



ASL Oristano

Regolamento  
Direzione Dipartimento Cure Mediche  
**REGOLAMENTO ATTUATIVO DEL  
DIPARTIMENTO CURE MEDICHE**

PT.E01.01

Em. 1 del 11.10.2013

Pagina 1 di 13

**Stato delle revisioni**

Indice rev.	Data	Par. n°	Pag. n°	Sintesi della modifica	Redazione
1	21/10/2013			Integrazioni dopo discussione in Comitato di Dipartimento	Francesco Mastinu
2	13/11/2013			Integrazione votata in Comitato di Dipartimento	Francesco Mastinu per i Componenti del Comitato di Dipartimento di Cure Mediche

Nome file	PT.EA01.01 Regolamento attuativo del Dipartimento di cure mediche Em. 1 del 13/11/2013			
	nome	funzione	data	firma
Redazione	Francesco Mastinu	Direttore Dipartimento Cure Mediche	11.10.2013	<b>Francesco Mastinu</b>
Verifica				
Approvazione	Componenti Comitato di Dipartimento		13/11/2013	
Copia				

Le informazioni contenute nel presente documento sono di proprietà della Azienda Sanitaria Locale di Oristano.  
Il possessore della presente procedura è responsabile del suo impiego, della riservatezza e della conservazione.



**INDICE**

<b>1. PREMESSA.....</b>	<b>pag.3</b>
<b>2. OGGETTO .....</b>	<b>pag.3</b>
<b>3. SCOPO.....</b>	<b>pag.3</b>
<b>4. CAMPO DI APPLICAZIONE.....</b>	<b>pag.3</b>
<b>5. RESPONSABILITA'.....</b>	<b>pag.3</b>
<b>6. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO.....</b>	<b>pag.3</b>
<b>7. ABBREVIAZIONI E DEFINIZIONI.....</b>	<b>pag.3</b>
<b>8. MODALITA' OPERATIVE.....</b>	<b>pag.4</b>
<b>9. ALLEGATI .....</b>	<b>pag.13</b>
<b>10. ARCHIVIAZIONE.....</b>	<b>pag.13</b>

**1. PREMESSA**

*Necessità di un Regolamento di Dipartimento*

**2. OGGETTO**

*Norme che regolano l'attività Dipartimentale delle Strutture costituenti.*

**3. SCOPO:**

*Ottimizzare le prestazioni assistenziali Dipartimentali, normando rapporti e collaborazione fra le Strutture afferenti.*

**4. CAMPO DI APPLICAZIONE**

*Tutte le Strutture del Dipartimento di Cure Mediche, fatta salva l'autonomia tecnico-funzionale e gestionale delle singole Strutture nell'uso delle risorse, quali centri di responsabilità.*

**5. RESPONSABILITA'**

*E' in capo ai Direttori delle singole Strutture e del Direttore di Dipartimento per quanto di sua competenza.*

	Attore 1	Attore 2	Attore 3	Attore 4
Azione 1				
Azione 2				
Azione 3				
Azione 4				

**6. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO**

*Atto Aziendale.*

**7. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI**

*D G: Direttore Generale; DCM: Dipartimento di Cure Mediche; ASL Azienda Sanitaria Locale; LEA: Livelli essenziali di assistenza; SC: Struttura Complessa; SSD: Struttura Semplice Dipartimentale; SS: Struttura Semplice; CdD: Comitato di Dipartimento;*

## 8. MODALITA' OPERATIVE

### Capo I – Il modello dipartimentale.

#### Art. 1 Generalità

Il Dipartimento di Cure Mediche (DCM) dell'ASL 5 di Oristano, istituito dall'Atto Aziendale, secondo quanto previsto dal Piano Sanitario Regionale e dalla legge regionale 10 del 2008, è un dipartimento strutturale della ASL di Oristano.

La Missione della Organizzazione Dipartimentale è dare una risposta di miglioramento dell'assistenza in rapporto al cambiamento delle patologie prevalenti con la più efficace utilizzazione delle risorse a disposizione.

In particolare il Dipartimento assicura la gestione delle risorse di utilità comune alle unità organizzative afferenti, realizzando l'integrazione delle attività delle stesse e promuovendo i processi per obiettivi, la multidisciplinarietà e l'unireferenzialità per l'utenza.

Il Dipartimento di Cure Mediche articola la collaborazione fra le Strutture che lo costituiscono con l'obiettivo di superare la rigidità della divisione per discipline e fornire una assistenza multidisciplinare e multiprofessionale, che tenga conto delle necessità dell'Utente, graduando gli interventi in relazione alla necessità di Intensità delle cure.

Il presente regolamento disciplina i criteri e i principi di funzionamento finalizzati a

- Assicurazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA);
- Istituzione di modalità lavorative legate a processi rivolti a semplificare l'accesso dell'utenza;
- Integrazione con i Distretti Sociosanitari per assicurare la soddisfazione delle richieste (compatibilmente con le risorse impegnate) e promuovere la tutela della salute;
- Promozione dell'interazione tra i servizi.

#### Art. 2 Funzioni e Compiti

Le funzioni e i compiti del Dipartimento di Cure Mediche attengono a:

##### 1. Funzioni *in ambito di organizzazione e comunicazione:*

- lo sviluppo del senso di appartenenza all'Organizzazione;
- la valorizzazione delle professionalità attraverso la differenziazione dei campi di attività;
- la migliore gestione delle relazioni tra le unità organizzative e tra gli operatori;
- contribuire allo sviluppo del sistema informativo aziendale;

##### 2. Funzioni *relative alla gestione dei processi:*

- l'impostazione di percorsi diagnostico-terapeutici, procedure, protocolli e di piani di lavoro condivisi e basati sul consenso dei soggetti interessati;
- la messa in opera di approcci di miglioramento della qualità delle prestazioni;
- la continuità dell'attività assistenziale lungo i percorsi di cura;
- la promozione dell'appropriatezza degli interventi di cura
- l'omogeneizzazione su base territoriale delle modalità di accesso, delle procedure e delle tipologie di prestazioni rese all'utenza;



### 3. Funzioni di ottimizzazione nella gestione delle risorse:

- la flessibilità nella gestione e il pieno utilizzo delle risorse strutturali e della dotazione tecnologica,
- l'attivazione di politiche di gestione del personale che riguardino le procedure d'inserimento, di formazione, e la semplificazione dei procedimenti di mobilità interna;
- l'impostazione su presupposti di collaborazione su base professionale del rapporto medico – infermiere;
- la centralizzazione della programmazione e della regolamentazione dell'acquisizione di beni e servizi con la definizione di obiettivi e programmi.

Le Strutture che afferiscono al Dipartimento mantengono la loro autonomia e responsabilità tecnico-professionale, sia sotto il profilo di organizzazione che di gestione, ma riconoscono la loro interdipendenza in funzione del perseguimento di comuni obiettivi di Assistenza, Formazione e Ricerca.

## ▲ **Capo II - Articolazione organizzativa.**

### **Art. 3 Articolazione Organizzativa**

Il Dipartimento di Cure Mediche della ASL di Oristano é di tipo strutturale, dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria.

Sono organi del Dipartimento:

- il Direttore del Dipartimento
- Il Comitato di Dipartimento

Le Strutture afferenti al DCM secondo quanto previsto dall'AA, distinte in Strutture Complesse (SC) e Strutture Semplici Dipartimentali (SSD) sono quelle riportate nello schema che segue:

1. **Medicina Interna P.O. San Martino Oristano (SC)**
2. **Medicina Interna P.O. Delogu Ghilarza (SC)**
3. **Medicina Interna P.O. Mastino Bosa (SC)**
4. **Oncologia (SSD)**
5. **Cardiologia e UTIC P.O. San Martino Oristano (SC)**
6. **Nefrologia e Dialisi Oristano (SC)**
7. **Pneumologia Oristano (SC)**
8. **Diabetologia Oristano (SC)**
9. **Pediatria e Neonatologia P.O. San Martino Oristano (SC)**
10. **Centro Talassemie Oristano (SSD)**
11. **Centro riferimento Alzheimer (SSD)**
12. **Riabilitazione Ospedaliera ( SC )**

Afferiscono inoltre al DCM:

- La struttura organizzativa
- Lo staff di supporto

Le Strutture Complesse possono articolarsi in **Strutture Semplici (SS)**, finalizzate allo svolgimento di particolari compiti caratterizzati da unitarietà organizzativa o funzionale.

Le Strutture Semplici si giustificano in presenza di esigenze organizzative, cioè nel caso in cui si ritenga necessario attribuire la Responsabilità di una parte dell'organizzazione o l'utilizzo di strumentazioni innovative e a valenza strategica per l'azienda a un Dirigente che risponda al

Direttore della Struttura Complessa di appartenenza.

In presenza di specifiche linee di attività si giustificano gli **Incarichi Professionali** di alta specializzazione o semplici. Tali incarichi sono attribuiti a un Dirigente che risponda al Direttore della Struttura Complessa di appartenenza.

Ogni variazione dell'articolazione interna concernete le Strutture Semplici di complessa, o la attribuzione di Incarichi Professionali, deve essere proposta dal Responsabile della Struttura Complessa al Comitato di Dipartimento e, in caso di parere positivo, il Direttore del Dipartimento sottopone la proposta alla Direzione Generale.

### **^ Capo III - Organismi: definizione, compiti e meccanismi di funzionamento.**

#### **Art. 4 - Direttore del Dipartimento**

L'incarico di Direttore del Dipartimento, di cui all'art. 17 bis del D.Lgs 502/1992 e successive modifiche, è conferito dal Direttore Generale nell'ambito dei Dirigenti con incarico di direzione delle strutture complesse aggregate nel Dipartimento. L'incarico è affidato, all'interno di una terna di nominativi proposta dal comitato di Dipartimento, al direttore di struttura complessa che, a seguito di una procedura di valutazione del curriculum, risulta possedere capacità gestionali ed organizzative di alto livello .

L'incarico di direttore di Dipartimento ha durata triennale.

Per assicurare la continuità della direzione in caso di assenza o impedimento il Direttore è sostituito da altro responsabile di struttura complessa aggregata al Dipartimento, individuato con atto formale del Direttore del DCM all'inizio di ogni anno solare.

Il Direttore del dipartimento:

- a) predisporre l'organizzazione generale del dipartimento
- b) rendere partecipi i componenti del comitato di dipartimento delle esigenze della Direzione Aziendale;
- c) negoziare con la Direzione Generale il budget del dipartimento;
- d) assicurare il funzionamento del Dipartimento, attuando i modelli organizzativi proposti dal Comitato di Dipartimento;
- e) controllare l'aderenza dei comportamenti con gli indirizzi generali definiti dal Comitato di Dipartimento nell'ambito delle attività di formazione, della gestione del personale, dell'utilizzo di fondi dipartimentali;
- f) rappresentare il Dipartimento nei rapporti con la Direzione Generale, i Direttori di Distretto e con organismi esterni, ove sia previsto che il Dipartimento operi in coordinamento o collegamento con gli stessi;
- g) gestisce le risorse attribuite al Dipartimento, acquisito il parere dei responsabili dei Servizi, secondo le indicazioni del Comitato di Dipartimento;
- h) dirige e coordina le attività in caso di emergenze sanitarie che coinvolgono più S.C. in sinergia con i servizi interessati;
- i) Il Direttore del Dipartimento non assume responsabilità diretta nella gestione tecnico-operativa delle S.C. e S.S.D. che rimane in capo ai singoli responsabili delle strutture dipartimentali.
- j) Garantisce il diritto alla informazione dei membri del comitato, del personale del dipartimento, e di tutti i portatori di interesse.
- k) Può nominare lo staff, acquisito il parere dei Direttori dei Servizi, nel caso di:
  - supporto alla formulazione di linee guida e protocolli per le attività e i processi del dipartimento;
  - coordinamento per la stesura di protocolli operativi con le strutture esterne.



### **Art. 5 - Comitato di Dipartimento**

Il Comitato di dipartimento è organo collegiale permanente del dipartimento che assicura la partecipazione dei professionisti ai processi di pianificazione strategica perseguendo e promuovendo la diffusione e l'affermazione di valori condivisi; è composto:

- dai Direttori delle strutture complesse afferenti al DCM.;
- dai Responsabili delle strutture semplici dipartimentali;
- dal coordinatore dipartimentale del personale sanitario non medico,
- da tre Dirigenti Medici;
- da un rappresentante del personale sanitario non medico;

i componenti di cui alla lettera d ed e sono eletti a suffragio universale tra coloro che appartengono alle unità organizzative afferenti al dipartimento; decadono e vengono sostituiti dal primo dei non eletti dopo 5 assenze non giustificate alle riunioni di Dipartimento.

Il Comitato svolge attività di supporto al Direttore del Dipartimento, e concorre alla organizzazione e al funzionamento del Dipartimento. Il Comitato si riunisce mediamente una volta a bimestre, e in tutte le circostanze in cui è richiesto per l'espletamento dei propri compiti; il Comitato, in particolare, si esprime formalmente sui seguenti temi:

- modelli organizzativi del Dipartimento;
- valutazione del fabbisogno di risorse umane e strumentali e individuazione delle priorità
- programmazione annuale e pluriennale delle attività dipartimentali con l'elaborazione degli obiettivi da realizzare;
- gestione del "budget" assegnato al Dipartimento;
- piani di aggiornamento e riqualificazione del personale, di educazione sanitaria in coerenza con i piani e obiettivi aziendali;
- proposta al D G di una terna di nominativi di Direttori di strutture complesse afferenti al DCM, per l'attribuzione dell'incarico di Direttore del Dipartimento;
- proposta di eventuali modifiche al regolamento;

### **Art. 6 - Funzioni del Comitato**

Il C.d.D. è convocato di norma con periodicità bimestrale dal Direttore del Dipartimento che definisce l'ordine del giorno.

La convocazione deve pervenire di regola agli interessati almeno 7 giorni prima, salvo i casi di urgenza o di particolare rilevanza sanitaria.

Per situazioni di particolare rilevanza, adeguatamente motivate, la convocazione può essere chiesta in via straordinaria da un componente del Comitato.

La seduta del Comitato è considerata valida se è presente in prima convocazione la metà più uno dei componenti, in seconda convocazione, almeno un terzo dei componenti.

La seduta in seconda convocazione non può tenersi prima che siano trascorse 24 ore dalla programmata seduta in prima convocazione.

Le decisioni sono adottate a maggioranza dei presenti; in caso di parità la maggioranza è determinata dal voto del Direttore. In caso di modifica del regolamento, di proposta della terna per la nomina del Direttore del Dipartimento e di definizione del budget annuale la maggioranza deve essere qualificata ( metà più uno degli aventi diritto) .

Le sedute sono verbalizzate da personale amministrativo del Dipartimento;  
Possono partecipare alle sedute, senza diritto di voto:



- la Direzione Generale  
- i responsabili di strutture semplici facenti parte di strutture complesse appartenenti al Dipartimento stesso, i rappresentanti di enti, associazioni e categorie professionali che interagiscono con il Dipartimento tutte le volte che la loro partecipazione è ritenuta opportuna dal Direttore del Dipartimento.

Al Comitato del Dipartimento possono partecipare anche altre figure professionali dei servizi afferenti al Dipartimento, o anche di strutture esterne, qualora ciò sia richiesto da un componente del Comitato perché ritenuto utile per l'approfondimento di specifiche tematiche all'ordine del giorno.

#### **Art. 7 - Struttura Organizzativa di Supporto**

Le funzioni amministrative sono svolte da una segreteria di Dipartimento composta da un collaboratore amministrativo, da un assistente o coadiutore amministrativo esperto nella gestione dei sistemi informatici e da due commessi. La segreteria svolge le seguenti funzioni:

- a. gestisce i flussi informativi, anche mettendo in rete le SDO del Dipartimento;
- b. raccoglie i dati per la gestione del budget,
- c. predispone gli atti amministrativi, sostenendo anche le Strutture Dipartimentali prive di personale amministrativo. e gestisce gli aspetti burocratici inerenti la formazione.
- d. coordina le attività amministrative intraservizi;
- e. predispone il bilancio preventivo;
- f. gestisce le attività di accreditamento

Alla struttura organizzativa di supporto afferisce la posizione organizzativa dei Coordinatori sanitari professionali (cat. D – DS ) delle Strutture del Dipartimento con le funzioni di coordinamento del personale afferente.

In mancanza del personale della Segreteria di Dipartimento, si chiederà supporto per i su elencati compiti alle Strutture Amministrative Aziendali.

#### **Art. 8 – Modelli Operativi delle Strutture Afferenti al Dipartimento**

Le Strutture C. e S.D. del Dipartimento operano quali centri di responsabilità e sono dotati di autonomia tecnico-funzionale e gestionale nell'uso delle risorse. I Direttori delle Strutture formulano le proposte di budget da armonizzare e integrare a livello di Comitato di Dipartimento.

##### **Art. 8.1 - Modelli Operativi.**

Le Strutture del Dipartimento di Cure Mediche, per la loro natura, svolgono attività differenti, alcune delle quali orientate prevalentemente al trattamento dell'acuzie in regime di ricovero, altre prevalentemente orientate al trattamento delle cronicità; anche se nelle diverse Strutture uno di tali orientamenti è prevalente ma non è mai esclusivo.

Quindi l'attività delle Strutture del Dipartimento di Cure Mediche può essere schematicamente scomposta in **tre tipologie** (ogni Struttura può svolgere la sua attività in più di una delle tre tipologie):





1 **Attività ad Alta Specificità di cure** con un apporto nettamente preponderante di una specialità ( Pediatria, Dialisi e UTIC con Cardiologia post intensiva);

2 **Attività prevalentemente ambulatoriale** (es. follow-up diabetologico o pneumologico o endocrinologico) o di **Assistenza a degenti in regime di Ricovero Diurno** (D H di Oncologia e OncoEmatologia);

3 **Attività di Assistenza a degenti** con pluripatologia (es. Medicina Interna).

In dettaglio, l'organizzazione secondo le suddette tipologie prevede:

**Tipologia 1** Nelle attività ad Alta Specificità le Strutture garantiscono l'assistenza ai loro degenti con personale Medico proprio, mentre le Specialità collaterali (es Cardiologia per Pediatria) partecipano al percorso terapeutico con **Assistenza Congiunta** di intensità assistenziale meno impegnativa rispetto a quella richiesta dalla patologia principale. **La Disciplina responsabile della cura** in tali condizioni è evidente, con la responsabilità in capo al Direttore della Struttura.

**Tipologia 2** Per l'attività prevista in questa tipologia (es.: Pneumologia e Diabetologia) gli Specialisti assistono i Pazienti anche durante la degenza nel Dipartimento di Cure Mediche per garantire la continuità dei Percorsi Assistenziali, offrendo **Assistenza Congiunta** a Pz ricoverati per altre patologie principali. Talora per la patologia principale che motiva la degenza **la Disciplina responsabile** può essere di spettanza di Specialisti con prevalente impegno nelle attività ambulatoriali (es coma iperosmolare per la Diabetologia).

**Tipologia 3** Per quanto attiene l'assistenza a persone accolte in regime di ricovero è prevista sempre la identificazione della **Disciplina responsabile** della manifestazione emergente del quadro clinico del Paziente ricoverato (**il Direttore della Disciplina responsabile** si fa carico del Paziente per la patologia prevalente in quel momento, e coordina gli altri Specialisti che garantiscono una **Assistenza Congiunta**, ognuno per la sua competenza). **Il Direttore della Disciplina responsabile ha la responsabilità legale del procedimento clinico, gestirà separatamente le cartelle cliniche e SDO con proprio codice.**

**La Disciplina responsabile deve essere identificata dal momento dell'accesso del Paziente alla condizione di degenza e lo segue sino alla dimissione:**

- in caso di ricovero d'urgenza con accesso dal Pronto soccorso è il Medico del Pronto soccorso e accettazione a identificare **la Disciplina responsabile della patologia che motiva il ricovero.**
- In caso di ricovero d'elezione con accesso diretto al reparto di degenza, è **il Direttore della Disciplina responsabile (o suo incaricato)** in base alla diagnosi principale di ricovero, che effettua il ricovero informandone il Medico di Guardia. Per i ricoveri di elezione non si può occupare più posti letto di quanti assegnati funzionalmente ad ogni disciplina.
- il Direttore responsabile della Struttura della **Disciplina responsabile** per la diagnosi principale di ricovero può affidare temporaneamente ad un Medico della sua Struttura (secondo regolamenti interni ad ogni Struttura) l'incarico assistenziale per ogni ricoverato.

- Durante i periodi di assenza dal reparto di degenza del **Direttore della Disciplina responsabile** per la patologia principale o del suo incaricato, la responsabilità clinica per ogni singolo Paziente va affidata temporaneamente al Medico in servizio di guardia, con preciso passaggio di consegne. Il Medico in servizio di guardia dispone sempre della **reperibilità** del **Direttore della Disciplina responsabile** competente per la patologia principale o del suo incaricato.
- Durante la degenza, per modifica del quadro clinico, può cambiare la patologia prevalente (es coma iperosmolare risolto, ma persistente scompenso c.c.); in tal caso può cambiare **la Disciplina responsabile** per la patologia principale, previo preciso accordo tra i responsabili. In caso di mancato accordo continua la responsabilità del ricoverato da parte del primo **Direttore della Disciplina responsabile** sino a definizione del caso da parte del Responsabile di Dipartimento.
- Se il ricoverato presenta altre patologie diverse dalla principale, le Strutture competenti garantiscono la loro **Assistenza Congiunta**. Tale collaborazione clinica è garantita dal momento dell'accesso del malato alla degenza, o dal momento in cui emerge il problema della patologia collaterale.
- **L'Assistenza Congiunta** va sempre coordinata col **Direttore della Disciplina responsabile**: in caso di pareri discordanti prevale la decisione del **Direttore della Disciplina responsabile**. La divergenza andrà tempestivamente affrontata nella successiva **Riunione Clinica del Comitato di Dipartimento**.
- La **Riunione Clinica del Comitato di Dipartimento** (o di rappresentanti dei titolari), ha cadenza mensile (o più ravvicinata se necessario) e affronta problemi clinici emergenti. E' prevista la possibilità di partecipazione alle Riunioni Cliniche del Comitato del personale del Dipartimento stesso e di Dirigenti dell'Azienda, nei casi in cui tale partecipazione sia ritenuta utile per la trattazione degli argomenti all'ordine del giorno. Le decisioni prese dai membri effettivi del Comitato di Dipartimento (o di rappresentanti dei titolari), vanno verbalizzate e sono vincolanti per il Dipartimento.

L'assistenza Dipartimentale in condizioni di degenza è auspicabile sia organizzata per intensità di cure secondo la seguente gradazione:

- **Area Critica:** degenze ad elevata intensità di cure: i ricoverati sono pazienti instabili di area internistica, cardiologica, neurologica, pneumologica, nefrologica, epatologica o endocrinologica. La degenza media è di 48/72 ore. I Pazienti vengono stabilizzati e dimessi o trasferiti nell'area per acuti. L'Area Critica è ubicata nell'Ospedale San Martino di OR.
  - **Area per acuti:** accoglie Pazienti che necessitano di cure intense ma non critiche e richiedono una degenza media di 5-7 giorni. Tale area è presente nei tre Ospedali aziendali.
  - **Area Lungodegenza e riabilitazione** per Pazienti che dopo la stabilizzazione della patologia che ha portato al ricovero non possono far rientro al proprio domicilio per motivi relativi a riabilitazione, nutrizionali o sociali. La degenza media non dovrebbe superare i 10/20 giorni. Anche tale area è prevista nella proposta di nuovo atto aziendale.
- Il ricovero dei malati critici avviene di norma dal Pronto Soccorso/Acettazione, per gli altri il ricovero può anche essere di elezione.

L'assistenza infermieristica è garantita dal Regolamento del **Servizio aziendale di assistenza Infermieristica, ostetrica e delle professioni tecnico sanitarie, contestualizzato al Dipartimento e alle Strutture** dal Coordinatore della Attività Infermieristica di Dipartimento e dai Coordinatori delle Attività Infermieristiche di Struttura. Tali regolamenti dovrebbero prevedere un Case Manager Infermieristico di ogni Paziente.

Se necessario i Servizi provvedono, attraverso il decentramento territoriale, organizzativo e operativo, alla erogazione di prestazioni di propria competenza a livello distrettuale, raccordando la propria attività con quella degli altri Servizi presenti nel territorio.

Sulla base delle specifiche esigenze di tipo locale e delle risorse disponibili i Servizi articolano la propria attività sul territorio garantendo l'erogazione delle prestazioni relative a livello distrettuale.

Il decentramento operativo deve essere garantito in misura e modalità congrue con i bisogni del territorio e con il ricorso alle soluzioni organizzative meglio adeguate alla accessibilità, all'efficienza e alla qualità complessiva dei servizi resi all'utenza.

#### **Art. 8.2 - La sanità di iniziativa nell'assistenza ospedaliera.**

Anche nell'ambito dell'assistenza ospedaliera è indispensabile assicurare condizioni organizzative tali da rendere sistematico un approccio coerente ai principi della *sanità d'iniziativa* e della *continuità ospedale-territorio*.

A tal fine va individuata la figura cui spetta il compito di garantire "pro-attivamente" la presa in carico e la continuità assistenziale. A tale figura, qui definita tutor clinico, va il compito di garantire un'assistenza appropriata, basata sull'evidenza dell'efficacia delle cure e sulla corretta informazione al malato e ai suoi familiari. Il tutoraggio riguarda la capacità del sistema sanitario di rendere consapevole il cittadino e di rispondere allo specifico bisogno assistenziale ospedaliero e nel territorio, a partire dal momento di primo contatto, che potrebbe essere il momento del ricovero.

Pertanto, se non ancora formulato o se non più adeguato, sarà definito lo specifico percorso terapeutico assistenziale individuale. In questa fase il professionista dovrà comunque garantire la valutazione di tutti gli aspetti clinici ed assistenziali necessari per il corretto trattamento dei bisogni del Paziente. Il bisogno assistenziale dovrà ricevere risposte coordinate nella fase ospedaliera tra le specifiche competenze e professionalità e dovrà trovare garanzia di continuità assistenziale attraverso il collegamento con l'assistenza **Sanitaria e Socio-sanitaria** territoriale del **Distretto** di residenza del cittadino. Tale percorso dovrà essere graduato secondo un Percorso Personalizzato Integrato più appropriato in relazione all'intensità del bisogno.

Qualora il percorso preveda la necessità di successivi accertamenti specialistici ambulatoriali (follow up), questi dovranno essere programmati e prenotati d'iniziativa dal personale ospedaliero attraverso il CUP, così da non esporre il cittadino a potenziali difficoltà di accesso, garantendo la certezza della prenotazione. Per garantire infine una efficiente continuità assistenziale integrata fra ospedale e territorio, andrà predisposto un piano di dimissione che consenta al paziente ed al care giver di riferimento, un'ottimale gestione della assistenza a domicilio.

Nella fase iniziale i percorsi integrati ospedale-territorio potranno essere sistematicamente applicati a partire dalle seguenti condizioni o patologie:

IMA, Ictus, Scompenso Cardiaco, Insufficienza Respiratoria in BPCO, Diabete e patologie correlate, Malattia Renale Cronica.

#### **Art. 9 - Assemblea del Dipartimento**

L'assemblea generale è costituita da tutti gli operatori del Dipartimento ed è convocata una volta all'anno dal Direttore del Dipartimento.



### **Art. 10 - Rapporti interni con altri Dipartimenti e con i Distretti**

Il Dipartimento di Cure Mediche, per assicurare la continuità assistenziale e la definizione dei percorsi di diagnosi, cura e riabilitazione in un'ottica di integrazione ospedale territorio interagisce con tutti gli altri Dipartimenti Aziendali e con i Distretti.

A livello distrettuale deve essere stimolato l'intervento inter e multidisciplinare integrato tra i Servizi sulla base delle specifiche esigenze locali.  
A tal fine si evidenziano i seguenti criteri generali:

- a. I Singoli Servizi e il Dipartimento esercitano la loro attività a livello distrettuale nell'ambito della loro specifica programmazione;
- b. I Servizi del Dipartimento di Cure Mediche raccordano la propria attività progettuale e operativa con gli altri Servizi distrettuali su obiettivi a valenza multidisciplinare;
- c. Il Dipartimento concorda con il Distretto il soddisfacimento di esigenze logistiche o strumentali non soddisfatte da risorse in diretta assegnazione;
- d. Il Distretto gestisce l'integrazione e la selezione nella rilevazione dei bisogni espressi dalla popolazione utente e reperisce la logistica.
- e. Il Dipartimento ogni anno notifica le attività che verranno erogate nelle strutture distrettuali e di questo va data evidenza alla Direzione Generale;

### **Art. 10.1 Rapporti esterni**

Si prevede la possibilità di forme di collegamento con omologhi Dipartimenti di tutte le altre Aziende Sanitarie Locali regionali ed extra regionali presenti nel territorio nazionale.  
Si prevede anche la possibilità di relazioni verso soggetti esterni che si correlano funzionalmente o operativamente al Dipartimento di Cure Mediche: ad esempio: Servizi Sociali dei Comuni, Associazioni di Volontariato.

### **Art. 11 – Risorse**

L'ASL di Oristano fa fronte alle necessità del Dipartimento per mezzo di apposito budget stabilito annualmente, con riferimento agli atti formali di programmazione economica e finanziaria, e all'attribuzione delle risorse per i diversi livelli di assistenza e per le macroaree in cui si articola l'azienda.

### **Art. 12 - Norme finali e rinvii**

Il regolamento entra in vigore con la delibera del Direttore Generale di approvazione. Il regolamento deve essere aggiornato in caso di nuove esigenze, quando se ne ravvisi la necessità, e/o in presenza di disposizioni normative di contenuto innovativo con riferimento alla forma e ai contenuti disciplinati.

Per tutto quanto non previsto nel regolamento si applicano, le indicazioni delle Disposizioni Nazionali e Regionali della P.A. purché in armonia con le disposizioni del SSR e con i contratti collettivi di lavoro vigenti.



ASL Oristano

Regolamento  
Direzione Dipartimento Cure Mediche  
**REGOLAMENTO ATTUATIVO DEL  
DIPARTIMENTO CURE MEDICHE**

**PT.E01.01**

Em. 1 del 11.10.2013

Pagina 13 di 13

**ALLEGATI**

*Saranno allegati i protocolli operativi riguardanti le attività dipartimentali delle singole Strutture.*

**ARCHIVIAZIONE**

*Il Regolamento diventa operativo quando deliberato e archiviato dalla Direzione Aziendale.*