetti di promozione della salute sul luogo di lavoro (WHP) avviati dall'azienda per ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle Malattie Croniche non Trasmissibili.”.

Dato atto che il presente provvedimento, ai sensi dell'art.32.3 dell'atto di autonomia aziendale, non è soggetto alle procedure di cui agli artt. 9 e 19 della L.R. n. 41/2006 e s.m.i.;

Visto il D.Lgs. 30/12/1992, n° 502 e successive modificazioni;

Vista la L.R. 08/02/1995 n° 10 e successive modificazioni;

Vista la L.R. 07/12/2006 n° 41 e successive modificazioni;

Visto per conformità alle direttive ed agli indirizzi aziendali dal Direttore del Dipartimento Giuridico;

Su parere conforme del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario;

Su parere conforme del Direttore Socio Sanitario per l'ambito di competenza;

DELIBERA

1. di apportare le seguenti modifiche all'atto di autonomia aziendale ASL3 adottato con deliberazione n. 239 del 19/4/2018, per le motivazioni di cui in parte motiva:
 - all'art.35 “Le strutture in staff alla Direzione Sanitaria”, nella “S.C. Governo Clinico e Programmazione Sanitaria”, di procedere a spostare all'art.40 la “S.S. Gestione del Rischio Clinico”, per cui la declaratoria delle funzioni della S.C. Governo Clinico e Programmazione Sanitaria” è la seguente:
“S.C. Governo Clinico e Programmazione Sanitaria
La struttura sviluppa le azioni di governo clinico in Azienda in tutte le sue declinazioni. Nell'ambito del Sistema Qualità aziendale, la struttura è responsabile dei processi di Accredimento Istituzionale e di Certificazione (norma ISO di riferimento) e della loro armonizzazione, con particolare riferimento al mantenimento del requisito per le strutture già certificate ed all'estensione della certificazione ad altre strutture; all'effettuazione delle verifiche ispettive interne secondo la

Norma ISO (piano annuale delle verifiche ispettive interne, effettuazione delle verifiche ispettive, reports finali e loro archiviazione) e all'esecuzione di audit pianificati e periodici sulle attività previste. Supporta le articolazioni organizzative aziendali coinvolte nella predisposizione delle istanze di autorizzazione sanitaria.

La struttura, attraverso l'operato dei Nuclei Operativi di Controllo aziendali (N.O.C.), è altresì responsabile dei sistemi di controllo relativi all'efficacia e all'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri e realizza anche attività di formazione, aggiornamento e supporto alle strutture sul sistema di codifica delle diagnosi e delle prestazioni.

Effettua i controlli di appropriatezza sulle attività degenziali erogate dalle strutture private accreditate.

Collabora con le articolazioni organizzative aziendali competenti al processo di budgeting, all'applicazione della metodologia e alla gestione delle attività connesse alla graduazione delle funzioni dirigenziali, all'analisi del fabbisogno di risorse professionali nonché alla misurazione e valutazione delle performance anche attraverso l'utilizzo degli indicatori del Programma Nazionale Esiti.

Nella sua collocazione di Staff alla Direzione Sanitaria contribuisce allo sviluppo di tecniche necessarie al management, quali:

- Audit clinico-organizzativo;
- Evidence Based Medicine;
- Health Technology Assessment;
- Analisi delle Performance;
- Sistema aziendale degli obiettivi;
- Evidenza Clinica delle Procedure (Good Practice);
- Benchmark.

Contribuisce al raggiungimento degli obiettivi della programmazione nazionale e regionale in sinergia con le direttive strategiche aziendali, al fine del raggiungimento dell'efficienza gestionale e del miglioramento continuo della performance.”;

- spostamento nell'art.40 “Dipartimento di Prevenzione”, nella “S.C. Medicina Legale”, della “**S.S. Gestione del Rischio Clinico**”, per cui la declaratoria delle funzioni della “S.C. Medicina Legale” è la seguente:

“S.C. Medicina Legale

La struttura interviene nei rapporti tra la persona umana, psichica e fisica, e l'ordinamento giuridico-sociale a tutela delle fasce deboli e non della popolazione, svolgendo attività di accertamento di stati di invalidità di handicap e di disabilità attraverso attività ambulatoriali e domiciliari, occupandosi del rilascio di certificazioni, previa verifica dei criteri previsti dalla legge e gestendo, per l'azienda, le pratiche di responsabilità professionale e dei relativi contenziosi.

Ha come destinatari delle prestazioni privati cittadini, amministrazioni comunali, Strutture del Servizio Sanitario Nazionale, Autorità Giudiziaria e di Pubblica Sicurezza, Sanitari operanti nelle strutture polispecialistiche pubbliche e private presenti nel territorio della Asl3, Medici del Servizio Sanitario nazionale.

La struttura assicura il corretto svolgimento delle attività certificative medico legali su attività ambulatoriali monocratiche e collegiali, consulenze e attività di supporto nelle procedure di rischio clinico e contenzioso giudiziario. Comprende una Struttura Semplice Commissione medica locale patenti.

Le principali attività comprendono:

- Accertamento delle minorazioni civili;
- Accertamento idoneità alla guida Commissione Medico Locale Patenti;
- Istruttoria istanze indennizzo ex L. n. 210/1992;
- Risk management;
- Attività di controllo regolarità amministrativa e contabile;
- Coordinamento delle attività di medicina necroscopica e consulenza tecnica specialistica nel settore della medicina necroscopica per il comparto sanitario territoriale ed ospedaliero;
- Atti Attività medico legale di supporto alle istituzioni;
- Attività ambulatoriale monocratica e attività ambulatoriale in convenzione;
- Collegi Medico-Legali;

- Istanze di astensione anticipata dal lavoro per maternità;
 - Rilascio certificazioni ad uso estensione periodo di comporta (terapia salvavita).
- E' articolazione della Struttura Complessa soprariportata la seguente struttura:
- S.S. Gestione del Rischio Clinico.”;

- all'art.40 “Dipartimento di Prevenzione”, soppressione della “S.S.D. Popolazione a rischio”;

- all'art.35 “Le strutture in staff alla Direzione Sanitaria”, attivazione della “S.S.D.Valutazione e Organizzazione dello screening”, con le seguenti funzioni:

“ S.S.D. Valutazione e Organizzazione dello screening

La struttura presiede:

- ✓ alla gestione organizzativa delle attività riconducibili alla prevenzione secondaria di patologie di rilevanza sociale con particolare riguardo al I II III livello dei LEA programma di screening organizzato del tumore del colon retto, del tumore mammario nella donna e del cervicocarcinoma;
- ✓ allo studio e sviluppo di sistemi di monitoraggio e di valutazione degli indicatori screening (in allineamento alle indicazioni ministeriali / regionali ed in stretta sinergia con le altre strutture aziendali /extra aziendali interessate e con i MMG);
- ✓ all'individuazione, in accordo con la “S.S.D. Valutazione delle attività sanitarie e dei soggetti erogatori esterni” di possibili spazi di omogeneizzazione e razionalizzazione per una maggiore efficienza operativa nel I e II livello screening e di spazi di competenza dei programmi di screening all'interno dei DMT / PDTA aziendali;
- ✓ alla ricerca di partnership di Aziende Pubbliche esterne per l'incrementazione dell'offerta di screening oncologici
- ✓ alla rivisitazione e implementazione dei programmi anche attraverso la partecipazione a progetti regionali / ministeriali e di ricerca organizzativa;
- ✓ al consolidamento o aggiornamento o implementazione dell'applicativo dei programmi di screening in caso di avvio di nuovi percorsi o di revisione di processi già consolidati;
- ✓ al monitoraggio della conformità dei professionisti a percorsi organizzativo-gestionali e diagnostico-terapeutici precedentemente condivisi inter pares;
- ✓ alla promozione e coordinamento delle attività di revisione e confronto tra professionisti, di formazione e di comunicazione verbale e mediatica, interna ed esterna all'azienda;
- ✓ alla programmazione e monitoraggio annuale delle attività di I II livello screening;
- ✓ alla costruzione e aggiornamento dei processi gestionali e diagnostico-terapeutici ebm, delle procedure e del collegamento tra gli applicativi di patologia clinica, anatomia patologica, refertazione radiologica e l'applicativo screening;
- ✓ al counseling telefonico / via e mail intra ed extra aziendale;
- ✓ all'assolvimento debito informativo in relazione a survey ministeriali GISCoR - GISMa – GISCi , a report aziendali di performance del I II III livello screening e a report aziendali la S.C. Pianificazione, Programmazione e Controllo;
- ✓ al coordinamento dei gruppi tecnici aziendali, collaborazione operativa con DMT chirurgico / Breast unit, Formazione, Comunicazione;
- ✓ all'allineamento dei percorsi screening alle procedure aziendali e ai protocolli regionali;
- ✓ alla consegna ritiro provette FOBT, ambulatorio pre colonscopico, recall telefonico per assistiti invitati a I II livello screening ;
- ✓ all'individuazione di forme di facilitazione per implementare l'adesione agli screening offerti da Regione Liguria da parte del personale ASL nell'ambito dei progetti di promozione della salute sul luogo di lavoro (WHP) avviati dall'azienda per ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle Malattie Croniche non Trasmissibili.”;

2. di dare atto che il presente provvedimento, ai sensi dell'art.32.3 dell'atto di autonomia aziendale, non è

soggetto alle procedure di cui agli artt. 9 e 19 della L.R. n. 41/2006 e s.m.i.;

3. di dare atto che l'originale della presente deliberazione, firmato digitalmente, costituito da un documento generato con mezzi informatici, è redatto in conformità alle disposizioni del Codice dell'Amministrazione digitale ed è conservato negli archivi informatici della A.S.L.3;

4. di dare atto che la presente deliberazione è composta da n. 7 pagine

IL DIRETTORE GENERALE
(Dott. Luigi Carlo BOTTARO)

II DIRETTORE AMMINISTRATIVO
(Dott. Avv Luigi BERTORELLO)

IL DIRETTORE SANITARIO
(Dott.ssa Marta CALTABELLOTTA)

IL DIRETTORE SOCIO SANITARIO
(Dott. Lorenzo SAMPIETRO)

IL DIRETTORE
S.C. AFFARI GENERALI
(Avv. Giovanna DEPETRO)

Visto

per la verifica della regolarità contabile

IL DIRETTORE
S.C. BILANCIO E CONTABILITA'
(Dott. Stefano GREGO)

GD/gd
(GCC/AF/Atto az 18-19/rimodulazione atto az ML)
Responsabile procedimento: GENOVESE VIVIANA