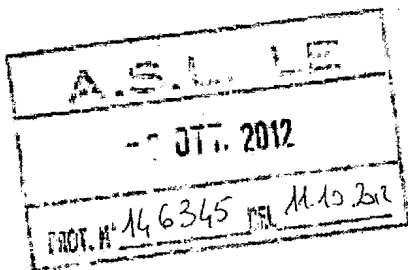


SI ASSEGNA PER IL
SEGUITO DI COMPETENZA
AL DG/DS

Al Direttore Generale ASL Lecce
Dott. Valdo Mellone

Al Direttore Sanitario ASL Lecce
Dott. Ottavio Narraeci

Via Miglietta, 5-73100 Lecce



Oggetto: "Progetto Dipartimento delle Professioni Sanitarie e del Servizio Sociale Professionale - D.I.T.R.O.S. S. - ASL Lecce".
Stato dell'arte - Analisi contesto e criticità.

In merito all'incarico di "project manager", finalizzato all'elaborazione dell'oggettivo Progetto, affidato con nota del 21 giugno u.s. dalle SS.LL. alla scrivente Dott.ssa Francesca Parisi, Dirigente delle Professioni Sanitarie in servizio presso la ASL Taranto, si relaziona quanto di seguito.

Dopo una prima personale indagine conoscitiva del contesto, in data 19 luglio 2012, al fine di notiziare in maniera corretta il personale di comparto, si è proceduto a convocare, presso l'aula didattica del Centro Formazione, i coordinatori delle strutture sanitarie e sociali insistenti nell'Azienda, in rappresentanza di tutto il personale afferente all'area di interesse. Presenti per la Direzione Sanitaria il C.P.S.E. coordinatore Dott. Giuseppe Perrone e il Dirigente Medico Dott.ssa Fulvia Scrimieri.

Nel corso dell'incontro, molto vivace e coinvolgente, è emersa una profonda diffidenza nei confronti dell'iniziativa, dovuta alla sfiducia derivante dal background collettivo, e la constatazione della non conoscenza del significato stesso di Dipartimento.

Ciò nonostante, il desiderio e la voglia di cambiamento hanno generato una forte adesione alla costituzione del gruppo di lavoro.

Nei tempi concordati (una settimana), gli aderenti, dopo aver consultato i colleghi, hanno comunicato alla segreteria della Direzione Sanitaria, i nominativi dei componenti del costituendo gruppo (scheda in allegato).

Il gruppo di progetto, così formato, si è incontrato presso la sala riunione sita al 1° piano della Direzione Generale in data: 31 luglio, 28 agosto, 24 settembre, 03 ottobre, 10 ottobre.

Le riunioni sono risultate proficue; tra un incontro e l'altro, inoltre, lo scambio di pareri ed opinioni è continuato per via telematica.

Per una partecipazione più ramificata il gruppo ha attivato, a cascata, ognuno nelle rispettive sedi, dei sottogruppi di approfondimento.

Le idee sono state tante, ad ampio raggio, bellissime, alcune troppo avanti rispetto alla attuale normativa e quindi, allo stato, non realizzabili.

In maniera pragmatica si è ricondotto il lavoro al "qui ed ora", ed il risultato è nel Progetto, in uno alla presente, che è stato elaborato.

Per opportuna conoscenza, preme evidenziare, però, lo stato dell'arte, profondamente analizzato, i cui frammenti più significativi si riportano di seguito.

Ne deriva che il Dipartimento delle Professioni Sanitarie e del Servizio Sociale Professionale, la cui attivazione non è più procrastinabile, rappresenta la risposta integrata ed unitaria alla globalità dei bisogni dei cittadini, ovvero la garanzia di una assistenza infermieristica, ostetrica, tecnica, nonché sociale professionale, efficace, efficiente, appropriata, e, soprattutto, in sicurezza.

Frammenti di analisi dello stato dell'arte

Area della Formazione

Nel panorama professionale la formazione permanente riveste un ruolo centrale, quale motore di cambiamenti, per il miglioramento della qualità delle prestazioni. *"...è quindi evidente che le organizzazioni sanitarie per rispondere all'innovazione debbono accrescere le abilità, le competenze e le identità individuali..."* (cit. da A. Battistelli, V. Majer, C. Odorati, *Sapere, fare, essere. Formazione come percorso di cambiamento nelle organizzazioni*). E' perciò fondamentale gestire la formazione come un vero processo e come "sistema" amministrato da uno specifico Servizio ove gli operatori siano in possesso di competenze di "management" della formazione.

Da un indagine conoscitiva sulle attività di formazione dell'ASL Lecce sono però emerse le seguenti criticità:

- Non sempre la formazione corrisponde ai bisogni formativi dei dipendenti;
- Formazione e organizzazione non sono in sintonia;
- Mancato studio delle ricadute della formazione in ambito operativo.

Presidi Ospedalieri

In alcune realtà esiste ancora la subordinazione del personale di comparto nei confronti del personale medico. Gli operatori delle professioni sanitarie dell'area delle scienze infermieristiche, tecniche e della professione sanitaria ostetrica, non svolgono con autonomia le attività dirette alla prevenzione, cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva, non espletando così quelle che sono le funzioni proprie di ogni profilo professionale.

Il medico considera ancora il personale infermieristico "personale ausiliario", non c'è rispetto dei ruoli e delle competenze, in parte da imputare agli stessi operatori che subiscono per timore di ritorsioni, ma che, soprattutto, non sempre operano con professionalità.

La carenza di personale di supporto aggrava ulteriormente la situazione poiché gli operatori sono fagocitati in attività improprie; si creano così tensioni, nervosismi, spreco di energie non indirizzate alle attività assistenziali.

Non ci sono riunioni periodiche tra coordinatori. Incontri importanti per uno scambio di idee, condivisione di strumenti di lavoro, innovazioni da applicare nel settore dell'assistenza per essere al passo con l'evoluzione scientifica e tecnologica.

I coordinatori e gli infermieri spesso non vengono formati per l'utilizzo di attrezzature in dotazione al reparto, sono però chiamati in causa e richiamati quando le attrezzature non funzionano.

Non c'è integrazione e manca il rispetto dei ruoli.

La maggior parte dei coordinatori non firmano le ferie del personale di comparto, nelle realtà in cui avviene è subordinata alla firma del direttore medico. Anche la valutazione del personale di comparto è effettuata dal direttore medico.

Mancano linee guida - protocolli - procedure - check list, strumenti di lavoro condivisi, approvati e unificati per tutte le UU.OO.

Nei Servizi andrebbero rivisti i carichi di lavoro, si rende necessaria una nuova organizzazione con la definizione degli ambiti lavorativi ed un maggiore coinvolgimento del personale di comparto anche per l'acquisto delle apparecchiature. Mancano protocolli e procedure per la identificazione dell'utente/paziente.

Nell'applicazione del regolamento sui procedimenti disciplinari, si fa discriminazione tra personale di comparto e personale medico.

Non ci sono le condizioni per la tutela dei lavoratori a rischio di infortuni o incidenti sul posto di lavoro, sono molto carenti i D.P.I.

Le divise non permettono la giusta classificazione e quindi identificazione e distinzione dei ruoli.

La cartella infermieristica, utilizzata solo in alcuni reparti, risale ad un modello introdotto nel lontano 2000/2001, andrebbe rielaborata e adeguata alle nuove metodologie lavorative.

Non vi è raccordo tra ospedale e territorio, forse per l'assenza di personale preparato adeguatamente che supervisioni e coordina tale forma di assistenza.

I coordinatori lamentano l'assenza nei reparti del Coordinatore "dell'Ufficio Infermieristico" e le pochissime riunioni con lo stesso che dovrebbe invece essere il loro punto di riferimento. A tal proposito appare opportuno riportare il lavoro giornaliero del personale assegnato al cosiddetto "Ufficio Infermieristico":

- lavoro di segreteria che abbraccia problematiche di vari settori (sanitari, amministrativi, tecnici, di personale medico);
- gestione di tutta la procedura delle schede di valutazione dei medici, dalla presa in carico della documentazione, alla raccolta e controllo di ogni singola scheda, con tutte le problematiche relative alla compilazione da parte dei direttori medici;

- problematiche tecniche inerenti il malfunzionamento di impianti idrici, elettrici e quant'altro di competenza della Direzione Amministrativa e/o dell'Arca Tecnica;
- gestione, dal 2009, dell'attività libero professionale del personale medico, in tutta la sua complessità, tanto da fungere da "referente ufficio periferico ALPI", su disposizione della stessa Direzione Medica di Presidio (P.O. Scorrano);
- gestione del personale delle pulizie (Sanità-service) nelle problematiche giuridico- amministrative, personale appartenente ad una società in house e come tale di competenza esclusivamente per l'igiene ospedaliera.

Come si evince da quanto descritto i Coordinatori ed il personale infermieristico non operano secondo quanto stabilito dalla normativa vigente, nel rispetto delle funzioni proprie del profilo professionale di appartenenza.

L' Ufficio Infermieristico non è nelle condizioni di poter svolgere le proprie funzioni, di poter gestire le risorse umane e materiali secondo le necessità assistenziali e di monitorare i processi organizzativi ed assistenziali di competenza.

E' quindi particolarmente importante ponderare l'intero processo di revisione ed implementazione delle competenze e delle responsabilità professionali, investire nella professione infermieristica /ostetrica/ tecnica, ponendo le basi per la dovuta autonomia e responsabilità professionale al fine di favorire un sistema capace di sostenere e soddisfare le esigenze dei servizi e della popolazione.

Proposte:

- a) Sviluppo organizzativo dei processi e realizzazione dei piani di verifica e revisione delle qualità delle prestazioni;
- b) Valutazione e sviluppo qualità delle prestazioni tecnico - assistenziali;
- c) Accredimento dell'eccellenza e certificazione del personale;
- d) Standardizzazione delle attività assistenziali e degli strumenti operativi;
- e) Individuazione/revisione di pratiche assistenziali mediante EBN/EBP e collaborazione con Istituti di Ricerca, approvazione di progetti e promozione di scambi interprofessionali e interaziendali;
- f) Adozione/promozione di modelli organizzativi/assistenziali e tecnici;
- g) Individuazione di un percorso specifico per l'accoglienza e l'inserimento delle nuove risorse umane, in particolar modo nelle aree critiche;
- h) Valutazione del personale attraverso nuovi indicatori e parametri;
- i) Piani di formazione ed aggiornamento professionale obbligatorio più adeguato alle esigenze delle singole unità operative.

Distretti Socio Sanitari

Si segnala:

- Disomogeneità di trattamento assistenziale degli utenti con conseguente necessità di uniformare gli interventi a tutela della salute;
- notevoli difformità nel calcolo e nella definizione delle dotazioni organiche;
- mancanza di modelli organizzativi uniformi ed omogenei che incidono sulla qualità delle prestazioni erogate, anche volti al corretto utilizzo di risorse rispetto alle nuove figure assistenziali;
- diseconomicità derivante da un trattamento che non è multidisciplinare ed interdisciplinare dell'assistito, con ricadute per l'efficacia e l'efficienza del sistema cure.

Seus 118

Il Servizio Emergenza Urgenza Sanitaria – SEUS 118 , attivato nel territorio della provincia di Lecce il 1° marzo 2003, su un territorio di 2759,4 km/q. con un perimetro costiero di 230 km., serve una popolazione di 814.495 abitanti, suddivisi tra 97 comuni, con una presenza ulteriore di circa 200.000 unità nel periodo estivo (giugno - agosto).

Il SEUS 118 della provincia di Lecce può contare su 22 postazioni territoriali che nel periodo estivo vengono implementate a 38 (rilevazione a Marzo 2012).

Le 22 postazioni territoriali, operative in tutto l'arco dell'anno, hanno diverse tipologie di equipaggio:

- MIKE, con personale Medico, Infermieristico, OSS o OTA ed Autista;
- INDIA, con personale Infermieristico, Soccorritore ed Autista;
- VICTOR, con personale Soccorritore ed Autista.

Sui mezzi di soccorso è presente personale convenzionato– Medici - e personale dipendente a tempo determinato o indeterminato - Infermieri (128), Autista di ambulanza (60), OSS (30).

Il personale di comparto è organizzato e gestito da 6 Coordinatori Infermieristici presenti presso le postazioni territoriali e la Centrale Operativa.

Problematiche:

- disomogeneità nel trattamento assistenziale dei pazienti, incompleta adozione di linee guida , protocolli, procedure ed istruzioni operative;
- esistenza di consuetudini consolidate che talvolta ostacolano i processi di integrazione e cambiamento;
- scarsa motivazione e gratificazione del personale;
- vastità del territorio gestito, elevato numero di operatori e diverse professionalità , sono elementi critici che non consentono un coordinamento efficace ed efficiente delle risorse umane e materiali da parte dei coordinatori;
- la mancanza di una figura non medica apicale determina difformità nella gestione e mancato controllo, oltre a gravi problematiche legate alla

centralizzazione di qualsiasi intervento necessario al buon andamento del servizio.

Medicina Penitenziaria

Il decreto ministeriale 230/99 ha assegnato al Servizio Sanitario Nazionale il compito di assicurare le cure alla popolazione detenuta. Il DPCM 1/4/08 ha definito il passaggio effettivo di personale e strutture alle ASL. In data 13/4/2010 la ASL Lecce ha approvato il modello Organizzativo di Medicina Penitenziaria.

Questo passaggio ha comportato una serie di criticità:

1. ha assorbito il personale già esistente, ovvero:
 - a. 9 infermieri a tempo indeterminato, tra questi uno con qualifica di C.P.S. infermiere, i restanti "riqualificati" da corsi del Ministero della Giustizia;
 - b. 11 infermieri a parcella, di cui 7 con qualifica di C.P.S. infermiere e 4 "infermieri generici";
 - c. nel complesso, personale infermieristico e medico carente (un dirigente a tempo parziale di ruolo, uno con incarico provvisorio, 8 medici a parcella);
2. attività specialistica: ortopedico, dermatologo, infettivologo, ginecologo, dentista, oculista, neurologo, solo per alcune ore settimanali;
3. assente la figura amministrativa i cui compiti venivano affidati di volta in volta agli infermieri;
4. il personale ASL si è trovato ad utilizzare ambienti assolutamente non idonei a svolgere l'attività sanitaria;
5. strumentario sanitario inadeguato;
6. nessun protocollo operativo presente.

Personale attualmente presente diviso per qualifica e tipologia di contratto

a)	C.P.S. Infermieri turnisti a tempo indeterminato	n. 6
b)	C.P.S. Infermieri non turnisti a tempo indeterminato	n. 1
c)	C.P.S. Infermieri turnisti a tempo determinato	n. 7
d)	Infermieri generici turnisti a tempo indeterminato	n. 1
e)	C.P.S. Infermieri parcellisti turnisti	n. 7
f)	Infermieri generici parcellisti turnisti	n. 4

Posti di servizio ancora da assicurare

- 1) infermeria lato A/B e C,
- 2) infermeria I piano con servizio nuovi giunti
- 3) ambulatorio C1
- 4) ambulatorio C2

- 5) ambulatorio R1
- 6) ambulatorio R2
- 7) ambulatorio sez. Femminile (e sez. ex semiliberi)
- 8) servizio farmacia
- 9) servizio CUP, recupero esami strumentali all'esterno
- 10) presenza giornaliera specialisti (in media 3 al giorno)
- 11) assistente poltrona dentistica

Organizzazione attuale:

Turni

- a) Ad oggi non si applicano i turni aziendali oltre che per la specificità della struttura anche in relazione al personale assegnato. Si è provato ad applicarlo per l'H24, ma non è stato possibile.
- b) Turno giornaliero H12 (turno mattutino 7/13; pomeriggio 13/19 o 15/21; n 7 unità mattina e 6 pomeriggio).
Tale turno garantisce tutte le attività della giornata (prelievi ematici nei giorni dedicati, visite mediche mattutine, terapia giornaliera, terapia insulinica, terapia anticoagulante, emergenze della propria sezione). La presenza delle diverse tipologie di turno garantisce la continuità del servizio senza interruzioni di 6 o 7 infermieri, tranne che nelle fasce orarie 13-15 e 19-21, durante le quali ne sono presenti quattro.
- c) Turno domenicale e festivo ridotto (n 6 unità).
In detti giorni non si eseguono né i prelievi ematici, né le visite mediche. Si esegue esclusivamente terapia giornaliera, terapia insulinica, terapia anticoagulante, emergenze della propria sezione. Tutti i posti di servizio sono garantiti ad esclusione del femminile la cui attività è svolta dall'infermiere R2.
- d) Utilizzo degli infermieri titolari come responsabili di reparto (eccetto sezione femminile) sotto la supervisione della coordinatrice
- e) Utilizzo degli infermieri parcellisti a completamento dei turni dei titolari

Criticità:

1. L'organizzazione dovrebbe essere modificata, i turni aziendali non sono però fattibili tenuto conto delle risorse presenti.

Servizio nuovi giunti – accettazione detenuto

All'ingresso il nuovo giunto, dopo aver espletato le pratiche relative alla matricola, viene visitato dal medico al fine di:

1. valutare lo stato di salute
2. dare indicazioni sull'opportunità di alta sorveglianza
3. ricoverarlo in infermeria se affetto da patologie acute o tossicodipendente.

Criticità:

1. non è presente l'infermiere
2. non viene eseguito alcun tipo di prelievo al momento dell'ingresso

3. spesso non viene registrata sul quaderno della terapia la posologia dei farmaci prescritti dal medico all'ingresso
4. non c'è una procedura tale per cui la cartella segua nell'immediatezza il detenuto nella sezione in cui viene allocato
5. spesso ai nuovi giunti tossicodipendenti, sieropositivi, e con epatite, non viene richiesta la visita infettivologica o richiesti esami specifici.

Infermeria centrale

L'infermeria centrale è ubicata al centro della CC ed è costituita da uno stabile su due piani con 34 celle al piano terra, con letti a castello su tre piani, articolate in due settori uno per i fatti acuti ed uno per allocare i tossicodipendenti.

Sono presenti:

1. un ambulatorio dentistico
2. l'ambulatorio e due uffici per il Sert Interno.
3. infermeria
4. farmacia più deposito
5. ufficio caposala
6. ufficio dello pneumologo

Al primo piano ci sono 15 celle per pazienti psichiatrici, con ambulatorio.

Sono presenti

1. una sala chirurgica,
2. ambulatorio radiologico,
3. ambulatorio per servizio nuovi giunti, servizio Cup, servizio cardioline,
4. studio oculistico,
5. una stanza medici,
6. due stanze per infermieri del circondariale e della reclusione,
7. l'ufficio del dirigente medico,
8. 2 servizi igienici.

Criticità:

1. Il sovraffollamento della struttura si ripercuote in ambito sanitario sia in termini di maggiore richiesta di psicofarmaci, sia di problematicità igienica a causa della ristrettezza degli spazi.
2. Servizi igienici non adeguati in termini di numero, di spazio, e pulizia.
3. Difficoltà di comunicare con l'esterno a causa dei vincoli di custodia tipici del carcere.
4. Assenza di una corsia preferenziale per fissare appuntamenti per visite, esami strumentali o ricoveri.

Ambulatorio C1 e C2

Alcuni ambienti sono stati migliorati strutturalmente, come ad esempio l'ambulatorio C2 che gestisce 450 detenuti. È presente lo studio dentistico.

Nella sezione C1 l'ambulatorio gestisce circa 300 detenuti.

Criticità:

1. Lo spazio per l'ambulatorio dentistico è ridotto.
2. Manca un secondo ambulatorio per gli specialisti.

Ambulatorio R1 e R2

Nel reparto R1 è presente l'omonimo ambulatorio, che gestisce circa 300 detenuti, e lo studio dentistico.

Nel reparto R2 l'ambulatorio è stato rimodernato e gestisce altri 300 detenuti.

Criticità:

1. Lo spazio per l'ambulatorio dentistico è ridotto
2. Alla R2 manca un secondo ambulatorio per gli specialisti, quello della R1 non è attrezzato

Ambulatorio sezione femminile

È presente un ambulatorio con annesso spazio dedicato alle visite ginecologiche.

Criticità:

1. L'ambulatorio per le visite ginecologiche è angusto.

Ambulatorio ex semiliberi

È presente un ambulatorio.

Criticità:

1. Nessuna.

Riassumendo

- 1) L'assoluta mancanza di protocolli determina difficoltà nella gestione delle attività sanitarie anche ordinarie.
- 2) La presenza concomitante degli specialisti determina eccessivi accavallamenti in giorni e/o orari, tale da non permettere la presenza di infermieri dedicati e spazi adeguati.
- 3) Non essendo ad oggi bene organizzate le attività mediche, attualmente il turno pomeridiano è quello più impegnativo per la somministrazione dei farmaci, sarebbe opportuno che le visite mediche si effettuassero tutte nella mattinata favorendo:
 - un più equo carico di lavoro infermieristico tra i due turni;
 - la richiesta di farmaci potrebbe essere evasa nella stessa mattinata.
- 4) Un problema organizzativo complesso sono i cambi turno:

- Spesso sono comunicati a cambio già avvenuto senza attendere le indicazioni della coordinatrice.
- Sono eccessivi. Ciò comporta lavoro ulteriore per la coordinatrice che deve valutare l'opportunità o meno della fattibilità, sulla base delle diverse professionalità (infermieri generici/C.P.S. Infermieri; titolari/parcellisti).
- La presenza predominante tra il personale di operatori sanitari transitati dal Ministero della Giustizia, ha determinato, in alcune situazioni, scarsa professionalità, motivazione e volontà di aggiornamento. Con estrema difficoltà si è cercato di proporre regole minime di comportamento e deontologiche, che ad oggi ancora pochi recepiscono.

Laboratori (Analisi, Immuno-trasfusionale, Genetica, Anatomia Patologica)

Al fine di eliminare gli attuali squilibri e le violazioni contrattuali rispetto al numero di pronte disponibilità mensili effettuate dal personale, sarebbe opportuno prevedere una dotazione organica adeguata. Poiché i procedimenti in uso continuano a generare delle "non conformità" circa il plasma fresco congelato conferito all'industria per la produzione di emoderivati, l'istituzione di una "Posizione Organizzativa" sarebbe utile per un più efficiente controllo delle procedure relative alla lavorazione/stoccaggio/validazione degli emocomponenti preparati.

Per quanto riguarda il Lab. Analisi di Gallipoli si evidenzia la mancanza del coordinatore tecnico. Questo ricade sull'organizzazione del lavoro, sui carichi di lavoro, sui turni ecc. (i turni vengono elaborati da un dirigente Biologo!!!).

Comune in quasi tutti i Laboratori si riscontra:

- la non partecipazione del personale tecnico nell'organizzazione del lavoro;
- la non partecipazione alla scelta negli acquisti dei reagenti più idonei ed anche nelle caratteristiche tecniche delle apparecchiature;
- carenza di personale;
- assenza di protocolli.

Per gli esami in urgenza, sarebbe opportuna una guardia attiva tecnica h. 24,00, con due postazioni di validazione telematica per il personale sanitario, una per l'area nord e una per l'area sud, ciò comporterebbe un notevole risparmio di risorse umane ed economiche. Sempre per evitare sprechi sarebbe opportuno un raggruppamento degli esami specialistici o degli esami che vengono richiesti con minor frequenza.

Vengono altresì posti all'attenzione i seguenti punti:

- 1) Maggiore coinvolgimento dei Servizi Immuno - trasfusionale, Lab. Analisi, Anatomia Patologica, Lab. Genetica, nella organizzazione, allorquando si decide di potenziare o istituire altre UU.OO. alle quali il supporto dei servizi è indispensabile;
- 2) Ridimensionamento delle strutture trasfusionali di Galatina e Copertino con spostamento del personale sul SIMTI del V. Fazzi per garantire turni di guardia h. 24.
- 3) Bilanciamento del personale del S. di Anatomia Patologica del P.O. "V.Fazzi".

Diagnostica per Immagini

Criticità: dotazione inadeguata di personale tecnico, di apparecchiature, non equa distribuzione dei carichi di lavoro, numero elevato di Tecnici con limitazioni fisiche e fruitori della L. 104.

Proposta per un ottimale raccordo operativo:

- dotazione di apparecchiature identiche nelle varie U.O. per una facile gestione nel funzionamento da parte di tutti i Tecnici, anche per quelli provenienti da altre strutture (come nel caso di interscambio o di rotazione inter-area nei turni di pronta disponibilità). Ciò consentirebbe anche un notevole risparmio economico essendo attivo un unico contratto di manutenzione.
- Reperibilità equamente divisa tra tutti i Tecnici idonei raggruppati nell' area B e nell'area C.
- Doppia guardia attiva per l'area A (tra tutti i Tecnici operanti in Radiologia, Neuroradiologia, Medicina Nucleare, Emodinamica, Radioterapia), così articolata:
 - 1 Tecnico per urgenze di Pronto Soccorso e/o dei Reparti
 - 1 Tecnico per urgenze T.A.C. e Angiorx
 - 1 Tecnico reperibile di Area per gravi emergenze.Cio' comporterebbe un interscambio delle risorse esistenti nelle diverse strutture, garantendo i collegamenti operativi.
- Implementazione delle attività ambulatoriali: attività istituzionale su 12 ore, decentramento (e de-ospedalizzazione) delle prestazioni sul territorio, flessibilità degli utenti, una più efficace gestione delle risorse (riduzione delle liste di attesa).

Interessante sarebbe pensare di sperimentare la radiologia a domicilio.

Problemi e difficoltà prioritarie Area della Riabilitazione:

- Auto di servizio non sufficienti rispetto al numero di operatori impegnati nei trattamenti riabilitativi domiciliari.
- Ambienti non sempre adeguati alle attività ambulatoriali riabilitative.
- Estrema difficoltà nell'ottenere la fornitura di attrezzature e materiale indispensabili all'erogazione delle prestazioni riabilitative.

In conclusione, null'altro si ritiene dover aggiungere poiché quanto su esposto è più che sufficiente per completare la fotografia dell'attuale situazione lavorativa degli operatori di comparto di codesta ASL, e di conseguenza delle loro performance professionali.

Sarebbe opportuno, altresì, sottoporre a visita medico collegiale il gran numero di infermieri con limitazioni, obiettivo: recuperare risorse da impiegare in attività confacenti allo stato di salute o, perlomeno, posti in dotazione organica qualora ci fossero passaggi nel ruolo amministrativo.

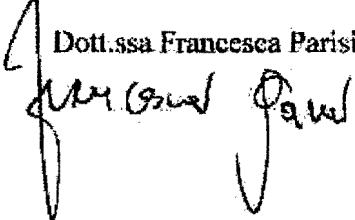
Le potenzialità per il miglioramento della qualità assistenziale ci sono tutte, il giro di boa è inderogabile, il processo deve essere, però, presidiato a breve, medio e lungo termine.

Il cambiamento potrà determinare, in alcuni, smarrimento, rabbia, ostracismo,ma la capacità di una Direzione Strategica illuminata, e l'intelligenza dei più faranno senza dubbio la differenza.

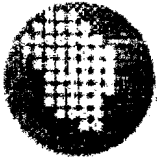
Da non dimenticare: un clima organizzativo armonioso ricade efficacemente sull'assistenza e quindi sulle persone, che oggi sono "gli altri". ma possono essere i nostri cari e noi stessi.

Nella speranza di aver soddisfatto al meglio il mandato che le è stato affidato, la scrivente porge cordiali saluti e resta comunque a disposizione per eventuali ulteriori approfondimenti.

Lecce, 10 ottobre 2012

Dott.ssa Francesca Parisi


Struttura	Unità Operativa	Qualifica	Cognome	Nome	recapiti	telefono
amento di Prevenzione	SPESAL - Lecce	Tecnico della prevenzione coord.	Invitto	Vito	spesal@ausl.le.it	3204334771
amento di Prevenzione	SISP - Lecce	Tecnico della prevenzione coord.	Colucci	Gianni	ispettori.sisp@ausl.le.it	3293190424
amento Dipendenze Patologiche	SER.T Maglie	Assistente Sociale coord.	Sanarica	Maria Grazia	mg-sanarica@alice.it	3391797501
nto S.S. Campi Salentina	A.D.I.	Infermiera coord.	Barba	Giuseppina	adi.dis2campi@ausl.le.it	0832790430
nto S.S. Lecce	Casa Circondariale	Infermiera coord.	Palazzo	Annamaria	g.pantaleo@tiscali.it	3476292506
ale di Gallipoli	Direzione Sanitaria	Infermiere	Amico	Francesco	infermieristica.pogallipoli@ausl.le.it	3388824877
ione Generale	Ufficio Formazione	Infermiera coord.	Fabrizio	Fiorella	fabrizioformazione@gmail.com	3382121720
ione Generale	Ufficio Formazione	Infermiera coord.	Spennato	Gerardo	espenntounibaclin@libero.it	3401423068
. 118	Galatina	Infermiere coord.	Colli	Antonio	coliantonio@alice.it	3204334758
ale di Scorrano	Direzione Sanitaria	Infermiera coord.	Avantaggiato	Severina	sevvy2005@libero.it	3334665660
ale Copertino	Radiologia	TSRM coord.	Trinchera	Vincenzo	v.invincenzotrinchera@libero.it	
ale "V. Fazzi" Lecce	Cardiochirurgia	Infermiera coord.	Melechi	Agnese	vamelechi@gmail.com	3397835891
ale "V. Fazzi" Lecce	Ostetricia Ginecologia	Ostetrica coord.	Pilato	Rosina	rosypilato@gmail.it	3474769936
ale "V. Fazzi" Lecce	Laboratorio Analisi	TSLBM coord.	Cianfano	Vito	velanfano@tiscali.it	3288047402
ale "V. Fazzi" Lecce	Radioterapia	TSRM coord.	Sabato	Carlo	sabato.carlo@libero.it	339244386
ale di Casarano	Direzione Sanitaria	Ufficio Infermieristico	Morciano	Francesca	infermieristica.ds.casarano@ausl.le.it	3494480303
ale di Casarano	Laboratorio Analisi	TSLBM coord.	Monsellato	Tommaso	tommasomonsellato@libero.it	3400692374
one Generale	Direzione Sanitaria	Infermiere coord.	Perzone	Giuseppe	marmartal@libero.it	3339219980
imento di Riabilitazione	Presidio di Poggiardo	Fisioterapista coord.	Pispero	Ubaldo	ubaldopispero@inwind.it	
ale Galatina	Direzione Sanitaria	Infermiera coord.	Ballarino	Giuseppina	ballarinogiuseppina@libero.it	
ale Nardò	Pronto Soccorso	Infermiera coord.	Zizzari	Pasquale	pasquall@inwind.it	3332600971
	Maglie	Fisioterapista	Coccioli	Giovanna	giovanna.coccioli@gmail.com	
nto S.S. Lecce	Casa Circondariale	Infermiere	Picciolo	Salvatore	salvopolis@libero.it	
servizio Socio Sanitario	Lecce	Assistente Sociale Coord.	De Luca	Titti	Titti.deluca@libero.it	



ASL LECCE

SERVIZIO SANITARIO DELLA PUGLIA

Direzione Sanitaria: Ufficio Formazione
Via Miglietta, 5 - 73100 Lecce
tel. 0832/21.6611-5684-5580-5682-5715 - Fax 0832.215125
e-mail: formazione@asl.le.it

**Verbale Gruppo di progetto
Dipartimento delle professioni Sanitarie e del Servizio Sociale professionale
del 10 ottobre 2012**

Prendono parte ai lavori:

Cianfano Vito	Fabrizio Fiorella
Perrone Giuseppe	Melechi Agnese
Monsellato Tommaso	Colucci Gianni
Barba Giuseppina	Palazzo Anna
Sabato Carlo	Invitto Vito
De Luca Giovanna Battista	Morciano Francesca
Coli Antonio	Avantaggiato Severina
Pispero Ubaldo	Trinchera Vincenzo
Spennato Gerardo	Zizzari Pasquale
Ballarino Giuseppina	Amico Francesco
Pilato Rosina	Coccioli Giovanna
PICCIOLLO SALVATORE	

per la Direzione Generale, project manager, la dott.ssa **Francesca Parisi**,

Oggetto all' ordine del giorno: Approvazione e sottoscrizione progetto DITROSS

Verbalizza Fiorella Fabrizio

Il verbale rappresenta il momento conclusivo dei lavori attivati su nota della Direzione Generale del 09-7-2012 prot. n° 102784

Dopo una riunione collegiale con tutti i coordinatori del comparto della ASL Lecce, convenuti presso il Polo Didattico della Direzione Generale in data 19-7-2012, per la presentazione del progetto, della responsabile PM, dr.ssa F. Parisi e dell' individuazione di un gruppo di lavoro che affiancasse la dottoressa, fornendo spunti e visioni aziendali il più realistiche possibili.

Sono seguiti incontri, in autoconvocazione, presso la sala Convegni della Direzione Generale nelle date 31-7-2012, 28-8-2012, 24-9-2012, 3-10-2012, che hanno chiarito il

mandato e ognuno per le aree di competenza ha identificato modelli applicabili nel contesto aziendale.

I lavori presentati sono stati dalla dott.ssa Parisi, integrati in un unico modello e riportati all'applicabilità normativa e contrattuale.

Alle ore 10.30 la dott.ssa F. Parisi apre la seduta presentando l'elaborato finale, da sottoscrivere:

L'elaborato rappresenta un modello che pone le basi per l'organizzazione, del Dipartimento delle professioni sanitarie e sociale.

L'individuazione di posizioni di Dirigenza sono rispondenti alla norme vigenti, le posizioni organizzative, previste potranno essere integrate in un'ottica di complessità, in tempi successivi.

Dopo discussione interna si è convenuti alla condivisione del progetto che sarà sottoscritto, firmato e presentato al Direttore Generale, dr Valdo Mellone e al Direttore Sanitario, dr Ottavio Narracci.

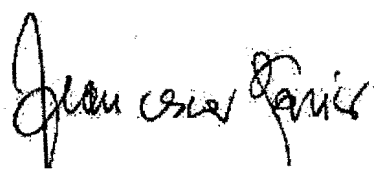
Alle ore 12.00 si concludono i lavori.

Lecce 10 ottobre 2012

Letto e Firmato

Cianfano Vito	Pisero Ubaldo	Amico Francesco
Perrone Giuseppe	Spennato Gerardo	Fabrizio Fiorella
Monsellato Tommaso	Ballarino Giuseppina	Melechi Agnese
Barba Giuseppina	Pilato Rosina	Colucci Gianni
Sabato Carlo	Avantaggiato Severina	Palazzo Anna
De Luca Giovanna	Trinchera Vincenzo	Invitto Vito
Coli Antonio	Zizzari Pasquale	Morciano Francesca
Coccioli Giovanna	Picciolo Salvatore	

Il Project Manager Dr.ssa Francesca Parisi



Dipartimento delle Professioni Sanitarie e del Servizio Sociale Professionale

ovvero

**Dipartimento Infermieristico, Tecnico, Riabilitativo, Ostetrico e del Servizio Sociale
Professionale - D. I. T. R. O. S. S.**

ASL Lecce

Regolamento

Premessa

I decreti legislativi n. 502/1992, n. 517/1993 e n. 229/1999 hanno avviato e dato seguito al processo di regionalizzazione ed aziendalizzazione della Sanità. Questo processo presuppone, tra l'altro, una forte valorizzazione delle professioni sanitarie denominate "professioni sanitarie non mediche" e della professione di assistente sociale.

Il buon governo delle aziende, infatti, si manifesta per i risultati complessivi che tutte le componenti professionali si impegnano a raggiungere, il "management" coinvolge numerosi ruoli in virtù delle specificità gestionali e delle caratteristiche del servizio erogato.

In questo scenario, dette professioni, in particolare la professione infermieristica, ha ottenuto importanti riconoscimenti normativi sia sul piano della formazione che su quello del conseguente esercizio professionale, tendenti a valorizzare quelle potenzialità professionali funzionali al sistema.

All'uopo si richiama la seguente normativa:

1. il DM 14/09/94, n. 739 "Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere";
2. il DM 14/09/94, n. 740 "Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'ostetrica";
3. i DD.MM. 1994/95/97/98/99 concernenti i "Regolamenti ed i profili professionali delle professioni sanitarie dell'area riabilitativa, dell'area tecnico-sanitaria, dell'area tecnica della prevenzione";
4. la Legge 23 marzo 1993, n. 84 "Ordinamento della professione di assistente sociale ed istituzione dell'albo professionale";
5. la Legge 26/02/1999, n. 42 "Disposizioni in materia di professioni sanitarie"; scompare l'"ausiliarità" della professione, viene riconosciuta l'autonomia e la responsabilità professionale, viene abrogato il mansionario e si rimanda al profilo professionale, al codice deontologico, agli ordinamenti didattici dei corsi di formazione universitaria, per definire gli ambiti di attività e responsabilità delle professioni sanitarie;

6. il DM MURST 03/11/1999, n. 509 "Regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli atenei", e successivi decreti di istituzione della laurea di base e magistrale delle professioni sanitarie e della professione di assistente sociale;
7. la Legge 10 agosto 2000, n. 251 "Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione, nonché della professione ostetrica"; sancisce autonomia delle attività dirette alla cura, alla prevenzione ed alla salvaguardia della salute individuale e collettiva. Prevede la istituzione della laurea specialistica, la possibilità di istituire nelle aziende i Servizi Infermieristici e di affidare la direzione ad un dirigente appartenente alla professione, assegnando l'incarico dirigenziale ad un laureato in scienze infermieristiche. Prevede, inoltre, il conferimento di incarichi di dirigente, con modalità analoghe a quelle previste al comma 1 dell'art. 7 della medesima legge, per le professioni sanitarie di cui alla legge 26 febbraio 1999, n. 42, e per la professione di assistente sociale – Legge 26/05/2004, n. 138 art. 2 sexies - , con attribuzione della funzione di direzione relativa alle attività della specifica area professionale;
8. il D.M. 29 marzo 2001: "Definizione delle figure professionali di cui all'art. 6, comma 3, del D. Lgs. 30/12/92, n. 502, e s.m., da includere nelle fattispecie previste dagli artt. 1, 2, 3 e 4 della L. 10/8/00, n. 251 (art. 6, comma 1, L. n.251/00)";
9. la Legge 1 febbraio 2006, n. 43 "Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, riabilitative, tecnico-sanitarie, della prevenzione, nonché ostetrica, e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali", riconferma l'assetto delle professioni sanitarie, istituisce i relativi ordini delle professioni sanitarie e regola la funzione del coordinatore;
10. la Legge 03 febbraio 2006, n. 27 art. 1 octies "Servizio Sociale Professionale";
11. il DPCM 25/01/08 di recepimento dell'Accordo Stato Regioni sulla istituzione della qualifica unica di Dirigente delle Professioni Sanitarie, approvato in Conferenza Stato Regioni il 15 novembre 2007, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 26 febbraio 2008;
12. CC.CC.NN.LL. Area Dirigenza SPTA, in particolare 2008 e 2010.

A fronte di questa importante innovazione legislativa nazionale, le regioni, in linea con le azioni adottate in Europa, hanno interpretato con successo i cambiamenti intervenuti e costruito percorsi di valorizzazione conseguendo risultati concreti sul piano dell'efficacia, della efficienza e della qualità delle cure.

Al fine di promuovere la valorizzazione e la responsabilizzazione delle funzioni e del ruolo delle professioni sanitarie, e l'attribuzione della diretta responsabilità e gestione delle attività assistenziali e delle funzioni connesse, incentivando la revisione dell'organizzazione del lavoro attraverso modelli di assistenza personalizzata, la Regione Puglia ha emanato, negli ultimi anni, una serie di provvedimenti legislativi finalizzati al miglioramento della qualità delle cure infermieristiche.

La funzione infermieristica ha visto così dichiarata la piena volontà nella consapevolezza del ruolo con la:

- DGR 02 luglio 2002, n. 830, B.U.R. Puglia n. 90 pubblicato il 16/07/2002; Art. 3, comma 1 bis, del D.Lgs. n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni.

Principi, criteri ed indirizzi per l'adozione dell'atto aziendale – Parte I, comma n) Dirigenza.....omissis.....spetta, in particolare, ai dirigenti l'adozione di tutte le decisioni, comprese quelle che impegnano l'Azienda verso l'esterno, nonché la gestione finanziaria, tecnica ed amministrativa mediante l'esercizio di autonome facoltà di spesa e di organizzazione delle risorse umane, strumentali e di controllo. Essi sono responsabili dell'attività e della gestione negli ambiti di competenza e dei relativi risultati.....omissis

comma o) Servizio infermieristico aziendale: L'atto aziendale deve prevedere l'istituzione e l'organizzazione del servizio infermieristico ed ostetrico aziendale ai sensi della Legge 251/2000.....omissis;

- Legge Regionale n. 26/2006, art. 34, che prevede, tra l'altro, l'istituzione, presso ogni ASL, del Servizio infermieristico - ostetrico ospedaliero, del Servizio infermieristico - ostetrico distrettuale e territoriale, dei Servizi delle professioni tecnico - sanitarie, della prevenzione, della riabilitazione, nonché del Servizio sociale professionale. Le funzioni di direzione dei predetti Servizi aziendali sono affidate al personale in possesso della laurea specialistica nell'Area di riferimento, ai sensi della Legge 251/00;
- L.R. n. 25/2006, art. 11 – (Collegio di direzione) -.....il Collegio di direzione è composto, oltre che dai componenti di cui all'art. 17 del D.Lgs. 502/92.omissis.....dai Dirigenti responsabili dei Servizi infermieristici e ostetrici.....omissis. Art. 12 (I Dipartimenti)..omissis...Ai sensi dell'articolo 17 bis del D. Lgs. 502/1992 e successive modificazioni, ogni Azienda sanitaria e IRCCS si dota del modello di organizzazione dipartimentale.....omissis;
- Deliberazione del DG ARES Puglia, n. 27/2012 "Sperimentazione ex DGR n.113/2011: Linee Guida "Assetto strutturale e Funzionale del Servizio Infermieristico ed Ostetrico Distrettuale";
- Deliberazione G.R. n. 1388 del 21/06/2011 "Parametri standard regionali per l'individuazione di strutture semplici e complesse, posizioni organizzative e coordinamenti per il personale delle Aziende ed Enti del SSR ex art. 12, c.1, lett.b) Patto per la Salute 2010/2012. Approvazione"

Il Contesto

La ASL Lecce, a garanzia dei L.E.A. ed a tutela della salute del singolo e della collettività, assicura le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie ad una popolazione residente di 814.495 abitanti su un'area di 2.759,4 kmq., con una strutturazione logistica – organizzativa - gestionale articolata, allo stato, su 10 Distretti Socio Sanitari, 6 Presidi Ospedalieri e 4 Dipartimenti istituzionali regolamentati per legge.

Il numero dei dipendenti, alla data del 31/08/2012, è stimato in 8.053 unità.

L'assistenza è garantita da:

- 2.964 CC.PP.SS. infermieri, 180 infermieri generici, 45 puericultrici, 102 ostetriche, coadiuvati da 1.081 operatori di supporto (ausiliari, OO.TT.AA., OO.SS.SS.);
- 149 tecnici sanitari di laboratorio bio-medico;
- 170 tecnici sanitari di radiologia medica;
- 38 operatori di altri profili afferenti all'area delle professioni tecnico-sanitarie;
- 299 collaboratori sanitari area della riabilitazione;
- 115 tecnici della prevenzione, 17 assistenti sanitari;

- 96 assistenti sociali.

Per ovviare ad una possibile sovrapposizione di competenze, in linea con ciò che i contesti normativi hanno già evidenziato, ovvero la necessità di ridefinire le competenze delle figure professionali deputate a ruoli di direzione, la Direzione strategica della ASL Lecce ha promosso la valorizzazione e la responsabilizzazione delle funzioni e del ruolo delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetriche, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione, nonché della professione di assistente sociale, ridisegnando competenze, ambiti d'azione e spazi decisionali, con il fine di contribuire alla realizzazione del diritto alla salute, alla integrazione socio - sanitaria ed al miglioramento della organizzazione multiprofessionale del lavoro.

Il processo concettuale che guida il cambiamento organizzativo trova la propria genesi nell'analisi del processo di diagnosi e cura come processo logico costituito da più azioni professionali necessarie al soddisfacimento del bisogno espresso o latente del paziente, processo che, necessariamente, deve integrare in maniera armonica le attività svolte sia dal personale medico che dal personale non medico.

Adeguati livelli assistenziali devono essere garantiti attraverso un sistema di governo clinico assistenziale inteso come quel complesso di strategie, struttura, metodi e strumenti mediante il quale il Dipartimento delle Professioni Sanitarie e del Servizio Sociale Professionale si rende responsabile del miglioramento continuo della qualità del servizio reso e della salvaguardia di alti standard assistenziali e tecnici, creando un ambiente in cui possa svilupparsi l'eccellenza clinica, instaurando un complesso di azioni integrate da parte di tutte le componenti, al fine di porre i professionisti in grado di garantire i migliori esiti qualitativi possibili alle loro attività attraverso modelli di gestione della risorsa umana intesa come gestione dei comportamenti organizzativi e non delle "persone".

Assetto

Il Dipartimento delle Professioni Sanitarie e del Servizio Sociale Professionale, di seguito DITROSS, è una struttura titolare di indirizzo, direzione, organizzazione e gestione del personale ad esso afferente; concorre al perseguimento della mission aziendale assicurando la qualità, l'efficacia e l'efficienza tecnico-operativa delle attività assistenziali erogate nell'ambito della prevenzione, della cura e della riabilitazione, sulla base delle funzioni individuate dalle norme istitutive dei profili professionali, nonché degli specifici codici deontologici, in integrazione con i diversi sistemi organizzativi e professionali aziendali.

Il DITROSS costituisce una macrostruttura composta da Unità Operative Complesse, Unità Semplici Dipartimentali ed Unità Semplici, in relazione alla complessità, all'ampiezza ed alla rilevanza strategica.

Si colloca gerarchicamente in staff alla Direzione Generale, collabora con la Direzione Sanitaria Aziendale ed ha rapporti funzionali con le Direzioni Mediche di Presidio/Distretto/Dipartimento, nel rispetto delle reciproche competenze ed autonomie.

Il DITROSS si articola in:

- un livello centrale, che si integra nei processi aziendali con le proprie direzioni di processo;
- un livello decentrato, che si articola con le direzioni assistenziali ospedaliere e territoriali.

Mission

La mission del DITROSS è strettamente correlata con la mission aziendale; si intende garantire l'organizzazione ed il management delle attività necessarie a rispondere al bisogno specifico di assistenza infermieristica, ostetrica, tecnica, riabilitativa, di prevenzione e del servizio sociale professionale, degli utenti dei servizi offerti dalla ASL Lecce. Questo si ottiene attraverso lo sviluppo dei processi e dei programmi di competenza, la definizione, la direzione e la valutazione del sistema di governo clinico.

Vision

Nella visione del DITROSS si vuole esaltare la centralità della persona, in una visione olistica, in cui tutti i professionisti della salute operano efficacemente in team, nel rispetto e comprensione delle reciproche responsabilità ed autonomie di intervento, con una particolare attenzione al suo coinvolgimento attivo ed alla sua progressiva responsabilizzazione.

Obiettivi e attività

- Promuovere l'erogazione di una assistenza infermieristica, ostetrica, riabilitativa, tecnica e del servizio sociale professionale in risposta ai bisogni dell'utenza di riferimento, attraverso un razionale utilizzo delle risorse assegnate.
- Rafforzare le capacità di risposta e innovazione.
- Migliorare i livelli di attività con l'utilizzo integrato e l'interscambio delle risorse esistenti nelle diverse strutture, garantendo i collegamenti operativi.
- Miglioramento continuo della qualità dell'assistenza attraverso gli strumenti del governo clinico.
- Garantire la gestione-organizzazione del processo di sviluppo di carriera del personale assegnato.
- Sviluppare modelli di competenza per ogni gruppo professionale afferente al Dipartimento.
- Incrementare il valore individuale.
- Rendere coerenti politiche di addestramento e formazione con le altre politiche di sviluppo.
- Favorire la formazione continua degli operatori sulla base dei bisogni di apprendimento organizzativo e apprendimento individuale.
- Presidiare valori di riferimento dell'azienda.

Figure afferenti al Dipartimento

Al DITROSS afferiscono le seguenti figure professionali:

- Tutto il personale del comparto e dirigente dell'area infermieristica e ostetrica e le connesse figure di supporto (OSS, OTA, ausiliari socio-sanitari e/o di supporto a vario titolo).
- Tutto il personale del comparto e dirigente dell'area tecnica sanitaria.
- Tutto il personale del comparto e dirigente dell'area riabilitativa.
- Tutto il personale del comparto e dirigente dell'area tecnica della prevenzione.
- Tutto il personale del comparto e dirigente del servizio sociale professionale.

Nello specifico, le figure professionali sanitarie sono quelle relative alle 22 professioni sanitarie non mediche riconosciute dallo Stato.

Dette figure professionali mantengono un rapporto di dipendenza gerarchica con i dirigenti del DITROSS, ognuno per la propria area disciplinare, e un rapporto di dipendenza funzionale con i dirigenti dei dipartimenti/strutture/servizi.

Struttura del Dipartimento

Il DITROSS si configura come dipartimento strutturale perseguendo la logica della gestione a matrice e coniugando le esigenze correlate alle strutture ospedaliere e territoriali presenti sul territorio con quelle legate alle funzioni delle categorie professionali afferenti al dipartimento.

Il DITROSS è composto dalle seguenti strutture complesse:

- Servizio Infermieristico ed Ostetrico Area Ospedaliera e connesse funzioni di supporto;
- Servizio Infermieristico ed Ostetrico Area Territoriale e connesse funzioni di supporto;
- Servizio Area Tecnica - Sanitaria;
- Servizio Area Riabilitativa;
- Servizio Area Tecnica della Prevenzione;
- Servizio Sociale Professionale.

Ogni Servizio è dotato di personale dedicato per le attività proprie del Servizio stesso e per le attività di supporto (personale sanitario/tecnico/sociale di area, amministrativi, commessi). La dotazione è definita in base alla complessità.

Strutture Semplici a valenza dipartimentale, individuate per la complessità, la rilevanza strategica e la trasversalità delle attività:

- Coordinamento Formazione di base e Formazione continua
- Qualità, Ricerca e Gestione rischio clinico-assistenziale
- Gestione risorse umane
- Seus 118

Strutture Semplici, motivate dalla complessità logistica, dalla estensione del territorio aziendale e dalla peculiarità delle attività ad esso afferenti:

1. Assistenza infermieristica/ostetrica ospedaliera e Percorsi Clinico - Assistenziali P.O. "Vito Fazzi" Lecce;

2. Assistenza infermieristica/ostetrica ospedaliera e Percorsi Clinico - Assistenziali P.O. "San Giuseppe da Copertino" Copertino, P.O. "Santa Caterina Novella" Galatina, P.O. "Veris Delli Ponti" Scorrano;

3. Assistenza infermieristica/ostetrica ospedaliera e Percorsi Clinico - Assistenziali, P.O. "Sacro Cuore di Gesù" Gallipoli, P.O. "Francesco Ferrari" Casarano;

4. Assistenza infermieristica/ostetrica Territoriale e Percorsi Clinico – Assistenziali D.S.S.“ Lecce”;
5. Assistenza infermieristica/ostetrica Territoriale e Percorsi Clinico – Assistenziali (DD.SS.SS. Casarano, Martano, Maglie, Poggiardo, Gagliano del Capo);
6. Assistenza infermieristica/ostetrica Territoriale e Percorsi Clinico – Assistenziali (DD.SS.SS. Campi Salentina, Nardò, Gallipoli, Galatina);
7. Attività diagnostica professionale di laboratorio - Percorsi;
8. Attività diagnostica professionale per immagini - Percorsi;
9. Attività riabilitativa territoriale e Percorsi Clinico – Assistenziali;
10. Attività riabilitativa ospedaliera e Percorsi Clinico – Assistenziali;
11. Vigilanza ed igiene area medica - Percorsi;
12. Vigilanza ed igiene area veterinaria - Percorsi;
13. Assistenza Servizio Sociale Professionale Area territoriale - Percorsi;
- 14 Assistenza Servizio Sociale Professionale Area Ospedaliera - Percorsi;

Posizioni organizzative

Tenuto conto della complessità e della dimensione aziendale, con riguardo all'omogeneità di competenza e di intervento delle diverse aree disciplinari, è necessario garantire i processi/percorsi di cura di continuità assistenziale, e di presa in carico dei bisogni dei cittadini, anche attraverso una rete di professionisti ai quali è richiesto lo svolgimento di funzioni con assunzione diretta di elevata responsabilità, rete così configurata:

Area infermieristica ed ostetrica	Servizio inferm. ed ostetrico. 1 per presidio ospedaliero, pari a 6;	Servizio inferm. ed ostetrico. 1 per distretto socio-sanitario, pari a 10;	1 organizzazione/gestione attività "medicina penitenziaria";	Seus 118 1 organizzazione/gestione manifestazioni di massa e maxi-emergenze; 1 organizzazione/gestione risorse strutturali.
Area della riabilitazione	1 Organizzazione/gestione attività riabilitative ospedaliere	1 Organizzazione/gestione attività riabilitative territoriali (ex art.25 ed ex art. 26)	1 Organizzazione e gestione attività riabilitative di foniatría e disturbi della comunicazione	1 Organizzazione e gestione attività riabilitative in area neuropsichiatrica infantile
Area tecnico-sanitaria	Laboratori 1 organizzazione/gestione attività Laboratori Analisi, Genetica, Anatomia Patologica	Laboratori 1 organizzazione/gestione attività Medicina Immuno - trasfusionale	Diagnostica per Immagini 1 organizzazione/gestione attività "V.Fazzi", Oncologico, S.Cesario, Cittadella della Salute, Campi Salentina.	Diagnostica per Immagini 1 organizzazione/gestione attività Copertino, Galatina, Scorrano, Gallipoli, Casarano, Nardò, Gagliano del Capo, Poggiardo.
Area tecnica della prevenzione	SISP 1 Attività di tutela della salute negli ambienti di vita	SPISAL 1 Attività di tutela della salute negli ambienti di lavoro	SIAN 1 Attività d'igiene degli alimenti di origine vegetale e delle bevande	SIAV 1 Attività di sanità veterinaria e di igiene allevamenti e nutrizione animale 1 Attività d'igiene degli alimenti di origine animale
Area della professione sociale	1 organizzazione/gestione attività socio sanitaria e/o sociale distrettuale	1 organizzazione/gestione attività sociale dipartimenti (D.D.P. /DSM/ D.Riabilitazione)	1 organizzazione/gestione attività sociale ospedaliera.	

Ulteriori incarichi, specialistici per area, possono essere previsti, nel rispetto delle normative contrattuali vigenti, finalizzati al collegamento funzionale con i dipartimenti regolati dall'Atto Aziendale.

Caratteristiche della Struttura Complessa

Si caratterizza, in quanto sistema organizzativo complesso, per la presenza di un solo responsabile (Direttore), per la rilevanza quantitativa e strategica delle funzioni ed attività svolte e per l'attribuzione di un budget, nonché per la corrispondenza ad uno o più centri di costo.

Le Strutture Complesse, dotate di responsabilità ed autonomia professionale e gestionale sono caratterizzate dai seguenti elementi:

- Sono assegnatarie professionalmente di tutto il personale afferente alla propria area di riferimento e ne governano la loro allocazione;
- Sono responsabili dello sviluppo dell'appropriatezza dei comportamenti professionali dei singoli, dei gruppi e dei processi organizzativi;
- Sono responsabili del miglior utilizzo professionale del personale;
- Sono responsabili della realizzazione degli obiettivi strategici assegnati nella programmazione aziendale;
- Hanno autonomia organizzativa e gestionale per le funzioni proprie poste in capo ad un dirigente di posizione apicale nel rispetto della normativa vigente;
- Regolamentano e controllano la gestione di risorse finanziarie (es. straordinario e/o produttività aggiuntiva, attività libero - professionale in tutte le forme che interessano le professioni sanitarie e la professione di assistente sociale) la cui rilevanza sia significativa per il bilancio aziendale;
- Sono responsabili del rispetto delle norme comportamentali, dei regolamenti aziendali, del codice disciplinare, dell'applicazione degli istituti contrattuali;
- Sono responsabili del controllo dell'organizzazione del lavoro, del rispetto degli standard assistenziali definiti e delle eventuali deroghe;
- Sono responsabili nella progettazione e proposizione alla Direzione Generale di modelli organizzativi ed operativi che tendano al miglioramento della qualità dei servizi al malato;
- Sono responsabili dello sviluppo e della formazione professionale di tutto il personale afferente nell'ottica del miglioramento della qualità, del governo clinico e dell'accrescimento del know-how individuale e dei gruppi;
- Sono responsabili per quanto di competenza del rispetto e delle procedure riguardanti la sicurezza sul lavoro;
- Sono responsabili nel mantenere, promuovere e sviluppare proficui rapporti con i Direttori di ogni Dipartimento e SS.CC. dell'Azienda, anche attraverso la rappresentanza nei Comitati di Dipartimento per il raggiungimento degli obiettivi di ogni singolo dipartimento e dell'Azienda nel suo insieme.
- Sono responsabili dell'elaborazione e rispetto dei regolamenti interni delle SS.CC. e delle SS.SS.DD. proprie del DITROSS, coerenti con il presente regolamento che ne definisce e disciplina i livelli di responsabilità interna ed i livelli operativo - gestionali.

Caratteristiche delle Strutture Semplici a Valenza Dipartimentale

Sono dotate di responsabilità ed autonomia professionale, organizzativa e gestionale e sono finalizzate a massimizzare le peculiarità delle professionalità specifiche e delle attività assistenziali o tecniche, e di integrazione organizzativa tra UU.OO. o Servizi, o di supporto logistico.

Sono caratterizzate dalla presenza di un Dirigente responsabile.

Caratteristiche delle Strutture Semplici

Sono l'articolazione della unità operativa complessa e sono definite in base alle specifiche caratteristiche delle attività svolte, della tipologia delle prestazioni erogate e/o dello specifico professionale rappresentato.

Tutte le attività devono essere costantemente orientate alla ricerca ed al mantenimento dell'appropriatezza assistenziale - organizzativa dello specifico ambito di responsabilità.

Sono caratterizzate dalla presenza di un Dirigente responsabile.

Ruolo del Direttore di Dipartimento

E' componente del Collegio di Direzione della ASL. Partecipa al processo di definizione dei Budget in relazione agli obiettivi attribuiti dalla Direzione Generale. E' responsabile dei processi di sviluppo di modelli organizzativi innovativi coerenti con l'organizzazione aziendale.

E' responsabile della definizione dei criteri per la selezione e gestione del personale in riferimento all'accoglienza, valutazione, sviluppo e mobilità del personale. Partecipa ai processi di sviluppo dei sistemi informativi relativi alle attività infermieristiche, tecniche, riabilitative della prevenzione, nonché della professione di assistente sociale.

E' responsabile della definizione dei sistemi di verifica degli indicatori di performance delle prestazioni sanitarie delle professioni non mediche e della professione di assistente sociale dell'area di comparto.

E' responsabile dell'identificazione dei sistemi premianti.

Ruolo del Direttore di Struttura Complessa

E' garante del corretto espletamento di tutte le funzioni assistenziali relative alla struttura complessa di cui è a capo.

Ha responsabilità di direzione di tutte le figure afferenti alla struttura complessa, di cui è il superiore gerarchico.

Collabora ai progetti attivati dal Direttore di Dipartimento a diversi livelli di responsabilità, in funzione delle attività assegnate.

E' responsabile dell'individuazione del fabbisogno di personale nella struttura complessa di appartenenza, sulla base dei criteri definiti dal Direttore di Dipartimento.

Partecipa, a diversi livelli di responsabilità, a tutte le attività dipartimentali secondo i criteri individuati dal Direttore e dal Comitato di Dipartimento.

E' direttamente responsabile delle risorse tangibili ed intangibili assegnate alla struttura complessa.

E' responsabile dell'adozione del Regolamento organizzativo interno, entro trenta giorni dall'attivazione della struttura.

Ruolo del Dirigente Responsabile di Struttura Semplice o a valenza Dipartimentale

E' responsabile dei processi specifici assegnati alla struttura semplice, o a valenza dipartimentale, e dei risultati conseguiti.

E' il superiore funzionale del personale sanitario, tecnico, professionale ed amministrativo eventualmente assegnato alla struttura.

Partecipa, a diversi livelli di responsabilità, a tutti i progetti e le attività definite dal Direttore di Dipartimento e dal Comitato di Dipartimento.

E' direttamente responsabile delle risorse tangibili ed intangibili assegnate alla struttura semplice.

Rapporti con le figure dirigenziali

I Dirigenti delle Professioni Sanitarie e della Professione di Assistente Sociale mantengono un rapporto di dipendenza gerarchica fra loro in funzione del ruolo occupato (Direttore di Dipartimento - Direttore di Struttura Complessa - Dirigente di Struttura Semplice Dipartimentale - Dirigente di Struttura Semplice).

Il Direttore di Dipartimento risponde al Direttore Generale del livello di raggiungimento degli obiettivi assegnati.

I Dirigenti delle Professioni Sanitarie e della Professione di Assistente Sociale sono da supporto alle attività della Direzione Sanitaria in funzione delle loro competenze specifiche.

La Direzione delle Professioni Sanitarie e del Servizio Sociale Professionale e la Direzione Medica di presidio/distretto/dipartimento si integrano funzionalmente per il perseguimento degli obiettivi aziendali.

Incarichi di tipo gestionale e professionale

Al Dirigenti delle professioni sanitarie dell'area infermieristica, ostetrica, della riabilitazione, tecnico-sanitaria, della prevenzione, nonché della professione di assistente sociale, gli incarichi dirigenziali sono conferiti secondo le modalità previste dalle leggi vigenti in materia di personale dirigente del ruolo sanitario e sociale professionale.

I livelli organizzativi

La modalità di classificazione delle professioni è influenzata dall'esigenza organizzativa di avere:

- "professionisti" che erogano prestazioni con l'aiuto, ove occorre, di personale di supporto. I professionisti sono inquadrati nel livello D come collaboratori professionali sanitari / assistente sociale.
- "coordinatori" che gestiscono la risorsa professionale in un'ottica di efficienza ed efficacia e che rispondono all'esigenza di gestione delle risorse materiali. I coordinatori sono inquadrati nel livello DS come collaboratori professionali sanitari/ assistente sociale - esperti, hanno riconosciuta una indennità di funzione di coordinamento.

Alla posizione di coordinatore sono richieste funzioni che vanno al di sopra della specifica professionalità tra cui quella di garantire la coerenza interna tra i diversi sviluppi professionali.

- "posizioni organizzative": rispondono alla necessità di un indirizzo univoco e coerente con le scelte aziendali e di coordinamento tra i diversi dipartimenti e le diverse unità organizzative dell'azienda. Rappresentano l'inizio della linea professionale per lo sviluppo delle competenze e dei percorsi assistenziali, della conoscenza clinica ed organizzativa, della "cultura maturata" che cresce verso le competenze esperte ed avanzate. Questo attraversa lo sviluppo sia degli aspetti metodologici che propri della specifica disciplina. Gli incarichi sono attribuiti con procedure selettive. Afferiscono al Dirigente dell'Area disciplinare di riferimento.

Principi e regole di gestione del personale

Le regole di gestione cui dovranno attenersi tutte le unità organizzative del dipartimento sono le seguenti:

- il riferimento base per la gestione del personale è l'équipe che è formata dall'insieme del personale assegnato ad una data unità organizzativa che, a sua volta, comprende diverse articolazioni interne come servizi, degenze, ambulatori, day hospital, ecc.;
- tutto il personale dell'équipe afferisce al coordinatore dell'unità organizzativa;
- il personale è assegnato ad una équipe e non ad un posto di lavoro o ad una posizione di lavoro o ad un tipo di organico;
- il personale assegnato all'équipe, a rotazione, per periodi da concordarsi nell'ambito del regolamento di dipartimento, è a disposizione in quanto il modello organizzativo basato sulla "rotazione" ha i vantaggi di favorire l'acquisizione diffusa di conoscenze e competenze, la copertura delle diverse posizioni di lavoro, l'impiego efficiente del personale, la coesione e la motivazione dell'équipe diminuisce i conflitti;
- il coordinatore, secondo le regole della buona gestione e in armonia con i dettami contrattuali e normativi adottati in azienda, è tenuto a prendere decisioni sulle presenze degli operatori sulla base delle variazioni di attività;
- la fruizione dei residui di congedo ordinario è obbligatoria, tenuto conto della quantità individuale di maturato e di quanto previsto dal CCNL;
- l'obiettivo dell'azienda è garantire le ferie del personale secondo quanto previsto dal CCNL vigente. Questo è possibile mediante una programmazione delle ferie annuale che tenga conto di tutte le risorse umane e delle modificazioni del volume di attività previste nel periodo estivo e natalizio;
- la copertura di assenze eccedenti la possibilità di autonoma compensazione interna all'unità organizzativa deve riferirsi alla gestione allargata di dipartimento che prevede la modulazione degli spostamenti secondo criteri di equilibrio.

L'organizzazione dell'assistenza è articolata secondo i principi olistici, applicando teorie e metodologie validate dalle evidenze scientifiche.

Pertanto, nell'ambito della responsabilità complessiva del Direttore e dei Dirigenti del DITROSS, è prevista una gestione autonoma e responsabile al fine di erogare adeguati livelli di assistenza infermieristica, ostetrica, riabilitativa, tecnica e del servizio sociale professionale, necessari per le funzioni di base e specialistiche.

Procedimento disciplinare

Visto il comma 1 ed il comma 2 - Art. 69 "Disposizioni relative al procedimento disciplinare" - del D. Lgs. 150/09, il procedimento disciplinare è dovere del Responsabile con qualifica dirigenziale della struttura in cui il dipendente lavora, pertanto, in considerazione di quanto

innanzi, il Dirigente dell'area disciplinare di riferimento del personale afferente al DITROSS è la figura autorizzata ad elevare contestazioni disciplinari al personale di comparto.

Organi del Dipartimento

Sono organi del Dipartimento:

- Il Comitato di Dipartimento
- Il Direttore di Dipartimento

Il Comitato di Dipartimento

E' l'organo di integrazione e coordinamento partecipato degli obiettivi e dei mandati della Direzione Generale, degli obiettivi operativi definiti e concordati per quanto di competenza in sede di discussione di budget, delle funzioni e delle attività attribuite alle strutture dipartimentali, delle risorse umane afferenti al dipartimento e dello sviluppo culturale e delle competenze di tutti i profili professionali che a questo afferiscono, nel rispetto delle singole specifiche peculiarità e degli obiettivi clinico assistenziali espressi. E' l'organo che promuove le occasioni per lo sviluppo della specifica cultura professionale e ne cura la diffusione tra tutti gli operatori.

Al Comitato di dipartimento spettano, inoltre:

- l'approvazione di protocolli e percorsi clinico - assistenziali che integrino le prestazioni erogate nella struttura dipartimentale;
- l'approvazione del Piano annuale del Dipartimento proposto dal Direttore di Dipartimento;

E' composto:

- dal Direttore di Dipartimento
- dai Dirigenti Responsabili di Struttura Complessa
- dai Dirigenti Responsabili di Struttura Semplice Dipartimentale
- dai Dirigenti Responsabili di Struttura Semplice
- da 1 componente per U.O.C. eletto tra i coordinatori dei diversi profili professionali afferenti al Dipartimento stesso.

Le procedure elettorali, con le ovvie traslazioni, saranno del tutto analoghe a quelle previste dal regolamento aziendale.

I rappresentanti del DITROSS, a seconda dell'ordine del giorno, possono essere convocati all'interno degli altri Dipartimenti Aziendali.

Riunioni del Comitato di Dipartimento

Il Comitato di Dipartimento si riunisce, su convocazione del Direttore di Dipartimento, con cadenza almeno trimestrale e con preavviso di almeno cinque giorni, e comunque ogni volta che almeno un terzo dei componenti ne faccia richiesta motivata al Direttore del Dipartimento.

Per particolari e specifiche problematiche, è facoltà del Comitato di Dipartimento convocare i competenti in materia.

Le sedute sono valide quando è presente la metà più uno dei componenti.

Sono valide le decisioni approvate a maggioranza semplice; in caso di parità il voto del Direttore è dirimente. Le decisioni sono verbalizzate ed il verbale della seduta è inviato per conoscenza alla Direzione Generale, alla Direzione Sanitaria ed alla Direzione Amministrativa.

Nel caso che alla seduta sia presente meno della metà dei componenti, questa assume mero carattere consultivo.

Le assenze alle riunioni del Comitato di Dipartimento devono essere giustificate; è ammessa la delega scritta ad altro componente del Dipartimento.

I componenti del Comitato di Dipartimento decadono dopo tre assenze ingiustificate consecutive. Alle sedute di Dipartimento partecipa il Direttore Sanitario dell'Azienda o un Medico di Direzione Sanitaria da Lui delegato.

Il Comitato di Dipartimento dura in carica quanto il Direttore di Dipartimento.

Assemblea di Dipartimento

Almeno una volta l'anno è convocata l'Assemblea di Dipartimento cui hanno titolo tutti gli operatori che vi afferiscono.

Incarico di Direttore di Dipartimento

Il Direttore del DITROSS è nominato dal Direttore Generale, con provvedimento motivato, tra i Direttori di Struttura Complessa afferenti al Dipartimento stesso, all'interno di una tematica proposta dal Comitato di Dipartimento, con voto limitato ad uno sino al raggiungimento di una tematica.

L'incarico di Direttore di Dipartimento ha durata triennale ed è eventualmente rinnovabile consecutivamente previa verifica.

Il Direttore di Dipartimento rimane titolare della direzione della Struttura Complessa di appartenenza.

L'incarico di Direttore comporta l'impiego esclusivo ed a tempo pieno a favore dell'Azienda ed è incompatibile con qualsiasi altro incarico che possa impedire la piena disponibilità nei confronti dell'Azienda.

E' componente di diritto del Collegio di Direzione dell'Azienda che rappresenta il momento della promozione, del confronto e del coordinamento delle strategie complessive del governo aziendale.

Fermo restando la piena autonomia professionale dei Direttori/Dirigenti Responsabili delle unità operative afferenti, al Direttore del Dipartimento compete, nel rispetto della normativa contrattuale e coerentemente agli obiettivi ed agli indirizzi stabiliti dalla Direzione Generale, previo parere del Comitato di Dipartimento:

- negoziare il budget di Dipartimento;
- predisporre il programma degli investimenti;
- assegnare le risorse relative al funzionamento del Dipartimento stesso;
- proporre alla Direzione Generale gli incarichi dirigenziali, sulla base delle proposte dei Direttori delle UU.OO.;
- partecipare alla valutazione dei Direttori delle unità operative e dei Dirigenti afferenti al Dipartimento secondo quanto previsto dalle norme vigenti;
- decidere sulle questioni operative del Dipartimento.

Al Direttore spetta, inoltre:

- promuovere verifiche periodiche sulla qualità e sulla corretta gestione delle risorse;
- rappresentare il Dipartimento nei rapporti con la Direzione Aziendale;
- convocare il Comitato di Dipartimento con cadenza almeno trimestrale, e comunque quando richiesto, con motivazione scritta, da almeno un terzo dei componenti;
- predisporre l'ordine del giorno delle riunioni ed inviarne copia, per conoscenza, alla Direzione Aziendale;

- predisporre affinché venga redatto verbale di ogni seduta del Comitato di Dipartimento e ne venga inviata copia alla Direzione Strategica;
- approvare i regolamenti delle U.O.C. ed U.O.S.D., sentito il Comitato di Dipartimento;
- nominare i componenti del DITROSS per gli altri Dipartimenti Aziendali, sentito il Comitato di Dipartimento.

Il Direttore del Dipartimento "rappresenta" la Direzione all'interno dell'intera area del comparto, per tutti i profili afferenti al Dipartimento stesso.

Redige e fa pervenire al Direttore Generale, al Direttore Sanitario ed al Direttore Amministrativo la Relazione Annuale del Dipartimento sottoponendone la stesura finale al Comitato di Dipartimento.

In caso di assenze per ferie o malattia, o altro impedimento del Direttore di Dipartimento, la sua sostituzione è affidata dal Direttore Generale ad altro dirigente con incarico di direzione di struttura complessa, preventivamente individuato con cadenza annuale da parte del Direttore di Dipartimento. Detta sostituzione è disciplinata dall'art. 18 del CCNL 8/6/2000 e s.m.i.

Il Direttore del Dipartimento facilita e promuove:

- l'umanizzazione dell'assistenza e delle pratiche assistenziali;
- il miglioramento continuo delle pratiche assistenziali e la ricerca continua dell'appropriatezza;
- l'integrazione e le sinergie affinché le attività che hanno carattere di multiprofessionalità siano organicamente armonizzate e la presa in carico del paziente si realizzi effettivamente in percorsi assistenziali definiti;
- lo sviluppo continuo della qualità;
- la diffusione ed il miglioramento delle conoscenze del governo clinico e la concreta applicazione nelle pratiche assistenziali;
- il buon finanziamento delle unità operative del Dipartimento, del clima organizzativo e della relazione con il personale;
- l'elaborazione di standard, in collaborazione con il Controllo di Gestione, per la valutazione dei risultati organizzativi ed assistenziali raggiunti.

Disposizioni finali

Il presente Regolamento è soggetto a revisione periodica in relazione alle mutate esigenze organizzative e gestionali, su iniziativa del Direttore di Dipartimento o su proposta del Comitato.

Considerazioni

Per quanto legiferato in merito a livello nazionale e regionale, come innanzi dichiarato, vista la volontà della Direzione strategica della ASL Lecce di attivare il DITROSS, macrostruttura di nuova istituzione, considerate le Delibere di Giunta Regionale per l'attuazione del Piano di Rientro e della riqualificazione del Sistema Regionale 2010/2012, preso atto della Deliberazione del Direttore Generale ASL Lecce, n° registro 1405 del 07/08/2012, "Rideterminazione della dotazione organica ex LL.RR. n. 22 del 28/09/11 e n. 11 del 15/5/12" - Integrazione e modifica", nelle more:

- da parte della Regione Puglia, della configurazione in Unità Operative Complesse dei Servizi delle Professioni Sanitarie e del Servizio Sociale Professionale, così come riportati ed istituiti per legge;

- delle procedure concorsuali per i dirigenti di nuova nomina, previste dalla vigente normativa;
gli incarichi di Dirigenti Responsabili dei Servizi delle Professioni Sanitarie, nelle aree precedentemente declinate, e del Servizio Sociale Professionale, possono essere conferiti ai sensi delle disposizioni di cui all' Art.- 7 della Legge 251/2000.

Lecce, 10 ottobre 2012

Dipartimento delle Professioni Sanitarie e del Servizio Sociale Professionale

ovvero
**Dipartimento Infermieristico, Tecnico, Riabilitativo, Ostetrico e del Servizio Sociale
Professionale - D. I. T. R. O.S.S.
ASL Lecce**

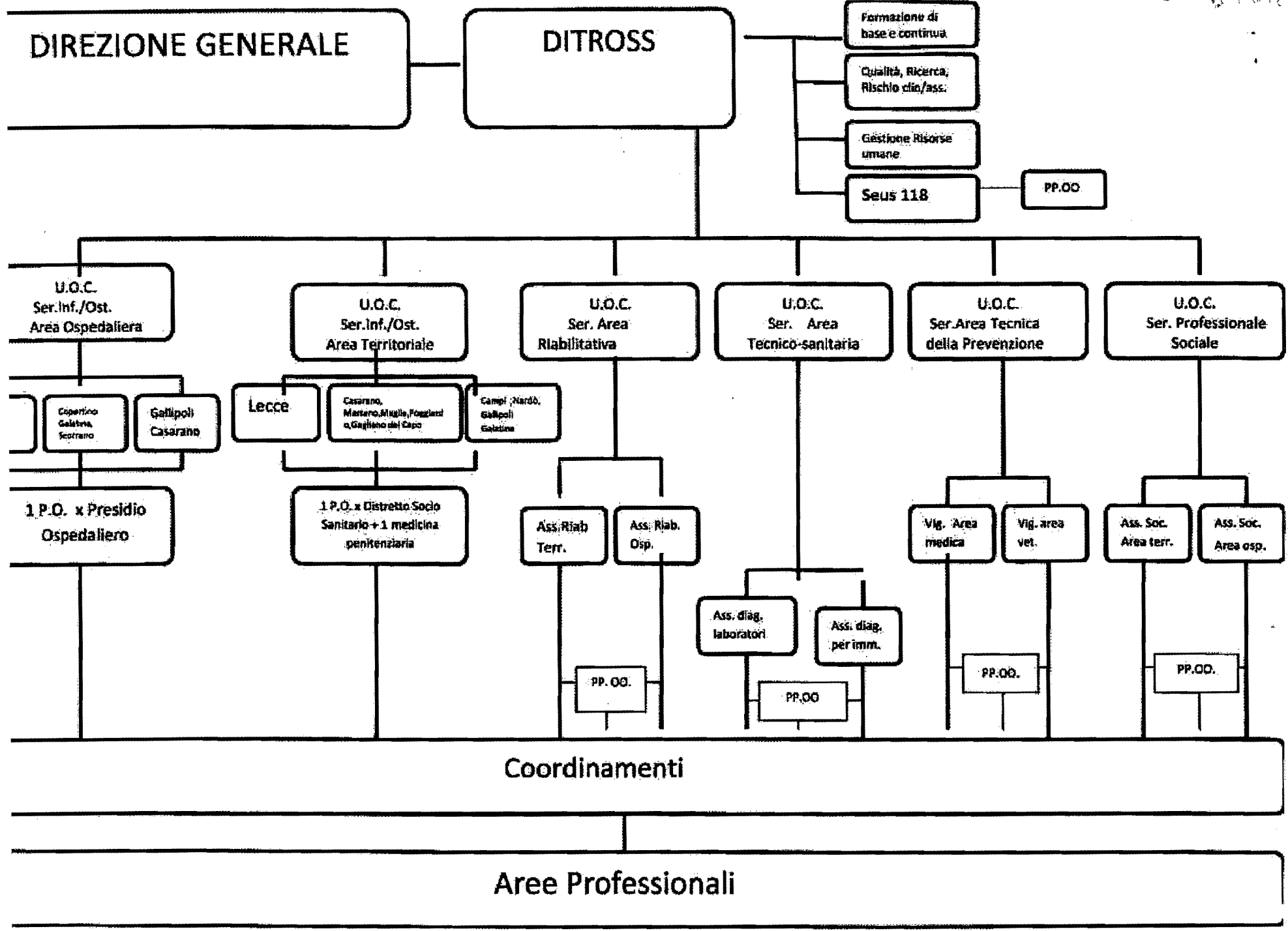
QUADRO SINOTTICO

Collocazione nell'organigramma aziendale	<ul style="list-style-type: none">• In staff alla Direzione Generale;
Rapporti con le altre figure dirigenziali	<ul style="list-style-type: none">• Tutto il personale del comparto è gerarchicamente dipendente dal Direttore del DITROSS;• Il rapporto di collaborazione con i Direttori Medici di Presidio, di Distretto, di Dipartimento, di SS.CC., e le altre categorie di Dirigenti, è improntato sulla integrazione funzionale, nel rispetto delle reciproche competenze, con l'obiettivo comune di migliorare la governance sanitaria;• Il personale titolare di posizione organizzativa è gerarchicamente dipendente dal Dirigente Responsabile dell'Area disciplinare di riferimento, che avrà compiti di coordinamento e supervisione sulle loro attività; si rimanda ad apposito regolamento la definizione dei livelli di autonomia specifici del ruolo in relazione agli obiettivi prefissati;
Gestione delle attività	<ul style="list-style-type: none">• I turni di servizio sono redatti dal coordinatore della struttura di riferimento, nella piena responsabilità e nel rispetto dei criteri di massima concordati, sulla base delle esigenze di servizio, ed autorizzati dal Dirigente Responsabile della propria area disciplinare in quanto garante dei livelli ottimali di assistenza in rapporto alle risorse disponibili;• Le richieste ed i relativi giustificativi di assenze a vario titolo di tutto il personale di comparto devono essere preventivamente concordate e valutate dal coordinatore e successivamente autorizzate dal Dirigente Responsabile della propria area

	disciplinare. La mancanza di autorizzazione rende nulla ogni richiesta;
Formazione	<ul style="list-style-type: none"> • Tutte le partecipazioni ad attività formative, sia interne che esterne, devono essere autorizzate dal Dirigente Responsabile della propria area disciplinare, che valuterà la congruità in relazione alle esigenze della struttura ed alle risorse disponibili;
Attività esterne	<ul style="list-style-type: none"> • Tutte le autorizzazioni ad attività esterne, come ad esempio attività di docenza o prestazioni di consulenza, devono essere autorizzate dal Dirigente Responsabile della propria area disciplinare, sentito il parere non vincolante del Coordinatore.
Sanzioni disciplinari	<ul style="list-style-type: none"> • Il Dirigente Responsabile delle Professioni Sanitarie dell'area disciplinare di riferimento o del Servizio Sociale Professionale, in quanto superiore gerarchico del personale afferente al servizio, è l'unica figura autorizzata ad elevare contestazioni disciplinari al personale di comparto. Egli /Ella agisce su propria iniziativa o su segnalazione di altre figure, dirigenziali e non;
Rapporti sindacali	<ul style="list-style-type: none"> • Il Dirigente Responsabile della U.O.C./Servizio dell'area disciplinare di riferimento, di concerto con il Direttore Medico, è autorizzato ad indire incontri di 2° livello, secondo il regolamento aziendale;
Valutazione del Personale	<ul style="list-style-type: none"> • I Dirigenti Responsabili delle aree disciplinari di riferimento: <ul style="list-style-type: none"> - sono responsabili della valutazione dei Coordinatori ai fini dell'attribuzione di premi di incentivazione, progetti obiettivo, produttività, etc.; - controfirmano la valutazione del Coordinatore circa il personale di comparto afferente. - effettuano, per competenza, la valutazione di risultato del personale titolare di posizione organizzativa.
Commissioni	<ul style="list-style-type: none"> • Il Dirigente Responsabile dell' area disciplinare di riferimento è di diritto: <ul style="list-style-type: none"> - presidente delle commissioni che riguardano il personale di comparto; - presente nelle commissioni e nei comitati

	la cui materia di interesse ricade anche sul personale di comparto.
Comunicazioni aziendali	<ul style="list-style-type: none">• Tutte le comunicazioni della Direzione Generale, Direzione Amministrativa e Direzione Sanitaria, nonché le comunicazioni dell'Area Gestione del Personale, e, comunque, di tutte le altre Aree e/o strutture, che riguardano direttamente o indirettamente il personale di comparto, al fine di una corretta comunicazione, devono essere indirizzate anche ai Dirigenti delle Professioni Sanitarie e del Servizio Sociale Professionale.

Lecce, 10 ottobre 2012



DIREZIONE GENERALE

DITROSS

Formazione di base e continua

Qualità, Ricerca; Rischio clin/ass.

Gestione Risorse umane

Seus 118

PP.OO.

U.O.C. Ser. Inf./Ost. Area Ospedaliera

U.O.C. Ser. Inf./Ost. Area Territoriale

U.O.C. Ser. Area Riabilitativa

U.O.C. Ser. Area Tecnico-sanitaria

U.O.C. Ser. Area Tecnica della Prevenzione

U.O.C. Ser. Professionale Sociale

Copertino Galatina Serrano

Gallipoli Casarano

Lecce

Casarano, Martano, M. G. Foggliosi, Gagliano del Capo

Campi (Nardo, Gallipoli, Galatina)

1 P.O. x Presidio Ospedaliero

1 P.O. x Distretto Socio Sanitario + 1 medicina penitenziaria

Ass. Riab. Terr.

Ass. Riab. Osp.

PP.OO.

Ass. diag. laboratori

Ass. diag. per imm.

PP.OO.

Vig. Area medica

Vig. area vet.

PP.OO.

Ass. Soc. Area terr.

Ass. Soc. Area osp.

PP.OO.

Coordinamenti

Aree Professionali