

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Ferrara

Anno Accademico 2017-2018

Scienze giuridiche ed economiche
Organizzazione aziendale in ambito sanitario
(prof. Roberto Manfredini)

Nato a FE, il 13/10/1957



Laurea in Medicina e Chirurgia (UniFE, 1982; 110/110 L)

Specializzazioni in: Endocrinologia (Modena, 1985), Medicina Interna (Parma, 1990), Cardiologia (Ferrara, 2004)

Assistente medico, Pronto Soccorso Arcispedale S. Anna, Ferrara (1988-1990)

Ricercatore Universitario di Medicina Interna, AOU Ferrara (1990-2005)

Vice-Direttore, Dipartimento Medico, AOU Ferrara (2002-2005).

Direttore, UOC Medicina Interna, Ospedale del Delta, AUSL FE (2006-2010).

Professore Associato di Medicina Interna, Facoltà di Medicina e Chirurgia di Ferrara (29/12/2008).

Direttore Sez. e UOC di Clinica Medica, AOU Ferrara (1/11/2010).

Professore di Prima Fascia di Medicina Interna dal 1/1/2015, UniFE

Coordinatore del Corso di Laurea in Infermieristica, UniFE (2013-2015)

Docente di Medicina Interna presso i C.d.L. di: Medicina e Chirurgia – Infermieristica – Ostetricia – Fisioterapia – Logopedia – Ortottica – Tecnico Riabilitazione Psichiatrica – LM Proff. San.

e presso numerose Scuole di Specializzazione

Docente di Medicina d'Urgenza presso il C.d.L. di Medicina e Chirurgia

Direttore, Scuola di Specializzazione in Medicina d'Emergenza-Urgenza, Università di Ferrara (2016-17)

Direttore, Dipartimento di Scienze Mediche (2017-oggi)

Consigliere Direttivo (2012-2014) e Vice Presidente Accademia delle Scienze, FE (2014-2016)

Consigliere Direttivo, Ordine dei Medici della Provincia di Ferrara (2012-2014, 2015-2017)

Presidente, Società Medico-Chirurgica di Ferrara (2015-17)

Google Scholar

<https://scholar.google.it/citations?user=9QG5xFgAAAAJ&hl=it>

Citazioni 8213

Indice H 48

i10-index 185

Top Italian Scientists

http://www.topitalianscientists.org/top_italian_scientists.aspx

Top Italian Scientists della Via-academy

Evaluation of Top Italian scientists & academics using Google Scholar database (h-index > 30 only)

PER INFORMAZIONI

DOTT.SSA ISABELLA BAGNARESI

- SEZIONE e UO CLINICA
MEDICA
- Azienda Ospedaliero
Universitaria S.Anna – Cona
- Email clinicamedica@unife.it
- Tel studio 0532/236374
- Fax 0532/236816

Esami: modalità di esame

Test scritto, a domande multiple con unica risposta corretta (n = 30 in 30 minuti), concernente il materiale consegnato agli studenti.

Punteggio: + 1.0 punto per ogni risposta esatta, 0 punti per risposta non data, - 0.25 per ogni risposta sbagliata.

La registrazione del voto dell'insegnamento completo sarà effettuata dal responsabile, prof. RosaMaria Gaudio, che provvederà anche al calcolo della media e conseguente determinazione del voto finale

Manager didattico

Dott. Valerio Muzzioli

Ufficio Manager Didattici c/o il Cubo

0532 455792

valerio.muzzioli@unife.it

ORGANIZZAZIONE AZIENDALE IN AMBITO SANITARIO

Università degli Studi di Ferrara
Scuola di Medicina

Laurea Magistrale delle Professioni Sanitarie

Anno accademico 2017/2018 Docente:

Prof. Roberto Manfredini

1348 In occasione della peste, nascono a Venezia e Firenze i primi “Uffici di Sanità”

Le prime “Magistrature permanenti di sanità” vengono istituite a Milano, Venezia e Firenze intorno alla metà del ‘400

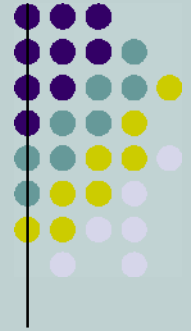
Nel ‘700 nascono le prime forme di mutualismo sanitario

1793 in Inghilterra, prima regolamentazione del mutuo soccorso

1883 in Germania, prima assicurazione pubblica obbligatoria

In Italia

1890



Legge Crispi di riforma ospedaliera: ospedali non più Opere Pie ma Enti autonomi, finanziati e regolati dallo Stato che assume la competenza della Sanità Pubblica, detta norme sull'esercizio delle professioni sanitarie, sull'igiene del suolo e dell'abitato, l'acqua, le malattie infettive l'alimentazione, e sulla polizia mortuaria.

Presso il Ministero dell'Interno viene istituita una Direzione Generale per la Sanità Pubblica e in ogni provincia, presso i Prefetti, gli Uffici Sanitari provinciali.

Nel Comune il Sindaco è l'autorità sanitaria che si avvale di un Ufficiale Sanitario.

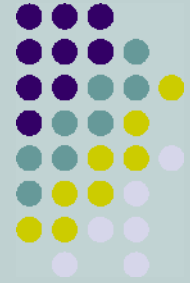
In Italia

1943

La legge 138 rende obbligatoria l'assicurazione sociale di malattia dei lavoratori dipendenti, fino a quel tempo su base volontaria.

Restano esclusi i non lavoratori.

Le istituzioni mutualistiche garantiscono sia l'assistenza sanitaria generica e specialistica, sia quella ospedaliera



In Italia

1958

Viene istituito il Ministero della Sanità.

In ogni Provincia un Ufficio del Medico provinciale e del Veterinario Provinciale alle dirette dipendenze del Ministero.

L'Ufficiale sanitario del Comune, che pure continua a dipendere dal sindaco, diviene organo periferico del Ministero



Verso la riforma



L'assistenza sanitaria viene erogata a quasi tutta la popolazione italiana attraverso enti assicurativi di malattia che, oltre che con propri funzionari, vi provvedono tramite convenzione con medici condotti e liberi professionisti.

Sin tratta di enti autarchici, non territoriali, dotati di personalità giuridica e con gestione autonoma, e casse organizzate su base provinciale e riunite in Federazioni nazionali.

Verso la riforma



Problemi

Pluralità di enti mutualistici e previdenziali, erogatori diretti ed indiretti di prestazioni sanitarie determina un diversificato accesso alle prestazioni

Mancanza di una programmazione nazionale con conseguenti squilibri nella e strutture e nelle possibilità operative

Soluzione

Messa in liquidazione di tutti gli Enti mutualistici e creazione di un Servizio Sanitario Nazionale

Verso la riforma



Gli Ospedali costituiscono il più alto livello di attività diagnostico-terapeutico.

Nella grande maggioranza dei casi fanno capo ad Enti di Assistenza e beneficenza, con propri statuti ed amministratori.

Non mancano casi di Ospedali di proprietà pubblica - Comuni e Province - e dagli stessi enti mutualistici.

Anche essi sono privi di una visione unitaria e di una organizzazione per livelli di complessità

1. La riforma “Mariotti”



Con Legge 132 del 1968, Ministro Mariotti, viene riformato il sistema ospedaliero che prevede la costituzione di Enti ospedalieri, governati da un Consiglio di Amministrazione e definiti nella loro struttura in relazione a livelli di competenza

- regionale/altissima specialità
- interprovinciale/alta complessità
- provinciali/media complessità
- di comunità/ di base

1. La riforma “Mariotti”



Affidamento alle Regioni della direzione effettiva di tutta l'attività ospedaliera grazie al decentramento dei compiti in materia di assistenza ospedaliera.

Avvio del processo di rinnovamento edilizio ospedaliero

2. La riforma “833”

Con la Legge 23.12.1978, n. 833, lo Stato

- incamera 1.207 Enti Ospedalieri
- assorbe gli enti mutualistici e le loro attività
- crea 657 USL - 61 in Sicilia –
- offre a tutti un Servizio Sanitario Nazionale
 - assistenza medica di base
 - assistenza ospedaliera
 - assistenza specialistica
 - assistenza farmaceutica

2. La riforma “833”

Innovazioni tecniche

Unificazione degli enti che assicuravano prevenzione, assistenza e riabilitazione

Obiettivo prevenzione

Potenziamento dei servizi assistenziali di primo livello nel Distretto Sanitario

2. La riforma “833”



Innovazioni politiche

Principio di uguaglianza

Decentramento dei poteri a livello regionale e locale

Gestione affidata ad un organismo elettivo di 2° grado con tutela delle minoranze (in Italia circa 15.000 amministratori)

2. La riforma “833”



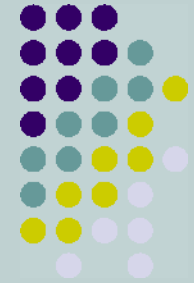
Innovazioni economiche

Programmazione nazionale, regionale e per USL e correlata fissazione delle risorse

Recupero dell'efficienza

Istituzione di una rete di controlli economico-finanziari

2. La riforma “833”



Innovazioni istituzionali

Stato

Organi di indirizzo ed organi ausiliari tecnico-scientifici

Regione

organizzazione e controllo

Livello locale

USL espressione dei Comuni e Gestione dell'offerta sanitaria

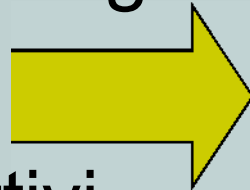
3. La riforma “502/92”



USL ASL

Burocrazia Management

Presidente



Manager

Direttive Obiettivi

Utenti Clienti

Politica Efficienza

3. La riforma “502/92”



Committenti

Regione

Aziende sanitarie

Produttori

Aziende Ospedaliere

Servizi a gestione diretta

Privato accreditato e convenzionato

3. La riforma “502/92”



Innovazioni

Aziende autonome con personalità pubblica

Riduzione del numero

Finanziamento in quota capitaria e a tariffa

Direttore Generale, coadiuvato da DSA e DA

Dirigenza sanitaria su due livelli

Sistema di accreditamento

Obbligo di pubblicità dei risultati

Istituzione del Dipartimento di Prevenzione

4. La riforma “229/99”



- Aziende con Atto Aziendale di diritto privato ed autonomia imprenditoriale
- Livelli di Assistenza determinati contestualmente alla quantificazione delle risorse
- Valorizzazione del ruolo dei Distretti
- Aziende Ospedaliere, con almeno tre alte specialità
- Direttori generali scelti da apposito albo
- Ruolo unico dei dirigenti medici e previsione di incarichi diversificati
- Accreditemento delle strutture pubbliche e private

RIFERIMENTI

Art. 32
della
Costituzione

- “La Repubblica tutela la salute come fondamentale **diritto** dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti”

L. 833/78

- **Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale** come «insieme di funzioni, servizi e attività, che garantisce la tutela della salute»

D. Lgs.
502/92

- **Aziendalizzazione**: governo da politico a tecnocratico
- **Regionalizzazione** della sanità: USL non più strumenti operativi dei Comuni
- **Nuovo sistema di finanziamento**: DRG e tariffe

D.Lgs
229/1999

- **Governo clinico**: appropriatezza, accreditamento
- Sviluppo del ruolo del **distretto**

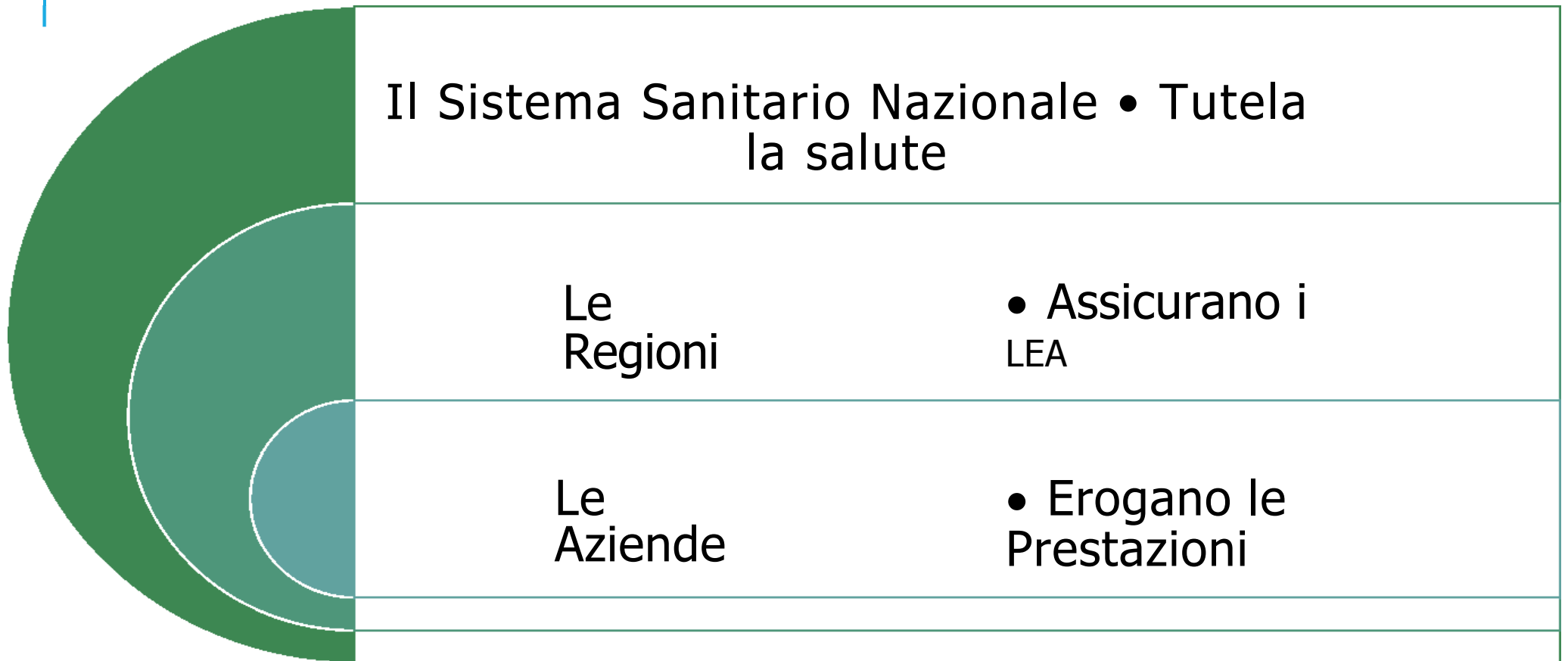
DPCM 29
nov 2001

- Vengono definiti i **Livelli Essenziali di Assistenza**, assicurati dalle Regioni attraverso le Aziende USL, le Ospedaliere, le Az.Ospedaliero-Universitarie, gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico e le strutture private

DM
70/2015

- Regolamento recante definizione degli **standard** qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'**assistenza ospedaliera**

I LIVELLI DI COMPETENZE



L. Costituzionale 18 ottobre 2001: Modifiche del titolo V della Costituzione

- Legislazione concorrente tra Stato e Regioni
- Regioni: potestà legislativa in materia di programmazione e organizzazione dei servizi sanitari e sociali

CHE COSA SONO I LEA?

Le prestazioni e i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto a fornire

a tutti i cittadini,

gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket),

con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale

Cosa è una Organizzazione?



L'insieme di risorse umane e strumentali e di attività che rispondono a criteri di divisione del lavoro e coordinamento base ai principi di

Efficacia

+

Efficienza

e finalizzato al raggiungimento di uno o più

Fini

Cosa è una Azienda?



Il complesso dei beni organizzati dall'imprenditore per l'esercizio dell'impresa.

Art. 2555 Codice Civile

Elementi essenziali:

- Risorse umane
- Risorse economiche
- Struttura organizzativa
- Attività al fine di

**creare ricchezza mediante
produzione e vendita di beni**

Progettare una Azienda



Divisione del lavoro (analisi dei processi produttivi, individuazione delle aree di complessità)

- Divisione dei compiti alle posizioni (definizione di responsabilità/mansioni)
- Organizzazione della leadership (chi orienta le attività)
- Subordinazione degli interessi individuali al fine comune
- Retribuzione
- Spirito di iniziativa

Coordinamento



Mettere insieme, integrare, armonizzare il lavoro di più soggetti, appartenenti alla stessa o a diverse unità operative per evitare duplicazioni, sovrapposizioni, lacune e migliorare efficacia ed efficienza.

L'esigenza cresce con il crescere di differenziazione, dimensioni, complessità

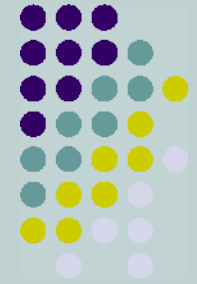
Formalizzazione



Esplicitare in forma scritta ed ufficiale

- **Chi svolge** determinate attività
 - **Che cosa** deve fare un determinato soggetto
 - **Come** devono essere svolte le varie attività e processi
- per disciplinare la variabilità dei comportamenti, mirando a
- Standardizzare i processi di lavoro
 - Proteggere i clienti da comportamenti arbitrari

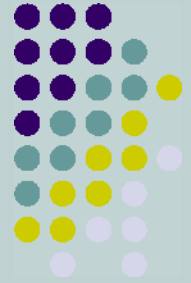
Formalizzazione



I mezzi di formalizzazione organizzativa sono

- Organigramma (chi ed in quale struttura)
- Mansionario o *job description* (compito ed attività degli organi e delle persone)
- Procedure o *flow chart* (come fare le cose ed in che tempi)

Efficacia



Capacità di raggiungere un obiettivo

Efficienza



Capacità di raggiungere un obiettivo
col minor impiego di risorse

Economicità



Efficacia

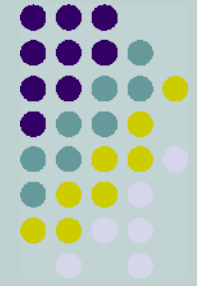
+

Efficienza

=

Economicità

Una Azienda sanitaria?



Insieme coordinato di risorse (umane, finanziarie e tecnologiche) organizzato per raggiungere obiettivi di salute.

Acquisisce risorse (input) sulle quali opera e restituisce prestazioni (output)

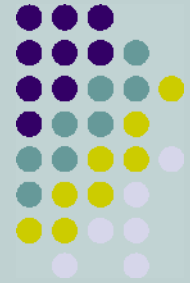
I principi

La Costituzione Italiana

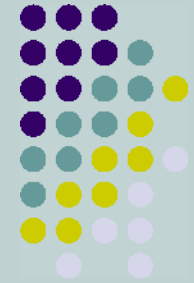
Art. 32

La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti.

Nessuno può essere sottoposto ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.



Piano Sanitario Nazionale



E' lo strumento principale della programmazione sanitaria, ordinariamente triennale, che definisce

- Obiettivi fondamentali di prevenzione, cura e riabilitazione
- Le linee generali di indirizzo del SSN
- I Livelli essenziali di Assistenza
- Gli indicatori di verifica dei risultati raggiunti
- I finanziamenti

Competenze regionali



Spettano alle Regioni, nel rispetto dei principi stabiliti dalle Leggi nazionali, le funzioni legislative ed amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera.

- Organizzazione dei servizi ed attività sanitarie

- Criteri di finanziamento

- Attività di indirizzo tecnico

- Valutazione della qualità delle prestazioni

- Redazione del P.S.R.

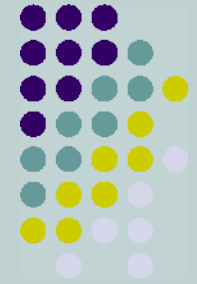
- Articolazione del territorio regionale

- Finanziamento delle Aziende sanitarie

- Vigilanza, controllo e valutazione delle Aziende

- Nomina dei Direttori Generali

Piano Sanitario Regionale



Le Regioni, entro 150 giorni dalla pubblicazione del PSN adottano i PSR, includendo anche la definizione dei modelli organizzativi dei servizi in funzione delle esigenze del territorio e delle risorse disponibili

- Programmazione
- Finanziamento
- Organizzazione
- Funzionamento e controllo delle aziende

Rapporti Stato/Regione



- Lo Stato quantifica le risorse disponibili per il SSN
- In relazione ad esse vengono fissati i LEA
- Le risorse vengono trasferite alle Regioni che organizzano in piena autonomia l'offerta dei servizi
- I costi di eventuale offerta non coperta dalle risorse dello Stato sono finanziati dalla Regione
- La Regione affida alle Aziende l'erogazione dei servizi
- Le Aziende vi provvedono con il solo vincolo del pareggio di bilancio
- Stato e Regioni, nella apposita conferenza, valutano la copertura dei LEA

L'Organizzazione sanitaria



E' conformata all'offerta di

- **Prevenzione primaria**
- **Prevenzione secondaria**
- **Cura in elezione**
- **Cura in emergenza**
- **Riabilitazione**
- **Cronicità**

L'Organizzazione sanitaria



Disegnata sulla base dei principi di

Sussidiarietà

Continuità di cura

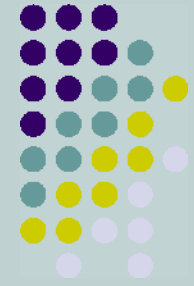
**Rispondenza ai criteri di appropriatezza,
efficacia, efficienza ed economicità**

Livelli di complessità

Integrazione socio-sanitaria

Autonomia imprenditoriale

L'Unità Sanitaria Locale



Aziende con personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale

Assicurano i livelli essenziali di assistenza

Obbligo di pareggio di bilancio

Interagiscono con

- Aziende Ospedaliere
- Aziende Ospedaliere Universitarie
- IRCCS

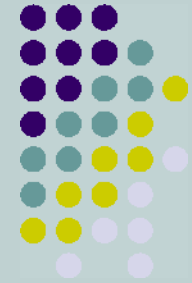
Finanziata a quota capitaria

Autonomia aziendale



- Organizzativa: il DG può scegliere la struttura organizzativa più idonea alla gestione delle attività
- Tecnica: l'azienda definisce i processi e le modalità di impiego dei fattori produttivi
- Patrimoniale: il DG può disporre dei beni che costituiscono il patrimonio aziendale
- Gestionale: il DG fissa gli obiettivi della gestione, programma le attività, distribuisce le risorse, verifica i risultati
- Contabile: ogni azienda ha un proprio bilancio

Le strutture operative



Il Dipartimento

Modello ordinario di gestione operativa, opera come struttura di coordinamento per lo svolgimento di funzioni complesse.

Opera per processi e condivide risorse finalizzate allo stesso obiettivo

E' soggetto negoziale nei rapporti con la Direzione Generale e le altre strutture aziendali

Le strutture operative



Il Dipartimento

Si articola al proprio interno in

- **UOC** Unità Operative Complesse
- **UOS** Unità Operative Semplici

omogenee, omologhe, affini , complementari
che perseguono finalità comuni

2. Definizione del Dipartimento

Il Dipartimento è un'organizzazione integrata di unità operative omogenee, affini o complementari, ciascuna con obiettivi specifici, ma che concorrono al perseguimento di comuni obiettivi di salute.

Esso, con il supporto di un sistema informativo adeguato alla valutazione della produttività e degli esiti in salute, rappresenta il modello organizzativo favorente l'introduzione e l'attuazione delle politiche di Governo Clinico quale approccio moderno e trasparente di gestione dei servizi sanitari e costituisce il contesto nel quale le competenze professionali, ponendosi quale fattore critico per il conseguimento degli obiettivi del dipartimento, rappresentano la principale risorsa dell'organizzazione.

FINALITA DEI DIPARTIMENTI

- **Sinergie per l'efficacia.** L'integrazione ed il coordinamento delle diverse professionalità, che possono utilizzare risorse da loro scelte ed organizzate, aumenta la probabilità della efficacia terapeutica.
- **Garanzia dell'outcome.** La misura degli esiti dei trattamenti deve essere prevista nell'ambito del Dipartimento, per assicurare i risultati migliori in termini di salute, nel rispetto delle risorse economiche disponibili e tramite l'implementazione e la manutenzione sistematica di linee guida nazionali e internazionali;
- **Continuità delle cure.** I percorsi assistenziali, la presenza di professionisti che hanno condiviso scelte terapeutiche ed organizzative, nonché momenti formativi, con la conseguente riduzione di trasferimenti e prese in carico del paziente da parte delle diverse unità operative, favorisce l'integrazione e la continuità delle cure.
- **Integrazione inter-disciplinare.** La elaborazione condivisa di percorsi assistenziali e linee guida favorisce la reciproca conoscenza e valorizzazione dei professionisti delle diverse discipline, incrementando di conseguenza l'efficacia e l'efficienza.

- **Orientamento al paziente.** Nel dipartimento, la visione complessiva delle problematiche del paziente (garantita dalla presenza di tutte le professionalità necessarie ad affrontarla), favorisce l'impiego di percorsi assistenziali mirati, favorendo l'orientamento al paziente di tutti i processi e la migliore gestione del caso.
- **Aumento della sicurezza per il paziente.** La progettazione di strutture e percorsi integrati, l'impostazione interdisciplinare e multi professionale della cura, l'integrazione ed il coordinamento delle risorse sono componenti importanti di un sistema volto alla sicurezza del paziente.
- **Valorizzazione e sviluppo delle risorse umane** La crescita professionale e la gratificazione degli operatori sanitari. è sostenuta dal confronto sistematico delle esperienze e dalla condivisione delle conoscenze attraverso l'elaborazione di percorsi diagnostico-terapeutici, la formazione e l'aggiornamento su obiettivi specifici con verifiche collegiali delle esperienze.

- **Ottimizzazione nell'uso delle risorse.** La gestione comune di personale, spazi e apparecchiature facilita l'acquisizione e la più alta fruizione di tecnologie sofisticate e costose e favorisce l'utilizzo flessibile del personale consentendo soluzioni assistenziali altrimenti non praticabili. Essa permette altresì l'attivazione di meccanismi di economia di scala con la conseguente riduzione della duplicazione dei servizi e razionalizzazione della spesa.
- **Responsabilizzazione economica.** Gli operatori sanitari vengono coinvolti attraverso la gestione diretta del bilancio assegnato e la loro partecipazione nella realizzazione degli obiettivi del dipartimento. La valutazione del personale sui risultati, con verifiche periodiche, è uno strumento di garanzia per la piena valorizzazione del personale e l'attuazione di una gestione efficiente.
- **Organizzazione e sviluppo della ricerca.** Amplia le possibilità di collaborazione a progetti di ricerca biomedica e gestionale e favorisce l'applicazione dei risultati nella pratica quotidiana

5.1 Criteri di aggregazione

I più comuni sono:

- Per aree funzionali omogenee
- Per settore /branca specialistica
- Per età degli assistiti
- Per organo/apparato
- Per settore nosologico
- Per momento di intervento sanitario/intensità e gradualità delle cure

Nella realtà, questi non rappresentano gli unici criteri di aggregazione; infatti, essendo il dipartimento un insieme di relazioni finalizzate, le singole aziende possono scegliere quali sono quelle da privilegiare, tenendo conto degli obiettivi strategici, delle interdipendenze fra unità operative e delle situazioni logistiche dell'azienda.

A seconda del coinvolgimento di unità operative ospedaliere o territoriali si identificano:

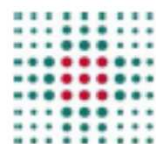
- **dipartimenti aziendali**, costituiti da unità operative della stessa azienda;
- **dipartimenti interaziendali**, derivati dall'aggregazione di unità appartenenti ad aziende sanitarie diverse.

Il dipartimento aziendale può essere:

- **ospedaliero**, costituito esclusivamente da unità operative appartenenti all'ospedale;
- **transmurale**, costituito da unità intra ed extra ospedaliere facenti parte della stessa azienda;
- **ad attività integrata o misto**, costituito da unità ospedaliere ed universitarie.

Il dipartimento interaziendale può essere:

- **gestionale**, dove si realizza la gestione integrata di attività assistenziali appartenenti ad aziende sanitarie diverse;
- **tecnico-scientifico**, con scarsa integrazione operativa e gestionale, ma con un ruolo di indirizzo e di governo culturale e tecnico di alcuni settori sanitari.



GOVERNANCE unitaria

NUOVO ORGANISMO DI VERTICE INTERAZIENDALE: DIREZIONE OPERATIVA INTERAZIENDALE, FORMATA DALLE DUE DIREZIONI STRATEGICHE

- CONDIVIDE LA PROGRAMMAZIONE STRATEGICA CON CTSS
- APPROVA CONVENZIONE QUADRO E CONVENZIONI SPECIFICHE PER ATTIVITA' UNITARIE, SANITARIE ED AMMINISTRATIVE
- APPROVA E NEGOZIA I BUDGET CON I CAPI DIPARTIMENTO E SERVIZI UNICI
- APPROVA UNIVOCHE MODALITA' DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE
- SVILUPPA IL MONITORAGGIO DEGLI OBIETTIVI E DELLA PROGRAMMAZIONE, CON STAFF CHE OPERANO IN MODO SINERGICO

Le strutture operative



Il Dipartimento

le strutture interne, mantengono la loro autonomia e responsabilità professionale, ma sono tra loro interdipendenti al fine di costruire risposte di salute unitarie, flessibili, razionali, tempestive e complete.

A tal fine vengono adottate regole condivise di comportamento assistenziale ed economico.

Le strutture operative



Il Dipartimento Strutturale

hanno la gestione diretta delle risorse – umane e tecnologiche - loro assegnate

Funzionale

non ha struttura gerarchica, al suo direttore spettano compiti di coordinamento interdisciplinare e indirizzo

Misto

se costituito fra strutture ospedaliere e territoriali o di Aziende diverse

Le strutture operative



Il diverso combinarsi di tali fattori, che può mutare nel tempo, determina la individuazione di

Strutture Complesse

Articolazioni organizzative affidate ad un Direttore alle quali è attribuita la gestione delle risorse umane, tecniche e finanziarie dedicate, coordinate a livello dipartimentale.

Strutture Semplici

Articolazioni organizzative all'interno di strutture aziendali - complesse o dipartimentali - affidate ad un Responsabile, alle quali è attribuita la gestione di risorse umane, tecniche e finanziarie dedicate, coordinate a livello di Struttura complessa o di Dipartimento.

Le strutture operative



Il Direttore di Struttura complessa

- negozia il budget
- definisce i piani di attività in relazione agli obiettivi assegnati
- effettua la valutazione dei propri collaboratori
- avvia i procedimenti disciplinari
- definisce i protocolli e ne accerta la applicazione
- assicura la formazione professionale
- concorre alla definizione dei programmi aziendali
- definisce ed assegna gli obiettivi ai dirigenti della sua struttura
- predispone una relazione annuale sui risultati conseguiti, le criticità riscontrate, le opportunità da cogliere
- governa le risorse assegnategli

Le strutture operative



Il Responsabile di Struttura semplice

- coadiuva il direttore della Struttura complessa o del Dipartimento nella valutazione del personale assegnatogli
- negozia con il Direttore della Struttura cui appartiene il budget e lo gestisce
- dirige il personale assegnatogli
- Definisce i piani di attività in relazione agli obiettivi assegnatigli
- predisporre una relazione annuale sui risultati conseguiti, le criticità riscontrate, le opportunità da cogliere
- concorre alla definizione dei programmi aziendali
- definisce ed assegna gli obiettivi ai dirigenti della sua struttura

Gli Organi



- **Direttore Generale**
- **Collegio Sindacale**
- **Collegio di
Direzione**

Il Direttore Generale



Ha la rappresentanza legale dell'ente

Risponde degli obiettivi assegnatigli

E' responsabile della gestione complessiva

Verifica, mediante valutazioni comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati, la corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate nonché l'imparzialità ed il buon andamento dell'azione amministrativa

Adotta l'Atto Aziendale

Nomina i responsabili delle strutture operative

Attribuisce le risorse alle strutture operative

Il Direttore Generale



Viene nominato dal Governo regionale

E' coadiuvato dal

Direttore sanitario

Medico con qualificata attività di direzione tecnico-sanitaria

Dirige i servizi sanitari ed esprime pareri sugli aspetti sanitari

Direttore amministrativo

laureato in materie giuridiche o economiche con qualificata esperienza di direzione, dirige i servizi amministrativi

Il Direttore Generale



- non è eleggibile in incarichi politici
- non è compatibile con incarichi politici
- non è nominabile, se ha svolto incarichi politici, per 5 anni nel territorio in cui ha svolto la funzione di DG
- non è nominabile nell'Azienda da cui dipende
- non è nominabile se con precedenti penali
- è soggetto a valutazione

Il Collegio sindacale



- dura in carica tre anni
- è composto da cinque componenti
 - Due designati dalla Regione
 - Uno dal Ministero del Tesoro
 - Uno dal Ministero della Sanità
 - Uno dalla conferenza dei Sindaci
- verifica la gestione economica aziendale
- vigilia sull'osservanza della legge
- accerta la regolarità dei documenti contabili
- riferisce alla Regione ogni tre mesi

Il Collegio di direzione



- Ha funzioni consultive e propositive
- Coadiuvava il DG nel governo dell'Azienda
 - programmazione e valutazione delle attività
 - definizione degli obiettivi
 - organizzazione delle risorse
- E' presieduto dal DS
 - Direttore amministrativo
 - Direttori dei dipartimenti
 - Coordinatori sanitari ed amministrativi
 - un dirigente dell'area sanitaria ed uno professionale
 - tre MMG/PDLS ed uno specialista ambulatoriale

Il ciclo della organizzazione



Pianificazione

Programmazione

Controllo

Programmazione

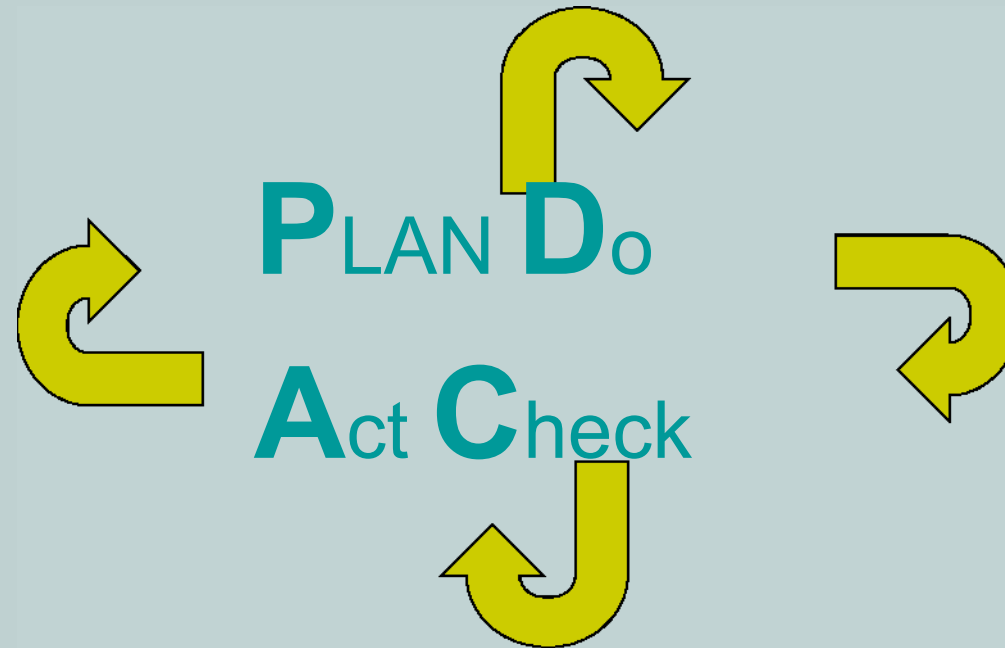
Controllo

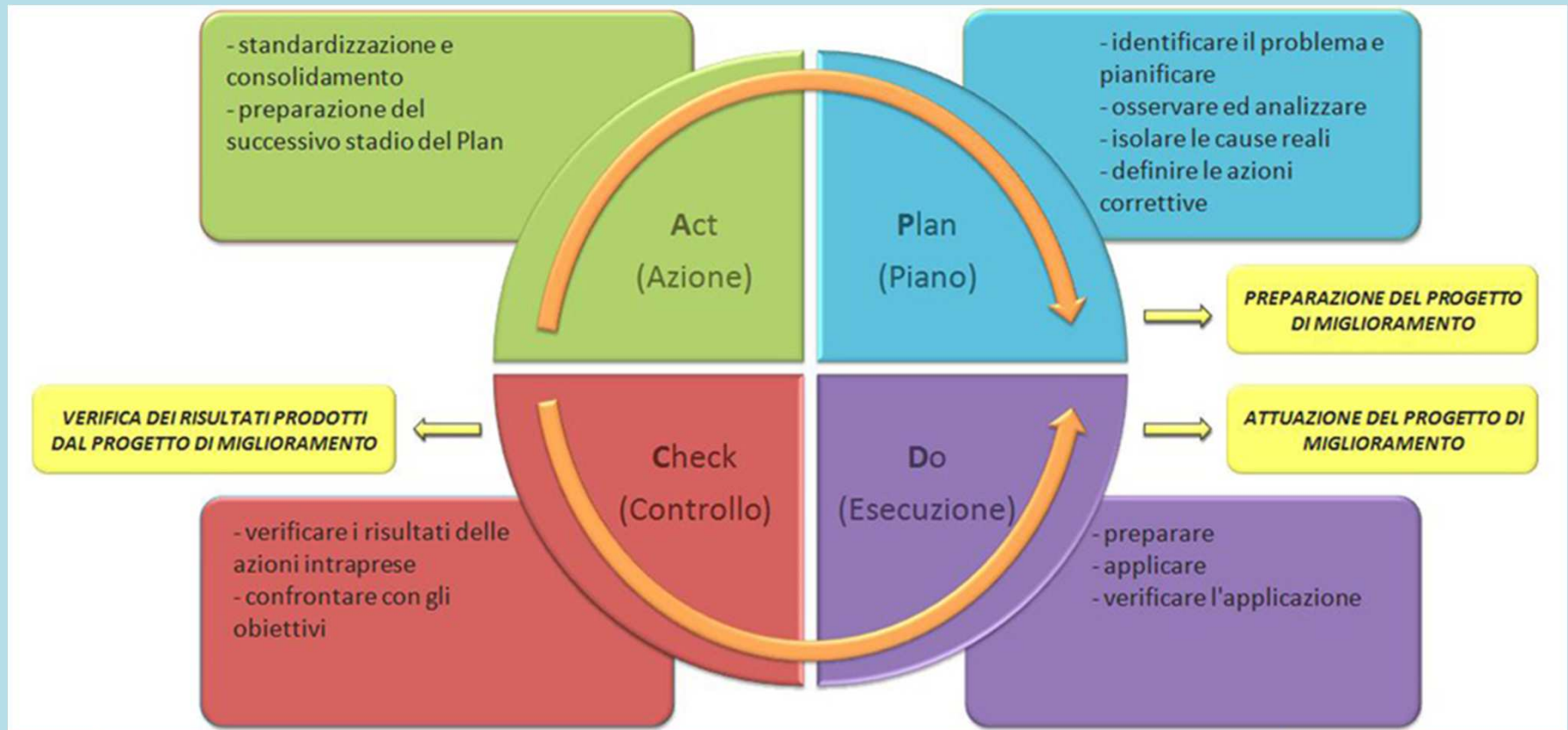
Programmazione

Controllo

Programmazione

Il Ciclo PDCA





Il Ciclo PDCA



1. Plan

- Identificazione del problema
- Ricerca delle cause
- Proposte di soluzione, valutazione efficacia/fattibilità tenendo conto dei vincoli e delle risorse
- Definizione dell'obiettivo

2. Do

- Definizione del Piano di miglioramento

3. Check

Verifica dei risultati

1. Act

Standardizzazione della soluzione o riavvio del ciclo PDCA

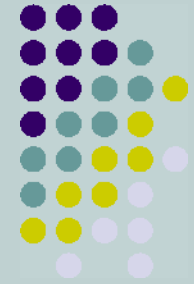


Audit

Esame sistematico ed indipendente mirato a stabilire se le attività svolte per la qualità ed i risultati ottenuti sono coerenti con quanto stabilito, e se quanto stabilito viene attuato efficacemente e risulta idoneo al conseguimento degli obiettivi

Audit

Interno



È la stessa organizzazione che verifica sé stessa mediante **verifiche ispettive** o **autovalutazione** per valutare la correttezza dei documenti e la coerenza delle registrazioni con i comportamenti

Esterno

Di terza parte, indipendente

Di seconda parte, cliente su fornitore



Audi

Scopo^t dell'Audit è raccogliere evidenze oggettive sull'attività dell'Azienda per consentire al suo responsabile di

- dare un giudizio motivato sulla conformità e sull'efficacia del sistema
- Prendere decisioni efficaci per migliorare il sistema
- Accrescere la tensione della struttura
- Ridurre le criticità
- Identificare le opportunità di miglioramento

Audit



Fasi

- Pianificazione e preparazione
- Conduzione dell'Audit
- Reporting dei risultati
- Accordo sulle azione di correzione
- Azioni di follow up

Conduzione dell'Audit



1. Individuare i fatti

Chi/Cosa/Come/Dove/Quando/Perché

1. Registrare l'evidenza

acquisire i dati dimostrativi dei fatti

1. Valutare le conformità

rispetto a standard, linee guida, procedure

1. Classificare

in base alla significatività alta, media, bassa

Il ciclo della organizzazione



Pianificazione

Determina gli obiettivi di fondo riferiti al lungo e medio periodo (5/3 anni)

Risponde alla domanda

- Cosa desidero? (sogno/qualità positiva)
- Cosa debbo? (bisogno/qualità negativa)

Il ciclo della organizzazione



Strumenti della pianificazione

- Nazionale: Piano Sanitario Nazionale
- Regionale: Piano Sanitario Regionale
- Aziendale: Piano Attuativo Aziendale

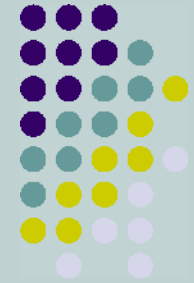
Il ciclo della organizzazione



Programmazione

Individua per il breve periodo (1/2 anni) gli obiettivi intermedi per il raggiungimento degli obiettivi di Piano.

Il ciclo della organizzazione



Strumento della programmazione è il

Budget

Bilancio di previsione annuale o pluriennale.

Programma delle operazioni da compiere in un certo periodo (l'anno) finalizzato al raggiungimento di certi obiettivi attraverso la quantificazione delle risorse occorrenti

Il Budget



- Obbliga tutte le aree aziendali a riflettere sulle attività di propria competenza, impostare programmi e monitorare (controllo continuo) le attività
- Promuove la comunicazione fra le diverse aree aziendali e la mediazione fra fabbisogni contrastanti
- Fornisce criteri di valutazione delle performance condivisi

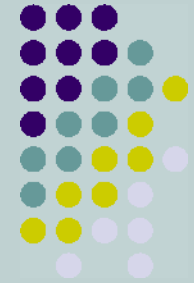
Il Budget



E' un documento formale risultante di un processo di elaborazione che dura alcuni mesi, durante i quali, mediante un processo continuo di approssimazione progressiva

- Si indicano gli obiettivi aziendali del periodo
- Si indicano le risorse aziendali disponibili
- Si definiscono programmi e progetti
- Si quantificano i fabbisogni di risorse
- Si definiscono, e si pesano, i risultati attesi ed al termine, raggiunta la condivisione, si sottoscrive il documento

Gli Obiettivi



Il livello di raggiungimento degli obiettivi viene monitorato e rilevato trimestralmente per introdurre eventuali elementi correttivi.

Il raggiungimento determina la corresponsione di un incentivo economico e concorre alla valutazione dei dirigenti al fine della conferma degli incarichi

Il ciclo della organizzazione



Controllo di Gestione

Sistema direzionale con cui i managers - ai vari livelli e ciascuno per il proprio - si accertano che la gestione si svolga in condizioni di efficienze ed efficacia in modo da permettere il raggiungimento degli obiettivi prestabiliti ed esplicitati in sede di pianificazione strategica e di programmazione

Il Reporting

I Report si distinguono in

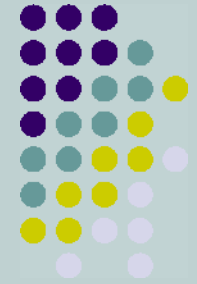
Finali o annuali, focalizzano i risultati e l'andamento dell'intero esercizio

Periodici, relativi ad un segmento temporale

Proiettivi, individuano sulla base dei dati disponibili il risultato finale



Il Reporting



Destinatari interni dei Report

- Alta direzione
- Direttori di Dipartimento
- Direttori di Unità Operative

Destinatari esterni dei Report

- Assessorato alla Sanità
- Ministero della Salute

Gli indicatori



Espressione quantitativa

(numero, percentuale, tasso, proporzione, etc)

utile ad una rappresentazione sintetica

“Cruscotto” dei molteplici ed unitari aspetti

Quantitativi

Qualitativi

del sistema in esame

Gli indicatori



Un indicatore è valido se è:

Semplice: l'aspetto che l'indicatore vuole cogliere deve essere facilmente comprensibile

Finalizzato: costituito da misure rappresentative capaci di cogliere l'obiettivo proposto

Condiviso: Applicabile nella maggior parte delle situazioni

Accurato: Non inficiato da errori sistematici

Riproducibile: Idoneo a misurare sempre allo stesso modo lo stesso fenomeno

Integrabile: in grado, se associato ad altri, di dare una informazione globale della situazione

Gli standard

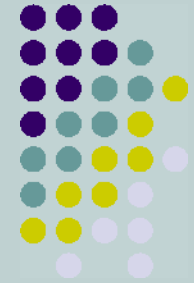


E' il valore atteso per ciascun indicatore.

Deve essere

- Condiviso
- Impegnativo
- Raggiungibile
- Rapportato al presente

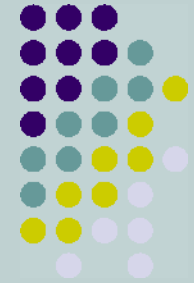
Organizzazione professioni



Inserite all'interno dello Staff della Direzione Generale per le Professioni sanitarie

- infermieristiche e ostetriche
- sanitarie e di riabilitazione
- tecnico-sanitarie
- tecniche di prevenzione vigilanza ed ispezione
- servizio sociale

Organizzazione professioni



Le loro funzioni:

- Elaborare indirizzi e modelli organizzativi che favoriscano la standardizzazione delle prestazioni e la definizione della qualità delle stesse
- Promuovere ed attuare modelli di prevenzione, di cura e riabilitazione orientati alla personalizzazione ed umanizzazione delle prestazioni sanitarie

Organizzazione professioni



- Promuovere l'educazione sanitaria mirata alla prevenzione
- Definire programmi clinico-assistenziali di propria competenza
- Partecipare alla individuazione e realizzazione degli obiettivi dell'Azienda
- Programmare, dirigere e gestire le risorse umane, individuando standard e criteri per una equa distribuzione delle risorse

UOC Clinica Medica



- L'attività assistenziale della UOC Clinica Medica, del Dipartimento di Scienze Mediche dell'Università di Ferrara, si espleta all'interno del Dipartimento Medico ad attività integrata dell'Azienda ospedaliero Universitaria S.Anna-
Cona
- L'U.O Clinica Medica è rappresentata da una Degenza di 21 posti letto sita al Blocco 2C2 e da attività ambulatoriali.
- I pazienti afferiscono al reparto attraverso il PS, su proposta del Medico di Base o autonomamente ricoverati in caso di specifico interesse e/o difficoltà diagnostico/terapeutiche; il bacino d'utenza è la popolazione di Ferrara e delle provincie limitrofe.

UOC Clinica Medica



- L'attività assistenziale è integrata da una attività ambulatoriale ; all'UOC Clinica Medica afferisce il Centro dell'Ipertensione impegnato nell'assistenza ambulatoriale per pazienti interni ed esterni. Esso opera nell'ambito dell'Azienda Ospedaliera Universitaria con le seguenti finalità:
- -riconoscimento e valutazione dei soggetti con sospetto/diagnosi preliminare di ipertensione arteriosa;impostazione e controlli di una corretta terapia;ove ritenuto utile, studio delle caratteristiche cronobiologiche del caso ai fini dell'impostazione di una corretta cronoterapia.

UOC Clinica Medica



□ All'UOC afferisce anche l'Ambulatorio Allergologico.

Esso opera nell'ambito dell'Azienda Ospedaliera Universitaria con le seguenti finalità:

- erogazione di prestazioni di carattere preventivo, diagnostico e terapeutico a soggetti inviati nel sospetto di malattia allergica od atopica;
- ottimizzazione delle metodologie attuali e sperimentazione di nuove metodiche/tecnologie nella diagnosi delle malattie allergiche.

UOC Clinica Medica: mission



- L'UO Clinica Medica, nel rispetto delle linee fondamentali del Dipartimento, assicura la migliore qualità delle prestazioni assistenziali, diagnostico e terapeutiche nel rispetto delle persone e con un'attenzione costante all'eccellenza.
- La Mission dell'UO si concretizza quindi nell'attuazione dei seguenti obiettivi:

UOC Clinica Medica: mission



- Contribuisce all'attività didattica e di formazione pre e post laurea, relativa ai corsi di laurea, di specializzazione e di ogni altra attività didattica istituzionale della facoltà di Medicina e Chirurgia
- Svolge attività di formazione in ambito clinico rivolto ai professionisti dell'UOC, del Dipartimento, dell'Azienda e a tutti i professionisti interessati a problemi internistici attraverso seminari e incontri di pratica clinica
- Svolge attività di ricerca in ambito internistico
- Assicura un'assistenza di alta qualità
- L' UOC Clinica Medica si occupa della diagnosi , assistenza e trattamento delle patologie internistiche a decorso acuto, sub-acuto e cronico;
- offre una attività di speciale competenza per le patologie dell'ipertensione arteriosa e delle sue complicanze e per le patologie e allergo-immunologiche
- Sviluppa attività di alta specializzazione, coerentemente con la mission del dipartimento in specifici settori per garantire ai pazienti un'offerta assistenziale in linea con i continui progressi nel campo internistico

UOC Clinica Medica: vision



- Garantire il miglioramento qualitativo continuo attraverso un processo che nasce dall'ambito assistenziale e ad esso ritorna attraverso gli strumenti della ricerca e della formazione. Questo anche attraverso il consolidamento e miglioramento delle strategie di svolgimento di funzioni didattiche, formative pre e post-laurea basate sull'integrazione delle competenze dei diversi settori diagnostici ed assistenziali dell'UO, e con il perseguimento e sviluppo di progetti di ricerca in ambito clinico ed epidemiologico.

UOC Clinica Medica: obiettivi generali



In accordo con la politica del Dipartimento l'UOC Clinica Medica si propone di perseguire i seguenti obiettivi generali:

- Promuovere la politica del razionale e corretto utilizzo delle risorse coinvolgendo tutte le figure professionali operanti;
- Contribuire in accordo con le direttive aziendali e dipartimentali al raggiungimento degli obiettivi di budget;
- Erogare assistenza completa e qualificata attraverso le integrazioni di competenze professionali convergenti, utilizzando modelli organizzativi appropriati;
- Garantire la migliore qualità delle prestazioni assistenziali e diagnostico terapeutiche;
- Applicare i protocolli e le procedure specifiche rivolte alla riduzione delle complicanze e del rischio.

UOC Clinica Medica: obiettivi specifici



- Svolgimento di attività di ricerca in ambito clinico ed epidemiologico;
- Attività didattico-formativo e di tutoraggio agli studenti iscritti ai CdL dell'Università di Ferrara, ai tirocinanti neolaureati, ai medici specializzandi, e a tutti i medici che, a vario titolo, frequentano la struttura;
- Organizzazione e svolgimento di corsi di aggiornamento, seminari, convegni, rivolti a tutti i professionisti afferenti alla UOC, al Dipartimento e a tutti coloro che siano interessati agli argomenti di volta in volta trattati;
- Sviluppo di attività clinica di alta qualità nel settore internistico
- Sviluppo di programmi di audit con il coinvolgimento di tutte le figure professionali operanti nelle strutture;
- Particolare attenzione alla gestione della sicurezza e del rischio per pazienti ed addetti che si concretizza nell'adesione alle procedure aziendali specifiche (cadute da letto, prevenzione e trattamento delle lesioni da pressione, progetto S.I.O.S)

UOC Clinica Medica

linee di ricerca



- Funzione renale e malattie metaboliche e cardiovascolari (diabete mellito, infarto miocardico, embolia polmonare, ictus); sindrome cardio-renale;
- Cronobiologia clinica e cronoepidemiologia delle patologie acute cardiovascolari, potenziali fattori di rischio, outcome clinico e strategie terapeutiche;
- Arteriopatia obliterante cronica degli arti inferiori, comorbidity cardiovascolare, esercizio fisico personalizzato, analisi di qualità della vita e relazione costo-efficacia.
- Aeroallergeni e pollinosi; allergia alimentare e da inalanti; epidemiologia delle reazioni avverse a farmaci;
- Ipertensione, ritmi biologici e cronoterapia.
- Gastroenterologia: obesità, nutrizione, epatopatie