



rappresenti indirizzo strategico, tra l'altro, l'adeguamento degli atti aziendali, quali strumenti di attuazione degli indirizzi regionali, sulla scorta dei contenuti dello stesso PSSR.

Con D.G.R. n. 975 del 18 giugno 2013 la Giunta Regionale approvava, pertanto, le linee guida per la predisposizione da parte delle aziende ULSS e Ospedaliere del Veneto del nuovo atto aziendale, per l'organizzazione del Dipartimento di Prevenzione e per l'organizzazione del Distretto socio sanitario. Tale provvedimento individuava, tra l'altro, l'iter procedimentale per l'adozione, l'approvazione e l'aggiornamento dell'atto aziendale.

La predetta deliberazione veniva trasmessa alla Quinta Commissione Consiliare con nota della Segreteria Regionale per la Sanità prot. n. 362235 del 29 agosto 2013.

La Quinta Commissione Consiliare, dopo aver formalmente sentiti in audizione in due successive riunioni l'Assessore Regionale alla Sanità e il Segretario Regionale per la Sanità, con nota del suo Presidente prot. n. 21189 del 27 novembre 2013, a seguito dell'esame della D.G.R. 975/2013, formulava un parere in ordine all'anzidetto provvedimento, proponendo, in particolare, delle modifiche.

Si propone, pertanto, di revocare la D.G.R. 975/2013 disponendo, contestualmente, la riproposizione dei documenti ad essa allegati con alcune modifiche che recepiscono parte delle indicazioni della Quinta Commissione Consiliare.

Pertanto i documenti allegati al presente provvedimento, sono:

- le linee guida per la predisposizione del nuovo atto aziendale (**Allegato A**);
- la dotazione di strutture complesse nell'area non ospedaliera (**Allegato A1**);
- le linee guida per l'organizzazione del Distretto socio-sanitario (**Allegato B**);
- le linee guida per l'organizzazione del Dipartimento di Prevenzione delle aziende sanitarie (**Allegato C**).

Le modifiche apportate con il presente provvedimento rispetto alle originarie previsioni della DGR 975/2013 riguardano il documento relativo alla predisposizione del nuovo atto aziendale (**Allegato A**). In particolare sono state formulate delle precisazioni in ordine alla qualificazione delle strutture "Affari Generali", "Controllo di Gestione" e "Sistemi Informativi" che non necessariamente dovranno essere qualificate come Strutture Complesse. E' stato altresì modificato l'**Allegato A1**, contenente la dotazione, suddivisa per azienda, delle strutture complesse non ospedaliere.

In particolare la struttura SERT, configurata come UO complessa laddove il bacino di riferimento sia superiore a 250.000 abitanti, potrà comunque essere prevista come UO complessa utilizzando i maggiori ambiti di flessibilità concessi con il presente provvedimento.

Nell'ambito del Dipartimento di Salute Mentale (DSM), in presenza di particolari esigenze organizzative anche derivanti dal contesto territoriale, potranno essere previste delle UO semplici a valenza dipartimentale, comunque entro il limite numerico complessivo fissato.

Per i servizi veterinari, per i quali si possono prevedere sino a tre strutture complesse, in riferimento al numero delle strutture - macelli - ed al numero dei capi di bestiame presenti sul territorio, i Direttori Generali potranno utilizzare le apicalità genericamente assegnate nell'**Allegato A1** o fare ricorso a UO semplici a valenza dipartimentale secondo le necessità.

Al riguardo, va comunque puntualizzato che, tenuto conto di quanto stabilito dal Comitato per la verifica dei livelli essenziali di assistenza (c.d. Comitato LEA) in attuazione dell'articolo 12, comma 1, lett. B), del Patto per la Salute 2010-2012, in ordine agli standard che devono essere osservati per la determinazione delle strutture complesse, nonché del numero delle strutture complesse riferite all'area ospedaliera definito con D.G.R. n. 2122 del 19 novembre 2013, al fine del rispetto del relativo adempimento in nessun caso il numero delle strutture complesse dell'area non ospedaliera potrà eccedere quello stabilito dall'**Allegato A1** alla presente deliberazione.

Premesso quanto sopra, si ritiene ora opportuno evidenziare la procedura definita al punto 3 dell'**Allegato A** per l'adozione, l'approvazione e l'aggiornamento dell'atto aziendale, che dovrà essere osservata dalle aziende sanitarie e dalla Segreteria Regionale per la Sanità:

- a) il nuovo atto aziendale o la modifica all'atto aziendale vigente è adottato con provvedimento del Direttore Generale dell'azienda, acquisito il parere del Consiglio dei sanitari e del Collegio di direzione e previa consultazione con le OO.SS.;
- b) limitatamente a quanto previsto dall'art.3, comma 3, del D.Lgs 517/99, l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona adotta l'atto aziendale d'intesa con il rettore dell'Università di Verona;

- c) l'Azienda Ospedaliera di Padova adotta l'atto aziendale previa acquisizione di parere da parte dell'Università di Padova, espresso entro trenta giorni dal ricevimento dell'atto;
- d) il provvedimento è inviato, entro il 31 gennaio 2014, alla Segreteria Regionale per la Sanità, la quale, nei successivi 60 giorni, ne verifica la conformità ai principi ed ai contenuti delle linee guida approvate con il presente atto;
- e) l'approvazione del nuovo atto aziendale o la modifica dello stesso è disposta con decreto del Direttore Generale della Sanità e del Sociale;
- f) eventuali richieste di chiarimenti interrompono il suddetto termine di 60 giorni.

Si precisa che l'atto aziendale dovrà definire anche la dotazione strutturale ospedaliera delle aziende sanitarie secondo le previsioni della D.G.R. n. 2122 del 19 novembre 2013.

Il relatore conclude la propria relazione e propone all'approvazione della Giunta Regionale il seguente provvedimento.

#### LA GIUNTA REGIONALE

- UDITO il relatore, incaricato dell'istruzione dell'argomento in questione ai sensi dell'art. 53, 4° comma dello Statuto, il quale dà atto che la struttura competente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione statale e regionale;
- VISTA la L.R. 29 giugno 2012, n. 23;
- VISTO l'articolo 3, comma 1 bis e l'articolo 7 bis, comma 1, del D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e s.m. e i.;
- VISTO l'articolo 3, comma 3, del D.Lgs. 21 dicembre 1999, n. 517;
- VISTO l'articolo 23, della L.R. 14 settembre 1994, n. 56;
- VISTO il D.L. 6 luglio 2012, n. 95 convertito nella L. 7 agosto 2012, n. 135;
- VISTO il PSSR 2012-2016 approvato con L.R. 29 giugno 2012, n. 23;
- VISTA la D.G.R. n. 3415 del 29 novembre 2002;
- VISTA la D.G.R. n. 2122 del 19 novembre 2013;
- VISTA la nota del Segretario Regionale per la Sanità prot. n. 362235 del 29 agosto 2013;
- VISTA la nota del Presidente della Quinta Commissione Consiliare prot. n. 21189 del 27 novembre 2013;

#### DELIBERA

1. di ritenere le premesse parte integrante ed essenziale del presente provvedimento;
2. di disporre, per le ragioni espresse nelle premesse, la revoca della D.G.R. n. 975 del 18 giugno 2013;
3. di approvare le linee guida per la predisposizione da parte delle aziende ULSS e Ospedaliere del Veneto del nuovo atto aziendale (**Allegato A**), della dotazione di strutture complesse nell'area non ospedaliera (**Allegato A1**), dell'organizzazione del Distretto socio sanitario (**Allegato B**) e dell'organizzazione del Dipartimento di Prevenzione (**Allegato C**), che costituiscono parte integrante del presente provvedimento;
4. di stabilire la seguente procedura per l'adozione, l'approvazione e l'aggiornamento dell'atto aziendale:
  - a) il nuovo atto aziendale o la modifica all'atto aziendale vigente è adottato con provvedimento del Direttore Generale dell'azienda, acquisito il parere del Consiglio dei sanitari e del Collegio di direzione e previa consultazione con le OO.SS.;
  - b) limitatamente a quanto previsto dall'art. 3, comma 3 del D.Lgs. 517/99, l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona adotta l'atto aziendale d'intesa con il rettore dell'Università di Verona;

- c) l'Azienda Ospedaliera di Padova adotta l'atto aziendale previa acquisizione di parere da parte dell'Università di Padova, espresso entro trenta giorni dal ricevimento dell'atto;
  - d) il provvedimento è inviato entro il 31 gennaio 2014 alla Segreteria Regionale per la Sanità, la quale, nei successivi 60 giorni, ne verifica la conformità ai principi ed ai contenuti delle linee guida approvate con il presente atto;
  - e) l'approvazione del nuovo atto aziendale o la modifica dello stesso è disposta con decreto del Direttore Generale della Sanità e del Sociale. Eventuali richieste di chiarimenti interrompono il suddetto termine di 60 giorni.
- 5. di dare atto che la presente deliberazione non comporta spesa a carico del bilancio regionale;
  - 6. di pubblicare la presente deliberazione nel Bollettino Ufficiale della Regione.

Sottoposto a votazione, il provvedimento è approvato con voti unanimi e palesi.

IL SEGRETARIO  
F. to Avv. Mario Caramel

IL PRESIDENTE  
F. to Dott. Luca Zaia



## **LINEE GUIDA PER LA PREDISPOSIZIONE DELL'ATTO AZIENDALE**

### **1. Premessa.**

La programmazione regionale, definita dal Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2016 approvato con LR n.23/2012, è finalizzata alla ridefinizione dei modelli assistenziali, nell'intento di adeguare il Sistema ai cambiamenti socio-epidemiologici e, al contempo, di introdurre elementi innovativi sulla scorta delle migliori pratiche realizzate localmente, perseguendo obiettivi di efficienza, efficacia ed economicità.

L'analisi di contesto evidenzia, infatti, il mutare dei bisogni e l'emergere di nuove sfide assistenziali indotte, ad esempio, dalla crescita dell'aspettativa di vita con progressivo invecchiamento della popolazione e con l'aumento delle patologie cronico-degenerative collegate spesso alla disabilità.

Inoltre alcuni recenti interventi normativi (es. Patto per la Salute 2010-2012, revisione della spesa pubblica attraverso la "spending review") vanno a ridefinire la cornice istituzionale entro cui deve trovare attuazione la programmazione socio-sanitaria regionale.

Con queste premesse il nuovo quadro programmatico regionale individua le seguenti scelte strategiche e prioritarie:

- confermare e consolidare l'integrazione socio-sanitaria, che costituisce l'elemento distintivo del SSSR veneto e che si fonda sul ruolo svolto dai Comuni e dal Distretto socio-sanitario;
- potenziare l'assistenza territoriale, consolidando il ruolo del Distretto socio-sanitario, ridisegnando la rete territoriale sulla scorta di una filiera dell'assistenza in grado di garantire un sistema di cure graduali;
- completare il processo di razionalizzazione della rete ospedaliera, delineando reti cliniche funzionali ed estendendo modelli ospedalieri in cui la degenza sia definita in base alla similarità dei bisogni (complessità clinica e intensità di cura richiesta);
- assumere 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.

Questi elementi vengono pertanto a costituire degli indirizzi rispetto cui le Aziende ULSS e le Aziende Ospedaliere devono rivedere i propri modelli organizzativi, aggiornando opportunamente il proprio Atto aziendale. Le stesse Aziende potranno, peraltro, proporre modalità organizzative e gestionali innovative che siano ritenute migliorative ai fini dell'attuazione degli indirizzi programmatici della Regione.

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.

### **2. ORGANI**

#### **2.1 – Elementi identificativi e caratterizzanti dell'azienda.**

L'atto aziendale deve rendere chiaramente evidenti:

- **sede legale dell'azienda;**



- logo;
- 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. I valori che ispirano l'azione delle aziende sono la tutela della salute quale bene collettivo ed individuale e l'equità 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 i bisogni sempre più complessi dei cittadini, avvalendosi dell'evoluzione delle tecniche e delle conoscenze;

- **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;

- **obiettivi dell'azienda:** gli obiettivi aziendali, intesi quali risultati concreti che le aziende devono raggiungere per realizzare la propria missione in un dato arco temporale, sono definiti dalla programmazione socio-sanitaria regionale e assegnati ai direttori generali all'atto del conferimento del loro incarico. Tali obiettivi devono essere raggiunti esercitando pienamente l'autonomia imprenditoriale, di cui l'atto aziendale è strumento.

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 attengono e discendono dalla definizione delle politiche generali di sistema, la cui competenza è propria della Regione.

## 2.2 – Organi aziendali.

Sono organi dell'azienda il direttore generale ed il collegio sindacale e, limitatamente alle aziende ospedaliero-universitarie di cui all'art.2 del d. lgs. 517/99, l'Organo di indirizzo.

- **Direttore Generale:** a lui sono riservati tutti i poteri di gestione, nonché la rappresentanza legale 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 e, in definitiva, la leadership dell'intera 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 sociali e della funzione territoriale 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. 502/92 e dalle specifiche norme della legge regionale 14 settembre 1994, n. 55, alle quali si fa espresso rinvio.

- **Organo di indirizzo:** esercita le competenze previste dall'art. 4, co. 4 del del d. lgs. 517/99.

### **2.3 – Componenti la direzione generale ed organismi collegiali.**

Sono componenti della Direzione Generale:

- **Il direttore amministrativo;**
- **Il direttore sanitario;**
- **Il direttore dei servizi sociali e della funzione territoriale.**

Ai sensi dell'art. 3, co. 1-quinquies del d.lgs. 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 alla loro competenza 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.

- **Collegio di direzione:** sino all'individuazione da parte della legge regionale del collegio di direzione quale organo dell'azienda, ai sensi del D.L. 13 settembre 2012, n. 158, convertito nella L. 8 novembre 2012, n. 189, e alla definizione di composizione, criteri di funzionamento nonché relazioni con gli altri organi aziendali si prevede che lo stesso sia composto da:

- il direttore generale;
- il direttore amministrativo;
- il direttore sanitario;
- il direttore dei servizi sociali e della funzione territoriale;
- il direttore del distretto unico o i direttori dei distretti;
- il direttore della funzione ospedaliera;
- il direttore del dipartimento di prevenzione;
- un direttore di dipartimento strutturale per ciascuna area (medica, chirurgica, materno-infantile e dei servizi di diagnosi e cura);
- il direttore del dipartimento di emergenza ed urgenza, ove presente;
- il direttore del dipartimento di salute mentale;
- il direttore del dipartimento delle dipendenze;
- il direttore del dipartimento funzionale di riabilitazione Ospedale-Territorio;



- un direttore di dipartimento strutturale dell'area dei servizi professionali, tecnici ed amministrativi;
- il direttore/responsabile della direzione/servizio farmaceutico;
- il direttore/responsabile della direzione delle professioni sanitarie.

E', altresì, invitato a partecipare un rappresentante dei medici convenzionati con il S.S.N. membro dell'ufficio di coordinamento delle attività distrettuali (UCAD), indicato congiuntamente dai componenti della parte medica convenzionati per la Medicina Generale, la Pediatria di Libera Scelta e la Specialistica Ambulatoriale Interna, dei Comitati aziendali e zonali previsti dai rispettivi AA.CC.NN.

Per quanto compatibili al collegio di direzione sono attribuite le funzioni indicate dall'art.17 del D.Lgs. n.502/1992 e s.m.i. ed inoltre svolge le attività previste dalla L.R. del 29.6.2012 n. 23 nell'ambito della *clinical governance*, ivi compreso la gestione del rischio clinico. In particolare per quanto attiene il modello organizzativo per la gestione della sicurezza del paziente si confermano i contenuti della DGR n.1831/2008.

Nulla è innovato per quanto attiene il Consiglio dei Sanitari.

### **3. 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 programmatica, e costituisce l'elemento fondamentale sia per la definizione dell'assetto organizzativo aziendale, che - come già detto - delle azioni per il miglioramento della efficienza e della efficacia dei livelli produttivi aziendali.

Il nuovo atto aziendale o la modifica di quello vigente è adottato con provvedimento del Direttore Generale dell'azienda, acquisito il parere del Consiglio dei sanitari e del collegio di direzione e previa consultazione con le OO.SS.

Entro il 31 gennaio 2014, l'Azienda provvede ad inviare la relativa deliberazione alla Segreteria Regionale per la Sanità 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 alla Sanità e al Sociale. Eventuali richieste di chiarimenti interromperanno il suddetto termine di 60 giorni.

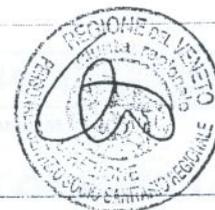
Una volta approvato il nuovo atto aziendale, salvo diverse indicazioni legate ad eventuali necessari adeguamenti alla programmazione regionale, non potranno essere disposte ulteriori modifiche nello stesso anno né negli ultimi sei mesi del mandato del Direttore Generale.

Limitatamente a quanto previsto dall'art. 3, co. 3 del d.lgs. 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 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, le strutture complesse e le strutture semplici a valenza dipartimentale, nonché tutte le strutture semplici espressamente previste dall'allegato B (organizzazione dei distretti).

Per ogni struttura dipartimentale, complessa, semplice a valenza dipartimentale presente nell'area non ospedaliera e non espressamente prevista dall'allegato A1 dovrà essere prevista una scheda di dettaglio delle funzioni attribuite.



In caso di successiva modifica, per facilitare la comprensione delle proposte rispetto all'organizzazione vigente, nella documentazione presentata agli uffici regionali per la necessaria valutazione dovrà essere inclusa una tabella di confronto tra l'assetto organizzativo (comprensivo delle eventuali modifiche approvate) già vigente e quello proposto, nel quale dovranno essere riportate e motivate sinteticamente le variazioni ed un organigramma rappresentativo di entrambi gli assetti.

#### **4. Razionalizzazione del numero delle strutture**

Sono confermate 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 con le seguenti precisazioni.

L'atto aziendale istituisce dipartimenti che aggregano almeno tre strutture complesse. Eccezioni al numero minimo di strutture complesse sono ammesse solo se e quando previste da specifici atti e provvedimenti regionali.

I dipartimenti operano per tutta l'azienda garantendo la qualità delle prestazioni e utilizzando il personale anche su più sedi o strutture.

I dipartimenti sono strutturali o funzionali. I dipartimenti strutturali hanno la responsabilità gestionale diretta delle risorse loro assegnate. I dipartimenti funzionali in ambito sanitario hanno come principale obiettivo quello di migliorare la pratica clinico-assistenziale, la presa in carico del paziente e l'integrazione multi professionale e multidisciplinare.

Il direttore del dipartimento ha un incarico di due anni, sottoposto a verifica, rinnovabile.

I dipartimenti interaziendali sono funzionali e costituiti per la realizzazione di specifici obiettivi, previa autorizzazione della Giunta Regionale.

Pertanto 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 Segreteria per la Sanità provvederà ad inoltrare la proposta alla Giunta Regionale per la necessaria autorizzazione.

Per quanto attiene alla razionalizzazione del numero delle strutture si deve tenere conto che il Comitato per la verifica dei Livelli essenziali di assistenza (cd. Comitato LEA) nella seduta del 02.08.2011 ha fissato dei parametri standard per la individuazione di strutture semplici e complesse del SSN ex art.12, comma 1, lett. B), Patto per la salute 2010-2012.

Per le strutture complesse Ospedaliere è stato definito lo standard di 17,5 posti letto per struttura complessa ospedaliera.

Per le strutture complesse non ospedaliere è stato definito lo standard di 13.515 abitanti per struttura complessa non ospedaliera.

Per le strutture semplici è stato definito lo standard di 1,31 strutture semplici per struttura complessa.

Successivamente il Comitato LEA, nella riunione del 26 marzo 2012, ha condiviso i seguenti elementi aggiuntivi per la verifica degli standard approvati:

- Le Regioni e le Province Autonome che soddisfano gli standard individuati, non aumentano il numero di incarichi di struttura complessa e semplice.

- Le Regioni che hanno sottoscritto un accordo con il Piano di rientro dai disavanzi sanitari, sono tenute ad emanare, entro il 31 dicembre 2012, apposite direttive ai fini dell'adozione da parte delle aziende di specifici provvedimenti di riorganizzazione aziendale volti a contenere il numero delle strutture semplici e complesse entro i limiti previsti dai predetti standard, fermi restando comunque i vincoli finanziari ed organizzativi previsti per il personale dai rispettivi Piani di rientro e/o Programmi Operativi ovvero, qualora non ancora approvati dai Ministeri affiancanti, dalla legislazione vigente in materia di personale.

- Per tutte le altre Regioni non sottoposte ai piani di rientro, ai fini della verifica degli adempimenti, a partire dall'anno di valutazione 2012, sarà chiesto di relazionare in merito alle iniziative adottate ai fini di un adeguamento graduale ai predetti standard.

Il Ministero della Salute, con nota in data 16 luglio 2012, prot.n. 17867, ha precisato che lo standard è da intendersi riferito al livello regionale. Ogni regione nell'ambito della propria autonomia gestionale e



organizzativa, potrà emanare direttive, fermo restando l'obiettivo del raggiungimento di tale standard su scala regionale.

Tenuto conto delle predette previsioni del Comitato LEA in ordine agli standard che devono essere osservati per la determinazione delle strutture complesse, nonché del numero delle strutture complesse riferite all'area ospedaliera definito con D.G.R. n. 2122 del 19 novembre 2013, in nessun caso il numero delle strutture complesse dell'area non ospedaliera potrà eccedere quello stabilito nell'**Allegato A1** alla deliberazione che approva il presente documento.

Pertanto il numero complessivo delle strutture complesse previste a livello aziendale è dato dal numero delle strutture disaggregate tra:

- **Strutture Ospedaliere** (Strutture all'interno dei presidi ospedalieri a gestione diretta delle Aziende ULSS, dell'Azienda Ospedaliera di Padova, dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Integrata di Verona e dell'IRCCS IOV);

- **Strutture non Ospedaliere** (Strutture dell'area professionale, tecnica ed amministrativa di livello aziendale, strutture in staff alla Direzione Strategica, strutture del dipartimento di prevenzione e dei distretti).

Il numero delle strutture complesse ospedaliere viene definito con le schede di dotazione ospedaliera previste dall'art.9 della L.R. 23/2012.

Il numero delle strutture complesse non ospedaliere viene definito per ciascuna azienda sanitaria nell'allegato A1 alle presenti linee guida.

Le funzioni in cui si articolano le strutture complesse previste nell'allegato costituiscono la configurazione minima che, di norma, l'organizzazione aziendale deve prevedere nell'area non ospedaliera.

In ogni caso, le strutture "Affari Generali", "Controllo di Gestione", e "Sistemi Informativi" non necessariamente dovranno essere qualificate come Strutture Complesse. In tale ipotesi saranno previste come Struttura Semplice o Struttura Semplice a Valenza Dipartimentale.

Le altre strutture complesse a disposizione nell'ambito dell'area non ospedaliera devono essere previste tenuto conto della programmazione regionale e aziendale. Nella definizione delle strutture stesse dovranno adeguatamente valutarsi le esigenze connesse alla loro razionalizzazione nell'ottica di una gestione unitaria e dell'integrazione delle attività, evitando la frammentazione delle funzioni e tenendo conto dei livelli di attività legati alle ipotesi di sviluppo o di contrazione delle funzioni medesime.

Le aziende ULSS con un bacino di popolazione inferiore ai 100.000 abitanti e l'IRCCS IOV, nell'ambito del numero massimo di strutture attribuite, possono prevedere anche una diversa articolazione delle funzioni.

Nel caso in cui si rendesse necessario a livello aziendale ridurre il numero delle strutture complesse e/o semplici e ciò non potesse essere effettuato immediatamente, l'atto aziendale dovrà contenere un apposito cronoprogramma, sottoscritto dal Direttore Generale, con le decorrenze delle soppressioni delle strutture (entro il 31.12.2015), tenendo conto delle cessazioni a vario titolo del personale dirigenziale nonché di quanto previsto dall'art.9, comma 32 del D.L. n.78/2010, convertito nella L. n.122/2010 ed eventualmente dall'art.1, comma 18 del D.L. n.138/2011, convertito nella L. n.148/2011. Tale cronoprogramma verrà approvato dalla Segreteria Regionale per la Sanità quale parte integrante dell'atto aziendale.

Il ridisegno dell'assetto organizzativo dell'azienda dovrà avvenire nel rispetto del tetto di spesa annualmente assegnato sul personale (considerando il costo per l'intero anno) e della capienza dei fondi contrattuali delle dirigenze; potranno essere ricoperte unicamente le strutture previste nel nuovo atto aziendale che verrà approvato.

Per quanto concerne la copertura delle strutture complesse comprese nell'ambito dell'atto aziendale, la stessa dovrà essere richiesta nell'ambito dei piani trimestrali delle assunzioni di personale in quanto soggetta ad autorizzazione regionale.

Relativamente al conferimento degli incarichi dirigenziali si ricorda in particolare che ai sensi delle norme contrattuali vigenti:

- i sistemi di valutazione predisposti dalle Aziende definiscono i tempi delle procedure valutative, stabilendo che la verifica finale, al termine dell'incarico, venga effettuata dal Collegio tecnico entro la scadenza dell'incarico stesso, allo scopo di assicurare senza



soluzione di continuità il rinnovo o l'affidamento di altro incarico nell'ottica di una efficace organizzazione dei servizi;

- l'esito positivo della valutazione affidata al collegio tecnico al raggiungimento dei 5 anni di attività produce, tra l'altro, l'attribuzione di un diverso incarico fra quelli previsti dall'art.27, comma 1, lett. c) e b) dei contratti delle aree dirigenziali stipulati l'8/6/2000.

Le aziende che, nell'ambito della revisione dei modelli organizzativi, si vedessero necessitate a ridurre il numero di strutture semplici - che non potranno in ogni caso essere previste in numero superiore rispetto a quello risultante dall'applicazione dello standard fissato a livello nazionale -, nell'ambito della propria autonomia organizzativa aziendale valuteranno la possibilità di valorizzare gli incarichi dirigenziali di natura professionale nel rispetto delle disposizioni contrattuali vigenti (art. 6 CCNL del 17 ottobre 2008) e sempre nel rispetto dei fondi contrattuali aziendali.

## **5. CONTROLLI INTERNI**

### **5.1 Missione**

Il Sistema di controllo interno è un sistema (quindi un insieme di elementi collegati fra loro che concorrono congiuntamente al raggiungimento di obiettivi comuni e definiti) che coinvolge tutti i livelli dell'organizzazione aziendale ed è finalizzato a fornire una ragionevole sicurezza sul conseguimento degli obiettivi rientranti nelle seguenti categorie:

- ✓ efficacia ed efficienza delle attività operative;
- ✓ adeguata tutela del patrimonio aziendale;
- ✓ attendibilità delle informazioni finanziarie e operative;
- ✓ conformità alle leggi e ai regolamenti in vigore.

Lo SCI - Sistema di Controllo Interno - a livello aziendale deve:

- ✓ coordinare lo sviluppo del Sistema di Controllo Interno;
- ✓ attuare il monitoraggio del Sistema di Controllo Interno;
- ✓ favorire e promuovere il miglioramento del Sistema di Controllo Interno;
- ✓ mettere le varie strutture che compongono l'azienda nelle condizioni di assumere le migliori decisioni nel rispetto delle regole interne ed esterne in un contesto di crescente complessità;
- ✓ consentire di prevenire, mitigare ed identificare i rischi di natura amministrativo-contabile per l'organizzazione attraverso una attività strutturata di risk management.

### **5.2 Principali compiti**

La funzione Controllo Interno ha il compito di supportare tutte le funzioni aziendali e i responsabili di processo nelle attività di quantificazione e gestione del rischio amministrativo-contabile.

Pertanto tale funzione, non deve avere assolutamente un ruolo ispettivo ma esclusivamente di supporto tecnico/collaborativo rispetto alle funzioni e ai responsabili di processo. E' quindi consigliabile che non sia associata, o assimilata, a funzioni aziendali di ispezione e controllo già presenti precedentemente a livello aziendale.

Nello specifico:

- deve essere una struttura dedicata, che opera in modo completamente autonomo, rapportandosi direttamente con la Direzione Strategica;
- gestisce i rapporti con la corrispondente Funzione Regionale afferente alla Direzione Controlli e Governo SSR;
- supporta lo sviluppo, il mantenimento e il miglioramento del Sistema di Controllo Interno;
- elabora il Piano di sviluppo del Sistema di Controllo Interno e lo rende sinergico con la programmazione aziendale;



- allinea il piano di sviluppo del Sistema di Controllo Interno aziendale con le azioni, le progettualità e le tempistiche Regionali;
- attua il monitoraggio e l'avanzamento del piano di sviluppo del Sistema di Controllo Interno Aziendale;
- esegue, in collaborazione con le funzioni aziendali interessate, le fasi di implementazione del Controllo Interno (analisi del processo, identificazione dei rischi definizione dei piani di contenimento, esegue il monitoraggio dell'attuazione dei piani di contenimento, esecuzione dei test e rivalutazione del rischio);
- supporta le articolazioni organizzative aziendali nella valutazione, sviluppo e miglioramento del sistema di Controllo Interno.

### **5.3 Articolazione della Funzione**

- La Funzione Controllo Interno dovrà essere in staff alla Direzione Strategica con afferenza funzionale alla Direzione Amministrativa.
- Al personale che compone la Funzione, si richiede specifiche competenze quali:
  - ✓ conoscenza dei processi aziendali amministrativi, sanitari, socio-sanitari e sociali;
  - ✓ conoscenza delle tecniche di analisi dei processi;
  - ✓ conoscenza delle tecniche del controllo interno.
- La Funzione, partendo dal documento Regionale sull'identificazione dei processi necessari per lo sviluppo del controllo interno, deve esplicitare i processi aziendali propri, ricollegandosi al progetto Regionale per lo sviluppo della Funzione del Controllo Interno.



Dotazione di strutture complesse nell'area non ospedaliera

del 461 e 470 (13 paragrafi)

	servizi professionali tecnico amministrativi					servizi in staff	territorio							dipartimento di prevenzione					altre strutture complesse	totale assegnate				
	risorse umane	contabilità e bilancio	affari generali	provveditorato economato gestione della logistica	controllo di gestione		servizi tecnici	sistemi informativi	professioni sanitarie	distretto	cure primarie	infanzia adolescenza famiglia	cure palliative	attività specialistiche	psichiatria	sert	farmacia territoriale	servizio di Igiene degli Alimenti e Nutrizione				servizio di Igiene e Sanità Pubblica	servizio di Prevenzione, Igiene e Sicurezza negli Ambienti di	servizi veterinari (almeno una delle tre aree funzionali)
101 - Belluno	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	18	101 - Belluno
102 - Feltre	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	102 - Feltre
103 - Bassano	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	17	103 - Bassano
104 - Alto Vicentino	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	17	104 - Alto Vicentino
105 - Ovest Vicentino	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	17	105 - Ovest Vicentino
106 - Vicenza	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	6	29	106 - Vicenza
107 - Pieve di soligo	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	18	107 - Pieve di soligo
108 - Asolo	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	23	108 - Asolo
109 - Treviso	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	7	30	109 - Treviso
110 - Veneto Orientale	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	18	110 - Veneto Orientale
112 - Venezia	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	6	29	112 - Venezia
113 - Mirano/Dolo	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	22	113 - Mirano/Dolo
114 - Chioggia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	114 - Chioggia
115 - Alta Padovana	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	22	115 - Alta Padovana
116 - Padova	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	8	32	116 - Padova
117 - Este	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	17	117 - Este
118 - Rovigo	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	17	118 - Rovigo
119 - Adria	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	119 - Adria
120 - Verona	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	8	32	120 - Verona
121 - Legnago	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	17	121 - Legnago
122 - Bussolengo	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	23	122 - Bussolengo
901 - AO di Padova	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	7	16	901 - AO di Padova
912 - AOUI di Verona	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	7	16	912 - AOUI di Verona
952 - IOV	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	4	952 - IOV
999 - Totale	24	24	20	24	20	23	20	24	26	21	9	9	9	29	9	5	9	21	21	21	7	95	470	999 - Totale



## **LINEE GUIDA PER L'ORGANIZZAZIONE DEL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO**

### **INDICE**

1.	IL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO .....	2
2.	IL MANDATO DEL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO.....	2
3.	IL MODELLO ORGANIZZATIVO.....	5
	3.1 Dimensione ottimale del Distretto e Responsabilità.....	5
	3.2 Il modello-tipo di Distretto .....	5
	3.3 L'articolazione organizzativa .....	6
	3.4 I Dipartimenti funzionalmente collegati al Distretto .....	10
4.	IL DISTRETTO COME "SISTEMA INTEGRATO".....	11
	4.1 L'integrazione socio-sanitaria.....	11
	4.2 L'integrazione con il Dipartimento di Prevenzione.....	12
	4.3 L'integrazione con l'Ospedale.....	12
	4.4 L'integrazione con le risorse della Comunità.....	13
5.	STRUMENTI A SUPPORTO.....	13
	5.1 La Centrale Operativa Territoriale .....	13
	5.2 Il Sistema Informativo Integrato.....	14
	5.3 Il Budget di Distretto.....	15
6.	LA PROGRAMMAZIONE AZIENDALE.....	15
	6.1 Aggiustamento per il case-mix e stratificazione del rischio sanitario nelle Cure primarie .....	15
	6.2 Gli strumenti di programmazione.....	16



## **1. IL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO**

Il Distretto socio-sanitario è l'articolazione dell'Azienda ULSS finalizzata a realizzare l'integrazione tra i diversi servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni socio-sanitari della popolazione.

L'integrazione si intende riferita anche agli ambiti istituzionali (es. Comuni), agli ambiti professionali (es. team multiprofessionali) e tra le dimensioni sociale e sanitario con particolare riferimento alle aree ad elevata integrazione quali: anziani, disabili, salute mentale, dipendenze, area materno-infantile.

Nel dettaglio afferiscono al livello distrettuale le seguenti attività:

- assistenza medica primaria (medicina/pediatria di famiglia, continuità assistenziale);
- assistenza infermieristica;
- assistenza sociale;
- assistenza domiciliare e assistenza domiciliare integrata;
- cure palliative;
- assistenza consultoriale per la promozione e la tutela dell'infanzia e della famiglia, compresi la mediazione, l'affido e l'adozione;
- assistenza neuropsichiatrica e psicologica infantile ed adolescenziale;
- assistenza scolastica e inserimento lavorativo per persone disabili, con dipendenza patologica e con sofferenza mentale;
- assistenza residenziale e semiresidenziale nelle aree della disabilità, delle dipendenze, della salute mentale e dell'età evolutiva;
- assistenza residenziale, semiresidenziale ed intermedia per adulti-anziani non autosufficienti;
- assistenza farmaceutica;
- assistenza specialistica territoriale;
- riabilitazione;
- assistenza protesica;
- assistenza penitenziaria;
- azioni di supporto nell'ambito della prevenzione delle malattie e della promozione della salute.

## **2. IL MANDATO DEL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO**

Nell'ottica del miglioramento della qualità, e quindi dell'appropriatezza, le caratteristiche a cui deve tendere il SSSR sono:

- la centralità del paziente,
- la sicurezza,
- l'efficacia,
- la tempestività,
- l'efficienza,
- l'equità.

L'implementazione effettiva di queste dimensioni richiede l'adozione di un approccio di Sistema attraverso uno sviluppo complessivo che coinvolga i pazienti, i professionisti, l'organizzazione e tutta la rete degli attori locali, ivi compreso il volontariato.

A tale fine il Distretto socio-sanitario, quale centro di riferimento per l'accesso a tutti i servizi dell'Azienda ULSS, sede di gestione e coordinamento della filiera dell'assistenza territoriale, richiede una ridefinizione dei propri obiettivi e delle competenze.



Rappresentano obiettivi affidati al Distretto socio-sanitario:

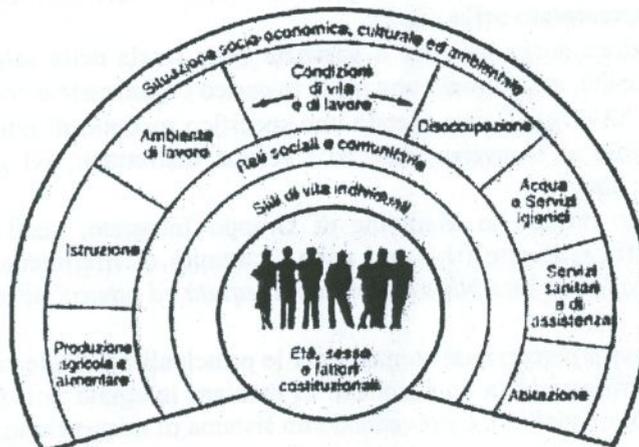
- analizzare e misurare i bisogni, stratificando la popolazione assistita sulla base delle criticità effettive (*case-mix*), decodificando i bisogni e trasformandoli in domande, definendone livelli di complessità assistenziale e modelli organizzativi più efficaci/efficienti, nonché identificando i luoghi di cura più appropriati (come rappresentato nella Fig.2);
- consolidare l'integrazione socio-sanitaria a garanzia della tutela della salute e del benessere della persona nella sua globalità, assicurando una presa in carico organizzata e coordinata;
- garantire l'assistenza h24, 7gg/7, prevedendo uno specifico modello di integrazione operativa tra le componenti della Medicina Convenzionata ed i servizi distrettuali, ivi compreso un modello di assistenza domiciliare h24;
- implementare in modo diffuso le Medicine di Gruppo Integrate, quali team multiprofessionali finalizzati a gestire efficacemente i bisogni della Comunità di riferimento, perseguendo criteri di qualità relativi a: *globalità, accessibilità e continuità, equità ed attenzione alla persona, sostenibilità economica*;
- definire ed implementare i percorsi assistenziali per le principali patologie croniche e per l'assistenza alle persone fragili, affrontando la comorbidità in maniera integrata non solo a livello distrettuale ma anche con il livello ospedaliero, e prevedendo un sistema di misurazione degli esiti;
- attivare un'offerta adeguata di strutture di ricovero intermedie in grado di accogliere i pazienti per i quali non sia prefigurabile un percorso di assistenza domiciliare o risulti improprio il ricorso all'ospedalizzazione o all'istituzionalizzazione, offrendo una risposta polifunzionale a carattere temporaneo di stabilizzazione, riabilitazione estensiva, palliazione. Per i requisiti specifici di queste strutture, nella fattispecie Ospedali di Comunità e Unità Riabilitative Territoriali, si rinvia a quanto disposto dalla DGR n.2718/2012;
- attivare idonei strumenti organizzativo-gestionali per garantire le transizioni del paziente da un luogo di cura ad un altro o da un livello assistenziale ad un altro, per assicurare la presa in carico dei pazienti complessi nell'arco delle 24h, per provvedere al monitoraggio in tempo reale dei percorsi assistenziali e connettere i professionisti (Centrale Operativa Territoriale);
- sviluppare l'integrazione funzionale e gestionale delle strutture residenziali e semiresidenziali con i servizi distrettuali, estendendo l'attività sanitaria specialistica a supporto del Medico Convenzionato, rimodulando le unità di offerta per adeguarle alle esigenze assistenziali, sviluppando l'integrazione informativa attraverso l'implementazione di cartelle integrate con l'Azienda ULSS;
- consolidare il rapporto con i Comuni non soltanto relativamente alle funzioni socio-sanitarie, ma anche per lo sviluppo dell'assistenza territoriale e la partecipazione al benessere della comunità;
- utilizzare il budget come strumento gestionale sistematico, che presuppone un processo di negoziazione degli obiettivi e delle risorse disponibili su più livelli di responsabilità, finalizzati al miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia del Sistema.

Per poter assolvere compiutamente a questi obiettivi il Distretto socio-sanitario deve potenziare adeguatamente la *competenza sul governo clinico* inteso come lo sviluppo e l'applicazione dei percorsi assistenziali per patologie a più elevata prevalenza, secondo i principi della *clinical governance*, le cui componenti sono:

- il coinvolgimento degli assistiti,
- le linee guida cliniche e i percorsi assistenziali,
- la collaborazione multidisciplinare e multiprofessionale,
- la medicina e il nursing basati sull'evidenza,
- la gestione del rischio clinico,
- gli esiti e la loro misurazione,
- l'audit clinico, ivi compresi gli aspetti organizzativi ed assistenziali,
- la ricerca e lo sviluppo,
- la formazione continua,
- la valutazione del personale.

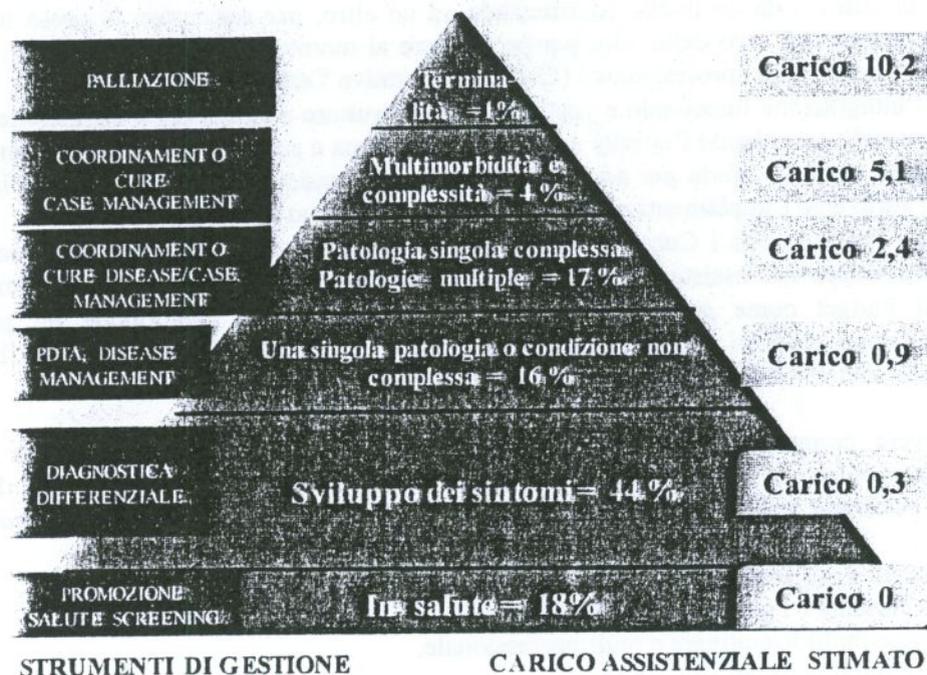


Fig. 1  
I determinanti della salute in Italia e in Europa



Fonte: adattamento da Dahlgren and Whitehead (1993)

Fig. 2  
La piramide del rischio: il case-mix del Distretto



Schematizzazione della piramide del rischio nella popolazione generale con la distribuzione percentuale dei gruppi ad isorisorse (*Resource Utilization Bands* o RUB) e la stima del carico assistenziale (peso locale) elaborati su un campione di un milione di assistiti della Regione Veneto.



La realizzazione delle attività del governo clinico presuppone un approccio di Sistema e, dunque, un contesto bene organizzato. Ciò impone lo sviluppo di una forte *competenza organizzativa* che per il Distretto socio-sanitario si declina:

- nello sviluppo dei servizi distrettuali, implementando connessioni funzionali con le altre macro-strutture aziendali (Ospedale e Dipartimento di Prevenzione), nonché con le strutture del privato accreditato e con la rete degli attori locali;
- nella responsabilità di mettere a disposizione tutte le risorse affinché il medico/pediatra di famiglia possa esercitare il proprio ruolo di referente principale per l'assistito, garantendo una risposta appropriata;
- nella responsabilità di organizzare e presidiare il coinvolgimento funzionale di tutte le componenti della Medicina Convenzionata nel percorso assistenziale e di coordinare i servizi e i professionisti afferenti agli altri ambiti (ospedale, strutture residenziali e semiresidenziali, servizi sociali, ecc.) al fine di garantire una presa in carico coordinata e continuativa;
- nella capacità di favorire, conformemente alla programmazione aziendale, il coinvolgimento responsabile delle Amministrazioni locali nello sviluppo dell'assistenza territoriale, valorizzando le risorse della Comunità locale.

### 3. IL MODELLO ORGANIZZATIVO

#### 3.1 Dimensione ottimale del Distretto e Responsabilità

Al fine di garantire una maggiore uniformità di offerta agli assistiti e, al contempo, perseguire obiettivi di efficienza del SSSR, il Distretto socio-sanitario deve adeguarsi alla soglia (minima) dei **100.000 residenti**. Va, comunque, mantenuta una capillare organizzazione dei servizi ed interventi sul territorio, favorendo una maggiore vicinanza ai bisogni della popolazione, indipendentemente dalla dimensione distrettuale. È opportuno sottolineare che, allo stato attuale, una buona parte delle Aziende ULSS si è orientata verso la costituzione di un *Distretto unico*, indipendentemente dalle dimensioni del bacino di riferimento, privilegiando la dimensione della uniformità gestionale ed organizzativa. Questo orientamento rappresenta un indirizzo auspicabile.

Ciò detto, il nuovo quadro programmatico, stabilito con la LR n.23/2012, dispone che in ciascuna Azienda ULSS, a prescindere dal numero di Distretti, il **Direttore dei Servizi Sociali e della Funzione territoriale**, unico responsabile dell'intera funzione territoriale, in coordinamento con il Direttore Sanitario:

- garantisca il coordinamento dei Distretti socio-sanitari qualora vi siano più Distretti nell'Azienda ULSS;
- formuli la programmazione strategica della rete dei servizi socio-sanitari;
- mantenga i rapporti istituzionali con le Amministrazioni locali attinenti alle linee strategiche ed alla programmazione socio-sanitaria aziendale.

#### 3.2 Il modello-tipo di Distretto

Il nuovo quadro programmatico pone come obiettivo primario il rafforzamento della struttura distrettuale, con particolare riferimento alla sua *dimensione organizzativa* ed alla sua *dimensione clinico-assistenziale*, privilegiando da un lato un'organizzazione trasversale e dall'altro un approccio fondato su percorsi assistenziali.

Vengono così a delinearsi due livelli di responsabilità:

- l'uno di tipo organizzativo-gestionale inerente alla gestione delle strutture;



- l'altro di tipo clinico-assistenziale inerente alla definizione, applicazione e monitoraggio dei percorsi assistenziali.

Questa visione rappresenta fundamentalmente il punto di innovazione rispetto ai contenuti del modello distrettuale proposto nella DGR n.3242/2001.

Più in dettaglio la caratteristica della trasversalità risponde all'obiettivo di garantire uniformità ed equità nei livelli di erogazione dei servizi e delle prestazioni su tutto l'ambito di riferimento dell'Azienda ULSS, concorrendo anche a ridurre le differenze che si sono sviluppate nel corso degli anni tra le stesse Aziende ULSS. Le funzioni distrettuali vengono, dunque, esercitate mediante un *set minimo di Unità Operative (UO)*, orientando il Sistema verso una sorta di unicità gestionale. Al contempo è necessario sviluppare percorsi assistenziali intesi come modalità organizzate di svolgimento dell'assistenza, frutto di una metodologia e di un percorso condiviso, perseguendo obiettivi di miglioramento della qualità assistenziale, degli esiti, della sicurezza e della soddisfazione dei pazienti, nonché di ottimizzazione dell'uso delle risorse.

Costituiscono elementi chiave per garantire la presa in carico coordinata e continuativa:

- l'impostazione di un lavoro in team multiprofessionale;
- il riconoscimento dell'UVMD quale luogo unitario di valutazione dei bisogni della persona nei casi più complessi per i quali è necessaria una valutazione multidimensionale ed una presa in carico multiprofessionale, particolarmente frequente nelle aree ad alta integrazione socio-sanitaria;
- la definizione del Progetto Assistenziale Individualizzato nel quale vengono definiti gli interventi assistenziali ed individuate le responsabilità dei soggetti e delle strutture coinvolte.

#### ***Il Direttore di Distretto socio-sanitario***

Il Direttore del Distretto garantisce la funzione direzionale di tutte le attività del Distretto mediante i Responsabili delle UU.OO.

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 e alle Medicine di Gruppo Integrate (team multi professionali), organizzando, coerentemente con la programmazione strategica, i servizi e le risorse, nonché monitorandone l'implementazione.

Qualora vi siano più Distretti, ciascun Direttore di Distretto assume le funzioni sopraelencate per l'ambito di riferimento del proprio Distretto.

### **3.3 L'articolazione organizzativa**

Come precedentemente detto, il modello distrettuale individuato dalla nuova programmazione regionale dispone che le funzioni distrettuali vengano esercitate mediante un *set minimo di UO*, collocate in maniera trasversale rispetto a tutti i Distretti in cui può essere articolato il territorio aziendale, orientando il Sistema verso una sorta di unicità gestionale ed operativa.

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 UO secondo i criteri e i vincoli numerici posti dalle presenti Linee Guida sugli Atti aziendali.



Fig. 3

Esemplificazione del set organizzativo di minima per un Distretto ottimale



A seguito vengono elencate le previste UO trasversali e specificate alcune loro funzioni.

#### **Unità Operativa Complessa di 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, 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;
- 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);
- implementazione e responsabilità del funzionamento assistenza domiciliare integrata;
- coordinamento sanitario delle strutture di ricovero intermedie, delle strutture residenziali e semiresidenziali extraospedaliere per garantire uniformità di percorsi e di implementazione di procedure condivise e basate sull'evidenza;
- coordinamento e verifica dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa nell'ambito della farmaceutica, della protesica e della specialistica, partecipando al buon governo delle risorse.

#### **Unità Operativa Infanzia Adolescenza Famiglia**

Ha funzioni di:

- assistenza sanitaria e socio-sanitaria alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie, a tutela della maternità, per la procreazione responsabile, per la protezione e cura del minore in stato di abbandono o di maltrattamento. Tali finalità andranno perseguite in collegamento con le altre UU.OO. distrettuali ed ospedaliere, con la rete dei servizi sociali dei Comuni, con gli organi giudiziari per la tutela dell'infanzia;
- promozione della salute e del benessere dei minori e degli adolescenti, garantendone il corretto sviluppo e sostenendo il ruolo affettivo, educativo e socializzante della famiglia tramite la



sintonizzazione delle proprie attività preventive, diagnostiche, curative e riabilitative con le altre UU.OO. territoriali ed ospedaliere e con le finalità degli altri soggetti istituzionali quali: i servizi sociali dei Comuni, la scuola, gli organi di giustizia minorile, ecc.;

- 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, prevedendo peraltro la loro integrazione nelle Medicine di Gruppo Integrate;
- 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;
- 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 nell'ambito della farmaceutica, della protesica e della specialistica, partecipando al buon governo delle risorse.

Questa UO si configurerà come UO Complessa laddove il bacino di riferimento sia superiore ai 250.000 abitanti. Al proprio interno dovrà prevedere il *Servizio per l'Età Evolutiva* sulla base delle Linee Guida approvate con DGR n.1533/2011 e il *Consultorio familiare* sulla base delle Linee Guida approvate con DGR n. 215/2010.

#### ***Unità Operativa Cure Palliative***

Al fine di garantire l'uniformità assistenziale su tutto il territorio regionale, il Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2016 conferma e rafforza l'applicazione della LR. n.7/2009, prevedendo una evoluzione dei suoi contenuti anche alla luce degli indirizzi ministeriali.

Pertanto le Aziende ULSS garantiranno l'offerta di cure palliative a livello sovradistrettuale attraverso questa UO, a cui afferiscono tutti i malati candidati a palliazione, verso i quali svolge attività di gestione e programmazione del percorso, garantendo la continuità clinico-assistenziale tra l'Ospedale, le cure domiciliari e le strutture residenziali idonee (nella fattispecie Hospice e Ospedale di Comunità).

Ha funzioni di:

- 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.);
- 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);
- garanzia di una coerenza prescrittiva verso i farmaci a maggiore efficacia antalgica con particolare attenzione all'uso di oppioidi in ogni condizione di dolore.

Questa UO si configurerà come UO Complessa laddove il bacino di riferimento sia superiore ai 250.000 abitanti e conformemente al piano di sviluppo delle cure palliative nell'ambito di riferimento.

#### ***Unità Operativa Attività Specialistiche***

Ha funzioni di:

- riorientamento della funzione specialistica a supporto del medico/pediatra di famiglia;
- coordinamento degli specialisti (convenzionati e dipendenti) presso le sedi distrettuali, a domicilio, presso le strutture di ricovero intermedie, presso le strutture semiresidenziali e residenziali;
- 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/pediatri 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.

Questa UO si configurerà come UO Complessa laddove il bacino di riferimento sia superiore ai 250.000 abitanti, anche con riferimento al capoluogo ed alle attività connesse.

#### ***Unità Operativa Semplice Disabilità***

Svolge attività ed interventi relativamente all'area della disabilità in ogni ambiente di vita ed in particolare con riferimento ai servizi residenziali e semiresidenziali per disabili.

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), svolto a livello aziendale ed in collaborazione anche con gli altri servizi distrettuali, in particolare l'area delle dipendenze e della salute mentale, dei soggetti deboli e svantaggiati;
- il consolidamento dell'attività di integrazione scolastica, svolta a livello aziendale ed in collaborazione anche con gli altri servizi distrettuali, in particolare l'area dell'età evolutiva;
- il consolidamento del rapporto con il privato sociale quale elemento fondamentale della rete dei servizi.

#### ***Unità Operativa Semplice Professioni Sanitarie Territoriali***

Ha funzione di:

- coordinamento operativo dell'assistenza infermieristica, riabilitativa e tecnico-sanitaria distrettuale, 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;
- supporto per le sperimentazioni di nuovi modelli organizzativi assistenziali.

#### ***Unità Operativa Semplice 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;
  - raccordo delle attività con quelle assicurate dal Dipartimento per le Dipendenze e dal Dipartimento di Salute Mentale a favore dei detenuti;
  - garanzia dei rapporti fra l'Azienda ULSS e la direzione dell'istituto penitenziario.
- Si configura come una UO semplice a valenza dipartimentale, collocata nella struttura Distretto sede dell'istituto penitenziario.

#### ***Dipartimento per le Dipendenze***

Il Dipartimento per le Dipendenze è formalmente istituito in tutte le Aziende ULSS per 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 dalla Direzione dei Servizi Sociali e della Funzione territoriale.

Il Direttore del Dipartimento, nominato dal Direttore Generale fra i responsabili delle UO 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.

### **3.4 I Dipartimenti funzionalmente collegati al Distretto**

Sono funzionalmente collegati al Distretto i servizi facenti capo al Dipartimento di Salute Mentale e al Dipartimento di riabilitazione Ospedale-Territorio: l'obiettivo di un raccordo operativo si pone a garanzia per il paziente di continuità e di coordinamento assistenziale.

#### ***Dipartimento di Salute Mentale***

Il Dipartimento di Salute Mentale (DSM), istituito in tutte le Aziende ULSS, rappresenta il riferimento ed il garante clinico per la tutela della salute mentale e si estrinseca nella organizzazione unitaria e coerente delle varie articolazioni strutturali e funzionali in cui si esprime la presa in carico dei bisogni di salute mentale di una popolazione. Pertanto opera per la prevenzione, la cura e la riabilitazione di ogni forma di disagio mentale, privilegiando interventi personalizzati ed intervenendo primariamente sul territorio secondo una logica di psichiatria di comunità. Il DSM coordina sotto un'unica direzione le attività territoriali ed ospedaliere, pubbliche e private convenzionate dell'assistenza psichiatrica.

È un dipartimento strutturale transmurale (ospedaliero e territoriale), dotato di autonomia tecnico-organizzativa, collocato nella struttura Distretto socio-sanitario, che si interfaccia con il Direttore della funzione territoriale e con il Direttore della funzione ospedaliera.

Il DSM comprende una o più UO Complesse finalizzate al completo sviluppo e all'integrazione degli interventi terapeutico-riabilitativi e preventivi in ambito ambulatoriale e domiciliare, semiresidenziale, residenziale ed ospedaliero.

Il Direttore del Dipartimento, nominato dal Direttore Generale fra i Direttori delle UOC di Psichiatria, persegue i seguenti obiettivi:

- applicazione delle direttive nazionali e regionali, con particolare riferimento ai Progetti Obiettivo ed al Regolamento del DSM approvato con DGR n.752/2011;
- coordinamento della rete complessiva dei servizi territoriali ed ospedalieri, pubblici e privati convenzionati dell'assistenza psichiatrica che insistono nel territorio di propria competenza;



- gestione della quota del budget aziendale destinato alla tutela della salute mentale e perseguimento degli obiettivi assegnati.

Nelle sedi in cui insistono le cliniche universitarie, che operano nell'ambito delle Aziende Ospedaliere e delle Aziende ULSS territoriali, il DSM è un dipartimento interaziendale e il Direttore è nominato dai Direttori Generali delle due Aziende, di intesa con il Rettore e con il Preside della facoltà di Medicina e tenuto conto di eventuali specifiche previsioni contenute nei protocolli di intesa tra Regione ed Università. Alle cliniche psichiatriche universitarie può essere affidata la direzione di una delle UOC del DSM, alla quale può essere assegnata una specifica porzione di territorio e uno specifico bacino di utenza; per gli utenti di questo territorio, le UO a direzione universitaria assicurano la presa in carico, il trattamento, la riabilitazione e il ricovero.

#### ***Dipartimento funzionale di riabilitazione Ospedale-Territorio***

Data l'importanza di sviluppare una efficiente rete per la riabilitazione, specie con riferimento alla domiciliarità e alle strutture di ricovero intermedie (nella fattispecie l'Unità Riabilitativa Territoriale), si configura strategico prevedere un ***Dipartimento funzionale di riabilitazione Ospedale-Territorio***, quale garante della continuità assistenziale e dell'appropriatezza dell'intervento, sviluppando una collaborazione su base provinciale.

## **4. IL DISTRETTO COME "SISTEMA INTEGRATO"**

### **4.1 L'integrazione socio-sanitaria**

L'integrazione socio-sanitaria si conferma strategia fondante del modello veneto, da perseguire a tutti i livelli del sistema, quale approccio che interpreta in modo completo l'obiettivo di tutelare la salute ed il benessere al di là di logiche settoriali ed autoreferenziali.

Aspetti imprescindibili per realizzare l'integrazione socio-sanitaria sono:

- l'adozione di *un approccio per percorsi assistenziali integrati*, a partire dalla progettazione-programmazione degli interventi, alla realizzazione della presa in carico, alla valutazione degli esiti in termini di risultati conseguiti;
- la *partecipazione della persona* attraverso la personalizzazione degli interventi, valorizzando la relazione interpersonale anche in termini di qualità del tempo dedicato, la facilitazione all'accesso, il coinvolgimento del paziente nei percorsi assistenziali;
- la *multiprofessionalità* quale cardine per formulare una azione integrata e continuativa;
- la *valorizzazione della rete*, non soltanto istituzionale (Aziende ULSS, Comuni, Scuole, ecc.) ma anche informale (rete parentale, amicale, volontariato, privato sociale), costruendo sinergie tra le varie risorse.

L'integrazione socio-sanitaria trova realizzazione laddove è possibile valutare in modo unitario ed uniforme i bisogni sanitari, socio-sanitari, socio-assistenziali, che hanno portato alla formulazione di una domanda: questo si realizza di norma attraverso l'UVMD.

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.

Inoltre rappresentano obiettivi strategici la promozione dell'esercizio della delega da parte dei Comuni alle Aziende ULSS nella gestione dei servizi sociali e socio-sanitari, nonché la diffusione della gestione associata dei servizi con eventuale esclusione dei capoluoghi di provincia, anche al fine di ottimizzare l'utilizzo delle risorse e garantire uniformità di trattamento su tutto il territorio regionale.



## 4.2 L'integrazione con il Dipartimento di Prevenzione

Il Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2016 individua tra gli obiettivi prioritari del Distretto la prevenzione e la promozione della salute. Questo ambito richiede di operare mediante un approccio trasversale che consenta di armonizzare le iniziative in una logica di rete e di favorire la sinergia intersettoriale tra tutti i professionisti coinvolti. Ai fini preventivi è, dunque, strategica una visione integrata, non solo fra i servizi dei Dipartimenti di Prevenzione ma anche in coordinamento con i Distretti, ed in particolare con i medici e pediatri di famiglia e con le strutture a diverso titolo impegnate nella tutela della Salute pubblica.

Rappresentano in particolare ambiti ed azioni rilevanti:

- *prevenire le malattie suscettibili di vaccinazione* individuando strategie per mantenere o migliorare le coperture raggiunte, perseguendo un coinvolgimento attivo dei medici/pediatri di famiglia anche nell'azione di sensibilizzazione ed informazione della popolazione;
- *ridurre la mortalità per carcinoma della mammella, della cervice uterina e del carcinoma del colon-retto*, attraverso i programmi di screening di massa per una diagnosi precoce delle malattie oncologiche. L'integrazione funzionale tra Distretto e Dipartimento di Prevenzione è volta ad incrementare la partecipazione e l'accesso agli screening nella popolazione generale e nei sottogruppi specifici;
- *promuovere la prevenzione primaria e la promozione di stili di vita sani per prevenire le patologie cronico-degenerative e le loro complicanze*, individuando come obiettivi da realizzare in integrazione con le strutture distrettuali:
  - la riduzione della percentuale di fumatori abituali, con particolare riguardo alle fumatrici e a soggetti in età giovane-adulta, anche attraverso azioni di educazione, sostegno ed incentivo alla cessazione del fumo;
  - l'incremento dell'attività motoria, con riguardo alla popolazione giovane-adulta e adulta-anziana;
  - la prevenzione dell'obesità, con particolare riguardo a quella infantile, anche attraverso la realizzazione di adeguate campagne informative;
  - la riduzione del numero di consumatori di alcol a rischio attraverso azioni di prevenzione ed interventi di counselling breve;
- *ridurre l'incidenza e la mortalità per malattie ischemiche del cuore e cerebrovascolari*, attraverso:
  - la valutazione del rischio con il coinvolgimento del medico di famiglia;
  - l'individuazione di percorsi personalizzati per la modifica dello stile di vita.

## 4.3 L'integrazione con l'Ospedale

Le esperienze sviluppate nel Veneto in tema di continuità dell'assistenza attraverso l'integrazione Ospedale-Territorio portano ad individuare alcune strategie imprescindibili:

- il consolidamento dei modelli di ammissione e dimissione protetta, supportati dalla **implementazione di percorsi** per la presa in carico globale e coordinata del paziente, anche tramite sistemi codificati di corresponsabilità e "figure di riferimento" (*case manager*);
- l'implementazione di soluzioni organizzative, quali le **Centrali Operative Territoriali**, intese come strumenti di raccolta e classificazione del problema/bisogno, di attivazione delle risorse più appropriate, di pianificazione e coordinamento degli interventi, tutelando le transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico/assistenziale all'altro;
- il potenziamento degli strumenti di scambio informativo, nella fattispecie dei **sistemi informativi integrati**, a supporto dell'integrazione professionale, evitando la frammentazione degli interventi e garantendo la continuità informativa del processo assistenziale.

Inoltre, per dare formalizzazione al ruolo dell'integrazione con l'Ospedale, ciascuna Azienda ULSS dovrà istituire un **Coordinamento** per la pianificazione e l'organizzazione delle attività relative alla gestione del



paziente tra l'ambito ospedaliero e territoriale, finalizzato alla condivisione dei percorsi assistenziali, alla loro corretta applicazione ed alla responsabilizzazione sulla valutazione degli esiti.

Sono membri del Coordinamento: il Direttore Sanitario, il Direttore dei Servizi Sociali e della Funzione territoriale, il Direttore della funzione ospedaliera, il Direttore/i del Distretto, i responsabili delle UO distrettuali, un farmacista, un assistente sociale, un medico ed un pediatra di famiglia, uno specialista ambulatoriale interno, nominati dai rispettivi comitati aziendali e comitato zonale.

#### 4.4 L'integrazione con le risorse della Comunità

Conformemente alle indicazioni della programmazione regionale, andrà promossa la stipula ideale di un *Patto con la Comunità locale*, finalizzato a responsabilizzare tutti i soggetti alla garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). In particolare è necessario:

- promuovere il *coinvolgimento dei pazienti e delle famiglie* dando valore all'esperienza dell'assistenza ricevuta (un tempo dedicato, la valutazione partecipata dei bisogni e della qualità dell'assistenza, la diffusione della Carta dei Servizi in cui siano esplicitati gli standard di qualità), promuovendo la capacità di migliorare la propria salute potenziando le azioni di educazione all'autocura e il sostegno ai gruppi di auto aiuto, sviluppare approcci di condivisione delle decisioni sui trattamenti;
- coinvolgere le *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;
- coinvolgere le *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 e le opportunità socio-educative, implementare l'audit civico finalizzato al miglioramento dell'assistenza.

### 5. STRUMENTI A SUPPORTO

#### 5.1 La Centrale Operativa Territoriale

Nell'ambito delle competenze del Direttore dei Servizi Sociali e della Funzione territoriale, in coordinamento con il Direttore Sanitario, andrà sviluppata la *Centrale Operativa Territoriale* (unica e quindi a valenza aziendale), interconnessa con la rete dei servizi distrettuali e funzionale a tutte le UO territoriali.

La Centrale Operativa rappresenta l'elemento cardine dell'organizzazione territoriale in quanto svolge una funzione di coordinamento della presa in carico dell'utente "protetto" e di raccordo fra i soggetti della rete assistenziale. Rappresenta, infatti, lo strumento di raccolta e classificazione del problema/bisogno espresso, di attivazione delle risorse più appropriate, di programmazione e pianificazione degli interventi attivando i soggetti della rete assistenziale, tutelando le transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico/assistenziale all'altro.

Vengono a seguito schematizzate le caratteristiche principali.

##### *Tipologia di interventi*

- coordina la transizione (dimissione) dei pazienti ricoverati in Ospedale verso il trattamento temporaneo o residenziale o domiciliare protetto;
- coordina la presa in carico dei pazienti in assistenza domiciliare protetta e le eventuali transizioni verso altri luoghi di cura o altri livelli assistenziali;



- coordina la transizione (ammissione/dimissione) e sorveglia sulla presa in carico dei pazienti ricoverati presso le strutture di ricovero intermedie;
- sorveglia sulla presa in carico dei pazienti in assistenza residenziale definitiva o semiresidenziale

**Soggetti che la attivano**

- Personale distrettuale e ospedaliero;
- Medici/pediatri di famiglia e medici di continuità assistenziale;
- Personale delle strutture di ricovero intermedie, nonché delle strutture residenziali e semiresidenziali;
- personale del Comune (Servizi Sociali)/Familiari di pazienti protetti e critici.

**Funzionamento**

- è attiva 24h e 7 giorni su 7;
- è supportata da un call center aziendale attivo h24, in grado di ricevere chiamate e, sulla base di precisi criteri di triage telefonico, coordina le azioni per fornire una soluzione/risposta alle richieste;
- è in grado di intercettare i bisogni di cure e/o di assistenza, garantendo la continuità dell'assistenza, interfacciandosi con l'Ospedale, con le strutture di ricovero intermedie (Hospice, Ospedale di Comunità, Unità Riabilitativa Territoriale) e le strutture residenziali, con i medici/pediatri di famiglia, con i medici di continuità assistenziale, con le cure domiciliari, con la Centrale del SUEM 118;
- opera in stretta integrazione con l'equipe delle cure domiciliari e delle cure palliative.

**Risorse umane**

- Personale infermieristico, socio-assistenziale e amministrativo appropriatamente formato in modo da essere in grado di gestire le chiamate ed attivare e coordinare i suddetti interventi h24.

La Centrale Operativa Territoriale è diretta da un professionista che abbia conseguito la laurea magistrale in una delle Professioni Sanitarie di cui alla L.n.251/2000.

**Dotazione informatica**

- Dotazione di software di registrazione vocale delle chiamate e tracciabilità informatica della apertura e chiusura delle stesse e delle eventuali transizioni effettuate.
- Dotazione di software con accesso ed alimentazione nel Fascicolo Socio-Sanitario Elettronico degli interventi effettuati.
- Dotazione di un data-base che permetta di visualizzare in tempo reale la disponibilità dei posti letto in strutture di ricovero intermedie e residenziali, nonché l'anagrafica dei pazienti in assistenza domiciliare protetta.
- Dotazione di software con possibilità di valutazione strumentale telematica dei pazienti.
- Dotazione di video consultazione per paziente da remoto.

La Centrale Operativa dovrà essere **oggetto prioritario del primo provvedimento organizzativo** formulato, in collaborazione con il Direttore Sanitario, dal Direttore dei Servizi Sociali e della Funzione territoriale: detto provvedimento dovrà essere trasmesso in Regione per la relativa approvazione, quale presupposto indispensabile per la riorganizzazione dell'assistenza distrettuale.

**5.2 Il Sistema Informativo Integrato**

Al fine di garantire la continuità dell'assistenza nelle sue diverse accezioni di continuità informativa, gestionale e relazionale, si rende necessario il potenziamento degli strumenti di scambio informativo, evitando la frammentazione degli interventi, garantendo la continuità del processo assistenziale e, dunque, migliorando l'assistenza erogata.



In quest'ambito diventa indispensabile l'implementazione di un *sistema informativo integrato*:

- tra sociale e sanitario, che metta cioè in rete le informazioni derivanti dai vari ambiti aziendali (pronto soccorso, ospedale, farmaceutica, specialistica, ecc.), sistematizzando anche la parte della domiciliarità, delle cure palliative e della residenzialità extraospedaliera;
- tra Azienda e i software propri della medicina e pediatria di famiglia, per la classificazione delle patologie e dei bisogni di salute a supporto sia della programmazione aziendale che del monitoraggio dei percorsi assistenziali e degli esiti dell'assistenza erogata.

L'obiettivo finale è la realizzazione del *Fascicolo Socio-Sanitario Elettronico* ovvero quell'insieme di servizi applicativi che consentono l'inserimento ed il successivo recupero dei documenti socio-sanitari, al fine di rendere disponibile, agli operatori abilitati o agli assistiti stessi, in ogni momento ed in ogni luogo, la storia clinica e socio-assistenziale individuale. Il concetto e l'utilizzo del Fascicolo sono da intendersi estesi ai diversi ambiti: ospedaliero, territoriale, sociale e di prevenzione e promozione della salute. Lo strumento dovrà, pertanto, essere unico, indipendentemente dall'area dei servizi da cui provengono le informazioni.

### 5.3 Il Budget di Distretto

Tra gli strumenti manageriali a disposizione del Distretto il più importante è il budget di Distretto, definito sulla base della DGR n.625/2003, come "... uno strumento operativo aziendale di programmazione e controllo per i Centri di Responsabilità a cui sono assegnati obiettivi quali-quantitativi e correlate risorse sia correnti che di investimenti".

L'utilizzo del budget come strumento gestionale presuppone un processo di negoziazione degli obiettivi e delle risorse disponibili su più livelli di responsabilità, finalizzati al miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia del Sistema assistenziale.

In particolare andrà favorita la correlazione tra gli obiettivi del budget distrettuale e gli obiettivi del budget ospedaliero, configurandola come prassi, dal momento che molti obiettivi strategici aziendali richiedono processi orizzontali di ricomposizione e di integrazione tra i diversi ambiti che trattano un medesimo paziente.

## 6. LA PROGRAMMAZIONE AZIENDALE

### 6.1 Aggiustamento per il case-mix e stratificazione del rischio sanitario nelle Cure primarie

La conoscenza dei bisogni di salute della popolazione è momento fondamentale del processo di programmazione della rete dei servizi socio-sanitari locali.

Data la crescente complessità, comorbidità ed eterogeneità dei bisogni di salute, si evidenzia la necessità di introdurre strumenti di misurazione del case-mix della popolazione che permettano una mappatura accurata della morbidità ma anche una più equa misurazione del carico assistenziale e delle risorse necessarie per rispondere ai diversi bisogni. Questi strumenti permettono di valutare, prima di tutto, la diversa distribuzione delle malattie, come le risorse (assistenziali ed economiche) sono utilizzate in rapporto al carico misurato di malattia, ed inoltre consentono la stratificazione dei bisogni assistenziali in categorie considerate omogenee in termini di utilizzo atteso di risorse assistenziali (*resource utilization bands*, cfr. Fig.2). Dette valutazioni potrebbero concorrere ad una più equa distribuzione delle risorse a livello distrettuale e a livello di Medicina di Gruppo Integrata.

Inoltre, progressivamente andranno introdotti strumenti gestionali che permettano di aggiustare gli attuali criteri di distribuzione delle risorse, basati solo sulla quantità (numero di assistiti o numero di ore), con sistemi validati di misurazione e aggiustamento per il case-mix, valorizzando così anche la qualità dell'assistenza (quali assistiti, quale carico di assistenza).



Queste esigenze palesano, dunque, la necessità di accrescere le competenze del sistema con particolare riferimento:

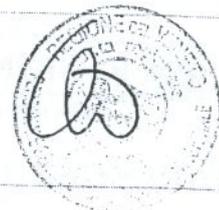
- al miglioramento delle capacità del medico/pediatra di famiglia di codificare le patologie ed il relativo impatto funzionale all'interno della propria cartella informatizzata, in modo da renderle fruibili anche agli altri colleghi (fase diagnostica) ed impostando, per le patologie croniche, un percorso terapeutico adeguato alla patologia prevalente (fase terapeutica), acquisendo competenze nel campo del disease management;
- all'acquisizione di competenze relazionali e gestionali nella erogazione di assistenza multiprofessionale e multidimensionale ai pazienti con elevata comorbidità, competenze necessarie per un miglior esito assistenziale dei soggetti più fragili, complessi e non inquadrabili in un'unica cronicità (case management);
- all'acquisizione di competenze gestionali sanitarie (health management) da parte sia del personale convenzionato che coordina il team multiprofessionale (es. Medicine di Gruppo Integrate), sia da parte della dirigenza aziendale, competenze atte ad organizzare l'assistenza sanitaria e le relative risorse attraverso strumenti avanzati di analisi, programmazione e controllo, quali l'aggiustamento del rischio, il budget e le misure di efficienza/performance.

## 6.2 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". Elaborato a livello di Azienda ULSS, è promosso dall'Esecutivo della Conferenza dei Sindaci ed è approvato dalla Conferenza stessa. È coordinato dal Direttore dei Servizi Sociali e della Funzione territoriale, recepito con deliberazione dal Direttore Generale ed inviato agli uffici regionali competenti per il visto di congruità;
- **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.

Per favorire una maggiore coerenza nella programmazione il Piano di Zona e il Piano Attuativo Locale possono comporre una sorta di "**Piano di Comunità**". L'orientamento è, infatti, 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 DELLE AZIENDE ULSS

### 1. Premessa: i riferimenti normativi.

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. 229/1999, che ha modificato il D.Lgs. n. 502/1992 e il successivo D.Lgs. n. 517/1993, hanno individuato l'organizzazione e stabilito le funzioni del Dipartimento di Prevenzione, articolando le funzioni del Dipartimento in:

*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 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 igienico-sanitaria degli alimenti;
  - sorveglianza e prevenzione nutrizionale;
- f-bis) tutela della salute nelle attività sportive (articolo 8 del D.Lgs. n. 254/2000);

*funzioni che il Dipartimento contribuisce ad assicurare con gli altri Servizi e Dipartimenti aziendali e che sono le attività di promozione della salute e di prevenzione delle malattie cronico-degenerative.*

L'articolo 7-quater, comma 2 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.

In attuazione del D.Lgs. n. 502/1992 e D.Lgs. n. 517/1993, come modificati dal D.Lgs. n. 229/1999, 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 tecnico-funzionale 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, mentre il successivo comma 3 ha trasferito ai servizi del Dipartimento le funzioni amministrative in materia di igiene e sanità pubblica e veterinaria.

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.

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.

In particolare, il PSN 2011-2013 ha inteso "rilanciare la prevenzione mediante interventi che tengano conto che la salute pubblica e delle singole persone oggi largamente influenzata da fattori estranei al sistema



sanitario, quali i determinanti sociali, economici, comportamentali ed ambientali, che possono causare disuguaglianze sistematiche nello stato di salute della popolazione".

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.

Il D.L. n. 158/2012, convertito con L. n. 189 dell'8.11.2012 ha novellato il comma 4 dell'art. 7<sup>quater</sup> 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".

## **2. Le funzioni dei Dipartimenti di Prevenzione ai sensi dell'articolo 7-bis e 7-ter del D.lgs. n. 229/1999.**

Ai sensi dell'articolo 7-bis, comma 2 del D.lgs. n. 229/1999, il Dipartimento di Prevenzione promuove azioni volte a individuare e rimuovere le cause di nocività e malattia di origine ambientale, umana e animale, mediante iniziative coordinate con i Distretti, con i Dipartimenti dell'Azienda ULSS e delle Aziende Ospedaliere, prevedendo il coinvolgimento di operatori di diverse discipline. Partecipa, inoltre, alla formulazione del programma di attività della ULSS, formulando proposte d'intervento nelle materie di competenza e indicazioni in ordine alla loro copertura finanziaria.

L'azione dei Dipartimenti di Prevenzione sui temi strategici descritti potrà essere impostata secondo i criteri dell'intervento diretto oppure della promozione e del coordinamento di iniziative preventive che coinvolgono altre strutture aziendali. Infatti, ai fini preventivi, è strategica una visione integrata non solo fra i servizi dei Dipartimenti di Prevenzione, ma anche in coordinamento con i Distretti, i medici e i pediatri di famiglia e con le strutture a diverso titolo impegnate nella tutela della salute pubblica.

I Dipartimenti, oltre alle attività ordinarie di prevenzione e tutela della salute dei territori di competenza, svolgono funzioni specifiche di grande rilevanza nell'attuazione di indirizzi nazionali, in rete con altre strutture e/o enti, di emergenze sanitarie territoriali.

Pertanto rappresenta un obiettivo strategico della programmazione regionale la definizione e l'attuazione di un modello organizzativo di rete, che preveda l'individuazione di alcune funzioni ed attività da svolgersi su una dimensione multizonale, con livelli di integrazione intradipartimentale, interdipartimentale, interistituzionale.

## **3. L'assetto organizzativo.**

### **3.1. Il Direttore del Dipartimento.**

Al dipartimento di prevenzione è preposto un responsabile, nominato dal Direttore Generale, con provvedimento motivato e su proposta del direttore sanitario, tra i dirigenti con incarico di direzione di struttura complessa del dipartimento.



L'articolo 6, comma 2 della L.R. n. 23/2012 prevede che il Direttore del Dipartimento di Prevenzione abbia un incarico di durata triennale e non possa effettuare più di due mandati consecutivi nella stessa Azienda ULSS.

Il Direttore del Dipartimento di Prevenzione individua il proprio vicario tra i responsabili di Servizio con incarico di struttura complessa.

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

- negozia, secondo le intese intercorse con i responsabili dei Servizi, il budget di Dipartimento con la Direzione Generale e assegna le risorse finanziarie ed umane 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;
- mantiene i rapporti con la Direzione Generale, cura le attività di comunicazione esterna e promuove la formazione di tutto il personale;
- promuove e coordina l'attività programmatoria generale e di promozione ed educazione alla salute in ambito aziendale;
- garantisce il coordinamento dei programmi complessi di sanità pubblica, non riconducibili all'operatività dei singoli Servizi;
- promuove livelli di integrazione intradipartimentale, interdipartimentale ed interistituzionale;
- in accordo con i 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 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.

### **3.2. I Servizi costitutivi dei Dipartimenti di Prevenzione.**

Le strutture organizzative dell'area della sanità pubblica, della sicurezza sul lavoro e dell'area di sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare sono rappresentate dai Servizi che, ai sensi dell'articolo 7-quater del D.lgs. n. 229/1999, della L. n. 189/2012 e della L.R. n. 23/2012, si articolano in:

- servizio di igiene degli alimenti e della nutrizione;
- servizio di igiene e sanità pubblica;
- servizio di prevenzione igiene e sicurezza negli ambienti di lavoro;
- servizio sanità animale;
- servizio igiene degli alimenti di origine animale e loro derivati;
- servizio igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche;
- servizio di medicina legale per un bacino di 1.000.000 di abitanti.

Il Servizio di medicina legale, costituito come unità operativa complessa, esercita anche funzione di coordinamento e di direzione funzionale dei servizi di medicina legale (unità operativa semplice) presenti nelle altre Aziende ULSS comprese nel bacino di riferimento.

Inoltre all'interno dei Dipartimenti di Prevenzione è costituito il Servizio di Epidemiologia.

All'interno del dipartimento di prevenzione delle aziende ULSS, viene istituita un'area della sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare a cui afferiscono i tre servizi veterinari, della sanità animale (SA), dell'igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati (SIAOA) e dell'igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche (SIAPZ), nonché il servizio di igiene degli alimenti e nutrizione (SIAN), in linea con l'organizzazione



regionale. A tale area, assimilabile a un dipartimento funzionale, viene preposto un coordinatore, nominato dal Direttore Generale su proposta del direttore del dipartimento tra i responsabili di struttura complessa afferenti all'area stessa.

I servizi veterinari e il servizio di igiene degli alimenti e nutrizione, qualora non vengano qualificati strutture complesse, al fine di garantirne l'autonomia tecnico-funzionale e organizzativa saranno previsti come strutture semplici a valenza dipartimentale.

La qualificazione di tali servizi terrà conto delle risultanze della ricognizione delle prestazioni sanitarie, LEA, erogate dai Dipartimenti di Prevenzione e riferite all'ambito Sicurezza Alimentare e Sanità Animale.

### **3.3. Il Comitato di Dipartimento.**

Il Direttore del Dipartimento di Prevenzione è affiancato da un Comitato di Dipartimento, organo collegiale composto dai Responsabili dei Servizi, al fine dell'adozione di criteri uniformi di comportamenti e procedure, particolarmente per quanto riguarda gli atti a rilevanza esterna.

Il Comitato di Dipartimento deve dotarsi di un regolamento di funzionamento.

Il Direttore di Dipartimento ha facoltà di integrare la composizione del Comitato di Dipartimento occasionalmente o stabilmente con figure professionali preposte a funzioni di responsabilità in ordine a specifiche soluzioni organizzative e di integrazione tra i Servizi.

### **4. La rete dei Dipartimenti di Prevenzione.**

Il Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2016, al paragrafo 3.4.2 (pagina 95) prevede che le funzioni implementabili su scala multizonale provinciale devono essere le seguenti:

- osservazione epidemiologica;
- attività di educazione e di promozione della salute;
- definizione del rapporto ambiente-salute e promozione della salute associabile a fattori ambientali;
- attuazione coordinata di progetti nazionali di prevenzione delle malattie e promozione della salute;
- attività gestionali ed operative in caso di emergenze epidemiche o ambientali;
- raccordo con le reti regionali di controllo delle emergenze territoriali;
- prevenzione dei traumi da incidenti stradali e domestici;
- pianificazione provinciale delle attività di controllo e promozione negli ambienti di lavoro tra

pubbliche amministrazioni.

Alle funzioni multizonali precitate vanno inoltre aggiunte:

- screening, cardiovascolare ed oncologico;
- lotta ai vettori;
- area sicurezza alimentare e veterinaria.

Ulteriori funzioni multizonali potranno essere individuate con successivi atti e provvedimenti.

Per le suddette funzioni deve essere individuata una U.O. di coordinamento su base provinciale.

### **5. I rapporti tra il Dipartimento di Prevenzione e il Distretto.**

In base alla legislazione sanitaria vigente, i Distretti, insieme al Dipartimento di Prevenzione e all'Ospedale, rappresentano una struttura tecnico-funzionale dell'ULSS, volta ad assicurare una risposta coordinata e continuativa ai bisogni della popolazione, garantendo i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e socio sanitarie.

Il nuovo PSSR individua gli obiettivi di salute prioritari dei Distretti raggruppandoli nelle seguenti aree:

- a) l'area della prevenzione e promozione della salute;



**ALLEGATO C Dgr n.**

**del**

**pag. 5/5**

- b) l'area dell'assistenza materno-infantile;
- c) l'area dell'assistenza al paziente cronico;
- d) l'area dell'assistenza paziente fragile.

L'Azienda ULSS è tenuta ad elaborare ed attivare, con il concorso attivo di tutte le strutture tecnico-funzionali, un proprio "Piano strategico della Prevenzione" che sia un documento che organizzi e descriva in modo esplicito e trasparente obiettivi, azioni e risorse ritenuti necessari per affrontare problemi di salute e fattori di rischio prioritari.