

CONSIGLIO REGIONALE DEL VENETO

Quinta Commissione consiliare



Consiglio Regionale del Veneto

U del 04/08/2017 Prot.: 0018308 Titolario 2.14
CRV CRV spc-UPA

e, p.c. Al Signor PRESIDENTE
della Giunta regionale
Al Signor PRESIDENTE
del Consiglio regionale
Al Signor Segretario
della Giunta regionale

SEDE



X LEGISLATURA

Oggetto: **Pagr n. 189** – 30/CR/2017

Linee guida per la predisposizione da parte delle aziende ed enti del SSR del nuovo atto aziendale, per l'approvazione della dotazione di strutture nell'area non ospedaliera, per l'organizzazione del Distretto, per l'organizzazione del Dipartimento di Prevenzione, per l'organizzazione del Dipartimento di Salute Mentale.

Si comunica che la Quinta Commissione consiliare ha esaminato nella seduta n. 66 del 25 luglio 2017 la proposta di deliberazione della Giunta regionale di cui all'oggetto ed ha espresso parere **favorevole a maggioranza**, *subordinatamente* alle modifiche inserite negli allegati alla presente.

Hanno espresso voto *favorevole*: il presidente **Boron** e il consigliere **Brescacin** (con delega **Villanova**) (Zaia Presidente), **Barbisan R.**, **Gidoni**, **Semenzato** (Liga Veneta – Lega Nord), **Barbisan F.**, **Bassi** (Centro destra Veneto – Autonomia e libertà), **Barison** (Forza Italia) e **Ferrari** (Alessandra Moretti Presidente);

hanno espresso voto di *astensione* i consiglieri: **Pigozzo**, **Sinigaglia** (con delega **Salemi**) (Partito Democratico), **Bartelle** e **Berti** (Movimento 5 Stelle).

Distinti saluti.

IL PRESIDENTE
Fabrizio BORON

Rif. Prot. n. 9501 del 19 aprile 2017

Politiche socio sanitarie

San Marco 2322
Palazzo Ferro Fini
30124 Venezia

+39 041 2701347 *tel*
+39 041 5256321 *fax*
com5@consiglioveneto.it
www.consiglioveneto.it



LINEE GUIDA PER LA PREDISPOSIZIONE DELL'ATTO AZIENDALE

Indice

| | |
|---|-----------|
| Premessa | 2 |
| 1. Elementi identificativi e Organi | 4 |
| 1.1. Elementi identificativi e caratterizzanti dell'azienda | 4 |
| 1.2. Organi aziendali..... | 4 |
| 1.3. Componenti la Direzione Generale e Consiglio dei Sanitari..... | 6 |
| 2. Procedure per l'adozione, l'approvazione e l'aggiornamento dell'atto aziendale | 8 |
| 3. Dotazioni organiche e fabbisogni di personale | 9 |
| 4. Riorganizzazione delle strutture nell'area professionale, tecnica e amministrativa e riduzione dei fondi contrattuali | 14 |
| 4.1. Razionalizzazione del numero delle strutture..... | 14 |
| 4.2. Incarichi dirigenziali e riduzione dei relativi fondi | 14 |
| 4.3. Incarichi del personale del comparto..... | 15 |
| 5. Descrizione dei Servizi Professionali Tecnico Amministrativi | 17 |
| 6. Dipartimenti | 21 |
| 6.1. Funzioni e tipologie..... | 21 |
| 6.2. Composizione del Dipartimento | 22 |
| 7. Le funzioni in staff alla Direzione Aziendale | 25 |
| 8. Unità Operative e funzioni di particolare rilevanza | 30 |
| 8.1. Direzione Medica dell'Ospedale | 30 |
| 8.2. Direzione delle professioni sanitarie | 30 |



Premessa

Il Piano Socio-Sanitario Regionale, approvato con Legge Regionale n. 23/2012, invita a ripensare all'offerta del servizio sanitario in una logica di sistema e di rete, nonché di ambiti territoriali più estesi rispetto agli attuali, in vista di una ottimizzazione delle risorse organizzative e finanziarie, che trovano conferma anche nelle disposizioni della legge di stabilità 2016, la quale detta norme per il conseguimento di risparmi di spesa mediante processi di aggregazione delle strutture e delle attività dei soggetti preposti all'erogazione del servizio sanitario, nello specifico, mediante l'unificazione di organismi e accorpamenti nelle acquisizioni e nell'espletamento delle funzioni.

Con Legge Regionale del 25 ottobre 2016 n. 19 recante "*Istituzione dell'ente di governance della sanità regionale veneta denominato "Azienda per il governo della sanità della Regione del Veneto - Azienda Zero". Disposizioni per la individuazione dei nuovi ambiti territoriali delle Aziende ULSS*" il Consiglio Regionale ha approvato la riforma del sistema sanitario del Veneto la quale prevede due ambiti fondamentali di innovazione:

- l'istituzione dell'Azienda Zero,
 - l'accorpamento delle Aziende Ulss,
- regolandone principi guida, funzioni e aspetti organizzativi.

I principi guida del progetto di cambiamento, volti a garantire un'unica visione d'insieme e un approccio comune, si riferiscono a:

- cittadino al centro: definire un sistema di offerta commisurato ai bisogni della popolazione per fornire assistenza e servizi con risposte veloci ed appropriate per la salute dei cittadini;
- governo clinico: definire e utilizzare un sistema di «*standard*», sostenuto dalla letteratura e dall'applicazione sul campo, che permetta di programmare e monitorare l'organizzazione dei servizi, dei processi, delle performance, delle risorse umane, della tecnologia e dei risultati di salute del Servizio Socio-Sanitario regionale;
- meno burocrazia più salute: creazione dell'Azienda Zero come infrastruttura di supporto tecnico amministrativo per permettere alle Aziende sanitarie di essere dedicate all'attività istituzionale (prevenzione e cura della salute dei cittadini veneti);
- misurare, controllare, verificare, sanzionare, premiare: applicare un sistema di verifica monitoraggio e controllo, su più livelli, per il rispetto degli standard e della programmazione regionale da parte delle Aziende sanitarie.

Come precisato dall'art. 14 della L.R. n. 19/2016, l'assetto organizzativo delle nuove Aziende è stato ridefinito alla luce di principi quali:

- a) garantire l'equità e l'universalità del sistema sanitario, erogando le prestazioni in modo appropriato ed uniforme;
- b) individuare le dimensioni ottimali delle Aziende ULSS al fine di migliorare la qualità e l'efficienza nella gestione dei servizi resi in un'ottica di razionalizzazione e riduzione dei costi;
- c) sviluppare un sistema che garantisca la trasparenza dei sistemi organizzativi, nonché la partecipazione dei cittadini;
- d) garantire la sostenibilità economica del sistema sanitario regionale;
- e) garantire la coerenza del rapporto tra volumi di prestazioni erogate, procedure sanitarie e dimensionamento delle strutture di erogazione;
- f) garantire il riconoscimento delle prerogative degli enti locali in materia di pianificazione e programmazione sanitaria e socio-sanitaria;
- g) tenere conto della presenza nei territori delle due Aziende ospedaliere di Padova e Verona, dello IOV e dell'Azienda Zero.



In tale contesto, in capo all'Area Sanità e Sociale, permangono le funzioni a supporto della programmazione, la vigilanza in capo alla Giunta regionale, finalizzate a:

- garantire un livello omogeneo di assistenza socio-sanitaria su tutto il territorio Regionale;
- definire le *performance* attese nell'erogazione dell'assistenza socio-sanitaria secondo sistemi e *standard* definiti;
- definire le strategie di investimento e governare l'innovazione;
- definire i criteri per il riparto delle risorse finanziarie, anche al fine di tutelare aree svantaggiate mediante adeguati meccanismi di perequazione;
- progettare e verificare il funzionamento del sistema dei controlli.

La costituzione dell'Azienda Zero risponde, invece, all'esigenza di operare una forte semplificazione e razionalizzazione del sistema, trasferendo le attività di natura gestionale (c.d. "gestione sanitaria accentrata") dall'amministrazione regionale ad un nuovo ente del servizio socio sanitario regionale (l'Azienda Zero, per l'appunto), il quale assorbirà anche una quota rilevante delle attività tecnico – amministrative oggi replicate, in modo non sempre efficiente, presso tutte le Aziende del Servizio Socio-Sanitario regionale.

Con riferimento, infine, agli indirizzi di politica sanitaria formalizzati nel Piano Socio-Sanitario Regionale, la L.R. n. 19/2016 ne proroga la validità fino al 31/12/2018.

La cornice normativa appare quindi completa per avviare il ridisegno del Servizio Socio-Sanitario regionale del Veneto.

Alla luce dei principi sopra indicati, si forniscono gli indirizzi sulla base dei quali le Aziende ULSS, l'Azienda Ospedaliera di Padova, l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona e l'Istituto Oncologico Veneto devono rivedere i propri modelli organizzativi, aggiornando il proprio atto aziendale.

L'atto aziendale riguarda, infatti, le norme di organizzazione e di funzionamento delle Aziende Sanitarie, in particolare:

- costituisce e definisce il modello organizzativo e le relative linee strategiche generali;
- definisce il modello funzionale, cioè gli aspetti dinamici della gestione aziendale.

L'atto aziendale disciplina inoltre i livelli di competenza e di responsabilità, le funzioni di produzione e di supporto, le funzioni di indirizzo strategico e di gestione operativa.



1. Elementi identificativi e Organi

1.1. Elementi identificativi e caratterizzanti dell'azienda

L'atto aziendale deve rendere chiaramente evidenti:

- sede legale dell'azienda;
- logo, ai sensi della DGR n. 2169 del 23 dicembre 2016;
- patrimonio.

Inoltre, al fine di realizzare uno degli obiettivi dichiarati dal presente atto, quello di rendere visibile, leggibile e comprensibile l'azienda sanitaria, esso deve preliminarmente dichiarare:

- **missione, valori e visione:** le aziende sanitarie, quali enti strumentali della Regione, hanno il compito di realizzare le finalità del Servizio Socio-Sanitario Regionale impiegando nel processo di assistenza le risorse ad esse assegnate in modo efficiente anche al fine di favorire lo sviluppo di modalità operative innovative che, così come già delineato dai documenti di programmazione regionale, permettano una reale svolta nella presa in carico globale della persona (e della sua famiglia/caregiver) nei diversi contesti socio-sanitari. I valori che ispirano l'azione delle aziende sono la tutela della salute quale bene collettivo ed individuale e l'equità ed universalità di accesso dei cittadini ai servizi socio-sanitari. La visione dell'azienda consiste nell'essere e voler essere parte di un sistema diffusamente orientato al miglioramento continuo della qualità dell'assistenza per soddisfare bisogni sempre più complessi dei cittadini, avvalendosi dell'evoluzione delle tecniche e delle conoscenze. La risposta ai bisogni di salute non può prescindere dalla riprogettazione delle modalità di offerta e di erogazione dei servizi da realizzare attraverso la definizione di percorsi assistenziali innovativi finalizzati a garantire favorire la continuità delle cure, l'integrazione degli operatori e dei servizi e un utilizzo appropriato ed equo delle risorse.
- **filosofia dell'assistenza:** è compito delle aziende mantenere elevati livelli di qualità riducendo i costi, perseguire la soddisfazione dei reali bisogni dei singoli e delle comunità, creare un ambiente che favorisca l'espressione del potenziale professionale ed umano degli operatori;
- **principi di assistenza:** l'assistenza è la competenza fondamentale delle aziende, essa deve essere prestata con continuità e secondo criteri di integrazione organizzativa e multidisciplinare. La centralità della persona e l'umanizzazione dell'assistenza sono principi imprescindibili: l'attenzione ai diritti della persona comprende la valutazione di tutti i bisogni fisici, psicologici, intellettuali e spirituali. La pratica professionale e clinica deve essere guidata dalle più aggiornate tecniche e procedure per le quali si disponga di provata evidenza per assicurare gli standard più elevati e secondo criteri di appropriatezza. La formazione continua del personale è strumento di miglioramento dell'assistenza e deve essere finalizzata all'accrescimento del capitale umano dell'Azienda ed all'incremento/aggiornamento delle conoscenze e competenze.

Questi ultimi elementi caratterizzanti l'azienda, non sono autonomamente definibili dalle stesse, a causa della loro natura istituzionale e dei rapporti con la Regione. Essi attingono e discendono dalla definizione delle politiche generali di sistema, la cui competenza è propria della Regione.

1.2. Organi aziendali

Sono organi dell'azienda il direttore generale, il collegio sindacale e il collegio di direzione.

Ai precedenti, si aggiungono:

- l'Organo di indirizzo, presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona;
- il Direttore Scientifico e il Consiglio di Indirizzo e Verifica presso l'Istituto Oncologico Veneto.

Direttore Generale: a lui sono riservati tutti i poteri di gestione che, quando formalizzati in documenti, assumono la denominazione di deliberazioni, acquisiti i pareri dei Direttori di Area. Il Direttore Generale è il legale rappresentante dell'azienda, di cui ha la responsabilità della gestione



complessiva. Egli ha il compito di combinare i fattori produttivi in vista del perseguimento degli obiettivi socio-sanitari posti dalla Regione in condizioni di massima efficienza ed efficacia.

Il Direttore Generale si obbliga al conseguimento degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi che saranno annualmente indicati ed aggiornati periodicamente, secondo la legislazione vigente.

Al Direttore Generale competono le funzioni di programmazione e controllo dell'azienda. Si differenzia, così, all'interno dell'azienda la funzione di programmazione, allocazione e committenza, propria della direzione generale, dalla funzione di produzione affidata alle strutture tecnico-funzionali.

L'atto aziendale dovrà esplicitare la distinzione tra le attività di indirizzo, programmazione e controllo e quelle di gestione, anche in relazione ad eventuali deleghe attribuite ai direttori amministrativo, sanitario, dei servizi socio-sanitari e ai dirigenti di struttura complessa nonché la disciplina degli organismi aziendali, dipartimentali e distrettuali. Tale disciplina dovrà essere coerente con quanto previsto dalle presenti linee guida.

Collegio Sindacale: esercita le competenze previste dall'art. 3-ter del D.Lgs. n. 502/92 e dalle specifiche norme della Legge Regionale 14 settembre 1994, n. 55, come modificata dall'art. 31 della Legge Regionale n. 30 del 30 dicembre 2016 alle quali si fa espresso rinvio.

Collegio di direzione: è organo dell'azienda, è nominato dal Direttore Generale e dura in carica per tre anni. Si riunisce di norma almeno bimestralmente e ogni qualvolta se ne ravvisi la necessità ed è composto come segue:

- il direttore generale, con funzioni di Presidente, o suo delegato;
- il direttore sanitario;
- il direttore amministrativo;
- il direttore dei servizi socio-sanitari;
- il direttore della funzione territoriale;
- il direttore della funzione ospedaliera;
- i direttori e i coordinatori di tutti i dipartimenti;
- il direttore della direzione delle professioni sanitarie;
- il direttore/responsabile della direzione/servizio farmaceutico;
- due rappresentanti dei medici convenzionati con il SSN, membri dell'ufficio dell'UCAD, uno indicato congiuntamente dai componenti della parte medica convenzionati per la Medicina Generale e la Pediatria di Libera Scelta e l'altro per la Specialistica Ambulatoriale Interna.

Come previsto dall'art. 17 del D.Lgs. n. 502 del 1992, il Collegio di Direzione concorre al governo delle attività cliniche, partecipa alla pianificazione delle attività, incluse la ricerca, la didattica, i programmi di formazione e le soluzioni organizzative per l'attuazione dell'attività libero-professionale intramuraria.

Svolge le attività previste dalla L.R. del 29.6.2012 n. 23 e, in particolare, nell'ambito del governo clinico, fornisce supporto alla Direzione Generale, promuovendo e coordinando le azioni finalizzate a migliorare l'efficienza, l'efficacia, l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, ed a garanzia di equità nell'opportunità di accesso. Per l'esercizio di questa funzione il Collegio di Direzione avrà la responsabilità della messa a punto di un sistema consolidato di audit clinico, potrà definire un programma aziendale di gestione del rischio, potrà programmare un'attività di formazione continua, nonché svolgere attività di ricerca, di innovazione e di miglioramento continuo.

Provvede alle nomine di sua competenza dei componenti le commissioni di concorso o di selezione del personale, ai sensi della vigente normativa in materia.

Qualora il Direttore Generale assuma decisioni non conformi rispetto al parere o alle proposte del Collegio di Direzione, formula adeguate motivazioni che trasmette al Collegio.



Il funzionamento del Collegio di direzione è disciplinato da apposito regolamento elaborato dal Collegio stesso e adottato dal Direttore Generale, prevedendo la possibilità che il Collegio elegga al proprio interno un vicepresidente.

Organo di indirizzo dell’Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona: esercita le competenze previste dall’art. 4, comma 4, del D.Lgs. n. 517/99.

Direttore Scientifico e Consiglio di Indirizzo e Verifica dell’Istituto Oncologico Veneto: nomina e funzioni di tali organi sono disciplinati dal D.Lgs. n. 288/2003, dalla L.R. n. 26/2005, dal D.P.R. n. 42/2007 e dall’atto di intesa della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 1 luglio 2004 e s.m.i..

1.3. Componenti la Direzione Generale e Consiglio dei Sanitari

Sono componenti della Direzione Generale:

- **il direttore amministrativo;**
- **il direttore sanitario;**
- **il direttore dei servizi socio-sanitari.**

Ai sensi dell’art. 3, co. 1-quinquies, del D.Lgs. n. 502/92, “... *partecipano, unitamente al direttore generale, che ne ha la responsabilità, alla direzione dell’azienda, ...*”. Sono, quindi, soggetti attori, unitamente al Direttore Generale, di quella funzione di programmazione, allocazione e committenza propria della direzione generale.

Richiamate le funzioni attribuite dalla L.R. n. 56/94 (artt. 14, 15 e 16), essi le esercitano attraverso il processo di budget, che li vede direttamente coinvolti e responsabili, a partire dalla definizione delle scelte programmatiche aziendali, alla declinazione degli obiettivi di budget ed alla loro negoziazione con i responsabili delle strutture aziendali, al monitoraggio ed all’eventuale revisione dei predetti budget e del budget generale.

A titolo esemplificativo e non esaustivo, sono di competenza del Direttore Sanitario:

- la farmaceutica;
- il risk management;
- la qualità;
- l’appropriatezza delle prestazioni;
- l’Ospedale e il Dipartimento di prevenzione;
- ~~la salute mentale e le dipendenze;~~
- la medicina specialistica;
- le Cure Primarie;
- il Servizio Professioni Sanitarie.

A titolo esemplificativo e non esaustivo, sono di competenza del Direttore dei Servizi socio-sanitari:

- la non autosufficienza (residenzialità e domiciliarietà della non autosufficienza);
- la vigilanza delle IPAB e delle RSA;
- la valutazione dei piani di zona;
- ~~la salute mentale e le dipendenze;~~
- ~~infanzia, adolescenza e famiglia~~
- ~~disabilità~~
- le funzioni sociali delegate dai Comuni.

Sono di competenza congiunta del Direttore Sanitario e del Direttore dei Servizi socio-sanitari:

- l’integrazione con i Comuni per le sedi;
- le dimissioni protette;



- l'attuazione della programmazione regionale in tema di cure primarie;
- la sincronizzazione con le cure specialistiche, domiciliari, palliative, residenziali ed intermedie;
- l'integrazione con gli operatori del sociale provenienti dai Comuni ed inseribili nelle medicine di gruppo integrate.

Si ricorda che in base all'art. 3, comma 7 del D.Lgs. 502/1992, così come modificato dall'art. 15, comma 13, lett. f-bis) del D.L. 95/2012 convertito nella legge 135/2012 "Nelle aziende ospedaliere, nelle aziende ospedaliero-universitarie di cui all'articolo 2 del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, e negli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici, costituiti da un unico presidio, le funzioni e i compiti del direttore sanitario di cui al presente articolo e del dirigente medico di cui all'articolo 4, comma 9, del presidio ospedaliero sono svolti da un unico soggetto avente i requisiti di legge".

Ai sensi dell'art. 14, comma 3 ter, L.R. 56/1994, come introdotto dall'art. 19 della L.R. 19/2016, successivamente modificato dall'art. 45 della L.R. 30/2016, laddove i posti letto ospedalieri e degli ospedali di comunità di pertinenza di ogni Azienda ULSS sia in numero superiore a 1.000, il direttore sanitario può essere coadiuvato da un coordinatore sanitario.

Ai sensi dell'art. 15, comma 2 ter, L.R. 56/1994, come introdotto dall'art. 21 della L.R. 19/2016, laddove la popolazione di pertinenza di ogni Azienda ULSS sia superiore ai 500.000 abitanti, il direttore amministrativo può essere coadiuvato da un coordinatore amministrativo.

Le Aziende Ulss che annoverano da 1 a 2 Distretti possono prevedere un coordinatore che coadiuva il direttore dei servizi socio-sanitari, mentre le Aziende Ulss che annoverano più di 2 Distretti possono prevedere due coordinatori. Questa figura viene individuata tra il personale del comparto già in servizio presso l'Azienda, con funzioni di supporto alla direzione dei servizi socio-sanitari, con oneri ~~a totale carico dei Comuni~~ ugualmente ripartiti tra bilancio sanitario e bilancio di parte sociale.

Nulla è innovato per quanto attiene il Consiglio dei Sanitari che, ai sensi dell'art. 3, comma 12, del D.Lgs. n. 502 del 1992, e dell'art. 18 della L.R. n. 56 del 1994, è organismo elettivo con funzioni di consulenza tecnico-sanitaria ed è presieduto dal direttore sanitario. Fanno parte del consiglio medici, veterinari, operatori sanitari laureati e una rappresentanza del personale infermieristico e del personale tecnico sanitario. Il Consiglio dei sanitari fornisce parere obbligatorio al direttore generale per le attività tecnico-sanitarie, anche sotto il profilo organizzativo, e per gli investimenti ad esse attinenti. Il Consiglio si esprime sulle attività di assistenza sanitaria.



2. Procedure per l'adozione, l'approvazione e l'aggiornamento dell'atto aziendale

L'atto aziendale è lo strumento strategico per la definizione dell'assetto organizzativo delle Aziende Sanitarie Venete e descrive il modello che l'Azienda intende realizzare nel rispetto dei criteri di efficienza, efficacia e miglioramento continuo dell'assistenza. In particolare l'atto aziendale è lo strumento per la completa definizione dell'organizzazione aziendale, secondo un'ottica di autonomia del Direttore Generale, finalizzata al raggiungimento degli obiettivi fissati dalla Regione.

L'atto aziendale non ha in nessun caso funzione autorizzatoria, ma costitutiva e programmatica per la definizione dell'assetto organizzativo aziendale, nonché, come già detto, delle azioni per il miglioramento della efficienza e della efficacia dei livelli produttivi aziendali.

Il nuovo atto aziendale, o la sua eventuale successiva modifica, è adottato con deliberazione del Direttore Generale dell'azienda, acquisito il parere del Collegio di direzione e del Consiglio dei sanitari, previa informazione alle OO.SS.. Entro 60 giorni dalla comunicazione delle presenti linee guida alle Aziende, le stesse provvedono ad inviare la relativa deliberazione alla Direzione Generale Area Sanità e Sociale la quale, nei successivi 60 giorni, ne verifica la conformità ai principi ed ai contenuti delle presenti linee guida. L'approvazione del nuovo atto aziendale o la modifica dello stesso è disposta con decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale. Eventuali richieste di chiarimenti sospendono il suddetto termine di 60 giorni. Una volta approvato il nuovo atto aziendale, salvo diverse indicazioni legate ad eventuali necessari adeguamenti alla programmazione regionale, non potranno essere disposte ulteriori modifiche nello stesso anno né negli ultimi sei mesi del mandato del Direttore Generale.

Limitatamente a quanto previsto dall'art. 3, comma 3, del D.Lgs. n. 517/99, l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona adotta l'atto aziendale d'intesa con il rettore dell'università.

Per quanto riguarda l'Azienda Ospedaliera di Padova l'atto aziendale è adottato previa acquisizione di parere da parte dell'università, espresso entro trenta giorni dal ricevimento dell'atto.

Nell'atto aziendale dovranno essere specificamente individuati i dipartimenti di tutte le tipologie di cui al paragrafo 6.1, le strutture complesse e le strutture semplici ivi comprese quelle a valenza dipartimentale.

Nell'individuare le strutture complesse le Aziende dovranno rigorosamente attenersi a quanto previsto dalle presenti linee guida, dall'Allegato A1 e dalle schede di dotazione ospedaliera approvate con Delibera di Giunta Regionale n. 2122 del 19 novembre 2013 e successive modifiche e integrazioni.

Le strutture semplici, ad esclusione di quelle individuate dalle schede di dotazione ospedaliera e dall'Allegato A1, potranno essere modificate con provvedimento del Direttore Generale, nel rispetto dello standard di 1,31 strutture semplici per struttura complessa, determinato il 02/08/2011 dal Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) di cui all'art. 9 dell'Intesa Stato-Regioni del 23/03/2005, fermo restando la comunicazione alla Direzione Generale Area Sanità e Sociale.



3. Dotazioni organiche e fabbisogni di personale

L'art. 6 del D.Lgs. n. 165/2001 prevede che nelle amministrazioni pubbliche l'organizzazione e la disciplina degli uffici, nonché la consistenza e la variazione delle dotazioni organiche sono determinate in funzione delle finalità indicate all'articolo 1, comma 1 dello stesso decreto, previa verifica degli effettivi fabbisogni e previa informazione delle organizzazioni sindacali rappresentative. Nei casi in cui processi di riorganizzazione degli uffici comportano l'individuazione di esuberi o l'avvio di processi di mobilità, al fine di assicurare obiettività e trasparenza, le pubbliche amministrazioni sono tenute a darne informazione alle organizzazioni sindacali rappresentative del settore interessato e ad avviare con le stesse un esame sui criteri per l'individuazione degli esuberi o sulle modalità per i processi di mobilità.

La stessa norma prevede che per la ridefinizione degli uffici e delle dotazioni organiche si procede periodicamente e comunque a scadenza **biennale triennale**, nonché ove risulti necessario a seguito di riordino, fusione, trasformazione o trasferimento di funzioni.

Viene inoltre precisato che le variazioni delle dotazioni organiche già determinate sono approvate dall'organo di vertice delle amministrazioni in coerenza con la programmazione triennale del fabbisogno di personale di cui all'articolo 39 della legge 27 dicembre 1997, n. 449 e con gli strumenti di programmazione economico-finanziaria pluriennale.

Va peraltro richiamata la previsione dell'articolo 17, comma 1 lettera q) della Legge 7 agosto 2015, n. 124 "Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche" laddove si prevede che il legislatore delegato si attenga al criterio del "*progressivo superamento della dotazione organica come limite alle assunzioni fermi restando i limiti di spesa anche al fine di facilitare i processi di mobilità*". Il termine per l'esercizio della delega, con riferimento al nuovo testo unico del pubblico impiego, è fissato in 18 mesi, dalla data di entrata in vigore della Legge n. 124/2015. Pertanto, sull'argomento potrebbero a breve intervenire modifiche normative di cui si dovrà necessariamente tenere conto.

Tali norme in ambito sanitario si devono raccordare con le previsioni dell'art. 2 del D.Lgs. n. 502/1992 ed in particolare con il comma 2, secondo il quale spettano alle regioni la determinazione dei principi sull'organizzazione dei servizi e le attività di indirizzo tecnico alle aziende sanitarie, e con il comma 2-sexies, lettera b) sulla scorta del quale la regione disciplina i principi e criteri per l'adozione dell'atto aziendale.

Le presenti linee guida hanno pertanto lo scopo, nell'ambito del quadro normativo vigente, di orientare il processo di rideterminazione delle dotazioni organiche verso principi e criteri univoci e omogenei che, pur nel rispetto delle specifiche realtà aziendali, possano garantire una base comune di riferimento.

Le nuove dotazioni organiche dovranno essere, da un lato commisurate all'effettivo fabbisogno di personale necessario a garantire l'erogazione dei LEA con adeguati standard di appropriatezza, efficacia ed efficienza e dall'altro essere compatibili con i limiti di spesa fissati dalla normativa nazionale e regionale.

A titolo esemplificativo si elencano i principali elementi che influiscono sul dimensionamento degli organici:

- la consistenza dei professionisti e degli operatori in servizio e il loro livello di utilizzo;
- il livello di informatizzazione e di automazione dei processi;
- il volume di lavoro contrattualmente previsto, anche in relazione al rispetto della normativa in materia di orario di lavoro, e il tasso di assenteismo;
- la percentuale di personale con limitazioni alla mansione;



- le pratiche organizzative attivate nell’Azienda/Ente e la logistica (processi, procedimenti, linee guida, spazi e ambienti fisici);
- le politiche di esternalizzazione dei servizi;
- le risorse a disposizione e i vincoli all’incremento delle stesse.

Per quanto attiene ai vincoli nazionali l’articolo 1, comma 565, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, i cui contenuti sono stati confermati dall’articolo 2, comma 71, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e successive modificazioni, stabilisce che gli Enti del SSN concorrono alla realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica adottando misure necessarie a garantire che la spesa del personale, al lordo degli oneri riflessi a carico delle amministrazioni e dell’Irap, non superi il corrispondente ammontare dell’anno 2004 diminuito dell’1,4%.

L’art. 17, comma 3-bis, del decreto legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito dalla legge 15 luglio 2011, n. 111, come sostituito dall’ art. 1, comma 584, lett. b), della legge 23 dicembre 2014, n. 190 stabilisce che, a decorrere dal 1° gennaio 2015, la regione è giudicata adempiente ove sia accertato l’effettivo conseguimento del predetto obiettivo di spesa. In caso contrario, per gli anni dal 2013 al 2019, la regione è considerata adempiente ove abbia raggiunto l’equilibrio economico e abbia attuato, negli anni dal 2015 al 2019, un percorso di graduale riduzione della spesa di personale fino al totale conseguimento nell’anno 2020 degli obiettivi previsti all’ articolo 2, commi 71 e 72, della citata legge 191/2009.

Con riferimento alla dirigenza appartenente ai ruoli professionale, tecnico e amministrativo si ricorda quanto previsto dall’articolo 1, commi 219 e 221, della legge 28 dicembre 2015, n. 208 recante "*Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)*", tenuto conto dei contenuti condivisi in data 14 aprile 2016 dalla Conferenza Unificata, ai sensi dell’articolo 9, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281.

L’articolo 37 della Legge Regionale 19 febbraio 2007, n. 2 "*Legge finanziaria regionale per l’esercizio 2007*", confermato per il triennio 2016-2018 dall’art. 29, comma 1, della legge regionale 30 dicembre 2016 n. 30, contiene la disciplina in materia di personale delle aziende e degli enti del Servizio Sanitario Regionale finalizzata ad assicurare da un lato l’equilibrio economico finanziario del sistema, anche attraverso azioni di razionalizzazione e riorganizzazione dei servizi delle stesse aziende ed enti coerenti con gli atti della programmazione regionale, e, dall’altro, a garantire la presenza del personale necessario all’erogazione delle prestazioni ricomprese nei livelli essenziali di assistenza. Per conseguire tali finalità la Giunta Regionale impartisce specifici indirizzi alle aziende e agli enti del SSR e verifica l’andamento della spesa del personale adottando, ove necessario, misure per assicurare la riconduzione in equilibrio delle gestioni aziendali.

In particolare, in applicazione della norma regionale richiamata, dal 2007 la Giunta Regionale, in relazione all’elevato turnover dei professionisti e degli operatori sanitari, ha previsto che le aziende ed enti del SSR possano disporre assunzioni solo previa redazione di piani trimestrali di assunzione, attivabili esclusivamente a seguito di autorizzazione dell’Area Sanità e Sociale.

Considerata dunque la necessità di adottare misure di contenimento della spesa del personale, con separato provvedimento è stato stabilito l’ammontare complessivo delle risorse a disposizione per tutte le Aziende ULSS, Ospedaliere e per l’IRCCS IOV nella misura complessiva di €2.708.245.000,00 pari ai costi rendicontati nell’anno 2015. Con decreto n. 1 del 10 gennaio 2017, sulla base dei criteri definiti, è stato fissato il tetto massimo di spesa per ciascuna Azienda con riferimento all’anno 2017.

Si ricorda peraltro che il Patto per la Salute 2014-2016 sottoscritto il 10 luglio 2014 ha previsto all’art. 22 l’introduzione di standard di personale per livello di assistenza nonché di effettuare un approfondimento tecnico a fini dell’aggiornamento del parametro di spesa del 2004 – 1,4%.



La Regione del Veneto d'altro canto, nel PSSR approvato con la L.R. 29 giugno 2012, n. 23 ha individuato tra le attività strategiche della programmazione regionale, l'assunzione di iniziative per favorire un impiego appropriato delle risorse professionali, ridefinendo modelli operativi, standard e parametri con cui misurare l'organizzazione del lavoro ed il conseguente fabbisogno di personale.

Nello specifico il PSSR ha previsto, tra le azioni da sviluppare, la riassunzione della nozione di dotazione organica, intesa come fabbisogno per soddisfare il servizio richiesto a risorse economiche contingentate, l'assunzione dei parametri per la determinazione di "un livello *standard* di riferimento" per il personale, **analogamente e coerentemente con quanto già disciplinato per i Consulenti familiari (DGR n. 215/2010) e per i Servizi distrettuali di età evolutiva (DGR n. 1533/2011)** (tra cui si evidenziano a titolo esemplificativo: numero di residenti, posti letto, struttura ospedaliera, numero o dimensione dei Comuni, ecc.), la definizione di una dotazione organica che favorisca la valorizzazione delle professionalità e la loro integrazione, nonché l'assunzione di un sistema autorizzatorio per adeguare gli organici alle esigenze accertate di una richiesta che si modifica nel tempo, in considerazione delle limitazioni imposte dalla sostenibilità economica.

Il PSSR sancisce in particolare la necessità di definire "*le dotazioni standard del personale sanitario, professionale e amministrativo dei servizi sanitari e socio-sanitari necessari a garantire l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) con riferimento ai bacini territoriali coincidenti con le aziende ULSS*".

Sulla base di tali indirizzi con deliberazione n. 2718 del 24 dicembre 2012 sono stati approvati i requisiti specifici di autorizzazione all'esercizio degli Ospedali di Comunità e delle Unità Riabilitative Territoriali tra i quali sono previsti specifici standard di personale.

Successivamente con deliberazione n. 610 del 29 aprile 2014, avente ad oggetto "*Definizione dei valori minimi di riferimento per il personale di assistenza del comparto dedicato alle aree di degenza ospedaliera. Articolo 8, comma 1, della L.R. 29 giugno 2012, n. 23. Deliberazione n. 179/CR del 30 dicembre 2013*" la Giunta Regionale ha adottato i valori minimi di riferimento per il personale di assistenza del comparto, con riferimento alle aree di degenza ospedaliera.

Da ultimo, in data 12 dicembre 2016, sono stati condivisi con le organizzazioni sindacali della dirigenza medica e veterinaria i documenti denominati "*Definizione dei valori minimi di riferimento per il personale dirigente medico – documento metodologico generale*" e "*Definizione di Valori Minimi di Riferimento per il Personale dei Pronto Soccorso*", la cui metodologia si basa sulla definizione di "standard" organizzativi per categorie di ospedali e sulla determinazione di piani di lavoro delle diverse unità operative, uniformando le macro attività svolte e definendo quindi le dotazioni minime necessarie a garantire tali macro attività individuate, orientando nel contempo le strutture verso più omogenei modelli organizzativi. Tale approccio appare peraltro assolutamente coerente rispetto all'impostazione del D.M. 70/2015. I documenti, che danno una prima attuazione a quanto previsto dall'articolo 23, comma 1 della L.R. 25 ottobre 2016, n. 19, sono stati approvati con **deliberazione CR/128 del 30 dicembre 2016 e sono stati trasmessi alla DGR n. 245/2017 su cui ha espresso parere la competente Commissione consiliare per il prescritto parere.**

Nelle more della definizione di una metodologia di determinazione del fabbisogno di personale a livello nazionale che comporti anche il superamento del limite di spesa 2004 – 1,4% le Aziende Sanitarie determinano la propria dotazione organica avuto riguardo al personale dipendente in servizio, alle assunzioni già autorizzate, al personale che si chiederà di assumere nel 2017 e che sarà eventualmente autorizzato, alle cessazioni in corso d'anno, nonché alla necessità di rispettare il tetto di spesa annualmente attribuito. Le dotazioni dovranno comprendere i posti coperti con personale universitario in convenzione. Limitatamente ai posti di dirigente dei ruoli professionale, tecnico e amministrativo a tempo indeterminato per lo svolgimento di attività o servizi socio-assistenziali gestite dalle Aziende UU.LL.SS.SS. per delega degli Enti Locali con oneri, ivi compresi quelli relativi al personale, a loro



totale carico, ai sensi dell'articolo 3, comma 3, del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, gli stessi dovranno essere indicati con evidenza separata.

Le Aziende dovranno considerare inoltre che la programmazione sanitaria è stata prorogata al 31 dicembre 2018, e comunque sino alla approvazione del nuovo PSSR, e che pertanto continuano a rimanere riferimento le schede di dotazione ospedaliera e le schede di dotazione territoriale delle unità organizzative dei servizi e delle strutture di ricovero intermedie approvate con DGR n. 2122/2013 e successive modifiche e integrazioni e implementate con i piani aziendali attuativi sui quali la Giunta Regionale ha espresso i relativi pareri di congruità, mentre l'organizzazione distrettuale e del dipartimento di prevenzione viene integrata con le presenti linee guida.

Dovranno infine tenere conto dei provvedimenti già adottati e diretti a definire specifici requisiti in relazione a particolari tipologie di strutture.

In relazione alla marcata variabilità nella composizione percentuale del personale del ruolo amministrativo del comparto e dei ruoli professionale, tecnico e amministrativo delle dirigenza registrata tra le diverse aziende sanitarie l'Area Sanità e Sociale effettuerà una specifica analisi, che tenga conto dei principali elementi rilevanti (a titolo esemplificativo: livello di esternalizzazione, entità delle funzioni delegate dagli enti locali, numerosità delle sedi distribuite sul territorio, funzioni tecnico-amministrative assegnate all'Azienda Zero) finalizzati a definire un valore di riferimento.

Data la stretta interconnessione tra accorpamento delle Aziende Ulss, istituzione dell'Azienda Zero e il previsto trasferimento di attività dalle prime alla seconda, la dotazione organica sarà definita da ciascuna Azienda a seguito dell'approvazione dell'atto aziendale da parte dell'Area Sanità e Sociale nonché dell'approvazione dell'atto aziendale e della dotazione organica dell'Azienda Zero. La dotazione organica sarà inviata al Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale. La stessa potrà essere modificata, ad invarianza di spesa, mediante trasformazione di posti al fine di consentirne l'adeguamento al variare delle esigenze assistenziali e gestionali. Tali modifiche saranno soggette a comunicazione preventiva all'Area Sanità e Sociale. Modifiche in aumento o che comunque comportino un incremento della spesa dovranno essere approvate dalla Giunta Regionale. Ulteriori indicazioni di dettaglio, anche in merito alla tempistica e alle modalità di invio saranno forniti dal Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale.

La dotazione organica aziendale, che indica la consistenza numerica complessiva del personale dipendente distinta per profili professionali, dovrà essere rappresentata con le seguenti macro aggregazioni.



| MACROPROFILI | RUOLO | N° | N° a carico del bilancio sociale |
|--|--------------|-----------|---|
| PERSONALE DIRIGENTE | | | |
| Dirigenza medica | S | | |
| Dirigenza veterinaria | S | | |
| Dirigenza sanitaria | S | | |
| Dirigenza ruoli PTA | PTA | | |
| TOTALE PERSONALE DIRIGENTE | | 0 | |
| PERSONALE COMPARTO | | | |
| Personale infermieristico/ostetrico | S | | |
| Personale tecnico sanitario | S | | |
| Personale della riabilitazione | S | | |
| Personale della prevenzione | S | | |
| OSS/OTAA | T | | |
| Altro personale ruolo tecnico (esclusi OSS/OTAA) | T | | |
| Personale ruolo amministrativo professionale | PA | | |
| TOTALE PERSONALE COMPARTO | | 0 | |
| TOTALE DOTAZIONE ORGANICA | | 0 | |



4. Riorganizzazione delle strutture nell'area professionale, tecnica e amministrativa e riduzione dei fondi contrattuali

4.1. Razionalizzazione del numero delle strutture

In questa sede si intende fornire alcune indicazioni in merito al nuovo assetto organizzativo dei Servizi tecnici e amministrativi che le Aziende dovranno recepire con gli atti aziendali, ferma restando l'autonomia gestionale in capo a ciascuna. Si evidenzia, tuttavia, che l'organizzazione individuata dai predetti atti aziendali potrà subire ulteriori modifiche a seguito del progressivo avvio delle attività dell'Azienda Zero.

L'allegato A1 contiene il numero delle strutture complesse non ospedaliere definito per ciascuna Azienda per effetto dell'accorpamento delle funzioni e per la definizione di un piano di ottimizzazione delle risorse umane necessario per contribuire agli obiettivi di costo indicati nel precedente paragrafo.

In ogni caso è fatto divieto di costituire strutture complesse non comprese tra quelle declinate nelle presenti linee guida.

Relativamente alle aree tecnico-amministrative, le strutture complesse indicate nel succitato allegato sono articolazioni che posseggono i requisiti strutturali e funzionali di rilevante importanza, che necessitano di competenze pluriprofessionali e specialistiche per l'espletamento delle attività ad esse conferite. Le Unità Operative Complesse sono individuate sulla base dell'omogeneità delle prestazioni e dei servizi erogati, dei processi gestiti e delle competenze specialistiche richieste.

I fattori di complessità individuati sono i seguenti:

- strategicità rispetto alla mission dell'Ente;
- grado di complessità e di specializzazione delle materie trattate;
- responsabilità gestionale;
- sistema di relazioni e di servizi sul territorio.

Nello stesso allegato è altresì elencato un set minimo di strutture semplici che le singole Aziende dovranno inserire nel proprio organigramma aziendale, fermo restando la possibilità di prevederne di ulteriori nel rispetto degli standard teorici già previsti.

Le strutture semplici sono individuate in relazione al grado di complessità della funzione, all'entità delle risorse gestite, alle dimensioni territoriali e di popolazione dell'Azienda, alla complessità dei processi assistenziali e del livello tecnologico. Per ogni struttura semplice devono essere definiti in modo preciso ambiti di competenza, attività e procedure operative.

Tutti i risparmi derivanti dalle dismissioni delle Unità Operative Complesse sono reinvestiti per le figure professionali della funzione territoriale, all'interno dello stesso territorio.

4.2. Incarichi dirigenziali e riduzione dei relativi fondi

La rivisitazione organizzativa e la conseguente riduzione del numero di strutture complesse richiede di aggiornare la dotazione degli incarichi dirigenziali e la relativa graduazione. Con DGR n. 2174 del 23 dicembre 2016 sono state fornite le prime indicazioni in materia di incarichi dirigenziali, che interessano soprattutto la fase di avvio del percorso di riforma sanitaria, nonché le procedure autorizzative per le relative coperture.

Si ritiene di ricordare alcune disposizioni normative e contrattuali sull'argomento. In particolare si ricorda che gli artt. 4 dei CC.CC.NN.LL. del 6 maggio 2010 per la sequenza contrattuale degli artt. 28 e



29 dei CC.CC.NN.LL. rispettivamente dell'area della dirigenza medica e veterinaria e dell'area della dirigenza sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa hanno precisato che:

- l'incarico di direzione di struttura semplice, ed in particolare quella dipartimentale, include necessariamente la responsabilità di gestione di risorse umane e strumentali, comportando inoltre anche la responsabilità diretta di risorse finanziarie ove previsto dagli atti di organizzazione interna;
- l'incarico di natura professionale di cui all'art. 27, comma 1, lett. c) del CCNL 8.6.2000 prevede responsabilità tecnico specialistiche in modo prevalente.

La graduazione delle funzioni nelle Aziende può prevedere una analoga valorizzazione economica tra le due tipologie di incarico. Il richiamo nel presente documento e negli allegati che seguono all'articolazione funzionale o all'unità organizzativa deve intendersi come riferito ad un livello/segmento organizzativo interno alla struttura di riferimento, anche dotato di autonomia funzionale, identificato dall'Azienda per la presenza di elevate competenze tecnico professionali che producono prestazioni quali – quantitative complesse. A tale articolazione è preposto un dirigente con “incarico professionale anche di alta specializzazione” di cui alla lettera c) di cui all'art. 27, comma 1, del CCNL 8.6.2000.

Ancora si ricorda che è possibile conferire un incarico di valore economico inferiore, sia alla scadenza per effetto del disposto dell'art. 9, comma 32, del Decreto Legge n. 78/2010, convertito con modificazioni nella Legge 30 luglio 2010, n. 122, sia nel corso dell'incarico per effetto dell'art. 1, comma 18, del Decreto Legge n. 138/2011, convertito con modificazioni dalla Legge 14 settembre 2011, n. 148. In tale ultimo caso vanno assicurate le salvaguardie previste per il mantenimento del trattamento economico fino alla scadenza dell'incarico stesso.

La Regione è intervenuta con legge n. 30 del 30 dicembre 2016 per stabilire che la riorganizzazione dei servizi di area tecnico-amministrativa conseguenti all'applicazione della L.R. n. 19/2016 determina la riduzione stabile dei fondi aziendali della dirigenza dei ruoli professionale, tecnico e amministrativo nella misura pari ai risparmi derivanti dalla diminuzione delle strutture complesse. Tale previsione si applica anche laddove i processi di riorganizzazione non comportino una riduzione del personale in servizio.

Pertanto, tutto ciò premesso, le Aziende dovranno rideterminare l'ammontare complessivo del Fondo per il finanziamento della retribuzione di posizione, equiparazione, specifico trattamento ed indennità di direzione di struttura complessa di cui all'art. 58 del CCNL 05.12.1996 - biennio economico 1994-1995, confermato dall'art. 8 del CCNL 06.05.2010 biennio economico 2008-2009 della dirigenza P.T.A., decurtato del valore del risparmio dell'indennità di struttura complessa del dirigente alla scadenza dell'incarico originario, nonché, dal 1° gennaio 2017, del valore dell'indennità di struttura complessa riferita alle UOC soppresse e risultanti vacanti alla medesima data.

Si raccomanda alle Aziende di garantire il rispetto delle relazioni sindacali prima assumere i provvedimenti in applicazione delle suddette indicazioni.

4.3. Incarichi del personale del comparto

Il sistema delle posizioni organizzative per il personale del comparto è conforme a quanto previsto dai contratti collettivi nazionali di lavoro.

La natura delle funzioni di coordinamento s'inquadra in una funzione direttiva e organizzativa che assicura la qualità assistenziale e tecnica e/o i processi organizzativi nell'ambito dell'Unità Operativa di assegnazione tenendo altresì conto del profilo di competenza delineato dalla DGR 169/2016.

Le Aziende devono dotarsi di regolamenti per la disciplina delle procedure di conferimento degli incarichi di posizione organizzativa e di coordinamento. In particolare la selezione dei candidati richiede la valutazione comparata dei curricula formativi e professionali, tenuto conto della funzione da ricoprire,

**ALLEGATO A Dgr n.****del**

pag. 16/33

dell'esperienza maturata e dei risultati di un colloquio motivazionale. L'incarico, conferito con deliberazione del Direttore Generale, è soggetto a valutazione ~~e può essere~~ ed è rinnovato a seguito di valutazione positiva oppure ~~cessare~~ cessa in caso di valutazione negativa.

Ferma restando l'autonomia aziendale nonché il rispetto delle relazioni sindacali, le aziende devono assicurare un equilibrato rapporto tra il numero di posizioni organizzative dell'area tecnico – amministrativa e il numero di posizioni organizzative e incarichi di coordinamento attribuiti in ambito ospedaliero, territoriale.



5. Descrizione dei Servizi Professionali Tecnico Amministrativi

Di seguito si elencano a titolo esemplificativo, ma non esaustivo, le principali attività in capo ai Servizi professionali tecnico amministrativi indicati nell'allegato A1:

1. **Unità operativa complessa Gestione risorse umane** si orienta verso una logica di servizio, essendo in generale preposta all'impostazione, alla promozione e alla verifica della complessiva politica del personale, con la funzione di preparare e sostenere le scelte di indirizzo proprie della Direzione Strategica nonché il coordinamento della loro attuazione. A titolo esemplificativo e non esaustivo la stessa dovrà garantire:
 - il supporto alla Direzione Strategica nella pianificazione e definizione del fabbisogno del personale;
 - la gestione delle procedure selettive, fino alla progressiva implementazione di tale funzione da parte dell'Azienda Zero, ai sensi dall'art. 2, comma 1, lettera g) punto 2 della L.R. n. 19/2016;
 - la gestione dello sviluppo del personale, dei percorsi di carriera, dei sistemi di valutazione in collaborazione con le strutture interessate;
 - la rilevazione e gestione delle presenze, la gestione giuridica ed economica del personale;
 - la gestione delle relazioni sindacali;
 - la gestione degli adempimenti connessi alla cessazione del rapporto di lavoro;
 - la cura dei flussi informativi dell'area di competenza.
2. **Unità operativa complessa Gestione risorse umane, personale universitario in convenzione e rapporti con l'Università**, prevista solo presso l'Azienda Ospedaliera di Padova e l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona, in luogo dell'Unità Operativa Complessa Gestione risorse umane. Oltre alle competenze elencate esemplificativamente per l'Unità Operativa Complessa Gestione risorse umane, l'Unità operativa complessa in argomento dovrà:
 - rapportarsi con l'Università per l'inserimento in assistenza del Personale Universitario, gestendo i relativi istituti giuridici ed economici;
 - gestire gli aspetti amministrativi del rapporto con i medici in formazione specialistica;
 - gestire le procedure per l'attribuzione degli incarichi di Direttore di Unità Operativa Complessa a direzione Universitaria.
3. **Unità operativa complessa Contabilità e bilancio** dovrà assolvere alle seguenti funzioni:
 - assicurare il rispetto dei principi contabili, anche promuovendo le necessarie operazioni di formazione ed addestramento del personale coinvolto nei cicli contabili e nella gestione delle risorse;
 - garantire una ordinata tenuta e conservazione della contabilità e dei libri e registri obbligatori per legge, compresi quelli previsti da norme fiscali, verificando l'adeguatezza e la completezza della relativa documentazione contabile;
 - assicurare il rispetto dei relativi adempimenti fiscali anche con riferimento al patrimonio aziendale;
 - redigere i bilanci consuntivi e periodici, corredati della documentazione prevista dalla Legge o da disposizioni regionali;
 - gestire le risorse finanziarie garantendo la minimizzazione dei tempi di pagamento dei fornitori e il ricorso alle anticipazioni di tesoreria;
 - gestire i rapporti con l'Istituto Tesoriere;
 - garantire la gestione del credito promuovendo ogni azione per la solvibilità dello stesso;
 - supportare le strutture aziendali nella definizione di idonee procedure per il contenimento del rischio amministrativo-contabile.



4. **Unità operativa complessa Affari generali** garantirà:
- la gestione del protocollo dell'Azienda;
 - la gestione degli atti amministrativi del Direttore Generale e dei Direttori di UOC e relative procedure di pubblicazione e archiviazione;
 - la stipula contratti e attività di ufficiale rogante;
 - la gestione dell'attività amministrativa generale nei rapporti con Enti o Associazioni varie;
 - gli adempimenti in materia di Privacy in raccordo con i sistemi informativi;
 - l'assistenza stragiudiziale e nell'eventuale contenzioso per la gestione dei sinistri per responsabilità medico/sanitaria, secondo il modello regionale di gestione sinistri e rischio clinico, in raccordo con l'Ufficio Legale, laddove presente in azienda;
 - l'attività istruttoria e di consulenza legale ai servizi aziendali, in armonia con le strategie difensive poste in essere dalle omologhe Strutture dell'Azienda Zero per la gestione dei sinistri secondo il modello di gestione regionale.
5. **Unità operativa complessa Provveditorato, economato e gestione della logistica** garantirà:
- l'espletamento delle procedure di gara, sopra e sotto soglia comunitaria, fino alla progressiva implementazione di tale funzione da parte dell'Azienda Zero ai sensi dell'art. 2, comma 1, lettera g) punto 1 della L.R. n. 19/2016;
 - la programmazione degli acquisti e la definizione dei fabbisogni;
 - l'espletamento delle procedure di acquisto relative ai beni di investimento delle attrezzature sanitarie e non sanitarie;
 - l'acquisizione di beni economici e affidamento di servizi;
 - la gestione dei servizi a gestione diretta e dei servizi in out-sourcing;
 - la gestione dei flussi riguardanti i dispositivi medici ed ai relativi contratti;
 - la gestione del conto deposito e dei relativi contratti;
 - il controllo sulla corretta esecuzione contrattuale;
 - il monitoraggio periodico dei dati relativi ad ordinato e consegnato;
 - i rapporti con la centrale di committenza.
6. **Unità operativa complessa Direzione amministrativa di Ospedale:** dipende dal Direttore della Funzione Ospedaliera. Svolge le seguenti principali attività:
- assumere la responsabilità organizzativa e gestionale sulle attività amministrative svolte presso i Presidi ospedalieri e garantire il funzionamento di tutti i processi tecnico-amministrativi di Presidio;
 - garantire la supervisione sul grado d'integrazione fra i diversi uffici e settori dei presidi ospedalieri dell'Azienda;
 - assicurare il corretto ed efficiente funzionamento delle casse ambulatoriali e prenotazioni operanti nei Presidi;
 - svolgere la funzione di coordinamento delle attività amministrative e dei percorsi connessi all'esercizio dell'attività libero professionale intramuraria sia ambulatoriale sia di ricovero. Curare gli aspetti organizzativi dei processi collegati alle fasi di autorizzazione, pagamento, liquidazione dei compensi, monitoraggio e controllo dell'attività libero professionale in collaborazione con la UOC Gestione risorse umane;
 - recepire e garantire l'attuazione nell'ambito dei presidi dei mutamenti organizzativi adottati dall'Azienda.
7. **Unità operativa complessa Direzione amministrativa territoriale:** dipende dal Direttore della Funzione Territoriale. Opera in stretta collaborazione con le strutture e gli uffici delle unità operative territoriali (Distretti, Dipartimento di Salute Mentale e Dipartimento per le Dipendenze), fornendo supporto funzionale nelle tematiche relative a:
- servizi amministrativi al cittadino;



- servizi amministrativi di programmazione e gestione;
- servizi giuridico-amministrativi.
In particolare la Direzione svolge le seguenti funzioni:
- la gestione dell'Anagrafe aziendale, garantendo l'integrazione con tutte le U.O. aziendali e con i soggetti esterni, ivi compresi i Comuni, la Regione e gli altri enti;
- la regolamentazione delle modalità di applicazione del ticket sulle prestazioni sanitarie e la disamina delle problematiche relative all'esenzione;
- il controllo sulle autocertificazioni;
- la gestione dell'attività amministrativa dell'assistenza protesica;
- la gestione dell'attività amministrativa dell'assistenza sanitaria integrativa;
- l'esame delle problematiche amministrative territoriali e la predisposizione di atti e provvedimenti amministrativi nelle materie di competenza nonché dei Servizi che afferiscono al distretto e al territorio;
- la gestione del budget delle strutture private accreditate;
- il supporto al Direttore della funzione territoriale e ai Direttori di distretto nella costruzione del budget di distretto e del budget per la medicina convenzionata;
- la gestione integrale, sotto il profilo normativo ed economico, dei rapporti convenzionali con i medici di medicina generale, i medici della continuità assistenziale i pediatri di libera scelta, gli specialisti ambulatoriali interni e professionisti;
- la disamina delle problematiche relative alla scelta e alla revoca del medico di base, assicurando l'adozione di procedure uniformi presso tutti gli sportelli amministrativi dei distretti;
- la collaborazione con le strutture preposte al consolidamento del sistema informativo integrato per le aree di competenza e relative al territorio.

8. **Unità operativa complessa Servizi tecnici e patrimoniali** garantirà:

- il supporto alla Direzione nell'individuazione dei fabbisogni, elaborando i programmi di investimento (piano triennale, elenco annuale e piano degli investimenti);
- l'iter realizzativo dei lavori pubblici garantendone l'analisi di fattibilità ai fini della loro conservazione e valorizzazione, anche ai fini urbanistici e, in conformità al programma triennale dei LL.PP. e sue articolazioni annuali, le funzioni di RUP, la progettazione, direzione, contabilità e collaudo dei lavori tanto con personale interno che con professionisti esterni nei termini previsti dalla norma;
- la gestione del patrimonio immobiliare di proprietà dell'Azienda compresi i rapporti contrattuali di locazione e di comodato (attivi/passivi) e l'amministrazione degli immobili, procedure di gara per le alienazioni, perizie di stima e certificazioni energetiche, acquisizione delle autorizzazioni regionali per l'alienazione del patrimonio disponibile;
- la gestione della verifica di sicurezza, manutenzione ordinaria e straordinaria degli immobili e degli impianti tecnologici (elettrici, meccanici, elevatori, reti di telecomunicazione e informatiche, etc.) della sicurezza antincendio delle strutture, del confort ambientale, del verde e delle aree ad uso pubblico;
- l'ottimizzazione nell'utilizzo dell'energia negli immobili aziendali;
- l'attività di verifica della compatibilità, prima dell'installazione, tra strumenti elettromedicali/apparecchiature biomediche e le strutture e gli impianti esistenti e relativi censimenti a fini manutentivi;
- la gestione del magazzino tecnico e dei relativi inventari;
- l'affidamento dei lavori e dei servizi collaterali agli immobili in gestione.

L'**Unità operativa semplice Sistemi informativi**, dovrà assicurare tutte le attività afferenti oggi ai sistemi informativi (ad esclusione delle attività di HTA, che sono interamente assorbite dall'Azienda Zero) nonché la gestione della telefonia fissa e dei device mobile (smartphone, tablet, etc.).



Nell'ambito della UOC Servizi tecnici e patrimoniali dovrà essere prevista una unità organizzativa di Ingegneria clinica al fine di favorire la completa integrazione delle apparecchiature elettromedicali con l'ecosistema dei software clinico assistenziali, gestendo al meglio i processi di cooperazione applicativa tra software e device.

Organigramma dei Servizi Professionali Tecnico Amministrativi



* Denominata **UOC Gestione risorse umane, personale universitario in convenzione e rapporti con l'Università** presso l'Azienda Ospedaliera di Padova e l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona





6. Dipartimenti

6.1. Funzioni e tipologie

L'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa delle attività aziendali (art. 17 bis del D.Lgs. n. 502 del 1992) e va inteso come centro di responsabilità. Il dipartimento costituisce tipologia organizzativa e gestionale volta a dare risposte unitarie flessibili, tempestive, razionali ed esaustive rispetto ai compiti assegnati, nell'ottica di condivisione delle risorse. Il dipartimento aggrega strutture organizzative omologhe, omogenee, affini o complementari che perseguono comuni finalità e, pur conservando ciascuna la propria autonomia clinica e professionale, sono tra loro interdipendenti nel raggiungimento degli obiettivi e nell'utilizzo delle risorse. L'individuazione dei dipartimenti deve essere effettuata evitando la frammentazione o la duplicazione di funzioni.

I dipartimenti possono essere:

- Strutturali, costituiti da strutture omogenee sotto il profilo dell'attività o delle risorse umane e tecnologiche impiegate o delle procedure operative.
Al fine di perseguire i propri obiettivi il dipartimento strutturale utilizza i seguenti strumenti:
 - gestione e utilizzo comune di spazi, attrezzature e tecnologie;
 - utilizzo dei posti letto complessivi organizzati secondo livelli di intensità di cure;
 - utilizzo complessivo del personale sanitario infermieristico, tecnico, OSS, ausiliario e amministrativo;
 - gestione del budget, la continuità assistenziale e la formazione permanente del personale.
- Funzionali, costituiti da strutture che concorrono alla realizzazione di obiettivi specifici tesi a migliorare la pratica clinico-assistenziale, la presa in carico del paziente e l'integrazione multiprofessionale e multidisciplinare ovvero la revisione o l'introduzione di processi tecnico-amministrativi. Vengono istituiti per un periodo di tempo determinato.
- Interaziendali, nel qual caso possono configurarsi come strutturali o funzionali. Vengono costituiti previa autorizzazione della Giunta Regionale. Eventuali dipartimenti interaziendali esistenti, se non previsti da specifiche disposizioni, decadono in via automatica dalla data di approvazione dei nuovi atti aziendali. Le aziende che intendono attivare o confermare dipartimenti interaziendali devono prevederli nelle rispettive proposte di atti aziendali. La Direzione Area Sanità e Sociale provvederà ad inoltrare la proposta alla Giunta Regionale per la necessaria autorizzazione.
- Transmurali, nel qual caso possono configurarsi come strutturali o funzionali. Sono costituiti da unità operative complesse che appartengono a strutture tecnico funzionali diverse, con lo scopo di assicurare la migliore presa in carico del paziente nei casi di percorsi assistenziali ad elevata complessità. Ai Dipartimenti transmurali si applica quanto disposto per i Dipartimenti strutturali o funzionali, sulla base della qualificazione attribuita, salvo le precisazioni di seguito indicate.

Nelle aziende Ulss dovrà essere **altresì** previsto il Dipartimento di Oncologia Clinica, come disciplinato dalla Delibera di Giunta Regionale n. 2067 del 19 novembre 2013, fatte salve ulteriori disposizioni della programmazione regionale.

Nelle aziende Ulss **dovrà dovranno altresì** essere previsti **ei i seguenti Dipartimenti:**

- Dipartimento funzionale di Riabilitazione Ospedale – Territorio, come disciplinato dalla Delibera di Giunta Regionale n. 2634 del 30 dicembre 2013 e successive modifiche e integrazioni;
- **Dipartimento funzionale di Sanità pubblica, veterinaria e sicurezza alimentare. A tale Dipartimento, collocato all'interno del Dipartimento di Prevenzione, sarà preposto un Coordinatore dirigente di area veterinaria qualora il Direttore del Dipartimento di Prevenzione sia di area medica. Nel caso in cui invece il Direttore del Dipartimento di**



Prevenzione sia di area veterinaria, allora il Coordinatore dirigente sarà scelto tra il personale di area medica;

- Dipartimento funzionale transmurale Materno Infantile

Le Aziende non possono istituire Dipartimenti nelle strutture tecnico-funzionali del Distretto e del Dipartimento di Prevenzione, **fatto salvo quanto previsto al precedente capoverso.**

Nell'area professionale, tecnica e amministrativa delle Aziende ove siano previste almeno sei Unità Operative Complesse viene costituito il Dipartimento Amministrativo Unico, dipartimento funzionale che esercita attività di supporto nei confronti della Direzione Strategica nonché di tutte le altre strutture aziendali, garantendo l'espletamento delle funzioni amministrative e la massima integrazione delle risorse professionali, finanziarie e tecnologiche, per il raggiungimento degli obiettivi dipartimentali.

I dipartimenti strutturali ospedalieri degli ospedali HUB aggregano almeno sei strutture complesse.

Eccezioni al numero minimo di strutture complesse sono ammesse solo se e quando previste da specifici atti e provvedimenti regionali. Ogni Struttura Complessa deve far parte di un solo Dipartimento Strutturale.

Gli ospedali Spoke possono istituire un numero massimo di ~~tre~~ **quattro** dipartimenti strutturali ivi compreso il Dipartimento di Direzione Medica di Ospedale.

Gli ospedali nodi di rete non possono istituire Dipartimenti. Le loro strutture complesse sono aggregate nei Dipartimenti Strutturali degli ospedali Spoke o Hub di riferimento.

Le Strutture Complesse non aggregate ai predetti Dipartimenti afferiscono al Dipartimento di Direzione Medica di Ospedale.

L'assetto organizzativo aziendale dovrà prevedere una architettura organizzativa che favorisca una chiara definizione dei percorsi dei pazienti da realizzare anche attraverso l'individuazione e l'applicazione di modelli organizzativo assistenziali innovativi ed integrati tra le diverse strutture aziendali. In tal modo, si potrà dare concreta attuazione ai principi di continuità dell'assistenza secondo criteri di integrazione organizzativa e multidisciplinare, ponendo il paziente al centro dei processi di cura, valorizzando anche i diversi professionisti coinvolti, come previsto dal PSSR e dalla L.R. n. 19/2016.

6.2. Composizione del Dipartimento

La composizione del Dipartimento si articola in:

- il Direttore del Dipartimento Strutturale o il Coordinatore del Dipartimento funzionale
- il Comitato.

Il Direttore o Coordinatore del dipartimento ospedaliero viene nominato dal Direttore Generale, tra i Direttori delle Strutture Complesse afferenti al Dipartimento, sentito il direttore medico di ospedale di riferimento e il Comitato di Dipartimento.

Il Direttore o Coordinatore del dipartimento transmurale viene nominato dal Direttore Generale, tra i Direttori delle Strutture Complesse afferenti al Dipartimento, sentito il direttore sanitario e il Comitato di Dipartimento.

Il Coordinatore del Dipartimento Amministrativo Unico viene nominato dal Direttore Generale, tra i Direttori delle Strutture Complesse afferenti al Dipartimento, sentito il direttore amministrativo e il Comitato di Dipartimento.



Il Direttore o Coordinatore del dipartimento ha un incarico di tre anni, sottoposto a verifica, rinnovabile, e deve raggiungere gli specifici obiettivi individuati in un atto integrativo del contratto individuale di lavoro.

Al Direttore del Dipartimento Strutturale compete, tra l'altro:

- la negoziazione del budget del Dipartimento;
- l'assegnazione delle risorse relative al funzionamento del Dipartimento stesso, coerentemente agli obiettivi e agli indirizzi stabiliti dalla Direzione Generale;
- le decisioni sulle questioni operative del Dipartimento.

Al Coordinatore del Dipartimento Funzionale compete, tra l'altro:

- il coordinamento delle attività finalizzate al raggiungimento degli obiettivi assegnati al Dipartimento;
- le decisioni sulle questioni operative del Dipartimento.

Il Comitato del Dipartimento viene nominato dal Direttore Generale ed è composto da:

- tutti i Direttori delle Strutture Complesse afferenti al Dipartimento;
- i dirigenti Responsabili delle unità operative semplici a valenza dipartimentale afferenti al Dipartimento, laddove presenti;
- una quota elettiva di dirigenti e di personale del comparto, determinata preliminarmente alle elezioni dal Direttore Generale in base all'organizzazione dell'Azienda.

I dirigenti e il personale del comparto vengono eletti rispettivamente dai dirigenti e dal personale del comparto con rapporto di lavoro a tempo indeterminato assegnati al Dipartimento.

Possono essere eletti i dirigenti con rapporto di lavoro a tempo indeterminato, che non siano i Direttori delle Strutture Complesse afferenti al Dipartimento nè i dirigenti Responsabili delle unità operative semplici a valenza dipartimentale afferenti al Dipartimento.

Può essere eletto il personale del comparto con rapporto di lavoro a tempo indeterminato titolare di posizione organizzativa o di incarico di coordinamento afferente al Dipartimento.

Il Comitato di Dipartimento dura in carica tre anni.

Il Comitato di Dipartimento Strutturale ha competenza consultiva e propositiva, tra l'altro, in materia di:

- definizione del budget di Dipartimento;
- sviluppo di nuove attività e cessazione o riduzione delle attività in essere, secondo la programmazione aziendale;
- predisposizione delle linee guida per l'uso corretto e regolamentato degli strumenti e degli spazi comuni;
- acquisizione di risorse produttive con particolare attenzione ai programmi e progetti per il miglioramento della qualità dei servizi e delle prestazioni e per la razionalizzazione di costi;
- piani di aggiornamento e riqualificazione del personale, di educazione sanitaria e di ricerca finalizzata;
- organizzazione dell'attività libero-professionale intramurale secondo le direttive generali dell'Azienda.

Il Comitato di Dipartimento Funzionale ha competenza consultiva e propositiva, tra l'altro, in materia di:

- sviluppo di nuove attività e cessazione o riduzione delle attività in essere, secondo la programmazione aziendale;
- predisposizione delle linee guida e percorsi clinico-assistenziali;
- piani di aggiornamento e riqualificazione del personale, di educazione sanitaria e di ricerca finalizzata.



Le Aziende adottano un regolamento che disciplina il funzionamento del Dipartimento, nonché le ulteriori competenze che si prevede di assegnare allo stesso.

Sono pertanto sostituite le linee guida per l'istituzione e il funzionamento dei dipartimenti per le aziende ULSS e Ospedaliere, approvate con DGR n. 3574 del 21 dicembre 2001.



7. Le funzioni in staff alla Direzione Aziendale

Le funzioni di staff devono essere individuate sulla base dei seguenti criteri:

- in forza della normativa statale o regionale;
- supporto al processo di programmazione e di gestione del ciclo della performance;
- trasversalità delle funzioni svolte;
- funzioni strategiche essenziali;
- garanzia di terzietà ed indipendenza dall'organizzazione aziendale, per quanto possibile.

Ciò premesso si individuano, tra le funzioni di staff le seguenti:

- **Innovazione e sviluppo organizzativo:** è in staff alla Direzione Generale. La legge regionale n. 19 del 2016, nel riformare il Servizio Sanitario Regionale, afferma la centralità della persona e la necessità di dare risposta ai suoi bisogni. Per rispondere pienamente a tali principi è necessario ripensare innanzitutto ai percorsi clinico assistenziali nonché a tutti gli altri processi organizzativi, strumentali ai primi. La funzione di Innovazione e sviluppo organizzativo supporta la Direzione Aziendale e le strutture operative nella realizzazione di progetti innovativi, nell'analisi e revisione dei processi organizzativi, nell'analisi e definizione di procedure operative e nella definizione di piani e programmi di cambiamento organizzativo, finalizzati al perseguimento della centralità del paziente. In una fase di profonde trasformazioni organizzative e gestionali, infatti, la capacità di introdurre innovazioni di prodotto e di processo diventa fondamentale per lo sviluppo qualitativo delle aziende socio-sanitarie. Il personale dedicato a tale attività dovrà essere selezionato e/o appositamente formato in relazione alle competenze di project management e di process management, con particolare attenzione sul lean management.
- **Unità operativa complessa Controllo di gestione:** è in staff alla Direzione Generale e ha i seguenti compiti:
 - presidiare il processo di programmazione e controllo come definito dalla LR 55/94, con particolare riferimento alla produzione dei documenti di programmazione, alla gestione del ciclo di budget, alla reportistica direzionale, al supporto nella valutazione delle prestazioni;
 - produrre le analisi di investimento secondo il fabbisogno aziendale;
 - produrre le analisi dei costi necessarie per la corretta gestione aziendale, anche con riferimento alle attività libero professionali;
 - garantire il corretto funzionamento del sistema di contabilità analitica, secondo gli standard, i principi e la tecnologia del sistema regionale;
 - presidiare lo sviluppo e l'utilizzo del sistema informativo direzionale, anche garantendo le necessarie procedure per garantire il controllo di qualità delle informazioni utilizzate;
 - informare tempestivamente la Direzione aziendale sulle performance gestionali aziendali e sul sistema degli obiettivi sia regionali che aziendali;
 - supportare l'OIV nelle materie previste dalla normativa vigente;
 - fornire il necessario supporto al Collegio Sindacale sulle materie di competenza.
- **Ufficio Relazioni con il pubblico (URP):** è in staff alla Direzione Generale e assicura la gestione della comunicazione con gli utenti, cura la comunicazione esterna rivolta ai cittadini, alla collettività e ad altri enti, elabora la Carta dei Servizi, ecc.. Verifica la percezione della qualità delle prestazioni erogate individuando, per tale finalità, idonei ed adeguati strumenti. L'azienda garantisce che l'Ufficio Relazioni con il Pubblico sia organizzato avvalendosi di personale appositamente formato, prevedendo anche la possibilità, in relazione al tipo di utenza presente sul territorio, di ricorrere a mediatori culturali per gli assistiti di diverse etnie. Le funzioni in capo all'Ufficio Relazioni con il Pubblico sono svolte secondo gli indirizzi e il coordinamento dell'URP dell'Azienda Zero ai sensi della dell'art. 2, comma 1, lettera h) della L.R. n. 19/2016.



- **Servizio di prevenzione e protezione:** è in staff alla Direzione Generale e cura la corretta applicazione delle normative in vigore in tema di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro di cui al D.Lgs. n. 81/08 e s.m.i..

- **Medico competente:** è in staff alla Direzione Generale e cura la corretta applicazione delle normative in vigore riguardanti la sorveglianza sanitaria dei lavoratori nonché degli altri obblighi previsti dalla normativa in materia di salute e sicurezza sui luoghi di lavoro.
Tra le competenze dei Servizi di Prevenzione e Protezione e dei Medici competenti vi è l'implementazione di un modello di gestione per la sicurezza sul lavoro e il suo costante monitoraggio, visto che il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori è una parte importante della attività delle Direzioni Aziendali (impegnate nel rispetto di tutte le prescrizioni di legge e, in particolare, delle "Misure generali di tutela" richiamate dall'art. 15 Decreto Legislativo 81 del 2008), oltre ad essere una scelta strategica, da perseguire mettendo a disposizione adeguate risorse organizzative, tecnologiche e finanziarie
Il modello di gestione per la sicurezza sopra citato è basato su procedure e regole finalizzate al corretto espletamento dei compiti e monitorato attraverso un'attenta valutazione dei rischi con definizione e pianificazione di opportuni obiettivi per la sicurezza. Nel dettaglio è previsto:
 - il coinvolgimento e la partecipazione di tutta la struttura aziendale secondo le diverse attribuzioni e competenze. Tale coinvolgimento dovrà considerare anche i portatori di interesse (es. fornitori e utenti) che, per le loro attività, possono essere interessati dai processi "sensibili";
 - l'informazione, formazione e addestramento dei lavoratori per lo svolgimento dei loro compiti in sicurezza e per l'assunzione delle responsabilità in materia di sicurezza sul lavoro, con specifico riferimento alla mansione svolta;
 - l'organizzazione di un sistema efficace di comunicazione, che permetta una adeguata comprensione e condivisione comune degli obiettivi e delle regole di prevenzione;
 - la consultazione periodica dei lavoratori;
 - l'attiva promozione di elevati standard di sicurezza nei luoghi di lavoro ed il loro costante monitoraggio.

- **Formazione:** è in staff alla Direzione Generale, rappresenta per l'Azienda uno strumento strategico per l'aggiornamento e la crescita professionale, lo sviluppo di nuove competenze, il rafforzamento di quelle esistenti e il miglioramento dell'efficacia e efficienza, in un'ottica di appropriatezza delle prestazioni, nel perseguimento degli obiettivi aziendali e degli indirizzi regionali. Rappresenta uno dei principali strumenti per la diffusione e la condivisione di una cultura organizzativa orientata al miglioramento continuo della qualità. L'Azienda favorisce l'accesso alla formazione di tutto il personale anche convenzionato e rivolge la propria offerta formativa sia alle professioni previste dal sistema di Educazione Continua in Medicina ("ECM") che alle altre professionalità presenti in azienda, assicurando una gestione coordinata dell'offerta formativa con il coinvolgimento di tutte le strutture interessate. L'U.O. Formazione assume la connotazione di struttura semplice qualora la responsabilità gestionale di risorse umane, strumentali e finanziaria sia prevalente rispetto alle responsabilità tecnico-specialistiche e opera in raccordo con la Fondazione Scuola di Sanità Pubblica.

- **Ufficio Trasparenza e anticorruzione:** è in staff alla Direzione Generale. Il D.Lgs. n. 97/16 ha unificato in capo ad una sola persona fisica l'incarico di responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza – RPCT (v. art. 41, comma 1, lett. f), D.Lgs. n. 97/16), il quale cura:
 - a) l'adempimento degli obblighi posti dalla normativa sulla prevenzione della corruzione di cui alla L. 190/12, al D.Lgs. n. 39/13 e alle altre fonti normative rilevanti in materia quali:
 - l'elaborazione del Piano triennale aziendale per la prevenzione della corruzione, previa definizione degli indirizzi strategici in materia;



- la vigilanza sull'osservanza del piano, da attuarsi anche mediante la segnalazione alle strutture interessate, delle misure da adottare in caso di accertata violazione del piano;
 - la segnalazione all'organo di indirizzo e all'organismo indipendente di valutazione delle disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza;
 - l'indicazione agli uffici competenti all'esercizio dell'azione disciplinare dei nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza;
 - l'individuazione del soggetto preposto all'iscrizione all'Anagrafe unica delle stazioni appaltanti-AUSA, l'aggiornamento dei dati e l'indicazione del predetto soggetto preposto, all'interno del PTPC;
 - verifica, d'intesa con il dirigente competente, dell'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione;
 - vigilanza sul rispetto delle norme in materia di inconfiribilità e incompatibilità, promozione della diffusione della conoscenza del codice di comportamento, monitoraggio annuale della sua attuazione, pubblicazione sul sito istituzionale e comunicazione all'Autorità nazionale anticorruzione;
- b) l'adempimento degli obblighi posti dalla normativa in materia di trasparenza e in specie gli adempimenti in materia di pubblicità degli atti e di accesso civico, quali regolati dal D.Lgs. n. 33/13.

In conformità alla Circolare n. 1 del 2013 del Dipartimento della Funzione Pubblica, il responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza è scelto tra i Dirigenti a tempo indeterminato, tenendo conto delle indicazioni fornite dalla già citata DGR 1537 del 10 ottobre 2016, anche relativamente alla durata dell'incarico.

Proprio in considerazione dell'importanza e dell'ampiezza interdisciplinare delle funzioni attribuite al RPCT, il D.Lgs. n. 97/16 ha stabilito, ai fini del rafforzamento del ruolo di tale figura, che il RPCT deve essere munito di "funzioni e poteri idonei per lo svolgimento dell'incarico con piena autonomia ed effettività", funzioni e poteri da attribuire anche "disponendo le eventuali modifiche organizzative necessarie".

Il RPCT deve pertanto essere assistito da un'adeguata struttura di supporto, dedicata in via esclusiva a tale funzione pur con il possibile avvalimento di personale addetto anche ad altre mansioni quale quello che si occupa delle misure di miglioramento della funzionalità dell'amministrazione (es. controlli interni, strutture di audit, strutture che curano la predisposizione del piano della performance).

Ai suddetti fini di definizione dell'organizzazione, dovranno essere applicate le direttive impartite dal PNA 2016, approvato dall'ANAC con deliberazione n. 831/16 (v. in particolare i punti 5.2 della parte generale e la parte relativa alla Sanità) nonché quelle definite dalla DGR n. 1537 del 10 ottobre 2016, che ha adottato indirizzi attuativi per le aziende e gli enti del SSR proprio in relazione al predetto PNA.

- **Internal auditing:** è in staff al Direttore Amministrativo e viene istituita come previsto dalla deliberazione CR/131 del 30 dicembre 2016. Svolge un'attività indipendente e obiettiva di assurance e consulenza finalizzata al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'organizzazione assistendo la stessa nel perseguimento dei propri obiettivi tramite un approccio professionale sistematico, che genera valore aggiunto in quanto finalizzato a valutare e migliorare i processi di gestione dei rischi, di controllo e di Corporate Governance. La funzione si ispira, nello svolgimento delle proprie funzioni, agli standard professionali emanati dall'Institute of Internal Auditors (I.I.A) ed opera sulla base delle indicazioni contenute in un regolamento organizzativo e di funzionamento predisposto dall'Azienda Zero. La funzione di Internal auditing collabora e si coordina con il Responsabile della Prevenzione della corruzione e trasparenza aziendale (RPCT).
- **Direzione delle Professioni Sanitarie:** si rinvia al successivo paragrafo 8.2.



- **Nucleo Aziendale di Controllo:** è in staff alla Direzione Sanitaria. (può essere coordinato da un Dirigente Medico dell'Azienda con incarico di alta specialità).

Esercita le funzioni attribuite dalla normativa vigente, ed in particolare:

- monitoraggio e vigilanza sull'appropriatezza delle prestazioni sanitarie prodotte e sulla loro codifica e tariffazione, sia sulle strutture Aziendali che sulle Strutture Private accreditate presenti nel territorio di riferimento;
 - predisposizione dei Piani annuali dei controlli interni e dei Piani annuali dei controlli esterni di cui alla normativa vigente;
 - monitoraggio e verifica del rispetto dei tempi massimi di attesa con particolare riferimento a:
 - misure recentemente richiamate dal Piano Nazionale Anticorruzione;
 - separazione dei percorsi interni di accesso alle prenotazioni tra attività istituzionale e attività libero professionale;
 - unificazione del sistema di gestione delle agende di prenotazione nell'ambito del Centro Unico di Prenotazione (CUP).
- **Risk management:** è in staff alla Direzione Sanitaria. Il Responsabile della gestione del rischio clinico aziendale (risk manager) (ex Responsabile delle funzioni per la sicurezza del paziente – DGR 1831/2008), svolge un ruolo fondamentale nell'ambito dell'attività di prevenzione degli eventi avversi e dell'attività di gestione e prevenzione del contenzioso. Atteso che l'art. 1, commi 538 – 540, legge n. 208 del 2015 stabilisce che le Regioni dispongono che tutte le strutture che erogano prestazioni sanitarie attivino un'adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario, al Responsabile della gestione del rischio clinico aziendale spetta l'esercizio dei seguenti compiti, ad integrazione di quanto previsto dalla DGR 1831/2008, dalla DGR 2255/2016 e successive modifiche e integrazioni:
- attivazione dei percorsi di audit o altre metodologie finalizzati allo studio dei processi interni e delle criticità più frequenti, con segnalazione, anche in forma anonima, dell'evento o evento evitato (near miss) e analisi delle possibili attività finalizzate alla messa in sicurezza dei percorsi sanitari;
 - rilevazione del rischio di inappropriata nei percorsi diagnostici e terapeutici e facilitazione dell'emersione di eventuali attività di medicina difensiva attiva e passiva;
 - predisposizione e attuazione di attività di sensibilizzazione del personale finalizzata alla prevenzione del rischio sanitario e collaborazione alla formazione degli operatori in materia;
 - assistenza tecnica verso gli uffici legali nel caso di contenzioso e nelle attività di stipulazione di coperture assicurative o di gestione di coperture auto-assicurative.

L'attività di gestione del rischio sanitario dovrà essere diretta e coordinata da personale medico dotato delle specializzazioni in igiene, epidemiologia e sanità pubblica o equipollenti ovvero con comprovata esperienza almeno triennale nel settore (art. 1, comma 540, Legge 208/2015).

Qualora l'Ente avesse già formalmente costituito un Ufficio Legale con specifica attribuzione della trattazione degli affari legali dell'ente stesso, ai sensi dell'art. 23 della Legge 247/2012, tale Ufficio, al fine di assicurare piena autonomia e indipendenza verrà posto in staff al Direttore Generale. L'Ufficio Legale non potrà in ogni caso configurarsi come UOC. Resta in ogni caso fermo quanto previsto dall'art. 2, comma 1, lettera g) punto 8 della L.R. 19/2016 per quanto riguarda la gestione del contenzioso da parte di Azienda Zero.



Organigramma delle funzioni in staff

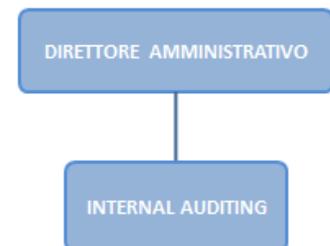
In staff al Direttore Generale



In staff al Direttore Sanitario



In staff al Direttore Amministrativo





8. Unità Operative e funzioni di particolare rilevanza

8.1. Direzione Medica dell'Ospedale

Il Direttore Medico di Ospedale è il responsabile del buon funzionamento dell'Ospedale. Rappresenta la componente di vertice sanitario del presidio e pone in essere un insieme di funzioni e di attività sia di governo globale della struttura che di produzione di servizi propri della Struttura che dirige.

È responsabile dei processi organizzativo-assistenziali dell'Ospedale, quali ad esempio quelli inerenti al CUP, alla gestione delle liste di attesa ed all'attività in libera professione.

Il Direttore Medico, negli ospedali HUB e Spoke, coordina i Dipartimenti strutturali.

Al Direttore Medico di Ospedale compete:

- esercitare il ruolo di committenza interna nei confronti del governo clinico del Presidio;
- armonizzare ed integrare il sistema ospedale;
- partecipare alla definizione delle linee strategiche e degli obiettivi aziendali, delle politiche di sviluppo e dei programmi da realizzare;
- partecipare al processo di budget;
- concorrere alla definizione dei criteri e delle priorità di allocazione delle risorse per le UU.OO., verificando la congruità tra risorse assegnate e obiettivi prefissati;
- collaborare con gli uffici amministrativi alla gestione della libera professione intramurale in regime di ricovero ed ambulatoriale;
- concorrere ad elaborare proposte e pareri per l'acquisto delle attrezzature e dei dispositivi medici, individuando le priorità;
- disporre provvedimenti di emergenza (a mero titolo esemplificativo chiusura attività, chiusura sala operatoria, etc.).

Al Direttore Medico di Ospedale viene riconosciuta la maggiorazione della retribuzione di posizione, di cui all'art. 39, comma 9, CCNL 8 giugno 2000 come modificato dall'art. 4, comma 4, CCNL del 6 maggio 2010 per la sequenza contrattuale dell'art. 28 del CCNL dell'area della dirigenza medica e veterinaria, nella misura definita dalle Aziende in base alle responsabilità attribuite, il cui costo è posto a carico del bilancio.

Il Direttore della Funzione Ospedaliera è nominato dal Direttore Generale tra i Direttori Medici di Ospedale, sentito il direttore sanitario. Ha il compito di coordinare e raccordare l'attività ospedaliera della ULSS al fine di uniformare l'offerta assistenziale ospedaliera sul territorio di riferimento; interviene nel governo delle liste di attesa organizzando i servizi con l'obiettivo di garantire, nei tempi previsti, a tutti i residenti, le prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale nell'ospedale di riferimento territoriale, compatibilmente con il livello assistenziale richiesto.

Al Direttore della Funzione Ospedaliera viene riconosciuta la maggiorazione della retribuzione di posizione, di cui all'art. 39, comma 9, CCNL 8 giugno 2000 come modificato dall'art. 4, comma 4, CCNL del 6 maggio 2010 per la sequenza contrattuale dell'art. 28 del CCNL dell'area della dirigenza medica e veterinaria, nella misura definita dalle Aziende in base alle responsabilità attribuite, il cui costo è posto a carico del bilancio.

8.2. Direzione delle professioni sanitarie

La Direzione delle Professioni Sanitarie (DPS), di cui alla Legge n. 251/2000, è una struttura complessa che opera in staff alla Direzione Sanitaria Aziendale.

La DPS si propone di concorrere ad assicurare un'assistenza personalizzata e di qualità a tutti gli utenti, promuovendo l'impiego ottimale delle risorse disponibili, nel rispetto delle norme etiche e deontologiche. La DPS si pone in una prospettiva di sviluppo delle professioni e delle competenze, di valutazione dei processi assistenziali attraverso l'adozione di idonei indicatori di esito, di innovazione e di



sviluppo organizzativo e di ricerca.

In particolare le aree di responsabilità della DPS sono:

- Area Risorse Umane: programmazione del fabbisogno, gestione e monitoraggio sulla base degli obiettivi aziendali e delle singole Unità Operative;
- Area Modelli Organizzativi ed Assistenziali: realizzazione di modelli organizzativi e assistenziali idonei a soddisfare i bisogni dell'utenza e la presa in carico integrata (percorsi dei pazienti) anche attraverso lo sviluppo delle competenze dei professionisti e la promozione e gestione di progetti di ricerca clinica e organizzativa;
- Area Formazione: analisi dei fabbisogni formativi del personale afferente alle professioni sanitarie e di supporto e pianificazione dei relativi interventi ivi compresa la formazione universitaria così come indicato nella DGRV 1439/14.

Il direttore della DPS è un operatore appartenente alle professioni sanitarie in possesso dei requisiti professionali previsti dalla normativa vigente. È nominato dal Direttore Generale, attraverso idonea procedura selettiva ai sensi delle disposizioni normative e contrattuali vigenti.

Negli ambiti delle strutture tecnico-funzionali Ospedale, Distretto e Dipartimento di Prevenzione delle aziende ULSS sono previste tre strutture semplici.

I rispettivi dirigenti delle professioni sanitarie concorrono alla corretta gestione del personale assegnato sotto la direzione rispettivamente del Direttore della funzione ospedaliera, del Direttore della funzione territoriale e del Direttore del dipartimento di prevenzione.

I dirigenti delle professioni sanitarie dell'ospedale, del distretto e del dipartimento di prevenzione operano in sinergia con la DPS secondo gli obiettivi definiti dalla direzione strategica.

Gli atti aziendali dell'Azienda Ospedaliera di Padova, dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona e dell'Istituto Oncologico Veneto prevedono un'unica struttura semplice che svolge le suddette funzioni sotto la direzione del direttore sanitario in sinergia con la DPS secondo gli obiettivi definiti dalla direzione strategica.

Nell'ambito di ciascun presidio ospedaliero ~~potranno essere~~ saranno previsti incarichi di natura professionale di dirigente delle professioni sanitarie.

Nell'ottica della gestione della complessità clinico-assistenziale ed organizzativa, del miglioramento dell'appropriatezza, dell'efficienza e della produttività, e per lo sviluppo di modelli organizzativo – assistenziali innovativi, per le Aziende sede di ospedali Hub, sono altresì previsti ulteriori livelli di responsabilità organizzativo-professionale affidate a dirigenti delle professioni sanitarie afferenti alla classe delle lauree magistrali in scienze infermieristiche e ostetriche, con incarico di natura professionale riferiti, alle seguenti aree:

- Area Medica: in particolare per la promozione e realizzazione di modelli organizzativi-assistenziali innovativi, in integrazione con il territorio, per rispondere ai bisogni assistenziali emergenti legati in particolare alla cronicità;
- Area Chirurgica e blocchi operatori: in particolare per la configurazione di modelli organizzativi innovativi per il miglioramento dei processi caratteristici dell'area chirurgica e ottimizzazione della presa in carico e percorsi del paziente; allocazione efficiente delle risorse strumentali e degli spazi; programmazione integrata dell'attività operatoria;
- Area Emergenza e Urgenza: in particolare per la pianificazione, organizzazione e gestione dei percorsi di emergenza e urgenza, sia in ospedale sia nel territorio.

Per il Dipartimento funzionale di Riabilitazione ospedale - territorio delle aziende ULSS, è inoltre



previsto un livello di responsabilità organizzativo – professionale affidato a dirigenti delle professioni sanitarie afferenti alla classe delle lauree magistrali in scienze delle professioni sanitarie della riabilitazione, con incarico di natura professionale;

Per l'area diagnostica di laboratorio e per immagini delle aziende ULSS sede di ospedali Hub/**Spoke**, può essere previsto un livello di responsabilità organizzativo – professionale affidato a dirigenti delle professioni sanitarie afferenti alla classe delle lauree magistrali in scienze delle professioni sanitarie tecniche, con incarico di natura professionale.

Nei Punti Nascita che registrano un numero di parti superiore a 3.000/anno può essere previsto un livello di responsabilità organizzativo - professionale affidato a dirigenti delle professioni sanitarie afferenti alla classe di laurea delle lauree magistrali in scienze infermieristiche e ostetriche, con incarico di natura professionale.

I Dirigenti delle professioni sanitarie delle aree suddette operano sotto la direzione del dirigente delle professioni sanitarie dell'ospedale e in sinergia con il Direttore della funzione ospedaliera e presidiano i percorsi dei pazienti in relazione alla diversa intensità di assistenza.

I responsabili dei vari livelli devono ricercare sinergie e costruire processi collaborativi con i corrispondenti dirigenti dell'area medica e sanitaria allo scopo di rendere ottimale il grado di condivisione degli obiettivi aziendali e dipartimentali definiti annualmente dalla direzione aziendale.

Gli aspetti organizzativi di dettaglio i meccanismi di integrazione e coordinamento interni, le relazioni e le aree di corresponsabilità con altri ruoli/organi saranno definiti dal regolamento previsto dall'articolo 8, comma 7 del CCNL 17/10/2008 area dirigenza SPTA, la cui adozione dovrà precedere l'assunzione dei dirigenti delle professioni sanitarie. Il suddetto regolamento dovrà essere allegato all'atto aziendale. L'istituzione dei posti di dirigente delle professioni sanitarie deve avvenire attraverso modificazioni compensative della dotazione organica complessiva aziendale senza ulteriori oneri e ad invarianza di spesa.



LINEE GUIDA PER L'ORGANIZZAZIONE DEL DISTRETTO

INDICE

| | |
|--|-----------|
| 1. IL DISTRETTO | 2 |
| 2. IL MODELLO ORGANIZZATIVO DEL DISTRETTO..... | 4 |
| 2.1 Nuovi assetti territoriali e il sistema delle Responsabilità | 4 |
| 2.2 L'articolazione organizzativa | 8 |
| 3. RAPPORTI CON LE AMMINISTRAZIONI LOCALI..... | 18 |
| 3.1 La Conferenza dei Sindaci | 18 |
| 3.2 Il Comitato dei Sindaci..... | 18 |
| 3.3 Rapporti tra Azienda ULSS e Amministrazioni locali..... | 18 |
| 3.4 Gli strumenti di programmazione | 19 |



1. IL DISTRETTO

Le transizioni epidemiologiche ed i cambiamenti nei profili dei bisogni richiedono un radicale cambiamento organizzativo e gestionale del sistema sanitario.

Si è passati, infatti, da un modello incentrato sul governo della produzione, e quindi dell'offerta di singole prestazioni agli individui che si presentano ai servizi (*governo, gestione e organizzazione della produzione*), ad una presa in carico globale dei bisogni di una popolazione (prevalentemente cronicità, fragilità e non autosufficienza) e di tutela della salute (*governo, gestione e organizzazione del sistema*), mediante la quale la valutazione dei bisogni (collettivi ed individuali), dell'offerta (pubblica e privata) e delle relazioni (*rete territoriale*) porta alla definizione di piani di salute collettiva che poi si traducono in programmi di presa in carico individuali.

In tale contesto il ruolo strategico del Distretto è stato, quindi, ulteriormente consolidato; infatti, nella visione adottata dalla Regione Veneto con la LR n.23/2012 che ha approvato il Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016, ci si riferisce ad un Distretto “forte”, quale luogo privilegiato di gestione e di coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi socio-sanitari e sanitari territoriali e centro di riferimento per l'accesso a tutti i servizi dell'Azienda ULSS.

Il Distretto è, dunque, l'articolazione dell'Azienda ULSS deputata al perseguimento dell'integrazione tra le diverse strutture sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali presenti sul territorio, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione.

Coerentemente con tale visione, con DGR n.2271/2013 sono state introdotte alcune importanti innovazioni per potenziare il Distretto, la cui validità viene confermata, sia sul piano clinico che organizzativo, quali la Centrale Operativa Territoriale o Centrale di Continuità, intesa come strumento di raccolta e classificazione del problema/bisogno, di attivazione delle risorse più appropriate, di pianificazione e coordinamento degli interventi, con il fine di tutelare le transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico/assistenziale all'altro.

In particolare l'adozione di un approccio per percorsi assistenziali rappresenta la sfida vincente per garantire la continuità dell'assistenza: il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale definisce che cosa serve al processo in modo condiviso, quando serve e chi ha la competenza per farlo, valutando la fattibilità per crearne le condizioni. I percorsi assistenziali costituiscono strumenti di trasversalità che consentono di definire ruoli, funzioni, responsabilità ma che implicano spesso una revisione del modello organizzativo in essere ed una consapevolezza delle risorse che si hanno a disposizione.

Sono parti fondamentali ed integranti del Distretto le Medicine di Gruppo Integrate, secondo il modello definito dalla DGR n.751/2016, la cui diffusione dovrà riguardare tutto il territorio regionale secondo le coperture previste dalla LR n.19/2016 ossia: il 60% dei MMG entro il 31/12/2017 e il 80% entro il 31/12/2018. Peraltro le Medicine di Gruppo Integrate, intese come team multiprofessionali che prendono in carico i bisogni di una Comunità, rappresentano di fatto i luoghi ideali in cui si può sviluppare operativamente l'integrazione socio-sanitaria.

La necessità di presidiare un sistema complesso, derivante da interconnessioni di ambiti funzionali diversi (clinico, assistenziale, amministrativo), di soggetti diversi (anche dal punto di vista contrattuale), di contesti diversi che hanno regole differenti, richiede per il Distretto un adeguato potenziamento:

- 1) della *competenza sul governo clinico* inteso come lo sviluppo e l'applicazione dei percorsi assistenziali per patologie a più elevata prevalenza. Questo richiede peraltro la presenza di elevate competenze tecnico professionali;



- 2) della dimensione organizzativa al fine di garantire la sintesi compiuta nelle modalità di pianificazione, programmazione, gestione e valutazione dei risultati.



2. IL MODELLO ORGANIZZATIVO DEL DISTRETTO

2.1 Nuovi assetti territoriali e il sistema delle Responsabilità

I bacini delle Aziende ULSS esistenti anteriormente alla data di entrata in vigore della L.R. n. 19/2016 si configurano come DISTRETTI delle Aziende ULSS; nelle Aziende ULSS esistenti anteriormente alla data di entrata in vigore della legge stessa, dove erano presenti più distretti, gli stessi vengono confermati (Fig. 1).

Fig. 1
Nuovo assetto territoriale



2.1.1 Il Direttore dei servizi socio-sanitari e il Direttore sanitario

Il Direttore dei servizi sociali e della funzione territoriale assume la denominazione di Direttore dei servizi socio-sanitari e conserva le funzioni previste dalla legislazione regionale vigente (art 26, comma 9, L.R. 19/2016): svolge attività di direzione e coordinamento nei confronti dei responsabili delle strutture dell'Azienda ULSS, con riferimento agli aspetti organizzativi dei servizi sociali e socio-sanitari (L.R. n.56/1994, art 16, comma 3) al fine di garantire i relativi Livelli Essenziali di Assistenza.

Al Direttore dei servizi socio-sanitari possono essere affidate dal Direttore Generale anche le funzioni inerenti l'ambito delle Cure primarie qualora possieda il profilo medico previsto per svolgerle.



Il Direttore dei servizi socio-sanitari e il Direttore sanitario, ciascuno per il proprio ambito di competenza, sono responsabili di assicurare i collegamenti funzionali tra il Distretto e il Dipartimento di Prevenzione, il Dipartimento di Salute Mentale, il Dipartimento per le Dipendenze e tutte le strutture aziendali al fine di garantire la continuità ed il coordinamento assistenziale per il paziente. Relativamente agli aspetti organizzativi del Dipartimento di Prevenzione e del Dipartimento di Salute Mentale si rinvia agli specifici allegati.

Il Direttore dei servizi socio-sanitari e il Direttore sanitario, ciascuno per il proprio ambito di competenza, dovranno essere garanti di favorire la correlazione tra gli obiettivi del budget distrettuale e gli obiettivi del budget ospedaliero, poiché molti obiettivi strategici aziendali richiedono processi orizzontali di ricomposizione e di integrazione tra i diversi ambiti che trattano un medesimo paziente.

Inoltre, in conformità a quanto stabilito dalla LR n.19/2016, è prevista in staff al Direttore dei servizi socio-sanitari una Unità Operativa per il **Sociale** che ha funzioni di:

- supportare il coordinamento dei servizi sociali sul territorio;
- assicurare le attività per l'elaborazione, la realizzazione e il monitoraggio del Piano di Zona;
- supportare il coinvolgimento delle *Amministrazioni locali* nello sviluppo delle Cure primarie ed in particolare nella implementazione delle Medicine di Gruppo Integrate, anche attraverso la messa a disposizione di strutture, l'attivazione congiunta di programmi, la messa in sinergia di professionalità;
- supportare il coinvolgimento delle *associazioni di volontariato e le altre organizzazioni*, prevedendo in ogni Azienda ULSS una funzione di interfaccia specifica, quale punto di riferimento per il volontariato, con lo scopo di: favorire la reciproca conoscenza, sostenere percorsi formativi integrati, diffondere le buone pratiche, implementare l'audit civico finalizzato al miglioramento dell'assistenza.

Relativamente al finanziamento questa Unità Operativa è a totale carico dei Comuni.

2.1.2 Il Direttore della funzione territoriale

In conformità a quanto previsto dalla LR n.23/2012 “...il Territorio, a prescindere dal numero di Distretti, sarà diretto da un Direttore, unico responsabile organizzativo-gestionale dell'intera funzione territoriale che:

- è responsabile della funzione direzionale di tutte le attività dei Distretti;
- persegue gli obiettivi di risultato e di attività, negoziati in sede di contrattazione di budget con la Direzione aziendale, mediante le risorse assegnate ai Distretti. Con la medesima metodologia definisce attività, risultati e risorse con le strutture afferenti ai Distretti”.

Il Direttore della funzione territoriale (**Coordinatore**) è nominato dal Direttore Generale fra i Direttori di Distretto dell'Azienda ULSS, **sentita la Conferenza dei Sindaci dell'Ulss di riferimento**. Al Direttore della funzione territoriale viene riconosciuta la maggiorazione della retribuzione di posizione, di cui all'art. 39, comma 9, CCNL 8 giugno 2000 come modificato dall'art. 4, comma 4, CCNL del 6 maggio 2010 per la sequenza contrattuale dell'art. 28 del CCNL dell'area della dirigenza medica e veterinaria, nella misura definita dalle Aziende in base alle responsabilità attribuite, il cui costo è posto a carico del bilancio. La predetta maggiorazione non può essere riconosciuta nel caso in cui nell'Azienda ULSS sia presente un unico Distretto.

Gli oneri contrattuali che ne derivano sono ugualmente ripartiti tra bilancio sanitario e bilancio di parte sociale.



In conformità a quanto stabilito dalla LR n.23/2012 si colloca sotto la direzione del Direttore della funzione territoriale una **Unità Operativa Semplice delle Professioni Sanitarie Territoriali** che ha funzioni di:

- coordinamento operativo dell'assistenza infermieristica, riabilitativa e tecnico-sanitaria distrettuale e di collegamento funzionale con le attività svolte presso le Medicine di Gruppo Integrate, al fine di favorire una efficace e razionale organizzazione, gestione ed integrazione degli infermieri nel team multiprofessionale;
- partecipazione alla programmazione delle attività distrettuali;
- supporto per l'implementazione di modelli assistenziali innovativi coerenti con la metodologia del nursing case management, supportando la definizione di adeguati percorsi di formazione integrata;
- supporto per le sperimentazioni di nuovi modelli organizzativi assistenziali.

Per quanto attiene alla Direzione del servizio per le professioni Sanitarie si rinvia alla sezione dedicata dell'Allegato A.

Inoltre è prevista una **Unità Operativa Complessa Direzione Amministrativa Territoriale** che dipende gerarchicamente dal Direttore della funzione territoriale, per le cui funzioni si rinvia all'allegato A.

È formalmente istituito in tutte le Aziende ULSS il **Dipartimento per le Dipendenze** al fine di coordinare tutte le unità operative pubbliche e private che direttamente o indirettamente si occupano di dipendenze patologiche, che perseguono comuni finalità e sono quindi tra loro interdipendenti, pur mantenendo la propria autonomia e responsabilità tecnico-funzionale e gestionale.

Il Dipartimento per le Dipendenze è un dipartimento funzionale, collocato nella struttura Distretto, che dipende dal Direttore della Funzione territoriale.

Il Direttore del Dipartimento, nominato dal Direttore Generale fra i responsabili delle UOC che compongono il Dipartimento stesso, persegue i seguenti obiettivi:

- applicazione delle direttive nazionali e regionali in materia di dipendenze patologiche;
- coordinamento della rete complessiva dei servizi pubblici e privati convenzionati che operano in materia di dipendenze patologiche nel territorio di propria competenza;
- gestione della quota del budget aziendale destinato alle dipendenze patologiche e perseguimento degli obiettivi assegnati.

In conformità a quanto previsto dalla LR n. 23/2012 è necessario "...promuovere una forte integrazione tra Salute mentale e dipendenze patologiche, che salvaguardi l'autonomia organizzativa delle due aree ma preveda una programmazione congiunta...". Pertanto le politiche per le dipendenze patologiche andranno armonizzate con le politiche dell'ambito della neuropsichiatria infantile e della salute mentale, garantendo una visione strategica unitaria.

2.1.3 Il Direttore di Distretto

Il Direttore del Distretto garantisce la funzione direzionale di tutte le attività del Distretto, operando in stretta collaborazione con i Responsabili delle UO e con i dirigenti delle articolazioni funzionali (Fig. 2).

Al Direttore di Distretto competono le funzioni di:



- conseguimento di obiettivi di risultato, di attività e di risorse concordati ed assegnati al Distretto, in sede di contrattazione di budget con la Direzione Generale;
- organizzazione dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali propri del Distretto;
- coordinamento delle necessarie collaborazioni ed organizzazione delle risorse affinché il medico/pediatra di famiglia svolga il proprio ruolo di referente-unico per l'assistito;
- utilizzo dello strumento del budget per definire gli obiettivi e monitorare i relativi indicatori di risultato attribuiti alle UO distrettuali, alle articolazioni funzionali (A.F.) e alle Medicine di Gruppo Integrate (team multi professionali), organizzando, coerentemente con la programmazione strategica, i servizi e le risorse, nonché monitorandone l'implementazione.

Il Direttore di Distretto assume, pertanto, il ruolo di “*gestore della rete territoriale*” in grado di governare molteplici servizi e risorse del territorio, nonché di alimentare e creare, laddove mancanti, le connessioni tra i soggetti (nodi) di una rete, agendo come facilitatore dei processi di integrazione al fine di garantire il raggiungimento degli obiettivi di salute (anche con riferimento alle strutture ospedaliere e del Dipartimento di prevenzione). Presiede ai processi decisionali rilevanti per i servizi territoriali, con un approccio inclusivo e di condivisione delle responsabilità (Direttore facilitatore) e rappresenta a tutti gli effetti il *garante della salute della comunità*.

È dunque in grado di:

- analizzare i bisogni (lettura ed interpretazione);
- conoscere l'offerta (geografia dei servizi socio-sanitari, potenzialità di risposta, conoscenza dei ruoli professionali in un'ottica di community care management team);
- pianificare e programmare i servizi (integrazione dei diversi attori del territorio, istituzionali e non, analisi dei rischi);
- negoziare (obiettivi, budget, contratti di esercizio con la medicina convenzionata);
- gestire le risorse (analisi e razionalizzazione dei processi organizzativi, ottimizzazione dell'impiego delle tecnologie, dei beni e dei servizi a disposizione, gestione dei rischi);
- valutare i risultati (monitoraggio e valutazione delle performance, comunicazione dei risultati raggiunti nella logica del “rendere conto” sull'utilizzo delle risorse e sugli obiettivi conseguiti).

Al Direttore di Distretto viene riconosciuta la maggiorazione della retribuzione di posizione, di cui all'art. 39, comma 9, CCNL 8 giugno 2000 come modificato dall'art. 4, comma 4, CCNL del 6 maggio 2010 per la sequenza contrattuale dell'art. 28 del CCNL dell'area della dirigenza medica e veterinaria, nella misura definita dalle Aziende in base alle responsabilità attribuite, il cui costo è posto a carico del bilancio.

Il Direttore di Distretto si avvale (per lo svolgimento delle sue funzioni) di un **Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali** (art. 3-sexies, comma 2, D. Lgs. n. 502/1992), composto da rappresentanti delle figure professionali operanti nei servizi distrettuali. Sono membri di diritto di tale ufficio un rappresentante dei medici di medicina generale, uno dei pediatri di libera scelta e uno degli specialisti ambulatoriali convenzionati operanti nel distretto (art. 3-sexies, comma 2, D. Lgs. n. 502/1992).

I membri dell'Ufficio di coordinamento sono nominati dal Direttore di distretto. Le modalità di funzionamento dell'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali (UCAD) sono disciplinate dall'Atto Aziendale.

In ogni Distretto è previsto un **Comitato per le Medicine di Gruppo Integrate**, composto dai Referenti delle Medicine di Gruppo Integrate attivate nel territorio distrettuale. Svolge funzioni



consultive e propositive al fine di assicurare un collegamento costante tra gli obiettivi e le attività assegnate alle Medicine di Gruppo Integrate e gli obiettivi ed attività aziendali, oltre che fungere da luogo di confronto nella organizzazione delle attività proprie previste nei contratti di esercizio. Le modalità di funzionamento di detto Comitato sono disciplinate da apposito regolamento aziendale.

Fig. 2
Articolazione del Distretto



2.2 L'articolazione organizzativa

In conformità a quanto previsto dalla LR n.23/2012 "...Ciascuna Azienda ULSS dovrà prevedere, nella propria organizzazione territoriale, un'unità operativa complessa di Cure primarie, un'unità operativa Infanzia, adolescenza e famiglia, un'unità operativa semplice per la Disabilità, un'unità operativa per le Cure palliative e un'unità operativa per le Attività specialistiche. Le cinque Unità si collocheranno in maniera trasversale rispetto a tutti i Distretti in cui è articolato il territorio aziendale."

In particolare l'assetto organizzativo distrettuale, come definito dalla L.R. n.19/2016, prevede che le funzioni distrettuali vengano esercitate mediante le seguenti Unità Operative (Fig.3):

- **Cure primarie;**
- **Infanzia, Adolescenza, Famiglia e Consultori;**
- **Cure palliative;**
- **Attività specialistica;**



- *Disabilità e Non Autosufficienza.*

Laddove le stesse funzioni distrettuali siano svolte da una unica UOC collocata in un Distretto e da Articolazioni Funzionali collocate nei restanti, la UOC assumerà il ruolo di coordinamento funzionale.

Laddove le stesse funzioni distrettuali siano invece svolte da più di una Unità Operativa Complessa, collocate in differenti Distretti, dovrà essere comunque individuato un coordinatore funzionale fra i Direttori delle stesse Unità, ed eventuali Articolazioni Funzionali, che assicuri il raccordo e l'uniformità delle attività svolte.

A seguito vengono, quindi, elencate le funzioni principali delle articolazioni previste.

Cure Primarie

Ha funzioni di:

- sviluppo, coordinamento e gestione delle Cure primarie, attraverso l'implementazione delle Medicine di Gruppo Integrate previste dagli specifici atti di indirizzo regionale, supportando le fasi progettuali e attuative delle stesse, coinvolgendo tutte le componenti della convenzionata e organizzando le necessarie risorse commisurate agli obiettivi;
- garanzia della continuità dell'assistenza e delle cure h24, 7gg/7 assicurando l'integrazione funzionale tra la Medicina di famiglia, la Continuità Assistenziale e la Specialistica, operando mediante un approccio trasversale che consenta di armonizzare tutte le iniziative volte alla presa in carico in una logica di rete e favorendo la sinergia intersettoriale tra tutti i professionisti coinvolti;
- individuazione ed attuazione delle strategie per mantenere o migliorare le coperture in ambito di vaccinazioni e di screening per una diagnosi precoce delle malattie oncologiche, perseguendo un coinvolgimento attivo dei medici di famiglia anche nell'azione di sensibilizzazione ed informazione della popolazione;
- definizione ed implementazione dei percorsi assistenziali, provvedendo a garantire il coinvolgimento di tutte le competenze e delle strutture anche sviluppando un sistema di monitoraggio dei processi e degli esiti in ogni contesto di vita dell'assistito (ambulatoriale, domiciliare o residenziale);
- coordinamento e verifica dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa, partecipando al buon governo delle risorse;
- implementazione e responsabilità del funzionamento dell'assistenza domiciliare integrata;
- coordinamento sanitario delle strutture di ricovero intermedie (Ospedali di Comunità e Unità Riabilitative Territoriali), delle strutture residenziali e semiresidenziali extraospedaliere per garantire uniformità di percorsi e di implementazione di procedure condivise e basate sull'evidenza. In particolare assume il ruolo di Coordinatore sanitario delle Case di riposo (ex art. 5 Convenzione 2004) e, avvalendosi del responsabile dell'articolazione funzionale Attività specialistica, garantisce le prestazioni di specialistica all'interno di dette strutture.

In conformità a quanto stabilito dalla LR n.23/2012 ogni Azienda ULSS prevede una *Unità Operativa Complessa* che assicurerà l'uniformità delle attività delle Articolazioni Funzionali di Cure primarie afferenti ai Distretti presenti nell'Azienda ULSS.

***Infanzia, Adolescenza, Famiglia e Consulteri***

Ha funzioni di:

- sviluppo, coordinamento e gestione delle Cure primarie con riferimento all'area omogenea materno-infantile, età evolutiva e famiglia, attraverso l'implementazione delle forme associative della Pediatria di famiglia previste dagli atti di indirizzo regionali;
- garanzia della continuità dell'assistenza e delle cure h24, 7gg/7 assicurando l'integrazione funzionale tra la Pediatria di famiglia, la Continuità Assistenziale e la Pediatria ospedaliera;
- individuazione ed attuazione delle strategie per mantenere o migliorare le coperture in ambito di vaccinazioni, perseguendo un coinvolgimento attivo dei pediatri di famiglia anche nell'azione di sensibilizzazione ed informazione della popolazione;
- definizione ed implementazione dei percorsi assistenziali nello specifico ambito, provvedendo a garantire il coinvolgimento di tutte le competenze e delle strutture anche sviluppando un sistema di monitoraggio dei processi e degli esiti in ogni contesto di vita dell'assistito (ambulatoriale, domiciliare o residenziale);
- coordinamento e verifica dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa, partecipando al buon governo delle risorse.

In conformità a quanto stabilito dalla LR n.23/2012 ogni Azienda ULSS prevede una *Unità Operativa* che assicurerà l'uniformità delle attività delle Articolazioni Funzionali di Infanzia, Adolescenza, Famiglia e Consulteri afferenti ai Distretti presenti nell'Azienda ULSS.

Detta *Unità Operativa* sarà *Semplice a valenza Dipartimentale* nelle Aziende ULSS che annoverano da 1 a 2 Distretti, mentre sarà *Unità Operativa Complessa* nelle Aziende ULSS che annoverano più di 2 Distretti.

Infanzia, Adolescenza, Famiglia e Consulteri

Fornisce e garantisce in maniera integrata e globale interventi di prevenzione, cura e riabilitazione del disagio psico sociale e della patologia dell'infanzia, dell'adolescenza e della famiglia, promuovendone la salute.

Ha funzioni di:

- sviluppo, coordinamento e gestione delle Cure primarie con riferimento all'area omogenea materno-infantile, età evolutiva e famiglia, attraverso l'implementazione delle forme associative della Pediatria di famiglia previste dagli atti di indirizzo regionali;
- garanzia della continuità dell'assistenza e delle cure h24, 7gg/7 assicurando l'integrazione funzionale tra la Pediatria di famiglia, la Continuità Assistenziale e la Pediatria ospedaliera;
- individuazione ed attuazione delle strategie per mantenere o migliorare le coperture in ambito di vaccinazioni, perseguendo un coinvolgimento attivo dei pediatri di famiglia anche nell'azione di sensibilizzazione ed informazione della popolazione;
- definizione ed implementazione dei percorsi assistenziali nello specifico ambito, provvedendo a garantire il coinvolgimento di tutte le competenze e delle strutture anche sviluppando un sistema di monitoraggio dei processi e degli esiti in ogni contesto di vita dell'assistito (ambulatoriale, domiciliare o residenziale);
- coordinamento e verifica dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa, partecipando al buon governo delle risorse.

Ad ogni *Unità Operativa Complessa di Infanzia, Adolescenza, Famiglia e Consulteri* afferiscono:

- *l'Unità Operativa Semplice per l'Età Evolutiva*

Svolge attività di prevenzione, diagnosi e cura delle problematiche relative per i minori in età evolutiva (0-17 anni) con bisogni di aiuto in diversi ambiti dello sviluppo e alle loro famiglie, in



particolare per problematiche legate al linguaggio, al movimento e motricità, all'apprendimento scolastico, alla relazione e socializzazione.

- *l'Unità Operativa Semplice di Neuropsichiatria Infantile*

È struttura interdisciplinare deputata all'attuazione di percorsi di diagnosi, cura e riabilitazione delle patologie dello sviluppo: neurologiche, psichiatriche, cognitive, relazionali e neuropsicologiche dell'infanzia e dell'adolescenza.

Sono obiettivi qualificanti:

- la garanzia della presa in carico globale del bambino e della sua famiglia, secondo quanto previsto dalla normativa specifica;
- l'impostazione del progetto terapeutico e/o riabilitativo secondo una valutazione globale multiprofessionale specifica, al fine di garantire appropriatezza e completezza nella diagnosi, precisione e adeguatezza del progetto terapeutico, coerenza e continuità degli interventi di cura possibili e verifica degli esiti nel corso del tempo;
- lo sviluppo di percorsi assistenziali, provvedendo a garantire l'integrazione di tutte le competenze necessarie, perseguendo un coinvolgimento attivo dei pediatri di famiglia, e delle strutture, ivi comprese quelle ospedaliere, e sviluppando un sistema di monitoraggio dei processi e degli esiti in ogni contesto di vita.

Dovrà essere previsto un raccordo funzionale tra le attività di questa Unità Operativa e le funzioni del Dipartimento di Salute Mentale e del Dipartimento per le Dipendenze.

- *l'Unità Operativa Semplice Consultorio familiare*

Ha prevalentemente funzioni di prevenzione consulenza e cura dei problemi inerenti la gravidanza, la maternità e paternità responsabili, il periodo di puerperio, le richieste di interruzione volontaria della gravidanza, le problematiche relazionali affettive, sessuali e intrafamiliari del singolo, della coppia o dell'intero nucleo famiglia.

Cure Palliative

Ha funzioni di:

- gestione e programmazione del percorso assistenziale dei malati candidati a palliazione, garantendo la continuità clinico-assistenziale tra l'Ospedale, le cure domiciliari e le strutture residenziali idonee, assicurando peraltro il coordinamento sanitario degli Hospice;
- definizione ed implementazione dei percorsi assistenziali nello specifico ambito, provvedendo a garantire il coinvolgimento di tutte le competenze e delle strutture anche sviluppando un sistema di monitoraggio dei processi e degli esiti in ogni contesto di vita dell'assistito (ambulatoriale, domiciliare o residenziale);
- attivazione e coordinamento del Nucleo di Cure Palliative, specificatamente dedicato, che rappresenta una organizzazione funzionale composta da: medici di famiglia, medici palliativisti, infermieri, psicologi, medici di continuità assistenziale, ai quali si aggiungono altre professionalità socio-sanitarie (es. assistenti sociali, terapisti della riabilitazione, dietisti, ecc.);
- garanzia di una coerenza prescrittiva verso i farmaci a maggiore efficacia antalgica con particolare attenzione all'uso di oppioidi in ogni condizione di dolore.

In conformità a quanto stabilito dalla LR n.23/2012 ogni Azienda ULSS prevede una *Unità Operativa Complessa* che assicurerà l'uniformità delle attività delle Articolazioni Funzionali di Cure palliative afferenti ai Distretti presenti nell'Azienda ULSS.



Attività Specialistica

Ha funzioni di:

- riorientamento della funzione specialistica a supporto del medico/pediatra di famiglia;
- garanzia delle prestazioni specialistiche presso le sedi distrettuali, a domicilio, presso le strutture di ricovero intermedie, presso le strutture semiresidenziali e residenziali attraverso il coordinamento degli specialisti (convenzionati e dipendenti);
- coordinamento funzionale dell'attività ambulatoriale erogata presso le sedi distrettuali, ospedaliere e le strutture private accreditate nell'ambito del territorio dell'Azienda ULSS, concorrendo anche alla definizione del rapporto con le strutture private accreditate e del relativo budget, secondo criteri di accessibilità per l'assistito e qualità delle prestazioni;
- programmazione e coordinamento dell'attività del Centro Unico di Prenotazione (CUP) aziendale, quale strumento gestionale e punto di sincronizzazione dell'attività delle strutture aziendali e del privato accreditato;
- supervisione dell'attività del CUP Manager, coordinatore dei processi di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali, al fine di verificare e di controllare le modalità operative di esecuzione delle prestazioni ambulatoriali, svolgendo un monitoraggio continuo sugli effettivi tempi di attesa;
- supporto alla definizione e partecipazione responsabile alla implementazione dei percorsi assistenziali, provvedendo a garantire il coinvolgimento di tutte le competenze e delle strutture anche sviluppando un sistema di monitoraggio dei processi e degli esiti in ogni contesto di vita dell'assistito (ambulatoriale, domiciliare o residenziale);
- monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva e governo delle liste d'attesa, coinvolgendo i medici/pediatrati di famiglia, gli specialisti ambulatoriali interni e gli specialisti ospedalieri nella condivisione ed applicazione estesa delle classi di priorità, implementando un monitoraggio sistematico dell'aderenza dei profili prescrittivi ai criteri concordati;
- monitoraggio delle attività svolte dalle strutture e dai soggetti convenzionati in termini di quantità e qualità delle prestazioni erogate rispetto a quanto programmato.

In conformità a quanto stabilito dalla LR n.23/2012 ogni Azienda ULSS prevede una *Unità Operativa* che assicurerà l'uniformità delle attività delle Articolazioni Funzionali di Attività specialistiche afferenti ai Distretti presenti nell'Azienda ULSS.

Detta *Unità Operativa* sarà *Semplice* nelle Aziende ULSS che annoverano da 1 a 2 Distretti, mentre sarà *Unità Operativa Complessa* nelle Aziende ULSS che annoverano più di 2 Distretti.

Disabilità e la Non Autosufficienza

~~Svolge attività ed interventi relativamente all'area della disabilità ed alla non auto sufficienza in ogni ambiente di vita ed in particolare con riferimento ai servizi residenziali e semiresidenziali.~~

~~Rappresentano azioni qualificanti:~~

- ~~— la definizione e la realizzazione del Progetto Assistenziale Individualizzato, attraverso l'UVDM, così come previsto dai provvedimenti regionali in considerazione delle fasi della crescita e della vita della persona disabile;~~
- ~~— l'individuazione di percorsi riabilitativi per tutte le fasce d'età e di patologia, che abbiano come obiettivo finale l'autonomia, l'inclusione sociale e la partecipazione attiva del disabile nel suo contesto di vita;~~
- ~~— il rafforzamento del Servizio di Integrazione Lavorativa (SIL), come unità di offerta in collaborazione anche con gli altri servizi distrettuali, in particolare l'area delle dipendenze e della salute mentale;~~



~~— il consolidamento del rapporto con i Centri diurni, quali punti fondamentali della rete dei servizi.~~

~~In conformità a quanto stabilito dalla LR n.23/2012 ogni Azienda ULSS prevede una Unità Operativa che assicurerà l'uniformità delle attività delle Articolazioni Funzionali di Disabilità e la Non Autosufficienza afferenti ai Distretti presenti nell'Azienda ULSS.~~

~~Detta Unità Operativa sarà Semplice a valenza Dipartimentale nelle Aziende ULSS che annoverano da 1 a 2 Distretti, mentre sarà Unità Operativa Complessa nelle Aziende ULSS che annoverano più di 2 Distretti.~~

Disabilità e Non Autosufficienza

L'Unità Operativa Complessa Disabilità e non Autosufficienza svolge attività di programmazione, gestione e coordinamento degli interventi relativi all'area della disabilità e della non autosufficienza in ogni ambiente di vita e con riferimento ai servizi residenziali, semiresidenziali e domiciliari.

In particolare:

- promuove risposte globali e unitarie finalizzate al benessere della persona non autosufficiente, della persona con disabilità e delle rispettive famiglie;
- sviluppa progetti individualizzati per potenziare e mantenere abilità e competenze per una migliore inclusione della persona con disabilità nel proprio contesto di vita, nonché l'integrazione in ambito scolastico e lavorativo;
- supporta la famiglia nella gestione del carico assistenziale attraverso interventi di tipo sociale e/o economico, nonché interventi di sollievo;
- promuove nella comunità la partecipazione e la sensibilizzazione ai temi della non autosufficienza e della disabilità;
- gestisce le modalità di accesso alla rete dei Centri di Servizi per l'erogazione di prestazioni residenziali e semiresidenziali attraverso il Registro Unico della Residenzialità;
- coordina e verifica l'attuazione degli accordi contrattuali con i soggetti accreditati.

Ad ogni Unità Operativa Complessa Disabilità e Non Autosufficienza afferiscono:

- *L'Unità Operativa Semplice Disabilità le cui azioni qualificanti sono:*
 - la predisposizione dei regolamenti per l'accesso ai servizi attraverso il Piano Locale della Disabilità secondo gli indirizzi regionali in materia;
 - la definizione e la realizzazione del Progetto Assistenziale Individualizzato, attraverso l'UVDM e l'utilizzo di strumenti valutativi regionali (SVAMDI), così come previsto dai provvedimenti regionali in considerazione delle fasi della crescita e della vita della persona con disabilità;
 - la gestione delle graduatorie specifiche per l'attribuzione delle impegnative di cura domiciliare attraverso il supporto informatico unico definito a livello regionale in modalità *web*;
 - l'individuazione di percorsi riabilitativi per tutte le fasce d'età e di patologia, che abbiano come obiettivo finale l'autonomia, l'inclusione sociale e la partecipazione attiva della persona con disabilità nel suo contesto di vita;
 - sviluppo di progettualità nella prospettiva di "vita indipendente" e del "dopo di noi";
 - la verifica dei progetti attivati, colloqui di sostegno individuale e familiare, collaborazioni con altri servizi distrettuali, servizi sociali comunali, enti gestori di strutture semiresidenziali e residenziali per persone con disabilità, cooperative sociali e altri soggetti del terzo settore;



- il rafforzamento del Servizio di Integrazione Lavorativa (SIL), come unità di offerta in collaborazione anche con altri servizi distrettuali aventi progettualità nell'area delle dipendenze e della salute mentale;
- rafforzamento del servizio di integrazione in ambito scolastico;
- il consolidamento del rapporto con i Centri diurni, quali punti fondamentali della rete dei servizi, e sviluppo di iniziative innovative per la riqualificazione e razionalizzazione della risposta semiresidenziale;
- l'espletamento delle verifiche sulle unità di offerta residenziali e semiresidenziali inerenti al buon funzionamento delle stesse in relazione alla presa in carico degli ospiti e all'attuazione degli accordi contrattuali;
- *l'Unità Operativa Semplice Non autosufficienza* le cui azioni qualificanti sono:
 - la definizione e la realizzazione del Progetto Assistenziale Individualizzato, attraverso l'UVDM e l'utilizzo di strumenti valutativi regionali (SVAMA), così come previsto dai provvedimenti regionali in considerazione dei bisogni della persona non autosufficiente;
 - il consolidamento del rapporto con i Centri di Servizi e i Centri diurni, quali punti fondamentali della rete dei servizi sul territorio;
 - la verifica dei progetti attivati, colloqui di sostegno individuale e familiare, collaborazioni con altri servizi distrettuali, servizi sociali comunali, enti gestori di strutture semiresidenziali e residenziali per non autosufficienti, cooperative sociali e altri soggetti del terzo settore;
 - la gestione e il monitoraggio delle impegnative di residenzialità attraverso il registro unico della residenzialità istituito e regolamentato secondo le specifiche regionali;
 - gestione delle graduatorie specifiche per l'attribuzione delle impegnative di cura domiciliare attraverso il supporto informatico unico definito a livello regionale in modalità *web*;
 - sviluppo di progettualità a sostegno della domiciliarità, anche attraverso iniziative di sollievo con la collaborazione dei soggetti del terzo settore;
 - l'espletamento delle verifiche sui Centri di Servizi inerenti al buon funzionamento degli stessi in relazione alla presa in carico degli ospiti, con riguardo ai livelli residenziali e semiresidenziali, e all'attuazione degli accordi contrattuali.

Per garantire altri livelli di assistenza afferenti al Distretto, l'assetto organizzativo distrettuale viene altresì integrato con le seguenti articolazioni.

Neuropsichiatria Infantile

È struttura interdisciplinare deputata all'attuazione di percorsi di diagnosi, cura e riabilitazione delle patologie dello sviluppo: neurologiche, psichiatriche, cognitive, relazionali e neuropsicologiche dell'infanzia e dell'adolescenza.

Sono obiettivi qualificanti:

- la garanzia della presa in carico globale del bambino e della sua famiglia, secondo quanto previsto dalla normativa specifica;
- l'impostazione del progetto terapeutico e/o riabilitativo secondo una valutazione globale multiprofessionale specifica, al fine di garantire appropriatezza e completezza nella diagnosi, precisione e adeguatezza del progetto terapeutico, coerenza e continuità degli interventi di cura possibili e verifica degli esiti nel corso del tempo;
- sviluppo di percorsi assistenziali, provvedendo a garantire l'integrazione di tutte le competenze necessarie, perseguendo un coinvolgimento attivo dei pediatri di famiglia, e



delle strutture, ivi comprese quelle ospedaliere, e sviluppando un sistema di monitoraggio dei processi e degli esiti in ogni contesto di vita.

Ogni Azienda ULSS prevede una *Unità Operativa Complessa* che assicurerà l'uniformità delle attività delle Articolazioni Funzionali di Neuropsichiatria Infantile afferenti ai Distretti presenti nell'Azienda ULSS.

In conformità a quanto previsto dalla LR n. 23/2012 è necessario "...sviluppare linee guida regionali e/o protocolli di collaborazione a livello locale tra DSM e servizi distrettuali relativamente all'età evolutiva, finalizzati ad una migliore assistenza dei minori/adolescenti con problemi psicopatologici". Pertanto dovrà essere previsto un raccordo funzionale tra le attività di questa Unità Operativa e le funzioni del Dipartimento di Salute Mentale e del Dipartimento per le Dipendenze.

Assistenza Farmaceutica Territoriale

Ha funzioni di:

- verifica dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa nell'ambito della farmaceutica, dell'integrativa, della protesica e dei dispositivi medici;
- approvvigionamento dei farmaci e di dispositivi medici sterili da impiegarsi nei distretti, nelle strutture residenziali per anziani e disabili, Hospice, e in assistenza domiciliare;
- gestione della distribuzione per conto di farmaci del PHT attraverso le farmacie pubbliche e private convenzionate;
- gestione della distribuzione diretta di farmaci nel territorio, in ottemperanza alla Legge n.405/2001;
- partecipazione ai programmi di definizione dei budget dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta (Patti aziendali, contratti di esercizio delle Medicine di Gruppo Integrate);
- consulenza e informazione per i medici di medicina generale, farmacisti al pubblico, nonché predisposizione di programmi educativi per studenti e cittadini;
- attività di sorveglianza delle farmacie pubbliche e private convenzionate e dei grossisti;
- attività di vigilanza nelle strutture sanitarie private, convenzionate e non, nelle strutture residenziali per anziani e disabili, sulle case protette, per quanto attiene alla corretta gestione del farmaco e delle sostanze stupefacenti;
- farmacovigilanza, dispositivo vigilanza e gestione degli errori farmacologici;
- dispensazione ai pazienti di particolari farmaci su indicazione della Regione e della Azienda ULSS (Legge 648, Legge 405, ecc.);
- contributo alla definizione e monitoraggio dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali, con particolare riferimento alla terapia farmacologica;
- monitoraggio e verifica del file F;
- coordinamento delle attività necessarie a garantire la continuità terapeutica ospedale-territorio.

Ogni Azienda ULSS prevede una *Unità Operativa Complessa* che assicurerà l'uniformità delle attività delle Articolazioni Funzionali di Assistenza Farmaceutica Territoriale afferenti ai Distretti presenti nell'Azienda ULSS.

Si prevede, tuttavia, che le singole Articolazioni Funzionali possano specializzarsi su specifiche funzioni/attività da svolgere per l'intero contesto aziendale (es. esempio farmacovigilanza, assistenza protesica ed integrativa, ecc.).



Unità Operativa Semplice dipartimentale per la Sanità Penitenziaria

È formalmente istituita in tutte le Aziende ULSS sede di istituto penitenziario ed è preposta alla gestione unitaria di tutte le attività socio-sanitarie, di base e specialistiche, a favore dei detenuti secondo le Linee di indirizzo sull'organizzazione della Sanità Penitenziaria approvate con DGR n. 2337/2011.

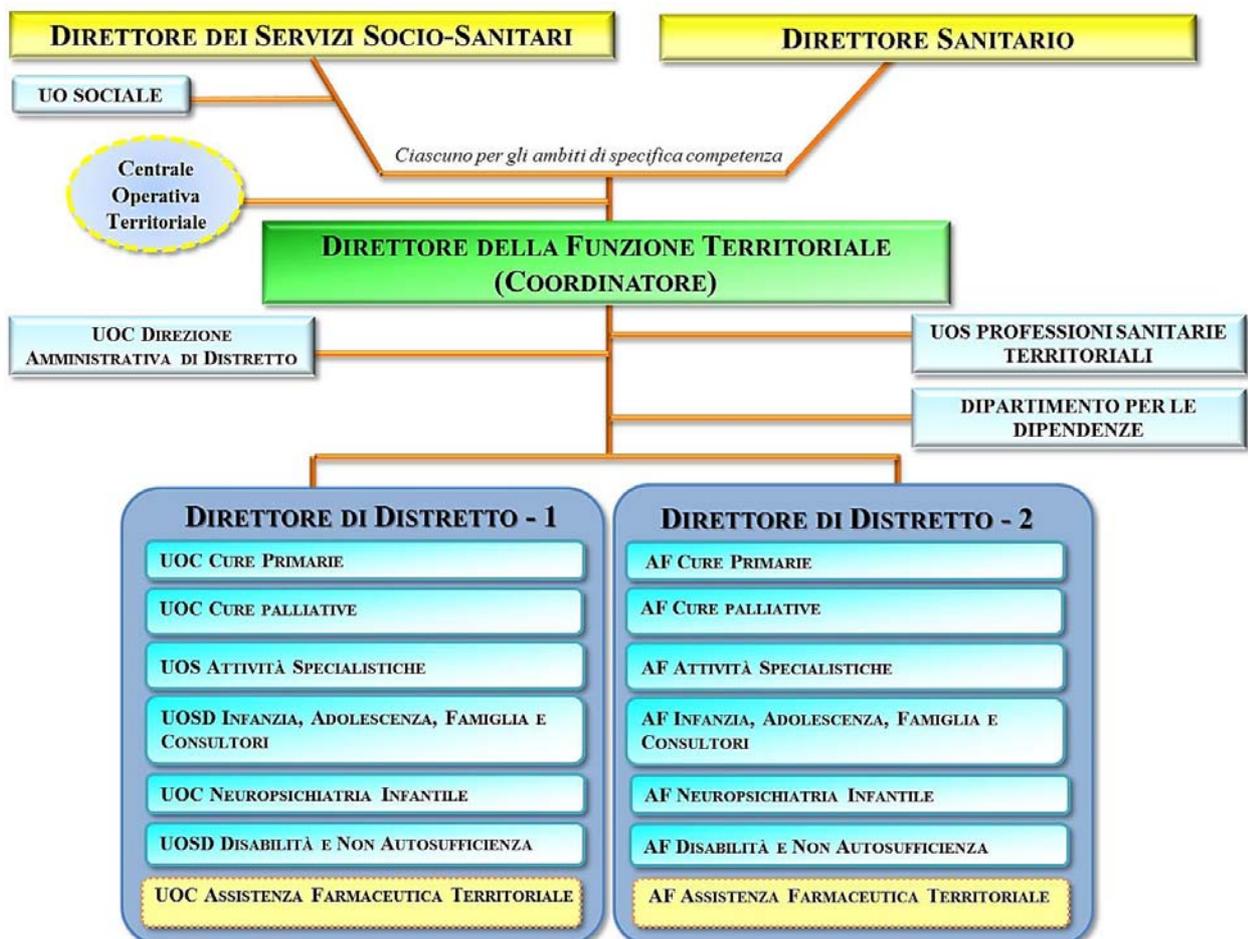
Ha funzione di:

- garanzia dell'assistenza sanitaria nei confronti dei detenuti in termini di: prestazioni di medicina generale individuate dai LEA, assistenza specialistica, gestione delle emergenze-urgenze, assistenza infermieristica, fornitura di farmaci e presidi;
- gestione delle attività assistenziali a favore dei detenuti tossico/alcoldipendenti come previsto dalla LR n. 43/2012 art. 7 e dei detenuti affetti da patologie psichiatriche;
- garanzia dei rapporti fra l'Azienda ULSS e la direzione dell'istituto penitenziario.

Si configura come una *Unità Operativa Semplice a valenza dipartimentale*, collocata nella struttura Distretto sede dell'istituto penitenziario.

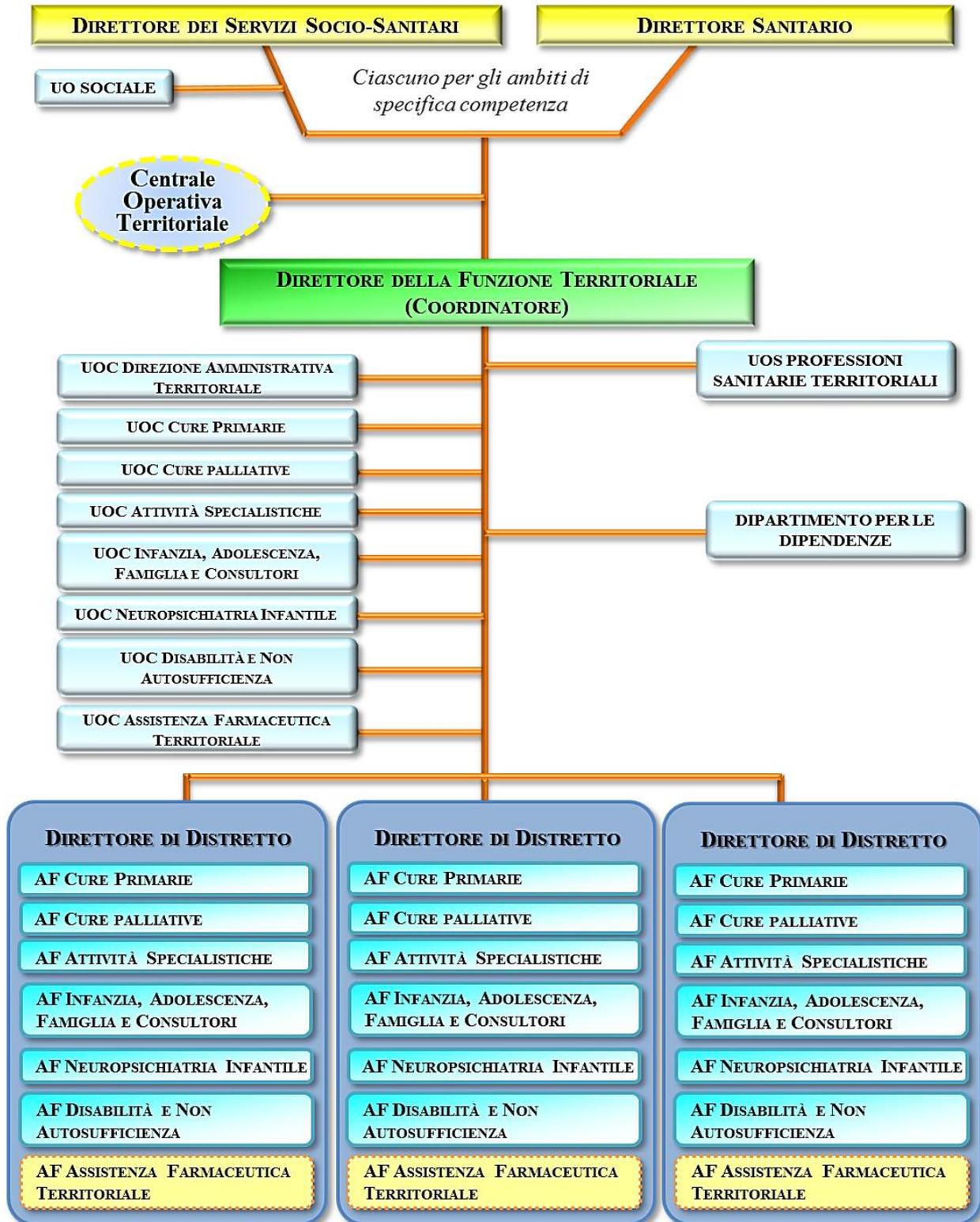
Fig. 3

Organigramma previsto per Aziende ULSS con 1 o 2 Distretti





Organigramma previsto per Aziende ULSS con più di 2 Distretti





Per garantire gli altri livelli di assistenza afferenti al Distretto, l'Azienda ULSS, in ragione da un lato della specificità del bisogno assistenziale locale, dall'altro dell'esistenza di modelli organizzativi funzionali, potrà prevedere specifiche Unità Operative Semplici o Articolazioni Funzionali.

3. RAPPORTI CON LE AMMINISTRAZIONI LOCALI

3.1 La Conferenza dei Sindaci

In conformità a quanto stabilito dalla LR n. 19/2016, in ogni Azienda ULSS è istituita la Conferenza dei Sindaci di cui all'articolo 5 della LR n. 56/1994.

3.2 Il Comitato dei Sindaci

In conformità a quanto stabilito dalla LR n. 19/2016 il Comitato dei Sindaci è istituito in ogni Distretto e ha le funzioni elencate all'art. 26, comma 5 ed in particolare:

- formula al direttore di distretto il parere sulla proposta di Programma delle Attività Territoriali;
- formula al direttore generale l'intesa sul Programma delle Attività Territoriali limitatamente alle attività socio-sanitarie;
- elabora e approva:
 - il bilancio di parte sociale preventivo e consuntivo del distretto
 - il Piano di Zona del distretto
 - il Piano locale per la non autosufficienza del distretto;
- esprime parere:
 - sulle schede di dotazione territoriale
 - sulla collocazione delle strutture intermedie
 - sull'attivazione della Medicina di Gruppo Integrata;
- collabora con l'Azienda ULSS per la realizzazione delle Medicine di Gruppo Integrate, anche mettendo a disposizione idonee strutture.

Nelle Aziende ULSS esistenti anteriormente alla data di entrata in vigore della LR n.19/2016, dove erano presenti più distretti, gli stessi faranno riferimento ad un unico Comitato dei Sindaci.

3.3 Rapporti tra Azienda ULSS e Amministrazioni locali

Il Direttore Generale assicura i rapporti tra l'Azienda ULSS e la Conferenza dei Sindaci.

Il Direttore dei Servizi Socio Sanitari su mandato del Direttore Generale:

- supporta tramite gli uffici in staff i Comitati dei Sindaci nell'elaborazione del Piano di Zona, la Conferenza dei Sindaci per la necessaria armonizzazione dei piani proposti a livello distrettuale e ne segue poi l'attuazione (art. 5 L.R. n. 5/96);



- collabora, per quanto di competenza, con il Direttore Sanitario e il Direttore Amministrativo alla elaborazione del Piano Attuativo Locale, privilegiando il raccordo fra la programmazione sanitaria e la programmazione socioassistenziale degli enti locali;
- sul piano tecnico-operativo, rappresenta l'anello di congiunzione fra la programmazione del Piano di Zona e la programmazione del Piano Attuativo Locale, garantendo la saldatura tecnica sull'intera materia sociale tra Comuni, Azienda e Volontariato e le altre realtà istituzionali pubbliche e private operanti sul territorio.

3.4 Gli strumenti di programmazione

Perseguendo obiettivi di adeguatezza ai bisogni ed alle esigenze del territorio, nonché di uniformità dei livelli di assistenza e di pluralità dell'offerta, il *sistema locale di offerta socio-sanitaria* si identifica attraverso tre strumenti:

- **Piano Attuativo Locale (PAL):** è proposto dal Direttore Generale e, previo parere della Conferenza dei Sindaci, è approvato dalla Regione. Si tratta di un piano pluriennale che si uniforma esplicitamente al Piano Socio Sanitario Regionale e agli altri atti della programmazione regionale e ha durata e scadenza pari a quella dei piani della programmazione regionale;
- **Piano di Zona:** è strumento primario di attuazione della rete dei servizi sociali e dell'integrazione socio-sanitaria e si configura come "piano regolatore dei servizi alla persona". È promosso dall'Esecutivo della Conferenza dei Sindaci ed è approvato dalla Conferenza stessa. È coordinato dal Direttore dei servizi socio-sanitari, recepito con deliberazione dal Direttore Generale ed inviato agli uffici regionali competenti per il visto di congruità.

I Piani di Zona vigenti alla data di entrata in vigore della L.R. n. 19/2016 sono riferiti ai bacini delle Aziende ULSS esistenti anteriormente alla data di entrata in vigore della LR n. 19/2016 e vengono trasmessi per la necessaria armonizzazione alla Conferenza dei Sindaci di ciascuna Azienda ULSS;

- **Programma delle Attività Territoriali (PAT):** è strumento operativo di programmazione annuale del Distretto, è basato sulla intersettorialità degli interventi ed è finalizzato alla realizzazione di obiettivi e di indirizzi contenuti nel PAL. Esso contiene la localizzazione dei vari servizi ed interventi sanitari, sociali aziendali e delegati, nonché la determinazione delle risorse per gli interventi erogati, in integrazione con i Comuni ricompresi nel territorio dell'Azienda ULSS. È proposto dal Direttore del Distretto sulla base delle risorse assegnate e delle indicazioni della Direzione aziendale e, previo parere della Conferenza dei Sindaci, viene approvato dal Direttore Generale d'intesa con la Conferenza stessa limitatamente alle attività socio-sanitarie.

Coerentemente con quanto previsto dal Piano Socio Sanitario Regionale in vigore, si conferma quale indirizzo strategico l'unificazione degli strumenti di programmazione a livello distrettuale, attraverso un processo di semplificazione e di allineamento che individui nel Piano Attuativo Locale lo strumento unico di pianificazione. L'orientamento è di pervenire alla definizione di uno strumento unitario delle politiche per la salute a livello locale, che garantisca la coerenza tra programmazione, sistema delle responsabilità, allocazione delle risorse e misurabilità delle performance, anche in conformità agli obiettivi definiti attraverso il processo di budgeting.



LINEE GUIDA PER L'ORGANIZZAZIONE DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Indice

| | |
|--|---|
| 1. Premessa normativa..... | 2 |
| 2. Erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza | 4 |
| 3. Pianificazione nazionale e regionale in tema di prevenzione e sanità pubblica | 5 |
| 4. Assetto organizzativo del Dipartimento di Prevenzione | 6 |
| 4.1 Articolazione Organizzativa del Dipartimento di Prevenzione | 6 |
| 4.2 Articolazione territoriale del Dipartimento di Prevenzione..... | 7 |
| 5. Composizione del Dipartimento..... | 7 |
| 5.1 Direttore..... | 7 |
| 5.2 Comitato | 8 |
| 6. Rete dei Dipartimenti di Prevenzione..... | 8 |



1. Premessa normativa

La Legge n. 833 del 23/12/1978, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.), ha individuato, all'articolo 10, le Unità Sanitarie Locali (USL), definendo, agli articoli 20 e 21, le funzioni ad esse attribuite in materia di prevenzione. Gli articoli 7-bis, 7-ter e 7-quater del D. Lgs. n. 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni, hanno individuato l'organizzazione e stabilito le funzioni del Dipartimento di Prevenzione nei termini seguenti:

✓ *funzioni garantite “direttamente” dal Dipartimento di Prevenzione:*

- profilassi delle malattie infettive e parassitarie;
- tutela della collettività dai rischi sanitari degli ambienti di vita anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali;
- tutela igienico-sanitaria degli alimenti;
- sorveglianza e prevenzione nutrizionale;
- tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi agli ambienti di lavoro;
- sanità pubblica veterinaria, che comprende sorveglianza epidemiologica delle popolazioni animali e profilassi delle malattie infettive e parassitarie, farmacovigilanza veterinaria, igiene delle produzioni zootecniche, tutela igienico-sanitaria degli alimenti di origine animale;
- tutela della salute nelle attività sportive;

✓ *funzioni che il Dipartimento contribuisce ad assicurare con gli altri Servizi e Dipartimenti aziendali:*

- attività di promozione della salute;
- prevenzione delle malattie cronico-degenerative.

L'articolo 7-quater, comma 2 del citato D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. prevede che le Regioni disciplinano l'articolazione delle aree dipartimentali di sanità pubblica, della tutela della salute negli ambienti di lavoro e della sanità pubblica veterinaria, prevedendo strutture organizzative specificamente dedicate. Al comma 5 del medesimo articolo 7- quater si prevede che nella regolamentazione del dipartimento di prevenzione, le regioni possono prevedere, secondo le articolazioni organizzative adottate, la disciplina delle funzioni di medicina legale e necroscopica ovvero di altre funzioni di prevenzione comprese nei livelli essenziali di assistenza.

In attuazione del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i, la L.R. n. 56/1994, di riordino del Servizio Sanitario Regionale, all'articolo 23, comma 1, ha individuato nel Dipartimento di Prevenzione la struttura dell'Azienda ULSS preposta alla promozione, nel territorio di competenza, della tutela della salute della popolazione. Al comma 2 del medesimo articolo sono stati individuati i Servizi nei quali si articola il Dipartimento di Prevenzione; il successivo comma 3 ha trasferito ai Servizi del Dipartimento di Prevenzione le funzioni amministrative in materia di igiene, sanità pubblica e veterinaria, già disciplinate da legge regionali.

In attuazione dell'articolo 31, lett. d) della L.R. n. 56/1994, la Giunta Regionale ha approvato la D.G.R. n. 6107 del 20/12/1994, contenente le direttive relative ai criteri di funzionamento dei Dipartimenti di Prevenzione e dei suoi Servizi e alle modalità di raccordo con i Distretti e con le altre strutture che si occupano di prevenzione, direttive poi modificate dalla D.G.R. n. 3415 del 29/11/2002 e da ultimo con la D.G.R. n. 2271 del 10 dicembre 2013 avente ad oggetto “Nuove



disposizioni in tema di "Organizzazione delle aziende UU.LL.SS.SS. e Ospedaliere. Linee guida per la predisposizione del nuovo atto aziendale, per l'organizzazione del Dipartimento di Prevenzione e per l'organizzazione del Distretto socio sanitario".

Il Piano Sanitario Nazionale (PSN) 2011-2013, approvato con Intesa del 22/09/2011, ha sottolineato l'importanza degli interventi preventivi a livello individuale, collettivo ed ambientale, individuando gli obiettivi prioritari per il triennio e gli obiettivi di promozione di comportamenti e stili di vita per la salute, di lotta alle principali patologie e di miglioramento del contesto ambientale, di rafforzamento della tutela dei soggetti deboli, secondo strategie condivise a livello europeo.

Con il patto per la salute per gli anni 2014-2016 (Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano) è stato concluso l'Accordo finanziario e programmatico tra il Governo e le Regioni, di valenza triennale, in merito alla spesa e alla programmazione del Servizio Sanitario Nazionale, finalizzato a migliorare la qualità dei servizi, a promuovere l'appropriatezza delle prestazioni e a garantire l'unitarietà del sistema.

Il Piano Socio-Sanitario Regionale (PSSR), approvato con la L.R. n. 23 del 29/06/2012 e s.m.i., ha individuato, per la promozione della salute e la prevenzione delle malattie, le aree emergenti e prioritarie di intervento a livello regionale, già definite dal Piano Regionale Prevenzione (PRP) 2010-2012 approvato con D.G.R. n. 3139 del 14/12/2010, che sviluppa quattro macroaree. Tali macroaree sono: la medicina predittiva, la prevenzione universale, la prevenzione della popolazione a rischio e la prevenzione delle complicanze e recidive di malattia, in relazione agli obiettivi generali di salute definiti dal Piano Nazionale Prevenzione (PNP) 2010-2012. Il medesimo PSSR ha, inoltre, individuato tra le aree prioritarie di intervento la prevenzione delle malattie determinate dagli alimenti, la prevenzione delle zoonosi malattie emergenti, il benessere animale, già definite dal Piano Sanità Animale e Sicurezza Alimentare 2011-2012. A questo proposito si ricorda che il Decreto Ministeriale 16 ottobre 1998 *ha disposto l' "Approvazione delle linee guida concernenti l'organizzazione del Servizio di igiene degli alimenti e della nutrizione (S.I.A.N.), nell'ambito del Dipartimento di prevenzione delle aziende sanitarie locali"* (G.U. Serie Generale n. 258 del 4 novembre 1998).

Il D.L. n. 158/2012, convertito con L. n. 189 dell'8.11.2012 ha novellato il comma 4 dell'art. 7 quater del D. Lgs. n.502/1992 prevedendo che *"Le strutture organizzative dell'area di sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare operano quali centri di responsabilità, dotati di autonomia tecnico-funzionale e organizzativa nell'ambito della struttura dipartimentale, e rispondono del perseguimento degli obiettivi dipartimentali e aziendali, dell'attuazione delle disposizioni normative e regolamentari regionali, nazionali e internazionali, nonché della gestione delle risorse economiche attribuite"*.

La recente L.R. 25 ottobre 2016, n. 19 ad oggetto 'Istituzione dell'ente di governance della sanità regionale veneta denominato "Azienda per il governo della sanità della Regione del Veneto – Azienda Zero". Disposizione per la individuazione dei nuovi ambiti territoriali delle Aziende ULSS, prevede all'art. 15, tra l'altro, che la Giunta regionale provveda *"ad una riorganizzazione strutturale e funzionale dei servizi sanitari e socio-sanitari al fine di:*

g) promuovere la prevenzione collettiva secondo una logica di integrazione tra i Dipartimenti di Prevenzione, i Distretti, i Medici di famiglia, i Pediatri di libera scelta e tutte le Strutture a diverso titolo coinvolte nella tutela della salute pubblica, secondo le linee di indirizzo



della programmazione regionale declinate nel Piano Regionale Prevenzione e nel Piano Regionale Integrato dei Controlli;

h) *attuare il modello organizzativo di rete dei Dipartimenti di Prevenzione, che preveda l'individuazione di alcune funzioni ed attività da svolgersi su scala multizonale, con livelli di integrazione intradipartimentale, interdipartimentale, interistituzionale, anche mediante un potenziamento dei servizi dei Dipartimenti stessi*”.

La medesima L.R. 25 ottobre 2016, n. 19, all'art. 27 definisce quanto segue: “La configurazione dei Dipartimenti di Prevenzione (..) viene predisposta secondo le linee guida dell'Atto aziendale approvate dalla Giunta regionale sentita la competente commissione consiliare.”

2. Erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (ai sensi del Dpcm 12 gennaio 2017 “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza di cui all'art. 1, comma 7 del Dlgs 30/12/1992, n. 502”)

Ai sensi dell'articolo 1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, il Servizio sanitario nazionale assicura, attraverso le risorse finanziarie pubbliche individuate ai sensi del comma 3, e in coerenza con i principi e gli obiettivi indicati dagli articoli 1 e 2 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, i livelli essenziali e uniformi di assistenza (di seguito L.E.A.) definiti dal Piano sanitario nazionale. L'individuazione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza assicurati dal Servizio sanitario nazionale, è effettuata contestualmente all'individuazione delle risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario nazionale, nel rispetto delle compatibilità finanziarie definite per l'intero sistema di finanza pubblica nel Documento di programmazione economico-finanziaria. Le prestazioni sanitarie comprese nei livelli essenziali di assistenza sono garantite dal Servizio sanitario nazionale a titolo gratuito o con partecipazione alla spesa, nelle forme e secondo le modalità previste dalla legislazione vigente. Va precisato che la Regione Veneto assicura livelli di assistenza “aggiuntivi”, ossia tipologie di assistenza, prestazioni e servizi non inclusi nei L.E.A. nazionali, ovvero prestazioni che si caratterizzano per modalità organizzative e standards ulteriori rispetto a quelli definiti dalle normative nazionali.

Al comma 6 dell'articolo 1 del DPCM 29.11.2001 e sue modifiche ed integrazioni sui L.E.A. sono stati individuati i livelli essenziali di assistenza e nello specifico alla lettera a) l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro.

All'allegato 1 al citato D.P.C.M. vi è la classificazione dei L.E.A. che prevede al livello n. 1 l'Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, ove sono previste le prestazioni relative alla prevenzione, così ulteriormente classificate:

- A. Profilassi delle malattie infettive e parassitarie
- B. Tutela della collettività e dei singoli dai rischi connessi con gli ambienti di vita, anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali
- C. Tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi con gli ambienti di lavoro
- D. Sanità pubblica veterinaria
- E. Tutela igienico sanitaria degli alimenti; sorveglianza e prevenzione nutrizionale
- F. Attività di prevenzione rivolte alla persona
 - vaccinazioni obbligatorie e raccomandate
 - programmi di diagnosi precoce
- G. Servizio medico-legale



Nel corso degli anni, successivamente agli intervenuti cambiamenti economici, sociali, normativi ed epidemiologici si è manifestata la necessità di un aggiornamento dei contenuti delle prestazioni dei L.E.A. individuate dal D.P.C.M. del 29/11/2001 ed in tal senso è stata elaborata la proposta di revisione e modifica dei LEA stessi. All'esito del previsto iter di approfondimento e condivisione, la revisione dei L.E.A. ha avuto recentemente l'approvazione da parte della Conferenza Stato Regioni ed attualmente risulta in corso di perfezionamento l'adozione dell'apposito DPCM.

Nei contenuti, la revisione dei L.E.A. per quanto attiene all'area Prevenzione collettiva e sanità pubblica, prevede le seguenti attività:

- a) sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali;
- b) tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati;
- c) sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro;
- d) salute animale e igiene urbana veterinaria;
- e) sicurezza alimentare - tutela della salute dei consumatori;
- f) sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale;
- g) attività medico legali per finalità pubbliche.

3. Pianificazione nazionale e regionale in tema di prevenzione e sanità pubblica

Lo strumento fondamentale di pianificazione nell'ambito delle attività di prevenzione e sanità pubblica, sin dal 2005, è rappresentato dal Piano nazionale della prevenzione (PNP), documento strategico che stabilisce, a livello nazionale, gli obiettivi e gli strumenti per la prevenzione che sono poi adottati a livello regionale con i Piani regionali.

Il Piano nazionale della prevenzione 2014-2018 (il 13 novembre 2014 la Conferenza Stato-Regioni ne ha approvato la relativa intesa) di durata quinquennale, delinea un sistema di azioni di promozione della salute e di prevenzione, che accompagnano il cittadino in tutte le fasi della vita, nei luoghi di vita e di lavoro. Tale scelta strategica va ricondotta alla convinzione, suffragata da numerosi elementi della letteratura scientifica di settore, che un investimento in interventi di prevenzione, purché basati sull'evidenza scientifica, costituisce una scelta vincente, capace di contribuire a garantire, nel medio e lungo periodo, la sostenibilità del Sistema sanitario nazionale. Sono stati individuati i macro obiettivi a elevata valenza strategica, perseguibili da tutte le Regioni, attraverso la messa a punto di piani e programmi che, partendo dagli specifici contesti locali, nonché puntando su un approccio il più possibile intersettoriale e sistematico, permettano di raggiungere i risultati attesi:

1. Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili
2. Prevenire le conseguenze dei disturbi neurosensoriali
3. Promuovere il benessere mentale nei bambini, adolescenti e giovani
4. Prevenire le dipendenze da sostanze e comportamenti
5. Prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti
6. Prevenire gli incidenti domestici e i loro esiti
7. Prevenire gli infortuni e le malattie professionali
8. Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute
9. Ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie



10. Attuare il Piano Nazionale Integrato dei Controlli per la prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria.

Il Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018, approvato con D.G.R. n. 749 del 2015, è volto al raggiungimento dei Macro Obiettivi del Piano Nazionale, puntando a sviluppare e sostenere una rete che interconnetta le strutture regionali di governo, le Aziende Ulss, ed in particolare i Dipartimenti di Prevenzione, tutte le istituzioni pubbliche, regionali e locali, protagonisti della società civile e del mondo produttivo nell'ottica della Salute in tutte le politiche. In questo quadro, il Dipartimento di Prevenzione, all'interno delle singole Aziende Ulss, è l'asse portante ed il nodo strategico garante di una forte e valida collaborazione tra le Strutture, i Servizi e le Unità Operative, interni ed esterni all'Azienda Ulss, impegnati nella promozione e nella tutela della salute dei cittadini e conseguentemente nello sviluppo sociale ed economico della realtà veneta. I Dipartimenti di Prevenzione rivestono pertanto un ruolo di regia sia delle funzioni di erogazione diretta delle prestazioni sia di governance di processi che degli interventi non erogati direttamente costruendo e sviluppando una rete di collegamenti fra stakeholders. In particolare, spetta al Dipartimento di Prevenzione: a) mantenere le alleanze già attivate o attivare nuove intese, sia con istituzioni regionali e locali, sia con enti del mondo produttivo e della società civile; b) favorire il coordinamento e il sistema di sinergie a livello regionale e locale; c) monitorare le azioni, programmate ed in parte già attivate, sviluppare e garantire la valutazione del processo e dei risultati.

4. Assetto organizzativo del Dipartimento di Prevenzione

4.1 Articolazione Organizzativa del Dipartimento di Prevenzione

Il Dipartimento di Prevenzione, in adesione ai contenuti dell'articolo 7-quater del D.lgs. n.502/1992 e s.m.1, della L. n. 189/2012, della L.R. n. 23/2012 e degli artt. 15 e 27 della L.R. n. 19/2016, è articolato nei seguenti Servizi:

- Servizio di igiene degli alimenti e della nutrizione;
- Servizio di igiene e sanità pubblica;
- Servizio di prevenzione igiene e sicurezza negli ambienti di lavoro (con possibilità di attivazione di UOS, qualora ritenuto necessario);
- Servizio veterinario di sanità animale;
- Servizio veterinario di igiene degli alimenti di origine animale e loro derivati;
- Servizio veterinario di igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche;
- Servizio di medicina legale;
- Servizio Salute ed Ambiente;
- Servizio di prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili, programmi di screening e promozione della salute;
- Servizio di epidemiologia;
- Servizio Attività motoria e sportiva.

I Servizi indicati si configurano come Unità Operativa Complessa eccetto:

- il Servizio Salute ed Ambiente, che si configura come unità operativa semplice all'interno del Servizio Igiene e Sanità Pubblica a cui possono accedere Chimici, Medici specialisti in epidemiologia e sanità pubblica e Biologi;



- il Servizio di prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili, programmi di screening e promozione delle salute, che si configura come unità operativa semplice all'interno del Servizio Igiene e Sanità Pubblica;
- il Servizio di Epidemiologia, che si configura come unità operativa semplice a valenza dipartimentale (UOSD);
- il Servizio attività motoria ~~e-sportiva~~, che si configura come unità operativa semplice a valenza dipartimentale (UOSD) e al quale possono accedere Medici specialisti in Medicina dello Sport o Medici con specialità equipollenti.

Nelle Aziende Ulss dovrà essere previsto un Dipartimento funzionale di Sanità pubblica, veterinaria e sicurezza alimentare. A tale Dipartimento sarà preposto un Coordinatore dirigente con il profilo professionale previsto al punto 6.1 dell'allegato A) del presente provvedimento.

Le Aziende Ulss n. 2 Marca Trevigiana, Ulss n. 6 Euganea e Ulss n. 9 Scaligera possono prevedere un ulteriore servizio nell'ambito della sanità veterinaria, configurato come Unità Operativa Complessa.

L'assetto organizzativo è in linea con quanto espresso nei nuovi LEA.

Le aree di intervento dei nuovi LEA prevedono che molte attività siano di pertinenza di più servizi e siano trasversali all'interno del Dipartimento di Prevenzione.

4.2 Articolazione territoriale del Dipartimento di Prevenzione

Il Dipartimento di Prevenzione e i Servizi che lo costituiscono, in piena continuità con l'attuale organizzazione, operano mediante articolazioni "centrali", competenti per l'intero territorio dell'Azienda ULSS, e mediante articolazioni "territoriali", competenti per specifiche aree del territorio aziendale.

Queste articolazioni territoriali risultano indispensabili in relazione a realtà ad elevata utenza o a specificità aziendali dettate dal contesto socio-economico ed istituzionale. Pertanto le attività dei Servizi che compongono il Dipartimento di Prevenzione vengono garantite a livello distrettuale, eventualmente anche attraverso idonee articolazioni funzionali.

5. Composizione del Dipartimento

La composizione del Dipartimento di articola in:

- il Direttore
- il Comitato.

5.1 Direttore

Al Dipartimento di Prevenzione è preposto un Direttore, nominato dal Direttore Generale con provvedimento motivato, su proposta del Direttore Sanitario, e individuato tra i Direttori di uno dei Servizi qualificati come unità operativa complessa (UOC) che compongono il Dipartimento stesso.

Nella scelta del Direttore, di evidente importanza strategica, alla luce del fatto che il Dipartimento di Prevenzione rappresenta assieme al Distretto ed all'Ospedale una delle tre strutture tecnico-funzionali costitutive dell'Azienda Ulss, saranno tenute in particolare considerazione le seguenti competenze e capacità, attestate dal profilo curricolare:



- visione epidemiologica e capacità rappresentativa dei problemi e dei bisogni di salute;
- gestione di argomenti complessi ed interdisciplinari di sanità pubblica;
- management dei servizi sanitari, anche con riferimento agli ambiti aziendali extradipartimentali;
- promozione della salute, comunicazione, relazioni esterne;
- gestione delle emergenze di sanità pubblica.

In ottemperanza all'articolo 23 della L.R. 56/1994, come modificato dall'art. 6 comma 2 della Legge Regionale 23/2012, il Direttore del Dipartimento di Prevenzione ha un incarico di durata triennale e non può effettuare più di due mandati consecutivi nella stessa Azienda Ulss.

Il Direttore risponde alla Direzione aziendale del perseguimento degli obiettivi del Dipartimento di Prevenzione, dell'assetto organizzativo complessivo della struttura e della gestione del budget affidatogli. In particolare, esercita le seguenti funzioni e i seguenti compiti:

- negozia, secondo le intese intercorse con i direttori/responsabili dei Servizi, il budget di Dipartimento con la Direzione aziendale e assegna le risorse umane e finanziarie a ciascun Servizio, sulla base degli obiettivi e dei piani di attività concordati;
- verifica il perseguimento degli obiettivi, i risultati di attività e la qualità delle prestazioni erogate, nonché i relativi carichi di lavoro del personale del Dipartimento;
- mantiene i rapporti con la Direzione aziendale, cura le attività di comunicazione esterna e promuove la formazione del proprio personale;
- collabora con la Direzione aziendale, anche mediante attività di analisi, di ricerca e di studio, all'attività programmatica generale dell'azienda inerente il Dipartimento;
- promuove e coordina programmi e attività di promozione della salute in ambito aziendale ed extraaziendale, favorendo sinergie, alleanze e partenariati;
- garantisce il coordinamento dei programmi complessi di sanità pubblica, non riconducibili all'operatività dei singoli Servizi;
- in accordo con i direttori/responsabili di Servizio, detta indicazioni e disposizioni in relazione alla organizzazione interna e alle procedure per il rilascio degli atti a rilevanza esterna;
- esercita le funzioni valutative, previste dalla normativa vigente, nei confronti dei direttori/responsabili dei Servizi afferenti al Dipartimento di Prevenzione;
- assume funzioni di coordinamento in ordine a situazioni di emergenza che investono più Servizi del Dipartimento di Prevenzione.

5.2 Comitato

Si applica, salvo le precisazioni di seguito indicate, la disciplina stabilita per i Dipartimenti nelle linee guida per la predisposizione degli atti aziendali, cui si rimanda.

Il Direttore del Dipartimento di Prevenzione ha la facoltà di integrare la composizione del Comitato di Dipartimento con un dirigente amministrativo individuato dallo stesso.

Per le competenze del Comitato si applica quanto previsto per i Dipartimenti strutturali nelle linee guida per la predisposizione degli atti aziendali.

6. Rete dei Dipartimenti di Prevenzione

**ALLEGATO C Dgr n.****del**

pag. 9/9

Al fine di favorire la necessaria integrazione operativa di rete tra tutti i Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Ulss del Veneto, viene istituito il Coordinamento Regionale dei Dipartimenti di Prevenzione, presieduto dal Direttore della Direzione Regionale Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria, e composto dai Direttori dei Dipartimenti di Prevenzione e su chiamata, da altre figure professionali operanti in ambito regionale o territoriale utili per la trattazione di singole materie.