



Regione Lombardia

LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° XI / 6278

Seduta del 11/04/2022

Presidente

ATTILIO FONTANA

Assessori regionali

LETIZIA MORATTI *Vice Presidente*

STEFANO BOLOGNINI

DAVIDE CARLO CAPARINI

RAFFAELE CATTANEO

RICCARDO DE CORATO

MELANIA DE NICHILLO RIZZOLI

PIETRO FORONI

STEFANO BRUNO GALLI

GUIDO GUIDESI

ALESSANDRA LOCATELLI

LARA MAGONI

ALESSANDRO MATTINZOLI

FABIO ROLFI

FABRIZIO SALA

MASSIMO SERTORI

CLAUDIA MARIA TERZI

Con l'assistenza del Segretario Enrico Gasparini

Su proposta dell'Assessore Letizia Moratti

Oggetto

LINEE GUIDA REGIONALI PER L'ADOZIONE DEI PIANI DI ORGANIZZAZIONE AZIENDALE STRATEGICI (POAS) DELLE AGENZIE DI TUTELA DELLA SALUTE (ATS), DELLE AZIENDE SOCIO SANITARIE TERRITORIALI (ASST), DELLE FONDAZIONI ISTITUTI DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO (IRCCS) DI DIRITTO PUBBLICO DELLA REGIONE LOMBARDIA E DELL'AGENZIA REGIONALE EMERGENZA E URGENZA (AREU)" - (A SEGUITO DI PARERE DELLA COMMISSIONE CONSILIARE)

Si esprime parere di regolarità amministrativa ai sensi dell'art.4, comma 1, l.r. n.17/2014:

Il Direttore Generale Giovanni Pavesi

Il Dirigente Paola Palmieri

L'atto si compone di 73 pagine

di cui 67 pagine di allegati

parte integrante



Regione Lombardia

LA GIUNTA

VISTO il d.lgs. 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni, ed in particolare:

- l'articolo 2, comma 1, nel quale sono definite le competenze regionali e comma 2-sexies, recante ulteriori tematiche che la Regione deve disciplinare;
- l'art. 3 e seguenti, con il quale sono date indicazioni inerenti le caratteristiche e la peculiarità delle aziende sanitarie, i principi a cui le stesse devono informare la propria attività, individuando gli organi dell'azienda e le relative competenze, gli ulteriori organismi e l'articolazione distrettuale;

VISTO il D.M. 02.04.2015, n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", ai sensi del quale le regioni debbono provvedere ad adottare il provvedimento generale di programmazione della riduzione della dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Servizio sanitario regionale, secondo i criteri previsti dal medesimo Regolamento;

RICHIAMATI i seguenti documenti di programmazione regionale:

- la D.C.R. n. XI/64 del 10 luglio 2018 "Programma regionale di sviluppo della XI Legislatura";
- la D.G.R. n. XI/2498 del 26 novembre 2019 che ha approvato la proposta di Piano sociosanitario integrato lombardo 2019-2023 ed avviato l'iter per l'approvazione del Piano stesso, al fine di acquisire parere consultivo da parte dell'Osservatorio Integrato del SSL ai sensi art. 5, comma 14, l.r. n. 33/2009, preventivamente alla trasmissione al Consiglio regionale;
- la D.G.R. n. 5941 del 07 Febbraio 2022 "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio sanitario e sociosanitario per l'esercizio 2022 – quadro economico programmatico - (di concerto con l'Assessore Caparini);

VISTA la legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 "Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità" così come modificata dalla legge regionale n. 22 del 14.12.2021 "Modifiche al Titolo I e al Titolo VII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33" ed in particolare:

- gli artt. 6 e 7, che precisano la natura giuridica ed i principi organizzativi relativi, rispettivamente, alle ATS ed alle ASST;
- l'art. 17, "Organizzazione dei soggetti afferenti al servizio socio sanitario lombardo", ed in particolare i seguenti commi:
 - c. 2, ai sensi del quale, ogni tre anni, le ATS e tutti i soggetti erogatori di diritto pubblico contrattualizzati con il SSL, presentano alla Giunta regionale il Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS); in sede di prima applicazione, ai sensi dell'art. 36, c. 11 della citata l.r. n.



Regione Lombardia

LA GIUNTA

22/2021, i POAS, adeguati al nuovo assetto organizzativo sono trasmessi alla Regione entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della medesima legge;

- c. 3, nel quale è stabilito che le linee guida regionali per la redazione dei POAS sono approvate dalla Giunta regionale previo parere della competente Commissione consiliare, del Consiglio delle autonomie locali e dei rappresentanti delle associazioni regionali delle autonomie locali;
- c. 4, che ricomprende i POAS tra i provvedimenti soggetti alle procedure di controllo di cui all'art. 4, c. 8, della legge n. 412/1991;

RICHIAMATA altresì la DGR n. V/19855 del 17.03.1992 recante “*Disciplina provvisoria del controllo della Giunta Regionale sugli atti degli Enti Sanitari in attuazione dell’articolo 4, comma 8, della Legge n. 412 del 30.12.1991*”;

PRECISATO pertanto che, nell'elaborazione dei POAS, gli Enti interessati dovranno tenere in considerazione le indicazioni riportate nelle linee guida allegate;

RITENUTO opportuno stabilire che:

- le variazioni dei POAS potranno essere proposte annualmente accompagnate da adeguata motivazione derivata da situazioni ed esigenze particolari, quali, ad esempio, in attuazione di sopravvenute disposizioni normative, considerando necessità prevalente quella di conservare la stabilità degli assetti organizzativi già deliberati, nel rispetto delle indicazioni espresse nelle linee guida;
- nella redazione dei POAS gli Enti devono necessariamente rispettare il budget di volta in volta assegnato e il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale autorizzato;
- ciascun Direttore Generale/Legale Rappresentante proceda all'adozione del Piano di Organizzazione Aziendale Strategico ai sensi dell'art. 17 della l.r. n. 33/2009 e s.m.i. entro 45 giorni dalla data di approvazione delle linee guida a seguito dei pareri sopra indicati, ed alla trasmissione alla Direzione Generale Welfare del medesimo POAS entro i successivi 10 giorni;
- in caso di difformità tra quanto contenuto nella parte descrittiva del POAS e l'organigramma approvato, sarà ritenuto sempre prevalente l'organigramma;
- le linee guida approvate con il presente provvedimento sostituiscono analoghi atti di indirizzo forniti in occasione dei precedenti POAS;

PRECISATO che i Piani di organizzazione aziendali strategici rivestono funzione programmatica, in nessun caso autorizzatoria, e che pertanto dal presente



Regione Lombardia

LA GIUNTA

provvedimento non derivano oneri finanziari a carico del bilancio regionale;

RITENUTO di rinviare ad un successivo provvedimento l'approvazione delle Linee Guida relative ai Piani Triennali dei Fabbisogni di Personale contenenti le dotazioni organiche aggiornate;

RICHIAMATA la DGR n. XI/6026 del 01.03.2022, con la quale è stato stabilito di approvare le Linee Guida di cui all'Allegato A, parte integrante del medesimo atto, da trasmettere, per l'espressione del parere previsto dall'art. 17, comma 3 della l.r. 33/2009;

VISTI i seguenti pareri resi ai sensi della l.r. n. 33/2009, art.17, c. 3:

- parere n. 129 del 31.03.2022, reso dalla competente Commissione consiliare;
- parere reso con deliberazione n. 2 del 04.04.2022 dal Consiglio delle autonomie locali e dei rappresentanti delle associazioni regionali delle autonomie locali;

RITENUTO di recepire le osservazioni espresse con i pareri sopra indicati;

VISTI inoltre i contributi inerenti le Linee Guida in oggetto, pervenute da Associazioni sindacali e da Enti del SSR successivamente all'approvazione della citata DGR n. XI/6026/2022, agli atti presso l'UO Personale, Professioni del SSR e Sistema Universitario;

RITENUTO di recepire tutte le osservazioni volte a migliorare e chiarire ulteriormente i contenuti delle medesime Linee Guida;

RITENUTO altresì di stabilire che le linee guida approvate con il presente provvedimento siano applicabili da parte di AREU per la redazione del relativo POAS, per quanto compatibili, ai sensi dell'art. 16, c. 5 della l.r. n. 33/2009;

RITENUTO pertanto di approvare il documento allegato A, parte integrante e sostanziale del presente atto, recante "Linee guida regionali per l'adozione dei Piani di Organizzazione Aziendali Strategici (POAS) delle Agenzie di Tutela della Salute (ATS), delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST), delle Fondazioni Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) di diritto pubblico della Regione Lombardia e dell'Agenzia Regionale Emergenza Urgenza (AREU)";



Regione Lombardia

LA GIUNTA

A voti unanimi, espressi nelle forme di legge;

DELIBERA

1. di approvare il documento allegato A, parte integrante e sostanziale del presente atto, recante “Linee guida regionali per l’adozione dei Piani di Organizzazione Aziendali Strategici (POAS) delle Agenzie di Tutela della Salute (ATS), delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST)), delle Fondazioni Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) di diritto pubblico della Regione Lombardia e dell’Agenzia Regionale Emergenza Urgenza (AREU)”, a seguito dei pareri precisati in premessa;
2. di stabilire che le linee guida di cui al precedente punto 1. siano applicabili da parte di AREU per la redazione del relativo POAS, per quanto compatibili, ai sensi dell’art.16, c. 5 della l.r. n. 33/2009;
3. di stabilire che:
 - le variazioni dei POAS potranno essere proposte annualmente accompagnate da adeguata motivazione derivata da situazioni ed esigenze particolari, quali, ad esempio, in attuazione di sopravvenute disposizioni normative, considerando necessità prevalente quella di conservare la stabilità degli assetti organizzativi già deliberati, nel rispetto delle indicazioni esposte nelle linee guida;
 - ciascun Direttore Generale/Legale Rappresentante proceda all’adozione del Piano di Organizzazione Aziendale Strategico ai sensi dell’art. 17 della l.r. n.33/2009 e s.m.i. entro 45 giorni dalla data di approvazione del presente provvedimento ed alla trasmissione alla Direzione Generale Welfare del medesimo POAS entro i successivi 10 giorni;
 - in caso di difformità tra quanto contenuto nella parte descrittiva del POAS e l’organigramma approvato, sarà ritenuto sempre prevalente l’organigramma;
 - le linee guida approvate con il presente provvedimento sostituiscono analoghi atti di indirizzo forniti in occasione dei precedenti POAS;
 - di precisare che i Piani di organizzazione aziendali strategici rivestono funzione programmatica, in nessun caso autorizzatoria, e che pertanto dal presente provvedimento non derivano oneri finanziari a carico del bilancio regionale;



Regione Lombardia

LA GIUNTA

4. di rinviare ad un successivo provvedimento l'approvazione delle Linee Guida relative ai Piani Triennali dei Fabbisogni di Personale contenenti le dotazioni organiche aggiornate;
5. di disporre la pubblicazione del presente atto sul B.U.R.L. e sul sito web di Regione Lombardia.

IL SEGRETARIO
ENRICO GASPARINI

Atto firmato digitalmente ai sensi delle vigenti disposizioni di legge

ALLEGATO A

LINEE GUIDA REGIONALI PER L'ADOZIONE DEI PIANI DI ORGANIZZAZIONE AZIENDALE STRATEGICI (POAS) DELLE AGENZIE DI TUTELA DELLA SALUTE (ATS), DELLE AZIENDE SOCIO SANITARIE TERRITORIALI (ASST), DELLE FONDAZIONI ISTITUTI DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO (IRCCS) DI DIRITTO PUBBLICO DELLA REGIONE LOMBARDIA E DELL'AGENZIA REGIONALE EMERGENZA E URGENZA (AREU)

PREMESSE	4
SEZIONE I	5
CAPITOLO I - PARTE GENERALE	5
1. IL CONTESTO NORMATIVO DI RIFERIMENTO ED I CONTENUTI DEL POAS	5
2. PROCEDURA DI APPROVAZIONE	6
3. CONTENUTI DEL POAS	7
4. MODALITÀ DI ADOZIONE DEL POAS E FORMALIZZAZIONE DELLA RICHIESTA DI APPROVAZIONE TRAMITE POAS WEB	9
CAPITOLO II - MODELLO ORGANIZZATIVO ED ARTICOLAZIONE DELLE STRUTTURE	9
1. IL MODELLO ORGANIZZATIVO	9
2. I DIPARTIMENTI	10
3. DIPARTIMENTI FUNZIONALI INTERAZIENDALI.	11
4. STRUTTURE COMPLESSE (SC)	12
5. STRUTTURE SEMPLICI DIPARTIMENTALI (SSD) E/O STRUTTURE SEMPLICI DISTRETTUALI (SD)	12
6. STRUTTURE SEMPLICI (SS)	12
CAPITOLO III - ASSETTO ORGANIZZATIVO GENERALE	13
ORGANISMI	13
1. UFFICIO DI PUBBLICA TUTELA (UPT)	13
2. NUCLEO DI VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE	14
3. COLLEGI TECNICI	14
SEZIONE II - LA DIREZIONE STRATEGICA	14
CAPITOLO I - LA DIREZIONE GENERALE	15
1. IL DIRETTORE GENERALE	15
2. LE FUNZIONI IN STAFF ALLA DIREZIONE GENERALE	15
2.1. <i>Controllo di Gestione</i>	16
2.2. <i>Attività di Prevenzione Protezione Aziendale</i>	16
2.3. <i>Sistemi Informativi Aziendali</i>	17
2.4. <i>Attività di comunicazione aziendale e relazioni esterne</i>	17
2.5. <i>Medico competente ed Attività di sorveglianza sanitaria del personale</i>	18
2.6. <i>Avvocatura</i>	19
2.7. <i>Epidemiologia</i>	19
2.8. <i>Responsabilità della protezione dei dati</i>	20
2.9. <i>Gestione operativa – NextGenerationEU</i>	20
2.10. <i>Qualità – Risk management</i>	21
2.11. <i>Ufficio Relazioni con il Pubblico</i>	22
2.12. <i>Funzioni di culto</i>	23
3. DIPARTIMENTO PROGRAMMAZIONE, ACCREDITAMENTO, ACQUISTO PRESTAZIONI SANITARIE E SOCIOSANITARIE (PAAPSS)	23
CAPITOLO II - SISTEMA DEI CONTROLLI, ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA	25
1. INTERNAL AUDITING	25
2. CONTROLLI INTERNI	25
3. COMITATO DI COORDINAMENTO DEI CONTROLLI	26
4. PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA	27
CAPITOLO III - DIREZIONE AZIENDALE DELLE PROFESSIONI SANITARIE E SOCIOSANITARIE	28
CAPITOLO IV - LA FUNZIONI DELLA DIREZIONE AMMINISTRATIVA	30
1. BILANCIO, PROGRAMMAZIONE FINANZIARIA E CONTABILITÀ	31
2. AFFARI GENERALI E LEGALI	31
3. GESTIONE E SVILUPPO DELLE RISORSE UMANE	31
4. GESTIONE ACQUISTI (PROVVEDITORATO-ECONOMATO)	33

5.	GESTIONE TECNICO PATRIMONIALE _____	35
6.	AREA ACCOGLIENZA – CUP - ATTIVITÀ DI MONITORAGGIO DELLA LIBERA PROFESSIONE _____	35
CAP V - LE DIREZIONI SANITARIE E SOCIOSANITARIE _____		36
SEZIONE III - AGENZIE DI TUTELA DELLA SALUTE (ATS) _____		37
CAPITOLO I – PARTE GENERALE _____		37
CAPITOLO II - LE FUNZIONI DELLA DIREZIONE SANITARIA _____		38
1.	SERVIZIO FARMACEUTICO _____	38
2.	DIPARTIMENTO VETERINARIO E SICUREZZA DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE _____	39
1.	<i>Sanità animale:</i> _____	40
2.	<i>Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale:</i> _____	40
3.	<i>Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche:</i> _____	41
CAPITOLO III - IGIENE E PREVENZIONE SANITARIA _____		42
1.	DIPARTIMENTO DI IGIENE E PREVENZIONE SANITARIA IN ATS _____	42
1.1.	<i>Igiene e sanità pubblica, Salute - Ambiente</i> _____	43
1.2.	<i>Igiene Alimenti e Nutrizione</i> _____	44
1.3.	<i>Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro</i> _____	44
1.4.	<i>Medicina Preventiva nelle Comunità</i> _____	45
1.5.	<i>Promozione della Salute e Prevenzione fattori di rischio comportamentali</i> _____	45
2.	DIPARTIMENTO FUNZIONALE DI PREVENZIONE IN ASST _____	46
2.1.	<i>Struttura Complessa Vaccinazioni e Sorveglianza Malattie infettive</i> _____	47
2.2.	<i>Area screening oncologici e screening neonatali</i> _____	48
2.3.	<i>Centri Infezioni Sessualmente Trasmesse - IST</i> _____	48
2.4.	<i>Home visiting e Promozione della Salute nella presa in carico</i> _____	48
2.5.	<i>Attività di sorveglianza, prevenzione e controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza – ICA</i> _____	49
2.6.	<i>Medicina Legale</i> _____	49
2.7.	<i>Medicina del lavoro</i> _____	50
CAPITOLO IV - LE FUNZIONI DELLA DIREZIONE SOCIOSANITARIA _____		51
1.	DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE PER L'INTEGRAZIONE DELLE PRESTAZIONI SOCIOSANITARIE CON QUELLE SOCIALI (PIPSS) _____	51
SEZIONE IV - AZIENDE SOCIO SANITARIE TERRITORIALI (ASST) _____		53
CAPITOLO I - PARTE GENERALE _____		53
CAPITOLO II - LA FUNZIONI DELLA DIREZIONE SANITARIA ASST _____		53
1.	FARMACIA OSPEDALIERA E FARMACIA TERRITORIALE _____	54
2.	INGEGNERIA CLINICA AZIENDALE _____	55
3.	FISICA SANITARIA _____	55
CAPITOLO III - AREE DEL POLO OSPEDALIERO _____		55
CAPITOLO IV - LE FUNZIONI DELLA DIREZIONE SOCIOSANITARIA _____		58
1.	IL DISTRETTO _____	58
1.1.	<i>Centrali Operative Territoriali (COT)</i> _____	60
1.2.	<i>Case di Comunità</i> _____	60
1.3.	<i>Ospedali di Comunità</i> _____	62
2.	DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE _____	62
3.	SANITÀ PENITENZIARIA _____	63
4.	DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE _____	64
4.1.	<i>Corso di formazione in Medicina Generale</i> _____	64
SEZIONE V - LE FONDAZIONI IRCCS DI DIRITTO PUBBLICO _____		65

PREMESSE

Il Piano di Organizzazione Aziendale Strategica, di seguito POAS, rappresenta lo strumento programmatico attraverso il quale gli Enti interessati, nell'ambito dell'autonomia organizzativa e gestionale di cui dispongono, definiscono il proprio assetto organizzativo e le relative modalità di funzionamento. Il POAS è finalizzato alla realizzazione degli obiettivi strategici definiti dalla Regione e al perseguimento del miglioramento della qualità delle cure e dell'efficienza dei livelli produttivi, nel contesto delle relazioni e dei rapporti con la Regione e con il complesso degli Enti del sistema socio-sanitario regionale. I POAS delineano le regole e le strategie di organizzazione interna finalizzate all'ottimizzazione del funzionamento degli Enti, in ottemperanza al PSSSL, con particolare riguardo all'appropriatezza delle prestazioni erogate ed alla corretta determinazione del fabbisogno di personale. Particolare attenzione deve essere dedicata alla nuova articolazione delle funzioni territoriali prevista dalla recente L.R. 22/2021.

La Regione, anche attraverso i POAS, individua e promuove le azioni utili per il conseguimento dei principi su cui si fonda la legislazione regionale, così come rinnovata dalla L.R. 22/2021, con particolare riferimento a:

- a) garantire l'approccio one health finalizzato ad assicurare globalmente la promozione e la protezione della salute;
- b) assicurare la presa in carico della persona nel suo complesso;
- c) favorire l'appropriatezza clinica ed economica;
- d) garantire la parità di accesso alle prestazioni e l'equità nella compartecipazione al costo delle stesse;
- e) incentivare la responsabilità della persona e della sua famiglia;
- f) contemplare anche il ricorso a forme integrative di finanziamento dei servizi;
- g) garantire un'adeguata integrazione con l'ambito del sociale.

Le presenti linee guida contengono i principi e le indicazioni alle quali Agenzie di Tutela alla Salute, di seguito ATS, Aziende Socio Sanitarie Territoriali, di seguito ASST, e le Fondazioni IRCCS di diritto pubblico, di seguito IRCCS, devono attenersi per la predisposizione del POAS per il triennio 2022-2024, nel quadro delle seguenti linee strategiche generali:

- sviluppo e organizzazione delle funzioni territoriali delle ASST in applicazione della L.R. 22/2021;
- miglioramento in termini di trasparenza, equità, semplificazione e performance del sistema di accesso al SSR (tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali, liste attesa per i ricoveri, orientamento nell'accesso ai servizi socio-sanitari);
- riordino della rete orientato al riequilibrio dei Poli Ospedaliero e Territoriale anche con il completamento dell'attuazione del DM 70/2015, adeguato allo specifico e peculiare contesto lombardo (ruolo di presidi minori, alte specialità e reti clinico assistenziali e

organizzative), nonché al piano di riordino della rete ospedaliera in attuazione dell'art. 2 del Decreto-legge n. 34/2020, convertito con l. n. 77/2020;

- presa in carico dei pazienti cronici e conseguente integrazione fra cure primarie e cure ospedaliere.

Le stesse linee guida sono applicabili da parte di AREU per la redazione del relativo POAS, per quanto compatibili, ai sensi dell'art.16, c. 5 della L.R. n. 33/2009.

Le presenti linee guida sostituiscono i precedenti analoghi atti di indirizzo forniti in occasione dei precedenti POAS.

SEZIONE I

CAPITOLO I - PARTE GENERALE

1. Il contesto normativo di riferimento ed i contenuti del POAS

La L.R. 22, del 14 dicembre 2021, emanata al termine del periodo sperimentale della riforma del Servizio Sanitario Regionale introdotta con L.R. n. 23/2015, ha modificato il Titolo I e il Titolo VII della Legge Regionale 33/2009 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità).

La L.R. 22/2021 costituisce un nuovo passaggio evolutivo del Servizio Sociosanitario Lombardo, i cui principi e finalità sono enunciati, rispettivamente agli artt. 1 e 2. Si ricordano, per il loro particolare rilievo, i principi dell'approccio one health "finalizzato ad assicurare globalmente la protezione e la promozione della salute, tenendo conto della stretta relazione tra la salute umana, la salute degli animali e l'ambiente" e dell'"equivalenza e integrazione dell'offerta sanitaria e sociosanitaria delle strutture pubbliche e delle strutture private accreditate".

Per quanto attiene agli aspetti organizzativi, costituiscono significativa innovazione l'articolazione delle ASST nei due Poli, Ospedaliero e Territoriale, a sua volta articolati in Distretti e Dipartimenti, e l'istituzione delle Case di Comunità, degli Ospedali di Comunità e delle Centrali Operative Territoriali (art.9).

L'art. 17, della L.R. 33/2009, innovato dalla L.R. 22/2021, stabilisce al comma 2 che ogni tre anni, a seguito dell'emanazione degli indirizzi di programmazione per l'anno successivo, le ATS e tutti i soggetti erogatori di diritto pubblico contrattualizzati con il SSL presentano il POAS e il piano dei fabbisogni triennale all'approvazione della Giunta regionale, che può richiedere modifiche. Il POAS può essere aggiornato annualmente qualora subentrino esigenze particolari. Il POAS e i relativi aggiornamenti sono, di norma, approvati dalla Giunta regionale entro i sessanta giorni successivi alla presentazione. Il successivo comma 4, comprende i POAS tra gli atti soggetti a controllo ai sensi dell'art. 4, c. 8, della L. n. 412/91. Le presenti linee guida contengono i principi e le indicazioni a cui gli Enti interessati devono attenersi per la predisposizione del POAS per il triennio 2022-2024. A seguito dell'approvazione degli assetti organizzativi, si autorizzerà la dotazione organica ed i relativi costi con i Piani Triennali del Fabbisogno del Personale.

L'autonomia aziendale degli Enti interessati si esercita nell'ambito degli indirizzi programmatori regionali finalizzati a tutelare il diritto alla salute del cittadino, garantire

adeguati percorsi di prevenzione, diagnosi cura e riabilitazione, sostenere le persone e le famiglie, e promuovere l'integrazione dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali.

A tal fine il POAS costituisce lo strumento fondamentale sia per la definizione dell'assetto organizzativo, sia per le azioni finalizzate al miglioramento della efficienza e della efficacia dei livelli produttivi, riveste pertanto funzione programmatica, in nessun caso autorizzatoria, eventuali ulteriori oneri finanziari rispetto alle previste assegnazioni possono derivare a carico della Regione solo ed esclusivamente a seguito dell'approvazione dei Piani Triennali del Fabbisogno.

Il POAS deve essere formulato tenendo conto della normativa nazionale e regionale, con particolare riferimento a:

- D.lgs. 502/92;
- L.R. 33/2009, e sue modifiche ed integrazioni;
- Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70;
- Patto per la Salute;
- DL 34/2020 convertito con legge n. 77/2020;
- normativa anticorruzione, anche per quanto attiene, in particolare, agli aspetti della rotazione degli incarichi;
- disciplina dei CC.CC.NN.LL. della dirigenza medica, veterinaria, del ruolo sanitario, del ruolo professionale, tecnico ed amministrativo, in particolare per gli aspetti collegati al sistema degli incarichi dirigenziali;
- normativa in materia di pubblico impiego, anche con riferimento alla necessità di considerare le assunzioni a tempo indeterminato come l'ordinaria modalità di reclutamento del personale.

Di particolare rilievo è la previsione regionale secondo cui con la definizione degli assetti organizzativi gli Enti interessati prevedono la corretta determinazione del fabbisogno del personale, comprensivo anche del personale universitario, cioè delle risorse umane a vario titolo presenti e necessarie per sostenere l'organizzazione prospettata nel POAS e per mettere in atto le strategie ivi previste.

Nella definizione del modello organizzativo gli Enti interessati devono considerare che il numero complessivo dei Dipartimenti, delle Strutture Complesse, delle Strutture Semplici Dipartimentali, delle Strutture Semplici Distrettuali e delle Strutture Semplici deve rispettare le indicazioni delle presenti linee guida.

2. Procedura di approvazione

Il POAS è adottato con provvedimento del Direttore Generale degli Enti interessati, acquisiti i pareri, obbligatori e non vincolanti, del Consiglio dei Sanitari laddove previsto (D.lgs. n. 502/1992 e L.R. n. 2/1998) e del Collegio di Direzione (D.lgs. n. 502/1992) e del parere del Rettore negli Enti sedi di Ospedale Universitario, ed effettuata l'informazione preventiva, completa ed esaustiva, con le OOSS.

È fatto salvo quanto previsto statutariamente e normato a livello nazionale per gli IRCCS di diritto pubblico interessati dalle presenti linee guida.

L'informativa sindacale si intende eseguita decorsi 15 giorni dalla presentazione del nuovo POAS.

Successivamente alla sua adozione, il POAS è trasmesso alla Direzione Generale Welfare per essere sottoposto, ai sensi dell'art. 17, c. 4, lettera a) della L.R. 33/2009, alle procedure di controllo di cui all'articolo 4, comma 8, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, ai fini dell'approvazione da parte della Giunta Regionale.

Potranno essere proposte annualmente delle variazioni, laddove motivate da situazioni ed esigenze particolari, considerando la necessità prevalente di conservare la stabilità degli assetti organizzativi già deliberati.

La richiesta di variazione, che potrà essere presentata una sola volta all'anno, dovrà essere accompagnata da una motivata relazione in ordine alle ragioni della scelta e da una certificazione in ordine all'invarianza della spesa complessiva, anche rispetto ai fondi contrattuali.

I termini per la presentazione annuale della richiesta di variazione saranno definiti con specifiche indicazioni della Direzione Generale Welfare, non sono ricevibili richieste di variazione presentate al di fuori dei termini stabiliti dalla Direzione Generale Welfare.

3. Contenuti del POAS

Il POAS è composto da un documento descrittivo e da specifici allegati come di seguito indicati.

In caso di difformità tra quanto contenuto nella parte descrittiva e l'organigramma approvato ai sensi della L.R. 33/2009, sarà sempre ritenuto prevalente l'organigramma.

Così come per i dipartimenti gestionali e le strutture organizzative, anche i Dipartimenti funzionali, se previsti, devono trovare collocazione all'interno del POAS, sia nella parte descrittiva che nell'organigramma.

Nella parte descrittiva dovranno essere esposti i seguenti contenuti:

- a) la mission dell'Ente interessato nell'ambito del SSR;
- b) la sede legale e gli elementi identificativi dell'Ente interessato, con relativa definizione del patrimonio della stessa;
- c) le funzioni degli organi degli Enti interessati: il Direttore Generale, il Collegio di Direzione, il Collegio Sindacale e loro composizione, per le sole Fondazioni IRCCS anche il Consiglio di Amministrazione e il Direttore Scientifico;
- d) le funzioni degli altri componenti della Direzione Strategica, ovvero:
 - per le ATS e le ASST il Direttore Sanitario, il Direttore Amministrativo e il Direttore Sociosanitario;
 - per gli IRCCS di diritto pubblico, il Direttore Sanitario ed il Direttore Amministrativo;

nonché le modalità per il conferimento di eventuali deleghe e gli ambiti delle stesse;

- e) la definizione dell'organizzazione complessiva comprensiva di Direzioni, Dipartimenti e relative Strutture organizzative afferenti, con l'indicazione dei livelli gerarchici;
- f) l'attività e le modalità di funzionamento dei dipartimenti, ruolo del direttore di dipartimento e del comitato di dipartimento, con relativa definizione dei componenti di quest'ultimo. Sarà necessario definire le connessioni organizzative fra le strutture componenti il dipartimento, tra i dipartimenti e gli altri livelli organizzativi;
- g) un documento di sintesi dell'organizzazione distrettuale delle ASST e dei relativi rapporti funzionali;
- h) le modalità di rapporto e di collaborazione con gli Enti e le organizzazioni interessate e con il territorio, anche in attuazione dei protocolli di intesa.

Dovranno inoltre essere attestati:

- la presenza di una regolamentazione che disciplini il funzionamento del Nucleo di Valutazione e dei Collegi tecnici;
- la presenza di Organismi aziendali previsti da specifiche disposizioni di legge o regolamentari (commissioni, comitati, ecc.);
- la presenza di un sistema di rilevazione e attribuzione delle competenze (con relative funzioni e potere di firma);
- la presenza di un sistema aziendale per la graduazione, il conferimento, la modifica e la revoca degli incarichi di struttura (laddove non previsti da specifica previsione di legge);
- la presenza di un sistema aziendale di valutazione della dirigenza e del comparto come previsto dai CCNL;
- la presenza di un sistema di budgeting, con articolazione dei Centri di Responsabilità e dei Centri di Costo, nonché di assegnazione degli obiettivi alle Strutture e ai professionisti;
- la presenza di un sistema dei controlli interni (Anticorruzione, Audit, ecc.);
- la presenza strutturata dell'attività di "recupero crediti" (di qualsiasi tipologia, ivi comprese le eventuali sanzioni amministrative ai sensi della legge 689/1981 e gli illeciti depenalizzati ex art. 102 del D.lgs. n. 507/1999 per gli Enti interessati), con espressa previsione della sua collocazione organizzativa e dell'esistenza di una procedura aziendale condivisa con i diversi soggetti;
- la presenza delle procedure e degli atti oggetto delle consultazioni e le modalità di partecipazione e di tutela degli utenti;
- la presenza di un sistema di prevenzione degli infortuni, di promozione delle attività in favore della salute e sicurezza degli operatori e di prevenzione di atti di violenza contro gli operatori;

Allegati

Il POAS, i cui contenuti sono stati sopra descritti, dovrà essere corredato dai seguenti allegati:

- parere del Consiglio dei Sanitari (ove previsto) e del Collegio di Direzione;
- documentazione attestante l'avvenuta informazione preventiva, completa ed esaustiva con le OO.SS., nonché il relativo parere eventualmente espresso;
- per gli Enti già sedi di Ospedale Universitario, documentazione attestante l'acquisizione del parere del Rettore;
- cronoprogramma di attuazione, con indicazione delle date di attivazione e/o soppressione delle strutture che iniziano/cessano la loro attività. La cessazione deve essere comunque prevista entro il 30 giugno 2024;
- atti istitutivi dei Distretti.

4. Modalità di adozione del POAS e Formalizzazione della richiesta di approvazione tramite Poas web

Con il medesimo provvedimento del Direttore Generale, sono approvati separatamente:

- Parte descrittiva, unitamente agli allegati indicati nel paragrafo precedente;
- Organigramma POAS 2022-2024.

La presentazione dei POAS alla DG Welfare per il controllo di competenza deve essere effettuato tramite la piattaforma POAS Web, che consentirà altresì la creazione dell'organigramma.

La revisione della piattaforma POAS Web nasce dall'esigenza di centralizzare e automatizzare la compilazione e il successivo invio dei Piani di Organizzazione Aziendale da parte degli Enti a Regione Lombardia ai fini dell'approvazione degli stessi.

L'applicativo si propone di facilitare gli Enti nella redazione degli assetti limitando i possibili errori (workflow di caricamento, validazione, protocollazione) e di velocizzare il procedimento di monitoraggio dei passaggi necessari all'approvazione da parte della Giunta regionale.

La compilazione avverrà attraverso apposite maschere che guideranno l'inserimento del POAS nell'ordine previsto; al termine dell'inserimento l'applicativo genererà il relativo organigramma che rappresenta graficamente il modello organizzativo e l'afferenza delle strutture.

CAPITOLO II - MODELLO ORGANIZZATIVO ED ARTICOLAZIONE DELLE STRUTTURE

1. Il modello organizzativo

Il modello organizzativo individuato e sviluppato nel POAS deve evidenziare i rapporti esistenti tra gli Organi, gli Organismi, le Strutture (articolate nelle diverse tipologie), i Soggetti istituzionali, gli Stakeholders, ecc.

La realizzazione dei principi previsti dalla normativa indirizza l'organizzazione verso l'approntamento di nuovi modelli che, accanto alla tradizionale relazione univoca verticale, vedono la significativa presenza di relazioni funzionali trasversali alle diverse componenti di area sanitaria, sociosanitaria e amministrativa. Questa molteplicità di relazioni si rende necessaria per garantire un costante raccordo tra gli ambiti di responsabilità delle Direzioni

strategiche aziendali e per realizzare la piena integrazione delle conoscenze e delle risorse umane, strumentali, logistiche ed economiche, finalizzate a realizzare il nuovo modello sociosanitario.

All'art. 17 bis del D.lgs. n. 502/1992 è stabilito che l'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa delle attività delle Aziende sanitarie. Il modello di organizzazione dipartimentale, pur continuando a rappresentare il modello aziendale di riferimento, deve tuttavia essere adattato alle esigenze di forte integrazione e interrelazione tra le diverse componenti organizzative. I Dipartimenti si devono caratterizzare come strumento operativo in linea con le diverse componenti della Direzione Strategica, con funzioni programmatiche, gestionali e di coordinamento delle attività sanitarie, sociosanitarie e amministrative.

Nel POAS possono essere previste le seguenti tipologie di Strutture:

- Dipartimenti gestionali;
- Dipartimenti funzionali;
- Dipartimenti funzionali interaziendali;
- Strutture Complesse (SC);
- Strutture Semplici Dipartimentali (SSD) e/o Strutture Semplici Distrettuali (SD);
- Strutture Semplici (SS).

Tradizionalmente il Dipartimento aggrega unità operative omogenee, complementari ed affini ed è finalizzato a favorire la razionalizzazione, semplificazione e qualificazione delle attività, attraverso l'integrazione ed il coordinamento delle funzioni, nel rispetto dell'autonomia e della responsabilità gestionale dei dirigenti.

Il ruolo del Dipartimento è quello di garantire rapporti continui con la Direzione Strategica, di cui costituisce strumento operativo diretto, e con il quale strettamente collabora per il coordinamento e l'integrazione dei processi sanitari ed amministrativi necessari alla realizzazione della mission aziendale.

2. I Dipartimenti

I Dipartimenti possono avere ruolo gestionale o funzionale.

I Dipartimenti gestionali sono individuati nell'ambito di aree fortemente omogenee e hanno la finalità prevalente di razionalizzare e gestire le risorse al loro interno, nel rispetto degli obiettivi attribuiti dalla Direzione aziendale. Ad essi afferiscono di norma intere unità organizzative, ma può essere loro assegnato anche il coordinamento funzionale di alcuni settori di attività svolta da unità esterne al Dipartimento stesso e fortemente affini all'attività prevalente svolta nel Dipartimento di cui trattasi (in questo ultimo caso, oltre al prevalente ruolo gestionale il Dipartimento svolge anche un residuale ruolo di coordinamento funzionale).

In particolare, i Dipartimenti gestionali aggregano gerarchicamente e gestionalmente le strutture sotto il profilo delle attività, delle risorse umane e tecnologiche impiegate ed hanno il compito di:

- ottimizzare l'uso delle risorse assegnate sia materiali (posti letto, spazi, apparecchiature) che professionali;

- promuovere e monitorare il corretto svolgimento delle attività cliniche o tecnico-amministrative svolte dalle Strutture afferenti;
- monitorare l'appropriatezza e l'efficacia delle prestazioni, la qualità dell'assistenza fornita e le modalità di presa in carico delle persone croniche e fragili;
- partecipare alla valutazione dei bisogni di formazione del personale, alla progettazione degli interventi formativi ed eventualmente alla loro gestione, organizzando l'attività formativa e didattica.

Nel caso di processi trasversali di particolare complessità anche sotto il profilo delle risorse da coinvolgere, l'attività da svolgere può essere organizzata in Dipartimenti funzionali (qualora ricomprendano ampie aree di competenza).

In particolare, i Dipartimenti funzionali aggregano funzionalmente strutture sia semplici che complesse non omogenee, interdisciplinari, appartenenti a direzioni e/o dipartimenti diversi, al fine di realizzare obiettivi comuni e/o programmi di rilevanza strategica e devono:

- facilitare l'integrazione tra le risorse messe a disposizione dalle varie Strutture per la realizzazione del processo che devono governare;
- confrontarsi costantemente con i responsabili degli altri Dipartimenti/Strutture nel rispetto delle indicazioni fornite dalla Direzione Aziendale;
- monitorare le prestazioni rese, sia dal punto di vista quantitativo sia qualitativo, al fine di perseguire gli obiettivi aziendali assegnati.

Aspetti organizzativi strettamente correlati alla presenza delle Università nei Poli didattici negli enti interessati sono concordati tra i singoli Enti e le Università, secondo la normativa nazionale e regionale vigente, privilegiando modelli organizzativi dipartimentali che sviluppino congiuntamente l'attività assistenziale, didattica e di ricerca, al fine di assicurare il più alto livello di coerenza tra prestazioni diagnostiche e terapeutiche e le attività didattico – scientifiche.

I dipartimenti aggregano di norma un numero minimo di quattro strutture complesse.

La valutazione sull'ottimale composizione dell'organizzazione dipartimentale compete all'autonomia aziendale secondo le presenti linee guida.

Si richiama la vigente disciplina relativa alla costituzione e funzionamento dei Dipartimenti sia con riguardo agli Organi che ai Regolamenti di dipartimento.

3. Dipartimenti funzionali Interaziendali.

Ai fini del mantenimento dello sviluppo di processi trasversali intra-aziendali, sono salvaguardate le forme già strutturate di collaborazione tra ASST ed IRCCS, finalizzate a supportare organizzativamente alcune reti clinico-assistenziali e alcuni servizi interaziendali, per garantire percorsi clinici integrati.

I Dipartimenti interaziendali devono essere proposti e approvati dalle rispettive Direzioni, devono essere normati da apposito regolamento che preveda anche le modalità di retribuzione del Direttore di Dipartimento; gli obiettivi del Dipartimento interaziendale devono essere condivisi dalle Direzioni di ciascun Ente ed attribuiti formalmente alle Direzioni di Dipartimento.

In particolare, il Dipartimento interaziendale assicura:

- la definizione del ruolo e dei compiti di ciascuna struttura afferente al dipartimento;
- la condivisione di PDTA e protocolli di diagnosi e cura;
- le modalità di invio dei pazienti tra le diverse strutture al fine di assicurare l'unitarietà dei percorsi di cura;
- le modalità di collaborazione tra professionisti;
- l'utilizzo condiviso di strumentazioni e tecnologie, ove previsto;
- l'utilizzo integrato di risorse professionali, ove previsto;
- le modalità di formazione degli operatori;
- le modalità di monitoraggio degli esiti.

Il Dipartimento interaziendale deve essere descritto in modo univoco nei POAS degli Enti che vi partecipano e rappresentato, con tutte le strutture afferenti anche se appartenenti ad Enti diversi, nell'organigramma di ciascun Ente che lo prevede.

4. Strutture Complesse (SC)

Ai fini delle presenti linee guida sono definite Strutture Complesse le articolazioni aziendali che posseggono i requisiti strutturali e funzionali di rilevante importanza e che necessitano di competenze multiprofessionali e specialistiche per l'espletamento delle attività ad esse conferite.

Le SC sono individuabili sulla base dell'omogeneità delle prestazioni e dei servizi erogati, dei processi gestiti e delle competenze specialistiche richieste.

La complessità della Struttura viene di norma valutata secondo i seguenti parametri:

- consistenza delle risorse gestite;
- complessità dell'articolazione organizzativa;
- strategicità dell'attività svolta, anche in considerazione delle relazioni con altre Istituzioni e con il Territorio.

5. Strutture Semplici Dipartimentali (SSD) e/o Strutture Semplici Distrettuali (SD)

Sono Strutture che, pur non possedendo le medesime caratteristiche di complessità e di rilevanza di una SC, posseggono autonomia gestionale e organizzativa e afferiscono gerarchicamente al Dipartimento/Distretto in ragione del carattere e trasversale e strumentale rispetto alle attività delle altre strutture afferenti al medesimo dipartimento/distretto.

6. Strutture Semplici (SS)

Sono articolazioni organizzative afferenti ad una SC o ad una Direzione Aziendale, con gestione di risorse specifiche formalmente attribuite dal Direttore sovraordinato.

Con provvedimento del Direttore Generale sono definite le funzioni, le responsabilità ed i livelli di autonomia delle SS.

Nella redazione dei POAS gli Enti sono tenuti ad adottare soluzioni organizzative di razionalizzazione delle SS, tali da differenziare in modo corretto i ruoli gestionali rispetto ai ruoli professionali, ad invarianza della spesa complessiva e nel pieno rispetto di quanto previsto dalla normativa contrattuale di riferimento.

Qualora non vi fosse attribuzione di risorse umane, sarà opportuno privilegiare incarichi di funzione di altissima professionalità e specializzazione, rispetto all'istituzione di strutture semplici, nei termini indicati dall'art. 18 del CCNL dell'Area della Sanità 2016-2018. Si ricorda a tale proposito che l'incarico professionale di altissima professionalità è un'articolazione funzionale che assicura prestazioni di altissima professionalità e specializzazione, anche con la collaborazione di risorse umane e l'utilizzo di risorse tecnologiche e funzionali necessarie per l'uso discrezionale ed appropriato di conoscenze e strumenti specialistici.

CAPITOLO III - ASSETTO ORGANIZZATIVO GENERALE

Gli Enti interessati definiscono nei POAS la presenza strutturata di articolazioni organizzative dedicate alle diverse aree di attività loro affidate, con particolare riguardo a quelle previste dalla normativa vigente.

Si precisa che l'articolazione delle Aree di seguito individuate non costituisce un'indicazione in termine di afferenze gerarchiche, bensì una aggregazione per rendere più comprensibile e ordinata la struttura del presente documento.

Organismi

Sono articolazioni che svolgono una funzione abitualmente priva di ruolo gestionale, di norma previsti e disciplinati dalla legge, il cui funzionamento è disciplinato generalmente da Regolamenti aziendali, ai quali sono riconducibili specifiche attività.

1. Ufficio di Pubblica Tutela (UPT)

Secondo quanto disposto dalla L.R. 3/2008 e dalla DGR VIII/10884 del 23/12/2009, l'Ufficio Pubblica Tutela, autonomo ed indipendente, opera al di fuori di ogni rapporto di gerarchia con l'Azienda ed è istituito ai fini della tutela dei diritti dei cittadini rispetto ad azioni o omissioni nell'esercizio delle attività di competenza dell'Azienda e/o dei servizi sanitari e sociosanitari presenti sul territorio.

L'Ufficio Pubblica Tutela (UPT) assolve in particolare ai compiti di:

- consulenza sui diritti dei cittadini;
- ascolto e accoglienza di reclami per segnalazioni di disservizi e di insoddisfazioni;
- attivazione di ulteriore istruttoria qualora l'utente non si ritenga soddisfatto dalla risposta fornita dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico (U.R.P.);
- verifica che l'accesso alle prestazioni rese dalle Unità di offerta avvenga nel rispetto dei diritti degli utenti e alle condizioni previste dalla Carta dei Servizi.

L'UPT collabora con l'Ufficio Relazioni con il Pubblico e con l'Ufficio Comunicazione aziendale e relazioni esterne al potenziamento di ogni utile iniziativa rivolta all'umanizzazione dell'assistenza sanitaria, al mantenimento delle corrette relazioni con i cittadini e alla redazione della Carta dei Servizi; ha accesso agli atti necessari allo svolgimento dei compiti istituzionali e per essi non può essere opposto il segreto d'ufficio.

2. Nucleo di Valutazione delle Performance

Il Nucleo di Valutazione delle Performance è un organismo di verifica che risponde direttamente al Direttore Generale e si raccorda con l'Organismo Indipendente di Valutazione Regionale. È costituito da tre componenti esterni nominati secondo modalità e criteri definiti dalle disposizioni regionali.

Il Nucleo di Valutazione delle Performance verifica il rispetto del principio del merito e il funzionamento complessivo del sistema di valutazione della performance organizzativa e aziendale in coerenza con il sistema di programmazione regionale e gli obiettivi assegnati ai dirigenti e al personale del comparto.

Valuta la correttezza della misurazione del grado di raggiungimento delle performance aziendali e individuali del personale secondo i principi di merito ed equità; verifica la valutazione delle attività dei dipendenti del comparto titolari di incarichi di funzione e di coordinamento e verifica l'attuazione delle disposizioni normative in tema di trasparenza; verifica l'attuazione delle disposizioni normative in tema di anticorruzione.

3. Collegi Tecnici

I Collegi Tecnici, introdotti dall'art. 31 dei CC.CC.NN.LL. 08.06.2000 e poi confermati nel CCNL successivo, con particolare riferimento a quello del novembre 2005 - sono chiamati ad esprimere un giudizio "complessivo" dell'attività svolta dai Dirigenti, che tiene conto di un precedente lavoro di valutazione, effettuato da chi ha direttamente la responsabilità dei dirigenti.

I giudizi definitivi conseguiti dai dirigenti sono parte integrante degli elementi di valutazione per la conferma o il conferimento di qualsiasi tipo di incarico o per l'acquisizione dei benefici economici riguardanti l'indennità di esclusività.

SEZIONE II - LA DIREZIONE STRATEGICA

Sono componenti della Direzione strategica di ATS ed ASST il Direttore Generale, il Direttore Amministrativo, il Direttore Sanitario ed il Direttore Sociosanitario che coadiuvano il Direttore Generale, ciascuno con la propria specifica competenza, nelle funzioni di programmazione dell'attività aziendale e gestione delle risorse; esercitano le funzioni attribuite alle rispettive competenze e concorrono, con formulazione di proposte e di pareri, alla definizione ed al consolidamento delle linee strategiche.

CAPITOLO I - LA DIREZIONE GENERALE

1. Il Direttore Generale

Il Direttore Generale è organo aziendale, legale rappresentante dell'Azienda, al quale sono riservati tutti i poteri di gestione complessiva dell'Azienda.

Al Direttore Generale competono le funzioni di programmazione e controllo dell'Azienda.

Sono fatte salve le peculiarità degli IRCCS.

2. Le funzioni in staff alla Direzione Generale

Le funzioni della Direzione Generale sono individuate sulla base della normativa statale e regionale, della centralità del processo di programmazione, della strategicità e trasversalità delle funzioni svolte.

Nei POAS devono prevedersi le seguenti funzioni di staff:

Per le ATS:

- controllo di gestione;
- attività di prevenzione e protezione aziendale- spp;
- sistemi informativi;
- attività di comunicazione aziendale e relazioni esterne;
- medico competente ed attività di sorveglianza sanitaria del personale;
- avvocatura;
- ufficio relazione col pubblico (URP);
- risk management.

Per ASST ed IRCCS si aggiungono:

- gestione operativa – NextGenerationEU;
- qualità e risk management;
- funzioni di culto;
- Direzione delle Professioni Sanitarie e Sociosanitarie.

In tutte le Aziende deve essere altresì strutturato, a livello di Direzione Generale, il sistema dei controlli, della prevenzione della corruzione e trasparenza, nonché deve essere individuato un soggetto responsabile della Protezione dei Dati.

Nell'ambito delle Direzioni Generali di ATS è prevista la struttura di Epidemiologia.

L'elenco delle funzioni, così come sopra descritte, non corrisponde necessariamente ad una strutturazione organizzativa in SC/SS, ma risulta attinente alla specificità aziendale.

Si prevede, di norma, nell'ambito della Direzione Generale, un numero massimo di SC pari tre per le ATS.

Si prevede, di norma, nell'ambito della Direzione Generale delle ASST e IRCCS, un numero massimo di SC pari a quattro, alle quali si aggiunge il DAPSS, che di norma riveste carattere di struttura complessa.

2.1. Controllo di Gestione

Il Controllo di Gestione (o Controllo Direzionale) rappresenta uno dei principali meccanismi operativi per guidare la gestione verso la realizzazione della mission aziendale.

Sostiene la Direzione Strategica nella formulazione e nell'articolazione degli obiettivi programmatici, presidia il processo di monitoraggio e valutazione del conseguimento dei risultati attesi sia durante la gestione che al suo termine. Agisce per massimizzare la capacità dell'organizzazione di perseguire con successo le proprie finalità, anche attraverso la promozione di azioni correttive nelle diverse articolazioni aziendali.

Principali funzioni: gestione del processo di budget, costruzione di sistemi di reporting integrato (area economica e performance aziendale) trasversale alle diverse aree aziendali (amministrative, sanitarie, sociosanitarie), coordinamento dei sistemi di rilevazione dei dati di costo e di attività al fine di produrre la reportistica aziendale di supporto ai processi decisionali dell'intera organizzazione attraverso la contabilità analitica per centri di responsabilità/costo (trimestrale, annuale e conti economici di presidio), predisposizione del Modello LA, Piano delle Performance.

Con le innovazioni apportate dalla l.r. 23/2015, il Controllo di gestione rinforza il suo ruolo di staff trasversale alle diverse direzioni e strutture aziendali, favorendo lo sviluppo di una logica trasversale dei sistemi di programmazione e coordinamento, lo sviluppo di un coerente sistema di informazione/indicatori che integri le misure classiche con quelle di processo/risultato/outcome/esito in una visione multidimensionale.

La struttura Controllo di Gestione delle ATS collabora con i competenti uffici della DG Welfare di Regione Lombardia in funzione del concorso all'attuazione del monitoraggio della spesa da parte delle ASST di riferimento delle singole ATS, nel quadro degli obiettivi definiti dalle regole annuali di gestione.

2.2. Attività di Prevenzione Protezione Aziendale

Il Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale supporta la Direzione Generale nell'individuazione dei rischi, nella loro valutazione e nell'elaborazione del Documento di Valutazione dei Rischi.

È l'unità tecnica per l'attuazione delle politiche di prevenzione e protezione, svolge compiti e funzioni previsti dalla normativa vigente ed esplicitati dall'art. 33 del D. Lgs. 81/08, collabora con le diverse figure istituzionali dell'Azienda, con i responsabili delle Strutture organizzative e con i Coordinatori, nell'individuazione e nell'analisi dei fattori rischio, nella predisposizione di misure di prevenzione e protezione, nella definizione dei sistemi di controllo di tali misure, nella definizione di procedure di sicurezza che hanno rilevanza ai fini della salute e sicurezza del lavoro.

Il Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale possiede competenze tecniche per:

- garantire l'applicazione del D.M.19/03/2015 nell'organizzazione della Gestione delle Emergenze e delle Squadre Antincendio, nella pianificazione delle prove di evacuazione e nella formazione degli operatori;

- svolgere, ai sensi dell'art. 4 dell'allegato al D.M. 6/09/1994, attività di controllo e coordinamento di tutte le attività manutentive che possono interessare i materiali di amianto, predisponendo e garantendo il rispetto di efficaci misure di sicurezza, e fornendo una corretta informazione;
- gestire il rapporto assicurativo INAIL delle apparecchiature Radiologiche e sostanze radioattive (L. n. 93 del 20.02.1958).

2.3. Sistemi Informativi Aziendali

Il sistema informativo aziendale deve sempre più facilitare il lavoro quotidiano degli operatori sanitari e consentire la condivisione di tutte le informazioni necessarie alla prevenzione e alla cura dei cittadini. Lo sviluppo dei sistemi informativi è rivolto al potenziamento della funzione di governo e di coordinamento, e deve consentire di verificare e monitorare ciò che viene erogato.

In particolare il sistema informativo aziendale è collocato in staff alla Direzione Generale al fine di:

- avere completa visibilità delle diverse iniziative aziendali;
- di favorire l'azione di supporto alla gestione di tutte le attività dell'azienda nelle sue molteplici funzioni;
- di garantire un raccordo funzionale con tutte le strutture erogatrici dell'Azienda.

Fra i suoi principali compiti specifici rientrano:

- l'adeguamento costante del sistema informativo per il controllo di tutti i dati aziendali, finalizzati sia al soddisfacimento delle necessità informative e gestionali dell'Azienda;
- la pianificazione e programmazione delle proprie attività per il pieno soddisfacimento del debito informativo dell'azienda nei confronti di Regione, dei Ministeri e di ogni altra Istituzione che ne abbia titolo;
- l'allineamento delle diverse anagrafiche (assistiti, strutture...) in raccordo con le iniziative a livello regionale e nazionale, facilitando la fruizione da parte di tutti gli enti del proprio territorio;
- l'integrazione delle basi dati, anche mediante il raccordo con i portali regionali;
- lo sviluppo di adeguati strumenti di business intelligence;
- il supporto alle analisi di epidemiologia;
- il coordinamento degli interventi per la sicurezza informatica;
- il coordinamento degli interventi per la sicurezza del trattamento dei dati personali, con particolare riferimento a quelli archiviati su supporti informatici;
- l'attuazione delle linee strategiche per la riorganizzazione e la transizione alla modalità operativa digitale ai sensi del D.lgs. 7 marzo 2005 n.82 "Codice dell'amministrazione digitale" e s.m.i..

Nelle ASST risulta preferibile la sua configurazione in Struttura Complessa.

2.4. Attività di comunicazione aziendale e relazioni esterne

La funzione di Comunicazione aziendale e relazioni esterne ha compiti di:

- promuovere la comunicazione istituzionale e lo sviluppo delle attività dell'Ente favorendone l'integrazione con le Istituzioni e con gli Stakeholder;
- organizzare le attività di promozione dell'immagine dell'Azienda e promuovere i processi interni di informazione e semplificazione delle procedure di accesso;
- svolgere attività di informazione rivolta ai mezzi di comunicazione di massa, attraverso stampa, audiovisivi e strumenti telematici;
- coordinare le pubblicazioni editoriali per il pubblico (Carta dei Servizi, materiale informativo) anche multimediali quali Internet ed Intranet;
- assicurare il raccordo con gli uffici comunicazione dell'Assessorato e della DG Welfare per i fatti di potenziale rilevanza mediatica.

L'Ufficio lavora in stretta sinergia, collaborazione e confronto con l'Ufficio Relazioni con il Pubblico, l'Ufficio Pubblica Tutela e le Associazioni di volontariato.

2.5. Medico competente ed Attività di sorveglianza sanitaria del personale

Ove previste dalla programmazione regionale, le Unità Operative di Medicina del lavoro UOOML collaborano con la Direzione Sanitaria all'ottimizzazione dei protocolli di indagine per l'esecuzione degli accertamenti chimico clinici a carico dei lavoratori, alla definizione dei criteri di idoneità delle diverse figure professionali alle specifiche mansioni e al reinserimento lavorativo dei lavoratori inidonei alla mansione attribuita o disabili o, comunque, con ridotta capacità lavorativa.

Promuovono e facilitano l'emersione delle malattie professionali anche attraverso la collaborazione con i Medici competenti e con i Servizi di Prevenzione e Protezione Aziendali.

L'attività di sorveglianza sanitaria del personale che lavora negli Enti interessati è normata dagli articoli 41 e 42 del D. Lgs. 81/2008 ed è effettuata dai Medici Competenti appositamente incaricati dal Direttore Generale.

A discrezione della Direzione aziendale, i Medici Competenti possono essere coordinati in un'unica struttura: il Direttore Generale individua in tal caso, con atto formale, il Coordinatore dei Medici Competenti.

I Medici Competenti devono possedere i requisiti previsti nell'art. 38, e svolgono le attività contenute negli articoli 25 e 40 del D. Lgs. 81/2008.

Nei Poli didattici universitari, previo accordo tra Azienda e Università, l'attività di sorveglianza sanitaria può essere estesa anche ai frequentatori e agli studenti della Facoltà di Medicina e Chirurgia e negli Enti che ospitano il Corso di Formazione in Medicina Generale può essere estesa agli studenti del corso.

Il Servizio assicura l'analisi, la valutazione e la gestione dei fattori di rischio legati all'impiego delle radiazioni ionizzanti in campo medico (ove presenti) nei confronti del personale e dell'ambiente. Si occupa in generale del rischio da agenti fisici da radiazioni ionizzanti, dei conseguenti obblighi individuati a carico del Datore di Lavoro dalla normativa vigente (DL 230/1995 e s.m.i. e DL 81/2008 e s.m.i.), compresa l'organizzazione e lo svolgimento delle attività connesse con la sorveglianza fisica della radioprotezione.

2.6. Avvocatura

Cura la rappresentanza e la difesa in giudizio dell'amministrazione avanti la magistratura ordinaria, amministrativa e contabile.

L'avvocatura provvede in particolare:

- alla tutela legale dei diritti e degli interessi dell'amministrazione;
- alla difesa in giudizio dell'amministrazione;
- a formulare al Direttore Generale richieste e proposte in ordine all'eventuale affidamento di incarichi a legali esterni, quando questo si renda necessario con riferimento alla specificità delle materie trattate o al livello della sede giurisdizionale, e quando i giudizi si svolgono fuori dalla circoscrizione di competenza.

L'avvocatura, ove costituita, deve essere collocata in staff al Direttore Generale onde assicurarne la necessaria autonomia professionale.

È salvaguardata, laddove presente, la sua configurazione in SC aggiuntiva.

2.7. Epidemiologia

La funzione della Struttura, semplice o complessa, di epidemiologia, che dipende gerarchicamente dalla Direzione Generale ATS, riguarda l'analisi e il monitoraggio epidemiologico-statistico della salute della popolazione, dei processi organizzativi e dell'appropriatezza del sistema socio-sanitario.

Nella visione avviata dalla legislazione vigente diventano prioritarie e determinanti alcune funzioni specifiche:

- analisi della domanda e supporto alla definizione del disegno di nuovi scenari organizzativi;
- sviluppo di programmi di valutazione della appropriatezza e degli esiti delle procedure/cure/ trattamenti/utilizzo di device clinici, mediante trial di popolazione basati sui flussi informativi correnti, con nuovi approcci statistico-epidemiologici;
- monitoraggio della salute della popolazione e di misure di accessibilità ai servizi, finalizzate a identificare eterogeneità e scostamenti dai valori di riferimento.

Al fine di garantire tali funzioni strategiche, all'interno della Unità di epidemiologia devono essere sviluppati i seguenti ambiti di attività, garantendo le capacità e competenze necessarie:

- performance ospedaliera e sistemi di monitoraggio;
- supporto alle attività dei dipartimenti ATS;
- sistemi integrati di analisi territoriale;
- supporto e integrazione alle reti clinico assistenziali e organizzative;
- modelli di integrazione dei sistemi socio-sanitari e sociali;
- sviluppo di metodi e ricerca operativa.

Per svolgere le sue funzioni, l'Unità di epidemiologia opera in coordinamento funzionale coi vari Dipartimenti/Unità dell'ATS - inclusi i sistemi informativi aziendali, il controllo di gestione, e l'ambito della formazione per lo sviluppo delle competenze.

È inoltre importante il collegamento della Unità di epidemiologia con Università, centri di ricerca e altre realtà del territorio, che possiedono competenze statistico-epidemiologiche, dati o informazioni necessarie alle attività dell'ATS.

Le Unità di Epidemiologia lavorano in raccordo con l'Osservatorio Epidemiologico Regionale.

2.8. Responsabilità della protezione dei dati

Ai sensi di quanto previsto dal nuovo regolamento europeo (GDPR) la Direzione dell'Ente individua il Responsabile per la Protezione dei Dati (R.P.D.) o Data Protection Officer (D.P.O), che ha il compito di supervisionare ed agevolare l'osservanza della disciplina sulla protezione dei dati personali e che deve acquisire e mantenere una competenza adeguata in materia e disporre delle necessarie risorse per lo svolgimento della propria attività, al fine di assicurare un adeguato livello di sicurezza dei dati trattati dall'Ente.

2.9. Gestione operativa – NextGenerationEU

La *Gestione operativa – NextGenerationEU* è la struttura deputata alla massimizzazione della produttività delle piattaforme della ASST sia del polo ospedaliero (pronto soccorso, degenze, sale operatorie e ambulatori) sia del polo territoriale (centri vaccinali, consultori, Case della Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali).

Supporta la Direzione Strategica nel processo di pianificazione che declina gli obiettivi di produzione per le unità operative. Sulla base di questi ultimi effettua la programmazione della produzione, sviluppa gli strumenti di monitoraggio dei target assegnati e propone interventi correttivi in base all'andamento della domanda e delle performance delle unità operative.

Sviluppa e gestisce l'implementazione dei progetti di miglioramento organizzativo nell'ambito dell'erogazione dei servizi e dei percorsi di presa in carico e cura dei pazienti della ASST.

Nell'ambito della gestione dei progetti innovativi è incaricata del coordinamento, monitoraggio e rendicontazione dell'implementazione degli interventi PNRR relativi al programma *NextGenerationEU* nell'ambito della ASST.

Partecipa trasversalmente all'attività di programmazione aziendale effettuata dalla Direzione Strategica per quanto attiene l'organizzazione del polo ospedaliero e territoriale.

La struttura, semplice o complessa a seconda del grado di sviluppo e di maturità specifico della ASST, trova collocazione in staff alla Direzione Generale ed è preferibilmente suddivisa in aree corrispondenti alle piattaforme produttive di cui si occupa.

Il funzionamento della struttura necessita di conoscenze e competenze multidisciplinari (organizzativo-gestionali, tecniche, amministrative, igienico-sanitarie, clinico-assistenziali) e della creazione di una rete con le strutture della Direzione Strategica e i Dipartimenti.

2.10. Qualità – Risk management

Le seguenti indicazioni sono riferite prevalentemente alle ASST e alle Fondazioni IRCCS e sono adattabili alle specifiche attività delle ATS per le funzioni di competenza.

Il miglioramento continuo della qualità e della sicurezza dei servizi offerti all'utenza e le azioni finalizzate a gestire e governare i rischi connessi alle attività cliniche e assistenziali sono responsabilità fondamentale di tutti gli operatori e, in particolare delle funzioni di responsabilità e di coordinamento a livello dipartimentale e di struttura, ognuno per lo specifico ruolo e la relativa competenza.

Nel rispetto delle indicazioni regionali emanate in materia si ritiene utile riunire in un'unica struttura le attività di gestione della Qualità con quelle preposte al Risk Management di cui al par. 3.2.5 al fine di favorire il coordinamento di tutte le azioni svolte a vario titolo dalle strutture aziendali, di perseguire il miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure erogate, e di governare e ridurre quanto più possibile il rischio clinico.

Il Responsabile di tale Struttura, in piena collaborazione con tutte le strutture dell'azienda, offre un supporto metodologico e tecnico specialistico alle medesime e coordina la stesura e lo sviluppo di programmi e piani integrati di miglioramento aziendale.

In particolare:

- promuove lo sviluppo di strumenti e metodologie di miglioramento della qualità in tutti i processi aziendali;
- promuove percorsi di accreditamento professionale;
- monitora i processi nonché la qualità delle prestazioni e dei servizi resi, allo scopo di migliorare la loro efficacia;
- sviluppa strumenti di valutazione e di riesame dei processi per conto della direzione strategica;
- sviluppa strumenti di clinical governance in sinergia con le Direzioni Sanitarie e Sociosanitarie;
- promuove percorsi di certificazione per il miglioramento della qualità;
- sviluppa sistemi di audit interni verso l'implementazione di un approccio nella gestione dei processi focalizzato sullo sviluppo, l'attuazione e il miglioramento dell'efficacia dei Sistemi di Gestione della Qualità.

La struttura Qualità è coinvolta nella predisposizione e nel monitoraggio del processo di budget per quanto attiene agli obiettivi strettamente correlati ai processi di miglioramento della qualità, collaborando attivamente con le Strutture che gestiscono il processo di budgeting.

La L. n. 24 dell'8/3/2017 (disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie) all'art.1 qualifica la sicurezza delle cure come parte costitutiva del diritto alla salute e precisa che essa si realizza mediante le attività di risk management a cui concorre tutto il personale, compresi i liberi professionisti che operano in regime di convenzione, e mediante l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche ed organizzative.

La L. n. 208 del 28/12/2015 (Legge di stabilità) all'art.1 commi 538-545 dettava già disposizioni inerenti al Risk Management che si intendono qui integralmente richiamate.

Vengono inoltre confermate le funzioni del Gruppo di coordinamento per l'attività di gestione del rischio e del Comitato valutazione sinistri.

La corretta gestione dei sinistri in proprio implica l'espletamento, tra le altre, delle seguenti attività di competenza:

- organizzazione della raccolta di informazioni;
- valutazione delle responsabilità;
- valutazione delle tipologie ed entità di danni;
- proposta di definizione del sinistro;
- integrazione dei data base esistenti e quantificazione dell'accantonamento a bilancio.

La funzione di Risk Management viene svolta dal Risk Manager. Nel rispetto delle indicazioni regionali si prevede di riunire in un'unica struttura le attività di gestione della Qualità con quelle preposte alla gestione di Risk Management.

Questa funzione collabora strettamente anche con la Medicina legale e con l'Avvocatura, ove presente in Azienda, o con la Struttura competente per gli affari generali per:

- individuare strumenti ed azioni per la riduzione dei danni al paziente, al patrimonio e per la riduzione del contenzioso legale;
- definire le strategie per migliorare i rapporti con l'utenza e l'immagine dell'Azienda;
- sostenere l'attività professionale degli operatori nell'ambito della prevenzione dei rischi;
- supportare la direzione regionale nel definire i piani per contenere i costi assicurativi.

La funzione di Risk Management si occupa di implementare strumenti di gestione reattiva e proattiva per l'individuazione e la valutazione del rischio clinico attraverso l'individuazione delle criticità e delle strategie per la riduzione dei danni al paziente, al patrimonio e per concorrere alla riduzione del contenzioso legale.

Questa funzione, attraverso la stesura di piani annuali di risk management, deve favorire una strategia di "compliance" degli operatori alle strategie della Direzione, tramite l'utilizzo di metodi, strumenti e iniziative di formazione e aggiornamento continuo tese all'identificazione e gestione dei rischi clinici, assistenziali ed organizzativi su tutti i processi amministrativi, sanitari e sociosanitari dell'azienda. Nell'ambito del Gruppo di coordinamento del rischio sviluppa sistemi integrati di risk management con altre aree di sicurezza dell'azienda in un'ottica olistica ed integrata dei sistemi di sicurezza aziendali ai fini della sicurezza degli utenti e degli operatori.

La struttura preposta al sistema di Gestione della Qualità e Risk Management è funzione strategica in staff alla Direzione Generale e opera in sinergia con le direzioni amministrativa, sanitaria e sociosanitaria nell'ambito del miglioramento della qualità dei rispettivi ambiti, risulta preferibile la sua configurazione in struttura complessa.

2.11. Ufficio Relazioni con il Pubblico

Ai sensi della L. n. 150/2000, l'attività dell'Ufficio per le Relazioni con il Pubblico è indirizzata ai cittadini, singoli e associati.

L'ufficio ha il compito di:

- garantire l'esercizio dei diritti di informazione, di accesso e di partecipazione di cui alla L. 07.08.1990, n. 241 e s.m.i.;
- agevolare l'utilizzazione dei servizi offerti ai cittadini, anche attraverso l'illustrazione delle disposizioni normative e amministrative e l'informazione in ordine alle strutture ed alle relative competenze; si conferma l'utilità della carta dei servizi quale strumento di tutela dei cittadini;
- promuovere l'adozione di sistemi di interconnessione telematica;
- attuare, mediante l'ascolto dei cittadini e la comunicazione interna, i processi di verifica della qualità dei servizi e di gradimento degli stessi da parte degli utenti;
- garantire la reciproca informazione tra l'ufficio delle relazioni con il pubblico e le strutture degli enti interessati, nonché fra gli uffici per le relazioni con il pubblico delle varie amministrazioni.

2.12. Funzioni di culto

I pazienti ricoverati nelle ASST possono ricevere assistenza religiosa su richiesta (propria o dei parenti/caregiver) o durante il servizio di visita periodica da parte dei ministri di culto (ove previsto) possibilmente in luoghi diversi per cattolici e per altre religioni: la Direzione deve mettere a disposizione "idonei locali" per l'esercizio della libertà religiosa e per l'adempimento delle pratiche di culto.

Il ministro di culto o il rappresentante della comunità religiosa assicura un'assistenza morale su base volontaria e chi garantisce il servizio deve essere chiaramente identificabile; l'accesso alle UO viene autorizzato dal Direttore Generale ed effettuato nel rispetto delle regole stabilite dalla Direzione Medica Ospedaliera e dall'Unità Operativa dove il paziente è ricoverato.

3. Dipartimento programmazione, accreditamento, acquisto prestazioni sanitarie e sociosanitarie (PAAPSS)

Nel Dipartimento per la programmazione, accreditamento, acquisto delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie (Dipartimento PAAPSS) si concentrano le funzioni strategiche e trasversali legate alla programmazione, all'istruttoria dell'accREDITamento, alla negoziazione e all'acquisto delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie.

Il Dipartimento effettua anche le funzioni di controllo sugli erogatori sanitari e sociosanitari pubblici e privati, in collegamento funzionale e secondo le indicazioni fornite dalla Agenzia di controllo del sistema sociosanitario lombardo, che ne coordina l'attività verificando la corretta applicazione dei propri protocolli.

Il Dipartimento è in linea gerarchica diretta del Direttore Generale di ATS e in caso di esigenze specifiche puntualmente motivata è possibile l'afferimento al Direttore Sanitario

Il Dipartimento è diretta espressione della Direzione Strategica, concorre all'attuazione della programmazione definita dalla Regione relativamente al territorio di propria competenza, al fine di assicurare, con il concorso di tutti i soggetti erogatori accreditati, i LEA ed eventuali livelli aggiuntivi definiti dalla Regione.

Il modello organizzativo non può essere rigidamente definito, ma deve tener conto delle caratteristiche di ciascun territorio (quali, ad esempio, conformazione territoriale,

numerosità di soggetti erogatori presenti, esperienze maturate, ecc.), individuando comunque le corrette modalità per realizzare un fattivo coordinamento tra le diverse unità organizzative del dipartimento, pur nella specificità dei comparti sanitario e sociosanitario.

All'interno del disegno programmatico complessivo della ATS, il Dipartimento PAAPSS opera in stretto raccordo ed integrazione con il Dipartimento della programmazione per l'integrazione delle prestazioni sociosanitarie con quelle sociali (Dipartimento PIPSS) e con il Dipartimento delle cure primarie delle ASST.

Lo strumento della negoziazione con le strutture sanitarie e sociosanitarie può costituire, infatti, una leva efficace per responsabilizzare gli erogatori nella realizzazione del percorso di cura, integrato multidisciplinare, della continuità delle cure, dell'appropriatezza della presa in carico.

Il controllo e il governo della domanda (Dipartimento PIPSS) e dell'offerta sanitaria e sociosanitaria (Dipartimento PAAPSS) operano pertanto in modo sinergico, anche attraverso la condivisione degli strumenti di rilevazione e analisi dei dati epidemiologici e l'elaborazione di analisi integrate dell'offerta e dei bisogni orientate, in particolare, alla programmazione territoriale.

Nel Dipartimento PAAPSS sono presenti professionalità appartenenti ai diversi ruoli sanitario, amministrativo, tecnico e professionale.

Le principali funzioni che devono essere garantite sono:

- programmazione e progettazione territoriale e realizzazione della rete dell'offerta dei servizi sanitari e sociosanitari attraverso la contrattualizzazione degli erogatori;
- acquisto delle prestazioni dagli erogatori, secondo tariffe approvate dalla Regione, con formulazione dei contratti secondo le indicazioni e gli schemi regionali;
- abilitazione/autorizzazione all'esercizio ed all'istruttoria dell'accreditamento delle strutture sanitarie e delle unità d'offerta sociosanitarie;
- vigilanza in merito al possesso e al mantenimento dei requisiti di esercizio e di accreditamento delle strutture sanitarie e delle unità d'offerta sociosanitarie anche in riferimento all'equità di accesso, secondo le modalità e le scadenze previste dai propri piani di controllo annuali e dal piano predisposto dall'Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario Lombardo;
- controllo dell'appropriatezza delle prestazioni e dei servizi erogati, sia in ambito sanitario che sociosanitario, secondo le modalità e le scadenze previste dai propri piani di controllo annuali e dal piano predisposto dall'Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario Lombardo;
- controllo della qualità delle prestazioni erogate sia in ambito sanitario che sociosanitario;
- vigilanza sulle unità d'offerta sociali.

CAPITOLO II - SISTEMA DEI CONTROLLI, ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA

1. Internal Auditing

La funzione di Internal Auditing (IA) è allocata nella Direzione Generale al fine di assicurare autonomia, indipendenza di giudizio e obiettività delle rilevazioni, nonché in ragione del ruolo del Direttore Generale di guida e governo al conseguimento di obiettivi.

Viene confermata la necessità di attuare una netta segregazione delle funzioni con conseguente esclusione della sovrapposizione dell'incarico di RIA con lo svolgimento di attività di controllo di primo livello e, in generale, con incarichi di tipo gestionale.

Con riferimento inoltre alla compatibilità dell'incarico del RIA con quelli trasversali e affini, ovvero gli incarichi dell'Anticorruzione, dell'Area Legale (Affari generali) (con l'esclusione espressa del contenzioso), della Qualità, del Controllo di Gestione, del Risk Management e del Data Protection Officer, si raccomanda di procedere ad una oculata modulazione dell'incarico del RIA, al fine di assicurare che l'attività del RIA non assuma un carattere residuale ed ancillare rispetto ad altre attività prevalenti, con inevitabili conseguenze rispetto all'efficacia della funzione stessa.

Si ritiene "elettivo" il conferimento di un incarico esclusivo; resta salva la possibilità di cumulo di "alcune" tra le funzioni ritenute affini, a condizione che il RIA disponga comunque di una dotazione specifica di risorse interamente dedite all'attività di IA ed appositamente formate, adeguata a garantire l'assolvimento dei propri compiti.

2. Controlli Interni

A garanzia del rispetto dei principi di legittimità, trasparenza e di buona gestione nonché al fine di generare efficienza, efficacia ed economicità, gli Enti prevedono nei POAS l'esistenza dei singoli e peculiari sistemi di controllo, come disciplinati dalle specifiche disposizioni.

Accanto ai singoli controlli aziendali si affiancano le attività di vigilanza e controllo della Regione Lombardia, realizzati nell'interesse della collettività e della tenuta complessiva del sistema regionale. Il controllo e la vigilanza della Regione, di tipo preventivo, concomitante o successivo, si aggiunge e si avvale dei controlli interni delle aziende del sistema, in un'ottica di cooperazione nel comune interesse al miglioramento dei sistemi di gestione e controllo.

Nell'esercizio di tale attività è richiesta una stretta osservanza da parte delle aziende delle direttive e indirizzi impartiti dalla Regione.

Tale collaborazione tra Enti e Regione viene garantita anche attraverso l'individuazione di Responsabili aziendali della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT), che, all'interno di network regionali, si fanno garanti di un costante raccordo istituzionale in un'ottica di razionalizzazione dei sistemi e di coordinamento delle figure di controllo. Ai responsabili aziendali viene garantito un aggiornamento sulle tematiche di interesse e la partecipazione a forme di coordinamento e di lavoro congiunto (ad es. mediante tavoli di lavoro, protocolli di intesa, papers ecc.).

Nella garanzia di raccordo e monitoraggio delle funzioni di controllo messe in atto dagli Enti si colloca l'attività di O.R.A.C. -Organismo Regionale per le Attività di Controllo - che si esplicita nelle attività previste dalla legge istitutiva.

Al fine di rafforzare l'efficacia del sistema dei controlli, le aziende attribuiscono rilevanza, in sede di misurazione e valutazione della performance dei dirigenti, alla mancata attuazione dei piani di azione e delle misure correttive indicate dai RPCT, ai rilievi emersi sia in sede di audit che di controllo di regolarità amministrativa sugli atti dirigenziali e agli atti di verifica interna o ispettiva.

Si ricorda che la verifica della corretta applicazione presso gli "Enti interessati" delle norme in materia di trasparenza ed anticorruzione (articolato nell'aggiornamento di tutti degli strumenti collegati ai controlli e nel recepimento delle eventuali prescrizioni pervenute dagli organi di controllo di Regione Lombardia) costituisce già da tempo uno degli elementi di valutazione dei Direttori Generali.

Si elencano, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, i principali ambiti di controllo di cui si illustrano sommariamente i contenuti, rimandando in ogni caso alla disciplina generale attuativa e regolamentare:

Tali attività si integrano con quelle specificamente attribuite ai:

- Nuclei di Valutazione delle Performance;
- Collegi Tecnici;
- Responsabili della protezione dei dati.

3. Comitato di coordinamento dei controlli

Tenuto conto che i controlli devono essere finalizzati al perseguimento di obiettivi di efficacia, efficienza ed economicità, e si realizzano attraverso strumenti qualificati di orientamento dei sistemi di gestione, si richiama l'opportunità di costituire all'interno degli Enti interessati un Comitato di coordinamento dei controlli interni. Il Comitato di coordinamento dei controlli è di norma presieduto dal RPCT ed afferisce direttamente al Direttore Generale. Il Comitato persegue la sinergia e il collegamento dei diversi ambiti e delle diverse aree di indagine considerate a maggior rischio, divenendo strumento strategico che convoglia gli esiti e le risultanze dei diversi sistemi di controllo in una direzione unitaria e coerente alle strategie aziendali.

A livello di singolo Ente viene disciplinata la composizione del Comitato (indicativamente Direzione Medica di Presidio, DAPSS, RPCT, Risk Manager, Internal auditing, Qualità e Rischio, Controllo di Gestione, Dipartimento e Uffici Amministrativi,...), le modalità e gli strumenti (piani di azione, misure correttive, ecc.) con cui viene garantito il funzionamento del Comitato e viene assicurato il raccordo ed il coordinamento dei controlli, che si svolge attraverso i rispettivi titolari delle attività. Inoltre, vengono definite modalità e tempi con cui il responsabile della funzione riferisce e relaziona alla Direzione Strategica in momenti collegiali che garantiscono la rappresentanza della componente direzionale sanitaria, sociosanitaria e amministrativa.

4. Prevenzione della Corruzione e Trasparenza

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) svolge i compiti previsti dalla legge 6 novembre 2012, n.190, così come modificata, tra l'altro, dal D. Lgs. 25 maggio 2016, n.97, salvo che obiettive ragioni organizzative non giustifichino una distinta attribuzione dei ruoli di Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Responsabile della Trasparenza.

I compiti del RPCT sono, altresì, declinati nella delibera ANAC n.840 del 2 ottobre 2018 recante "Parere sulla corretta interpretazione dei compiti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)" e nel PNA 2019.

In particolare, il RPCT:

- Predispone - in via esclusiva - e verifica l'efficace attuazione del Piano triennale della prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT), con particolare riguardo alla misura della rotazione del personale negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è elevato il rischio di corruzione;
- coordina il processo di gestione del rischio corruttivo, specificando nel PTPCT i compiti dei vari attori coinvolti nella gestione del rischio interno (Organo di indirizzo politico amministrativo, Strutture di audit interno, OIV, dirigenti, dipendenti, Responsabile della protezione dei dati (RPD), Strutture con dati – es. ufficio legale, controllo di gestione, ecc.);
- svolge stabilmente, ai sensi d.lgs. n.33/2013 un'attività di controllo sull'adempimento, da parte della amministrazione, degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate, nonché segnalando all'organo di indirizzo politico, all'Organismo indipendente di valutazione (OIV), all'Autorità nazionale anticorruzione e, nei casi più gravi, all'ufficio di disciplina i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione;
- svolge i compiti attribuitigli dal citato d.lgs. n. 33/2013 sull'esercizio dell'accesso civico semplice e generalizzato;
- svolge all'interno delle Amministrazioni un ruolo di garanzia sul rispetto del d.lgs. n. 39/2013, tanto attraverso l'elaborazione delle disposizioni del piano di prevenzione della corruzione, quanto attraverso l'esercizio del potere sanzionatorio attribuitogli per legge, secondo le indicazioni della delibera ANAC n. 833 del 3 agosto 2016, recante "*Linee guida in materia di accertamento delle inconferibilità e delle incompatibilità degli incarichi amministrativi*", segnalando eventuali violazioni ai sensi dell'art. 1, comma 7, della legge n. 190/2012, come modificata dal d.lgs. n. 97/2016, all'organo di indirizzo, all'organismo indipendente di valutazione e agli uffici competenti all'esercizio dell'azione disciplinare;
- cura, ai sensi dell'art. 15 del DPR n. 62/2013, la diffusione della conoscenza dei codici di comportamento dell'Amministrazione, effettuando il monitoraggio annuale sulla loro attuazione e provvedendo a pubblicare sul sito istituzionale e a comunicare all'ANAC i risultati del monitoraggio;
- assicura che sia individuato il soggetto Responsabile dell'Anagrafe della Stazione Appaltante (R.A.S.A.) preposto all'iscrizione dei dati nell'Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti (A.U.S.A.);

- ai sensi dell'art. 54-bis del decreto legislativo 165/2001, così come modificato dalla legge 30 novembre 2017, n.179, riceve, prende in carico e pone in essere gli atti necessari ad una prima attività di verifica e di analisi delle segnalazioni del dipendente;
- pubblica, entro il 15 dicembre di ogni anno o comunque nei tempi indicati da ANAC, sul sito web dell'Amministrazione una relazione recante i risultati dell'attività svolta.

Le amministrazioni possono inoltre valutare e decidere se affidare al RPCT l'incarico di gestore delle segnalazioni sospette di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo, ai sensi del decreto del Ministero dell'Interno 25 settembre 2015.

È lasciata alla autonomia aziendale l'eventuale costituzione di una struttura organizzativa ad hoc nell'ambito delle risorse complessivamente assegnate. Qualora non si opti per tale soluzione, va garantito, mediante appositi atti organizzativi, che il RPCT possa avvalersi del personale di altri uffici per espletamento dei suoi compiti.

La eventuale struttura, che potrebbe anche non essere esclusivamente dedicata, può, in una logica di integrazione delle attività, essere anche a disposizione di chi si occupa delle misure di miglioramento delle funzionalità dell'amministrazione (controlli interni, strutture di audit, strutture che curano la predisposizione del piano delle performance).

CAPITOLO III - DIREZIONE AZIENDALE DELLE PROFESSIONI SANITARIE E SOCIO-SANITARIE

Il pieno sviluppo delle professioni sanitarie e Socio-sanitarie garantisce la realizzazione di servizi di qualità, con alto grado di efficienza organizzativa, coerenti con l'innovazione necessaria al sistema socio-sanitario, con l'ottimale utilizzo delle competenze e capacità maturate in questi anni dai professionisti.

Considerata la complessità e la consistenza delle risorse da gestire, nel POAS deve essere prevista una Struttura di Direzione Aziendale delle Professioni Sanitarie e Socio-sanitarie (DAPSS), che afferisce alla Direzione Generale.

In caso di esigenze specifiche puntualmente motivate ed in particolari contesti aziendali è possibile l'affermamento al Direttore Sanitario.

La DAPSS è titolare della gestione di processi trasversali strategici tra cui la gestione delle risorse umane, il governo dei percorsi assistenziali, la sicurezza delle cure e la ricerca e sviluppo delle professioni sanitarie e Socio-sanitarie. In particolare, la DAPSS ha funzioni di direzione, gestione e coordinamento del personale infermieristico, ostetrico, tecnico-sanitario, riabilitativo, di prevenzione, dell'ambito sociale e degli operatori di supporto che operano nell'ASST.

L'autonomia organizzativa e professionale dei professionisti afferenti alla DAPSS è un presupposto fondamentale per l'integrazione multidisciplinare/multiprofessionale e permette l'implementazione di funzioni cardine per la piena applicazione della L.R. 23/2015. Tra queste, in particolare:

- l'implementazione di nuovi modelli organizzativi a gestione infermieristica, ostetrica, di altre professioni sanitarie e sociali caratterizzati da autonomia decisionale (quali ad

esempio le degenze di comunità, il fast track in pronto soccorso, la gestione di ambulatori infermieristici e ostetrici, la consulenza delle professioni sanitarie, la gestione dei processi di tutela e integrazione sociale,...);

- le funzioni di case management nell'ambito della cronicità e della fragilità (comprensivo delle degenze di comunità) e lo sviluppo del ruolo dell'infermiere di famiglia e di comunità;
- le funzioni di case e clinical management nella gestione del percorso nascita fisiologico, di tutela-promozione della salute della donna e lo sviluppo del ruolo dell'ostetrica, anche in ambito territoriale.

La DAPSS è articolata in Polo Ospedaliero e Polo Territoriale, garantendo comunque il governo unitario delle diverse articolazioni aziendali, in una logica di piena collaborazione e cooperazione con i Dipartimenti.

Il Direttore della DAPSS è un professionista appartenente alle professioni sanitarie di cui alla legge 251/2000, in possesso dei requisiti professionali previsti dalla normativa vigente. È nominato dal Direttore Generale a seguito di idonea procedura selettiva secondo la normativa vigente e partecipa al Collegio di Direzione e al Consiglio dei Sanitari.

Nell'organigramma della DAPSS è prevista la presenza di altre dirigenze delle Professioni Sanitarie e Sociosanitarie per la gestione di funzioni organizzative strategiche per l'Azienda.

Tali articolazioni rispondono ai rispettivi bisogni professionali di sviluppo di competenze specifiche e avanzate, appropriatezza di intervento nell'area con particolare attenzione alla verifica dell'applicazione di procedure di buona pratica basate su evidenze e sicurezza delle cure, programmazione di aggiornamento professionale continuo e di ricerca, sviluppo di modelli organizzativi innovativi adeguati ai bisogni dell'utenza, verifica degli esiti dell'assistenza e successiva riprogrammazione dell'attività, collegamento e raccordo con le attività direzionali di controllo, ecc.

La Dirigenza così individuata è rappresentativa delle specificità delle Professioni Sanitarie e Sociosanitarie ed è punto di riferimento in cui il singolo professionista si riconosce. Tutte le posizioni di dirigenza espresse nella DAPSS rispondono al Direttore della stessa.

In questa prima fase di applicazione della L.R. 22/2021, si prevede, per le ASST con specifico ambito territoriale, la configurazione di una struttura complessa, afferente alla Direzione Generale, con un'articolazione di struttura semplice dedicata all'ambito territoriale.

Alle professioni sanitarie risulta affidato, in ragione delle specifiche competenze professionali, il Coordinamento dei Corsi di laurea delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica

Le funzioni di Coordinamento dei Corsi di Laurea, d'intesa con le Università, sono:

- Coordinamento dei rapporti anche convenzionali con le Università;
- Coordinamento delle risorse (economiche, strutturali e tecnologiche) destinate alle attività formative;
- Coordinamento delle attività di orientamento in uscita dei laureandi;

- Partecipazione alla definizione dei criteri di selezione del personale sanitario da proporre per la funzione di Tutor e Assistenti di tirocinio;
- Coordinamento della selezione del personale per le funzioni di tutorato da dedicare alle strutture formative;
- Coordinamento delle attività di aggiornamento sulla didattica tutoriale rivolta a Tutor e Assistenti di tirocinio;
- Coordinamento dei Direttori didattici e/o Direttori delle attività professionalizzanti;
- Coordinamento dell'individuazione e della verifica delle unità operative interne ed esterne da utilizzare per le attività di tirocinio;
- Coordinamento delle proposte di attività di ricerca e di formazione permanente (seminari, congressi, pubblicazioni scientifiche).

Le funzioni di coordinamento, per quanto riguarda la competenza aziendale, sono affidate ad una posizione organizzativa o ad un dirigente delle professioni sanitarie.

CAPITOLO IV - LA FUNZIONI DELLA DIREZIONE AMMINISTRATIVA

Si illustrano di seguito alcune attività specifiche afferenti alle aree amministrative e tecnico-professionali comuni a tutti gli Enti, precisando che ciascuna Azienda articola le proprie strutture amministrative e tecnico-professionali e ne definisce le afferenze e i contenuti specifici in base alle esigenze organizzative, nel rispetto dei vincoli e obblighi previsti dalla normativa vigente.

Ciascuna macro-attività deve essere ricondotta all'interno di un processo amministrativo la cui titolarità ed il cui governo deve essere formalmente riconducibile ad un soggetto responsabile.

È confermata la possibilità di prevedere per tutti gli Enti interessati, in particolare per quelli che hanno un'articolazione organizzativa particolarmente complessa, la presenza di un Dipartimento Amministrativo o Tecnico comprendente le funzioni amministrative trattate di seguito. Non è prevista la presenza di più di un Dipartimento.

Ferma restando l'autonomia gestionale dei singoli Enti si prevede un'ottimizzazione delle strutture tecnico amministrative, con particolare riferimento alle ATS, le cui funzioni sono state modificate dalla L.R. 22/2021, privilegiando le funzioni di programmazione rispetto a quelle tecnico/amministrative.

Tutti i risparmi derivanti dall'ottimizzazione delle strutture tecnico amministrative sono reinvestiti, a livello regionale, per la strutturazione dei Poli Territoriali delle ASST.

Le strutture della Direzione Amministrativa sono da stabilirsi tra le seguenti:

- Bilancio, Programmazione finanziaria e Contabilità;
- Affari generali e legali;
- Gestione e sviluppo delle risorse umane
- Gestione acquisti (Provveditorato-Economato)
- Gestione Tecnico Patrimoniale
- Area accoglienza – CUP aziendali

Si prevede, di norma, nell'ambito della Direzione Amministrativa, un numero massimo per le SC pari a quattro per le ATS.

Si prevede, di norma, nell'ambito della Direzione Amministrativa delle ASST e IRCCS, un numero massimo di SC pari a sei.

1. Bilancio, Programmazione finanziaria e Contabilità

Afferiscono a tale area le seguenti attività:

- politiche aziendali in materia di bilancio, con cura di tutti gli adempimenti nei confronti del Collegio Sindacale, della Regione anche con riferimento ai debiti informativi amministrativo-contabili, dell'ATS (nel caso di ASST e Fondazioni IRCCS), dei Ministeri e della Corte dei Conti;
- controllo contabile degli atti amministrativi per verifica della compatibilità economico patrimoniale;
- attività di programmazione e monitoraggio dei flussi Finanziari;
- gestione del Piano Attuazione di Certificabilità dei Bilanci.

Nelle ASST risulta preferibile la configurazione in Struttura Complessa.

2. Affari Generali e Legali

Afferiscono a tale area le seguenti attività:

- trattazione degli affari generali, e agli adempimenti di interesse degli Enti interessati, ivi compresi gli adempimenti relativi alla Pubblicazione degli atti;
- supporto giuridico-amministrativo alle strutture aziendali nella gestione dell'iter procedurale degli atti deliberativi dell'azienda e dei provvedimenti delegati;
- supporto amministrativo a Organi ed Organismi collegiali dell'Azienda (Collegio Sindacale, Collegio di Direzione, Nuclei di valutazione, Consiglio dei Sanitari, ecc);
- gestione delle attività finalizzate al recupero delle somme a qualunque titolo dovute e non riscosse e quelle relative alle eventuali sanzioni amministrative ai sensi della legge 689/1981 e gli illeciti depenalizzati ex art. 102 del D.Lgs. n. 507/1999;
- gestione del contenzioso e formulazione di pareri legali, laddove non presente l'Avvocatura;
- supporto alle strutture cliniche e di ricerca per gli adempimenti amministrativi correlati alle diverse attività (convenzioni, studi clinici, accordi di collaborazione ecc.).

Nelle ASST risulta preferibile la configurazione in Struttura Complessa.

3. Gestione e sviluppo delle Risorse Umane

È l'area che gestisce tutto il personale in Azienda a vario titolo e si occupa in particolare di:

- attuazione degli indirizzi gestionali espressi dalla Direzione Strategica, in relazione agli strumenti operativi di gestione del personale quali la selezione e reclutamento, la valutazione, le progressioni di carriera, il sistema degli incarichi, ecc;

- determinazione dei Fabbisogni triennali per le diverse tipologie contrattuali e gestione del PGRU per il personale dipendente;
- promozione degli strumenti e dei percorsi finalizzati alla valorizzazione delle risorse umane e del relativo sviluppo professionale, con l'esplicitazione delle competenze e delle responsabilità del personale in coerenza con la Mission Aziendale e di struttura;
- gestione giuridica ed economica delle risorse umane relativamente alle diverse tipologie di rapporto di lavoro, dipendente, convenzionato, con contratti flessibili e di somministrazione;
- tenuta dei rapporti con le Organizzazioni Sindacali;
- supporto tecnico all'Ufficio Procedimenti Disciplinari.

L'Ufficio provvedimenti disciplinari assicura la gestione dei procedimenti disciplinari, con riguardo a tutte le fasi del procedimento (avvio, istruttoria, decisione), secondo le procedure e le modalità previste dai CCNL.

Si conferma la possibilità di prevedere mediante convenzione che ne disciplini le modalità, lo svolgimento di procedure concorsuali aggregate per il reclutamento di figure professionali comuni a tutti gli Enti interessati, nel rispetto della vigente normativa in materia di concorsi.

Alla Gestione e sviluppo delle Risorse Umane afferisce anche la funzione che si occupa della formazione e dell'aggiornamento del personale (formazione permanente). La formazione continua è opportunità e stimolo per la crescita di tutto il sistema salute ed è obbligo per tutti i professionisti sanitari che, anche ai fini del rispetto della normativa vigente, devono accrescere la propria formazione e competenza professionale ed acquisire i necessari crediti formativi. È quindi necessario che la funzione formazione sia valorizzata e rilanci nuovi paradigmi educativi improntati al digitale da affiancare alla formazione tradizionale analogica, agevolando e migliorando la qualità della formazione erogata. È quindi indispensabile che le risorse tecnologiche, umane, didattico-metodologiche siano analizzate e predisposte fin dalla fase della progettazione a garanzia di maggior personalizzazione ed efficacia dei percorsi formativi, individuando anche le risorse digitali necessarie per sviluppare la didattica.

Alla Formazione è perciò richiesta:

- l'analisi del fabbisogno, lo sviluppo, la predisposizione e la piena e completa attuazione del Piano Formativo Aziendale nel rispetto degli indirizzi e delle direttive elaborati in collaborazione con la Direzione Generale e il Comitato Tecnico Scientifico;
- lo svolgimento delle attività di supporto alla Direzione Strategica necessarie alla definizione del budget annuale di formazione da attribuire ai Dipartimenti/Servizi;
- la realizzazione, anche in collaborazione con altre strutture del S.S.R. e provider accreditati di Regione Lombardia, di percorsi formativi con lo sviluppo delle funzioni di e-learning;
- il rispetto della normativa ECM e di quanto previsto nel "Manuale di accreditamento per l'erogazione di eventi ECM-CPD Regione Lombardia";
- la regolare trasmissione dei flussi relativi ai crediti formativi da assegnare ai professionisti, monitorando ed operando attivamente affinché venga rispettato l'obbligo formativo da parte di tutti i professionisti sanitari;

- la gestione dell'acquisto di testi e riviste sia per il settore amministrativo che sanitario e la gestione e promozione del Sistema bibliotecario biomedico lombardo (SBBL);
- il coordinamento con PoliS-Lombardia e con altri soggetti pubblici per lo sviluppo di attività formative innovative, per il migliore utilizzo e l'ottimizzazione delle risorse dedicate alla formazione, anche in un'ottica di sviluppo di contenuti a livello interaziendale.

Inoltre, in considerazione della sempre maggiore complessità delle funzioni e delle attività da svolgere, la funzione formazione deve essere coinvolta nell'obiettivo di garantire un'offerta formativa specifica rivolta alle risorse umane dei ruoli professionale, tecnico e amministrativo, sia come formazione al ruolo sia come aggiornamento professionale, tale obiettivo potrà essere assicurato tramite:

- a. la progettazione di percorsi formativi mirati, anche a livello interaziendale;
- b. la stipula di accordi convenzionali con gli ordini professionali che già prevedono un sistema di crediti formativi;
- c. la presenza di iniziative di formazione per il personale tecnico-amministrativo nei piani di formazione aziendali.

Nelle ASST risulta preferibile la configurazione in Struttura Complessa.

4. Gestione acquisti (Provveditorato-Economato)

Il decreto legislativo 18 aprile 2016 n. 50 «Codice dei contratti pubblici» ed il Decreto attuativo del Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti n. 14 del 16 gennaio 2018, impongono oggi, ancor più che in passato, un momento di riflessione e analisi sui processi di approvvigionamento e sull'introduzione di modelli organizzativi combinati con l'adozione di tecniche manageriali innovative che consentano di ridurre le risorse umane impiegate e di ottimizzare i tempi delle procedure, ed al contempo di raggiungere risultati in termini di volume di risparmi conseguiti nonché di maggiore qualità delle forniture.

Ruolo centrale è riservato alla programmazione aziendale, sia per l'acquisto di beni e servizi che per la realizzazione di opere, che deve essere affidata ad una cabina di regia che razionalizzi e valuti, anche sotto il profilo dell'appropriatezza, della adeguatezza e della priorità, le richieste di approvvigionamento provenienti dai servizi interni, onde consentire una coerente redazione dei programmi pluriennali di acquisiti e di lavori pubblici, a superamento di criticità potenzialmente collegate alla frammentazione degli affidamenti, al ricorso a proroghe contrattuali, all'avvio di procedure negoziate senza bando e motivate dalla mera urgenza di provvedere.

Particolare attenzione richiede, in tema di opere pubbliche, la predisposizione del cd. "quadro esigenziale", quale documento approvato dalla Direzione in fase di programmazione che individua, in relazione alla tipologia dell'opera o dell'intervento da realizzare, gli obiettivi generali da perseguire attraverso la realizzazione dell'intervento.

Considerato il prioritario utilizzo di sistemi aggregati per l'espletamento delle procedure di acquisto mediante Centrali di Committenza o Consorzi e in previsione dell'emanazione del D.P.C.M. recante la definizione dei requisiti tecnico-organizzativi ex art. 38 d.lgs. 50/2016 per l'iscrizione all'elenco delle stazioni appaltanti qualificate e nelle more di specifiche indicazioni che verranno a tal proposito fornite da Regione Lombardia, le scelte organizzative dovranno essere improntate alla razionalizzazione delle competenze interne,

tenuto conto degli ambiti residuali di autonomia contrattuale garantiti alle Stazioni appaltanti dalla normativa vigente, individuando all'interno delle unità operative preposte alla funzione acquisti sotto-aree dedicate:

- all'approvvigionamento mediante Centrali di Committenza (Consip – Aria),
- all'approvvigionamento mediante aggregazioni consortili;
- all'approvvigionamento in via autonoma.

La contrazione del numero di procedure d'acquisto in via autonoma consente, peraltro, una riorganizzazione della funzione di approvvigionamento nell'ottica di una maggiore enfasi sulla fase dell'esecuzione, quale momento fondamentale di monitoraggio dei contratti e fase conclusiva del processivo di approvvigionamento.

Tanto per l'acquisto di beni e servizi, quanto nella realizzazione di opere, è richiesta nella scelta organizzativa aziendale una crescente considerazione della fase post-aggiudicazione attraverso la valorizzazione delle professionalità interne, specie in area tecnica, per la quale si richiamano le Aziende alla valutazione di misure di supporto stabile al RUP e alla predisposizione di programmi di formazione specifica per tutti i dipendenti assegnati alle funzioni di acquisto, anche in materia di metodi e strumenti elettronici specifici quali quelli di modellazione per l'edilizia e le infrastrutture.

Particolare importanza assume, in termini di contenimento della spesa, il controllo effettuato sull'esecuzione dei contratti in cui le aziende devono verificare che il fornitore adempia agli obblighi contrattuali ed esegua le prestazioni nel rispetto dei parametri economici e qualitativi fissati nel contratto.

La normativa più recente riserva ampio spazio alla figura del Direttore dell'esecuzione del contratto (DEC), prevedendo che il rafforzamento delle funzioni svolte avvenga anche attraverso una chiara identificazione del suo ruolo e un adeguato programma di formazione del DEC stesso e di tutti i soggetti aziendali di area amministrativa, sanitaria e sociosanitaria che sono coinvolti a vario e diverso titolo nell'esecuzione dei contratti e, conseguentemente, nelle attività di controllo.

Il POAS prevede, di norma, che la più ampia attività del controllo dell'esecuzione dei contratti sia posta in capo alla Struttura degli Approvvigionamenti o, più in generale, all'interno della Direzione Amministrativa, garantendo comunque che il controllo avvenga attraverso un collegamento organizzativo strutturato e permanente tra le componenti amministrative e sanitarie e sociosanitarie.

Infatti, solo attraverso una corresponsabilità nella conduzione dei contratti, condivisa tra i professionisti utilizzatori e fruitori dei beni e servizi oggetto dei contratti ed il personale che detiene competenze amministrative, è possibile assicurare esatti adempimenti, contenimento delle spese e garantire gli adeguati livelli di servizio.

Si prevede un centro di responsabilità dell'organizzazione e gestione di attività rese in proprio e/o esternalizzate relative alla erogazione di servizi logistici e di tipo alberghiero. Di tali servizi, coordina e gestisce il personale interno e svolge la funzione di monitoraggio e controllo degli appalti esternalizzati (es: lavanolo, ristorazione, pulizie, portierato, rifiuti speciali, parcheggi, buoni pasto, magazzini, trasporti interni di materiali, servizio di telefonia, stampa di modulistica,..).

Gli Enti interessati possono organizzare la gestione dei servizi di cui sopra anche attraverso un coordinamento di unità interprofessionali.

Nelle ASST risulta preferibile la configurazione in Struttura Complessa.

5. Gestione Tecnico Patrimoniale

È una Struttura che ha competenze tecniche ed amministrative relative a:

- la programmazione e realizzazione di opere e lavori;
- la gestione tecnica degli interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria necessari alla conservazione del patrimonio immobiliare;
- la gestione amministrativa degli appalti;
- l'affidamento a terzi di servizi di ingegneria complessi ed appalti di opere;
- la gestione dei finanziamenti regionali e/o statali e la predisposizione e gestione del piano triennale ed annuale dei lavori;
- la gestione contabile ed amministrativa del budget assegnato e dei finanziamenti;
- la gestione del patrimonio in locazione.

Nelle ASST risulta preferibile la configurazione in Struttura Complessa.

6. Area accoglienza – CUP - Attività di monitoraggio della libera professione

L'area dell'accoglienza ricomprende i servizi amministrativi per l'accesso del cittadino e i servizi di prenotazione aziendali (CUP) e deve essere orientata alla semplificazione e alla gestione complessiva della domanda con focus specifico sui processi produttivi aziendali, garantendo un sistema di prenotazione aziendale unico e condividendo con un'eventuale Gestione Operativa dedicata e con la Direzione Sanitaria, Direzione Medica di Presidio e Direzione Sociosanitaria attività di programmazione e definizione dell'offerta di prestazioni, nonché nella rimodulazione dell'offerta sanitaria e sociosanitaria, a fronte del monitoraggio delle attività svolte.

Gestendo l'accesso dei pazienti alle prestazioni sanitarie ed il controllo dei flussi di riferimento ai fini della rendicontazione, quale supporto ai Dipartimenti Sanitari, l'attività dell'Accoglienza deve essere sempre orientata a fornire la massima trasparenza dell'offerta del SSR al cittadino ponendo particolare attenzione anche alla garanzia dei tempi di attesa e alla presa in carico del paziente.

I servizi amministrativi dell'area di accoglienza devono coordinarsi con i diversi centri servizi aziendali e interaziendali, extraaziendali (in particolare con quelli afferenti ai medici di medicina generale) e regionali (call center) e con i distretti ai quali deve assicurare la messa a disposizione degli operatori per l'attività di prenotazione e scelta e revoca.

L'attività può essere sintetizzata in 2 macroaree:

- Strategica:
 - rimodulazione (ampliamento) dell'offerta sanitaria per i cittadini;
 - governo centrale delle agende (struttura) per l'attività ambulatoriale;
 - identificazione di percorsi integrati e semplificati per l'accesso degli utenti alla rete di offerta aziendale sanitaria e sociosanitaria;
 - condivisione con le strutture aziendali di percorsi di accoglienza innovativi e digitali;

- gestione convenzioni attive con fondi integrativi, casse e assicurazioni per l'erogazione di attività ambulatoriale e di ricovero offerta in regime privatistico con definizione del tariffario aziendale oggetto di negoziazione;
- attività di marketing e promozione dell'offerta aziendale finalizzata ad ampliare il bacino di utenza servita, fidelizzare i cittadini e consolidare il brand aziendale.
- Operativa:
 - attività di prenotazione, accettazione e incasso (Front Office Aziendale) dell'attività ambulatoriale e di ricovero erogata in regime istituzionale e in libera professione intramoenia e attività di B.O.;
 - attività di recupero crediti per mancati pagamenti.

L'area dell'accoglienza è intesa come un coordinamento funzionale tra i servizi amministrativi e i diversi centri servizi aziendali. In ogni caso devono saper accogliere il cittadino e farsi carico della domanda espressa, anche indirizzandolo e accompagnandolo al servizio adeguato.

La libera scelta del cittadino di affidarsi al professionista di sua fiducia per la cura, così come il diritto del professionista di poter offrire la propria competenza al cittadino che liberamente richiede le sue prestazioni, vengono garantite dagli Enti, sia all'interno delle proprie sedi sia in strutture esterne, nel rispetto della normativa nazionale, regionale e aziendale.

Soprattutto negli Enti che svolgono una rilevante attività in tale ambito, e al fine di monitorare il corretto svolgimento di tali attività, si ritiene opportuno prevedere una unità organizzativa che ne curi gli aspetti gestionali, autorizzativi e di controllo.

Per lo svolgimento dell'attività di cui sopra l'unità dovrebbe integrare competenze sanitarie e amministrative al fine di svolgere le seguenti attività:

- analisi delle richieste dell'utenza, dei professionisti e delle Strutture esterne e formulazione di proposte attuative da rappresentare alla Direzione aziendale per la necessaria preliminare approvazione;
- monitoraggio delle attività svolte e verifica del rispetto delle indicazioni nazionali, regionali e aziendali in materia, con predisposizione di periodica rappresentazione dell'attività effettuata, nonché del rispetto puntuale del Regolamento Aziendale;
- promozione e valorizzazione delle eccellenze cliniche e assistenziali, coerentemente con le politiche di sviluppo tipiche dell'Azienda;
- controllo e rendicontazione mensile delle attività cliniche svolte sia dai singoli professionisti medici sia dalle diverse equipe specialistiche, anche a garanzia del corretto equilibrio tra attività libero professionale e attività svolta in regime di SSN.

Risulta preferibile la sua configurazione in struttura complessa.

CAP V - LE DIREZIONI SANITARIE E SOCIOSANITARIE

Nell'ambito di un contesto ampio, complesso e a forte necessità di integrazione, è assolutamente necessario una forte collaborazione tra le competenze della Direzione Sanitaria e quelle della Direzione Sociosanitaria,

I Dipartimenti e le Strutture afferiscono di norma all'una o all'altra Direzione a seconda dell'ambito di pertinenza esclusivo o prevalente: soprattutto in quest'ultimo caso, si rende necessaria la mappatura dei processi al fine di evidenziare le correlazioni funzionali e le interdipendenze tra le due Direzioni e di assicurare l'adeguato coordinamento specifico tra le stesse.

Si rinvia alle sezioni successive la declinazione delle specifiche funzioni.

SEZIONE III - AGENZIE DI TUTELA DELLA SALUTE (ATS)

CAPITOLO I – PARTE GENERALE

Ogni ATS espleta le sue funzioni mediante l'integrazione della Direzione Strategica con 5 Dipartimenti identificati nell'ambito della L.R. 33/2009, così come modificata dalla L.R. 22/2021 che ha trasferito il Dipartimento delle Cure Primarie alle ASST.

Pur prevedendo che ogni ATS possa adottare l'organizzazione interna più idonea al contesto territoriale, i Dipartimenti sono individuati espressamente dalla legge regionale:

- Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria;
- Dipartimento per la Programmazione, Accreditamento, Acquisto delle Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie (PAAPSS);
- Dipartimento veterinario e sicurezza degli alimenti di origine animale;
- Dipartimento amministrativo, di controllo e degli affari generali e legali;
- Dipartimento della programmazione per l'integrazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie con quelle sociali.

Si richiama l'art. 7 c. 19 della L.R. 33/2009 relativamente alla possibilità, nell'ambito della ATS della Città Metropolitana di Milano e della ATS Montagna, in ragione della peculiarità territoriale, di individuare da parte della Giunta regionale, previo parere della commissione consiliare competente e sentite le conferenze dei sindaci territorialmente competenti, particolari modelli gestionali, organizzativi ed aziendali che consentano un miglioramento della rete dell'offerta e una sua razionalizzazione. Tali previsioni dovranno comunque rispettare il vincolo di bilancio.

Le principali funzioni assegnate dal legislatore all'ATS, esercitate anche attraverso l'articolazione distrettuale veterinaria sono:

- funzioni di governo dell'offerta finalizzate alla regolamentazione dell'offerta di prestazioni sanitarie e sociosanitarie nel territorio (accreditamento, programmazione, negoziazione, contratti, acquisto, valutazione e controllo), rese nei diversi ambiti di erogazione in ambito ospedaliero o territoriale, ad esempio nelle ASST, in strutture ospedaliere accreditate pubbliche e private, poliambulatori, strutture territoriali di prevenzione, ambito delle Cure Primarie (MMG, AFT, UCCP, ecc), unità di offerta e servizi sociosanitari;
- funzioni di governo della domanda, mediante l'integrazione sanitaria e sociosanitaria e il raccordo con il sistema dei Servizi sociali di competenza delle autonomie locali e la garanzia della continuità assistenziale al fine di migliorare l'accessibilità ai servizi;

- funzioni di promozione e tutela della salute, prioritariamente in ambito di Igiene e Prevenzione Sanitaria e Sanità Pubblica Veterinaria.

Specifica funzione riservata alle ATS nell'ambito di quanto previsto dall'art. 20 della L.R. 33/2009 per quanto riguarda i rapporti istituzionali con il Collegio dei Sindaci.

CAPITOLO II - LE FUNZIONI DELLA DIREZIONE SANITARIA

Si descrivono di seguito le principali funzioni della Direzione Sanitaria di ATS:

1. Servizio Farmaceutico

L'assistenza farmaceutica, protesica e integrativa ha particolare rilevanza tra le attività destinate a garantire lo stato di salute. Oltre ad assorbire una considerevole quota di risorse economiche, rappresenta un ambito notevolmente composito, con un'erogazione a favore di milioni di pazienti, peraltro inseriti in molteplici livelli di cura.

La funzione di ATS concorre a garantire uniformità metodologica e prestazionale rispetto alla complessità della rete d'offerta erogativa e permette di intercettare i diversi step dell'assistenza farmaceutica, protesica e integrativa, partendo ancor prima dell'atto prescrittivo tramite l'orientamento, fino ad arrivare alla conclusione del momento erogativo, consentendo quindi alle stesse Agenzie di programmare interventi peculiarmente diversi, ma sinergici, in grado di assicurare il governo complessivo del sistema.

Il Servizio Farmaceutico ATS è di norma, per la sua importanza strategica, struttura complessa in capo alla Direzione Sanitaria, e ha un ruolo trasversale rispetto agli altri dipartimenti e opera anche con i Distretti per la parte di competenza territoriale.

Le funzioni che il Servizio Farmaceutico delle ATS deve svolgere, in raccordo con il governo regionale e nazionale, rispondono innanzitutto a quanto previsto dalla L.R. 33/09, così come modificata dalla L.R. 6/2017:

- il controllo, la vigilanza e le autorizzazioni, ove previste, su farmacie, grossisti, depositi, strutture sanitarie e sociosanitarie, reparti di distribuzione dei farmaci di cui all'articolo 5 del decreto-legge 4 luglio 2006, n. 223, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 agosto 2006, n. 248;
- le convenzioni in materia di assistenza protesica, dietetica e farmaceutica;
- il governo e il monitoraggio della spesa e dell'appropriatezza in materia di assistenza farmaceutica, integrativa e protesica, raccordando la produzione delle unità d'offerta pubbliche a quella delle strutture private accreditate, includendo anche le RSA e RSD;
- la programmazione, la pianificazione e il monitoraggio delle modalità erogative afferenti all'assistenza farmaceutica nel rispetto dei tetti della spesa;
- il controllo della spesa e dei consumi relativi ai farmaci a somministrazione diretta a pazienti non ricoverati, erogati dalle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate attraverso le farmacie interne
- la definizione degli orari, turni e ferie in accordo con i Comuni e le OO.SS. di farmacia.

La coesistenza di modalità erogative differenti, dettate da varie circostanze quali la classificazione dei farmaci, i differenti contesti organizzativi degli erogatori, la necessità di

gestire risorse economiche definite, rischia di produrre di fatto un'offerta delle prestazioni eterogenea, tale da renderne complesso l'accesso e creare forti diseguaglianze.

Priorità di ATS, anche per il tramite di un'attenta regia da parte del proprio Servizio Farmaceutico, sarà quella di promuovere una governance farmaceutica in cui ridisegnare l'unitarietà di sistema a garanzia di un'assistenza organica e continuativa, concorrendo anche alle attività collegate al corretto uso ed alla sicurezza dei farmaci.

In quest'ottica si sottolineano in particolare i seguenti aspetti:

- coordinamento ATS su iniziative/progetti, anche di natura assistenziale e preventiva, che coinvolgono le farmacie territoriali, le cure primarie e gli erogatori: la convenzione nazionale con le farmacie territoriali è prerogativa delle ATS ed eventuali altri accordi/convenzioni/sperimentazioni con erogatori locali differenti, devono essere condivisi e ratificati dall'ATS di competenza;
- pianificazione e controllo in raccordo con le ASST: la rivalutazione delle modalità erogative a livello locale da parte di singole ASST dovrà essere concordata con l'ATS di competenza territoriale al fine di uniformare i processi distributivi di farmaci e materiale sanitario. Di notevole importanza l'ambito legato alle carenze territoriali e la partecipazione alla redazione dei prontuari alla dimissione;
- farmacovigilanza e raccomandazioni ministeriali: l'attività di farmacovigilanza, dispositivo-vigilanza e vaccino-vigilanza, sarà svolta in integrazione con le attività di gestione del rischio;
- formazione, tirocinio e ricerca: il Servizio Farmaceutico, oltre all'ordinaria formazione dei prescrittori, concorrerà all'attività di tirocinio per specializzandi in farmacia ospedaliera, all'attività di formazione per specializzandi MMG/PLS, alle sperimentazioni cliniche controllate in medicina generale ed in pediatria di libera scelta.

2. Dipartimento veterinario e sicurezza degli alimenti di origine animale

In accordo con quanto previsto dalla L.R. 33/2009 "*Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità*" (all'art. 5 comma 5 ter e 5 comma 7j), Regione Lombardia, definisce la programmazione regionale delineando le linee di indirizzo in tema di sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria e avvalendosi della collaborazione tecnico – scientifica dell'Istituto zooprofilattico sperimentale della Lombardia e dell'Emilia-Romagna.

Ai Dipartimenti Veterinari e Sicurezza degli Alimenti di Origine Animale (di seguito DVSAOA) competono attività di programmazione locale, coordinamento e svolgimento dell'attività in tema di sanità pubblica veterinaria, sicurezza alimentare, sanità animale, zoomonitoraggio ambientale, igiene urbana veterinaria, igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche, igiene degli alimenti di origine animale, impianti industriali e supporto all'export.

Il DVSAOA deve promuovere ogni strategia volta a valorizzare le sinergie con gli altri Dipartimenti aziendali e le altre Autorità Competenti per assicurare una visione sistemica dei servizi prestati superando modalità di approccio di tipo settoriale.

L'organizzazione dei DVSAOA deve garantire il raggiungimento degli obiettivi individuati dal Piano Regionale Integrato della Sanità Pubblica Veterinaria 2019-2023, assicurando al contempo una gestione efficace ed appropriata delle pertinenti problematiche sanitarie nel territorio di competenza, in conformità alle disposizioni previste dalle norme regionali (artt. 98 e 99, L.R. 33/2009).

Modalità organizzative - Il DVSAOA è un dipartimento gestionale che promuove l'uniformità di indirizzo tecnico scientifico e operativo delle strutture ad esso afferenti tramite una struttura organizzativa funzionale ai propri compiti di programmazione, indirizzo, gestione e verifica.

Ciascun Dipartimento Veterinario deve essere articolato almeno nelle tre Strutture Complesse dei Servizi di:

- Sanità animale;
 - Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale;
 - Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche;
- e nella Struttura di Igiene urbana veterinaria, prevenzione del randagismo e tutela degli animali d'affezione e pet-therapy, descritte come di seguito:

1. Sanità animale:

- a. mantenimento dello stato di indennità degli allevamenti nei confronti delle malattie e prevenzione e controllo delle malattie infettive di interesse zoonosico e zootecnico negli animali d'allevamento e nella fauna selvatica;
- b. gestione delle anagrafi: zootecniche, degli animali d'affezione e movimentazioni degli animali;
- c. gestione delle emergenze epidemiche e delle reti di epidemiosorveglianza;
- d. profilassi della rabbia e delle altre zoonosi e prevenzione e controllo delle malattie infettive denunciabili negli animali d'affezione.

2. Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale:

- a. mantenimento delle condizioni di igiene per la sicurezza degli alimenti e delle produzioni di origine animale lungo tutte le filiere di competenza veterinaria;
- b. gestione delle anagrafi degli stabilimenti di produzione, trasformazione, deposito e commercializzazione di alimenti di origine animale;
- c. gestione del sistema di allerta e interventi nei casi di malattie alimentari connesse al consumo di alimenti di origine animale;
- d. gestione delle problematiche di natura sanitaria connesse con l'attività di esportazione di prodotti di origine animale;
- e. verifica del rispetto della normativa sul benessere animale negli stabilimenti di macellazione e promozione dello stordimento animale anche per la macellazione rituale.

3. Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche

- a. garantire l'applicazione puntuale ed omogenea delle misure di controllo del farmaco veterinario, sull'alimentazione animale e sulla riproduzione degli animali;
- b. il controllo sugli impianti di raccolta, il trattamento e l'eliminazione dei sottoprodotti di origine animale e sulle strutture sanitarie;
- c. controllo delle condizioni igieniche degli allevamenti e degli animali produttori di alimenti destinati all'uomo;
- d. gestione delle anagrafi degli stabilimenti nel settore dei mangimi, dei sottoprodotti di origine animale e delle strutture della riproduzione;
- e. controllo sulla filiera latte;
- f. controllo del benessere degli animali inclusi gli animali impiegati a scopi scientifici (sperimentazione animale).

La Struttura, semplice o complessa, Igiene urbana veterinaria, prevenzione del randagismo e tutela degli animali d'affezione e interventi assistiti con animali (pet-therapy) assicura le seguenti specifiche funzioni:

- a. interventi per la corretta convivenza dell'uomo con gli animali domestici, sinantropici e selvatici in ambito urbano;
- b. intervento a tutela degli animali d'affezione e di prevenzione al randagismo previsti dalla normativa Statale e Regionale;
- c. iniziative di formazione ed informazione, da svolgere anche in ambito scolastico
- d. vigilanza sull'impiego degli animali utilizzati per gli interventi assistiti con gli animali (pet-therapy)."

Fermo restando il principio di efficienza e di razionalizzazione delle risorse, per le ATS di cui all'art. 7 comma 19 della L.R. 33/2009 e per quelle caratterizzate da una particolare complessità, i Direttori Generali possono mantenere, nell'ambito dei DVSAOA le strutture complesse ulteriori rispetto a quelle sopra indicate, compatibilmente con la complessità di ATS e con le risorse disponibili, per il coordinamento territoriale.

All'interno delle unità operative complesse, sono allocate strutture semplici che costituiscono riferimento per specifiche aree di indirizzo specialistico.

I Direttori Generali delle ATS definiscono l'articolazione territoriale dei Distretti Veterinari, preferibilmente strutture complesse, considerando la specificità dell'utenza e le caratteristiche territoriali, in funzione del numero di allevamenti presenti e di strutture produttive di competenza veterinaria sul territorio, di fattori di correzione per i territori disagiati come quelli di montagna, nonché dei territori con particolari peculiarità come quelli della Città Metropolitana.

I Distretti Veterinari afferiscono al DVSAOA dal quale dipendono funzionalmente e gerarchicamente e con il quale integrano le attività di competenza.

L'organizzazione del DVSAOA deve ordinariamente prevedere l'impiego dei Dirigenti Veterinari nella sola disciplina di appartenenza, al fine di esercitare al meglio le necessarie competenze specialistiche ed a tutela giuridica degli atti assunti.

CAPITOLO III - IGIENE E PREVENZIONE SANITARIA

In accordo con quanto previsto dall'articolo 2 comma d) della L.R. 33/2009 anche in ambito prevenzione vige la separazione delle funzioni di programmazione, acquisto e controllo da quelle di erogazione.

Al fine di rendere chiara l'integrazione dei servizi di prevenzione se ne tratterà in unico capitolo, distinguendo le funzioni degli Enti Sanitari.

1. Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria in ATS

Il Piano Regionale della Prevenzione (PRP) così come indicato nel TU Leggi Sanitarie è lo strumento programmatico regionale per tutta l'area della prevenzione e della promozione e tutela della salute coerente con gli indirizzi nazionali (Patto per la Salute e Piano Nazionale Prevenzione).

Il Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria, definito dalla L.R. 33/2009 è la struttura organizzativa che da una parte consente una diffusa azione di prevenzione nelle comunità, una migliore e più qualificata offerta dei servizi al cittadino (esempio: vaccinazioni e screenings, anche per il tramite delle strutture erogative ASST/Distretti/Case di Comunità/MMM/PLS) dall'altra una più efficace ed efficiente integrazione con Enti e soggetti del sistema-Regione. Al DIPS sono in capo la realizzazione del PRP, l'erogazione direttamente o indirettamente dei LEA dell'area della Sanità Pubblica.

I servizi del DIPS sono strutture organizzative omogenee per ambiti di intervento, tipologia di attività e specializzazione delle risorse professionali, appartenenti sia all'area della dirigenza medica, sanitaria (professioni sanitarie, psicologi), non medica (biologi, chimici, ingegneri) sia del comparto (tecnici della prevenzione, assistenti sanitari, infermieri, dietiste, assistenti sociali, educatori professionali).

Le attività del Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria sono di per sé caratterizzate da trasversalità per le forti integrazioni che trovano evidenza al suo interno, tra le strutture che lo compongono, oltre che in una logica interdipartimentale, ovvero con le altre articolazioni dell'Agenzia.

Il Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria (DIPS) si configura come *dipartimento gestionale*, caratterizzato da uso integrato delle risorse; attribuzione di un budget unico; inquadrabile nell'organigramma gerarchicamente alla Direzione Sanitaria ATS.

È articolazione organizzativa che raggruppa un insieme omogeneo di attività complesse e semplici che richiedono una programmazione ed un coordinamento unitario con risultati in termini di efficienza ed efficacia misurabili.

Il DIPS opera come coordinamento dei Dipartimenti Funzionali di ASST con i quali si raccorda per le attività di prevenzione in ambito territoriale non svolte direttamente.

Le strutture organizzative del DIPS sono configurate come Strutture Complesse:

- SC Igiene e sanità pubblica, Salute – Ambiente
- SC Igiene Alimenti e Nutrizione
- SC Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro

- SC Medicina Preventiva nelle Comunità
- SC Promozione della Salute e Prevenzione dei fattori di rischio comportamentali

Ove presente, il Laboratorio di Prevenzione, è struttura del DIPS e opera in coerenza con l'organizzazione e le finalità della Rete dei laboratori di Prevenzione, così come definita dalla DGR X/4761/2016.

Ai Servizi sono assegnate le stesse funzioni o aree di intervento, uguali su tutto il territorio regionale.

All'interno delle strutture complesse o in staff alla direzione dipartimentale sono allocate strutture che costituiscono riferimento per specifiche aree di indirizzo tecnico o laddove ritenuto utile in riferimento a elementi oggettivi e relativi alla complessità del territorio (popolazione; tessuto sociale e dei servizi; tessuto lavorativo; dimensione e caratteristiche orografiche) e/o alla presenza di elementi peculiari di rischio/criticità (es SIN...), unità organizzative territoriali afferenti ad una stessa SC con un disegno coerente con la domanda del territorio stesso e della popolazione.

Attività di staff della Direzione DIPS sono: il monitoraggio dei dati di attività attraverso il Sistema informativo della Prevenzione e lo strumento uniforme delle Performance della Prevenzione; il raccordo con l'Osservatorio Epidemiologico, l'attività di comunicazione e formazione in raccordo con le strutture dell'agenzia; attività di monitoraggio della qualità e appropriatezza dei processi; raccordo con i Dipartimenti Funzionali di Prevenzione.

Di seguito si indicano gli ambiti di prevalente competenza dei Servizi DIPS, che assicurano il pieno adempimento di quanto previsto dai LEA e concorrono alla realizzazione dei programmi del PRP.

La complessità e varietà degli interventi necessita della disponibilità di differenti professionalità con un approccio multiprofessionale.

L'attività di coordinamento delle azioni del Piano Pandemico è in carico alla Direzione Generale che si avvale del DIPS per quanto di competenza.

1.1. Igiene e sanità pubblica, Salute - Ambiente

Assicura l'attività di prevenzione sia collettiva sia dei singoli e di tutela della salute della popolazione, attraverso azioni volte a ridurre e rimuovere le cause di nocività e malattia a seguito di esposizione a rischi ambientali.

Deve assumere la sua funzione fondamentale di governo e controllo del territorio e tutela della popolazione residente, dando pieno adempimento al dettato contenuto nei LEA di prevenzione e controllo degli ambienti di vita.

All'interno delle competenze del servizio si colloca l'attenzione al particolare rapporto tra ambiente e salute sia nell'ottica di una tutela della salute e contenimento di possibili ricadute di eventi negativi/nocivi sia in relazione al contributo proprio dell'area igienistica alla costruzione di ambienti che assicurino la salute dei cittadini.

La peculiarità di tale ambito di intervento necessita della disponibilità di differenti professionalità con competenze non solo medico-epidemiologiche ma anche impiantistiche, chimiche ed urbanistiche.

1.2. Igiene Alimenti e Nutrizione

Assicura l'attività di prevenzione collettiva e di tutela della salute della popolazione attraverso azioni volte ad individuare e rimuovere le cause di nocività legate agli alimenti di origine non animale, materiali e oggetti destinati al contatto con gli alimenti e alla nutrizione, garantendo quanto previsto dai LEA.

Si raccorda per la programmazione delle attività di controllo con i servizi del Dipartimento Veterinario e con le altre Autorità Competenti in materia di sicurezza alimentare, a tutela della salute del consumatore, nonché, per la gestione dei casi di malattie trasmesse da alimenti, con la struttura di Medicina Preventiva nelle Comunità a cui compete l'effettuazione dell'inchiesta epidemiologica e l'attivazione delle attività di controllo in capo alla struttura IAN, con il supporto dei Laboratori di Prevenzione per le analisi sulle matrici alimentari.

Contribuisce per quanto di competenza al sistema di allerta rapido degli alimenti (RASFF).

Per l'esecuzione dei controlli analitici su matrici alimentari, nel rispetto dei Piani Nazionali/Regionali (OGM; fitosanitari; additivi e aromi; alimenti irradiati; micotossine; contaminanti; criteri microbiologici; ...), si avvale con la Rete dei Laboratori di Prevenzione.

Monitora la qualità delle acque destinate al consumo umano attraverso la verifica delle attività dei gestori del Servizio idrico (Piani di Sicurezza dell'Acqua) e i controlli della rete degli acquedotti e, per la tutela delle falde e la gestione di episodi di inquinamento, in raccordo con il Servizio Igiene e sanità pubblica, Salute - Ambiente e con ARPA.

Assicura i controlli nutrizionali nella ristorazione collettiva, verificando tra l'altro i menù standard e le diete speciali, e i controlli dei *claims* e delle etichette nutrizionali degli alimenti.

1.3. Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro

Assicura l'attività di prevenzione collettiva e di tutela della salute dei lavoratori attraverso azioni volte a contenere e rimuovere rischi all'origine di infortuni e malattie negli ambienti di lavoro e concorre alla promozione della salute nelle aziende.

In tale ottica opera per la prevenzione degli infortuni sul lavoro, dalle esposizioni ad agenti chimici, fisici e biologici, anche in relazione a specifici piani di settore e di rischio (tumori professionali; patologie da sovraccarico biomeccanico; patologie da stress lavoro-correlato...).

Si raccorda per le attività di prevenzione ed emersione delle malattie professionali con le Unità Operative Ospedaliere di Medicina del Lavoro di cui alla DGR X/6472/2017 "Modifica della DGR 20 marzo 2017 n X/6359 'Determinazione in relazione alle Unità Operative di Medicina del Lavoro (UOOML) nel rispetto della l.r. 11 agosto 2015, n.23".

Concorre alla crescita della cultura della sicurezza nell'ambito dei percorsi formativi scolastici.

All'interno del Servizio trova, di norma, collocazione l'attività di Impiantistica.

1.4. Medicina Preventiva nelle Comunità

Assicura attività di prevenzione rispetto a patologie di rilevanza sociale con particolare attenzione alle patologie tumorali più diffuse, attraverso azioni volte ad individuare gruppi a rischio da inserire in percorsi di diagnosi precoce, garantendone la rispondenza agli indicatori e standard di qualità previsti. Progetta, realizza e gestisce i programmi di screening e verifica l'impatto sanitario degli stessi sulla popolazione residente.

Assicura l'attività di prevenzione, sorveglianza e controllo delle malattie infettive, comprese le emergenze internazionali, secondo gli indirizzi regionali e nazionali, favorendo il raccordo con le strutture specialistiche di ricovero e cura della ASST. Assicura la governance dell'attività di *preparedness* in tema di malattie infettive con una visione complessiva sulle modalità di sorveglianza delle attività territoriali e ospedaliere.

Collabora con ASST all'attività di prevenzione sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (anche in occasione di focolai) e al contrasto dell'antibiotico resistenza facilitando, con un ruolo di regia in collaborazione con altri Dipartimenti di ATS, il raccordo tra ASST e altri erogatori.

Assicura la governance in merito all'offerta vaccinale, per target di popolazione, per categorie a rischio (patologia status), per la profilassi internazionale e per la vaccinazione in co-pagamento nei confronti di ASST, della medicina di famiglia e dei gestori nell'ambito del percorso di presa in carico dei pazienti cronici per il raggiungimento degli obiettivi regionali e nazionali.

Garantisce l'indirizzo tecnico alle strutture preposte all'offerta delle vaccinazioni e dell'attività di screening della ASST.

1.5. Promozione della Salute e Prevenzione fattori di rischio comportamentali

Assicura i LEA attraverso la programmazione, erogazione e governance di attività integrate di promozione della salute e prevenzione di fattori di rischio comportamentali delle malattie croniche e non, nei contesti collettivi e di comunità, in linea con quanto previsto dal PRP nonché da eventuali normative di settore ("Guadagnare Salute", ecc.).

Assicura indirizzo e raccordo con ASST e altri soggetti territoriali per gli interventi di prevenzione e promozione salute (Diagnosi precoce e prevenzione cronicità, Dipendenze, Salute Mentale, Area Materno infantile, Consulitori, Centri MTS/IST etc.).

Garantisce, in collaborazione con il Dipartimento della Programmazione per l'integrazione delle prestazioni sociosanitarie con quelle sociali, il raccordo con gli Ambiti Sociali e l'attivazione di tutti i Settori non sanitari (Scuola, Impresa, Università, Associazioni, EELL, ecc.), a vario titolo responsabili di policy/interventi che concorrono alla promozione della salute delle comunità locali.

Garantisce la gestione di sistemi di sorveglianza regionali (HBSC, OKkio, ecc.), lo sviluppo di analisi di contesto epidemiologico – socioeconomico – comportamentale a supporto della programmazione, la predisposizione di strumenti e percorsi per l'orientamento della

programmazione in termini di appropriatezza (multidisciplinarietà, effectiveness, intersettorialità, sostenibilità, equità, accountability).

2. Dipartimento Funzionale di Prevenzione in ASST

La L.R. 22/2021 introduce la realizzazione del Dipartimento Funzionale di Prevenzione che viene inserita nel polo territoriale delle ASST.

Il Dipartimento Funzionale di Prevenzione opera in coordinamento con il Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria (DIPS) della ATS.

Il Dipartimento Funzionale di Prevenzione, nell'ambito delle sue funzioni di raccordo con la ATS, persegue il raggiungimento degli obiettivi strategici e operativi definiti nell'ambito della programmazione ATS/DIPS (ad esempio. Vaccinazioni, Screening, Promozione della salute, Prevenzione rivolta agli individui ecc.).

L'organizzazione del Dipartimento Funzionale di Prevenzione nelle ASST prevede le seguenti tipologie di offerta e relative strutture.

1. erogazione di servizi di prevenzione:

1.a livello ospedaliero

- screening oncologici per la prevenzione del tumore al seno;
- screening oncologici per la prevenzione del tumore al polmone;
- screening oncologici per la prevenzione del tumore al colon retto;
- screening per la prevenzione di HCV;
- screening neonatali;

1.b livello territoriale

- erogazione dei servizi di screening oncologici per la prevenzione del tumore alla cervice uterina (consultori);
- vaccinazioni (centri vaccinali).

2. sorveglianza prevenzione malattie infettive:

2.a livello ospedaliero

- sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza
- sorveglianza e contrasto dell'antibiotico resistenza

2.b livello territoriale

- sorveglianza delle infezioni sessualmente trasmesse;
- profilassi delle malattie infettive compreso ambulatorio viaggiatori.

3. presa in carico delle patologie croniche:

3.a livello ospedaliero

- presa incarico patologie lavoro correlate (UOOML);
- counseling motivazionale / stili di vita;

3.b livello territoriale

- home visiting;
- disassuefazione dal fumo;
- presa in carico individuale:
 - counseling motivazionale / stili di vita (counseling nutrizionale, tabacco, attività fisica);
 - raccordo con le Case della Comunità;
 - protocollo farmaci a scuola;
 - raccordo con i Servizi Dipendenze e Salute Mentale (Psichiatria e Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza);
 - raccordo con i Consulteri familiari.

Il Dipartimento Funzionale di Prevenzione è configurato come segue:

- SC Vaccinazioni e Sorveglianza Malattie infettive;
- funzione Home visiting e Promozione della Salute nella presa in carico;
- referenti delle strutture coinvolte negli screening oncologici e gli screening neonatali;
- referente per area dei Consulteri;
- referente per area dei Servizi Dipendenze e Salute Mentale (Psichiatria e Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza);
- responsabili della Attività di sorveglianza, prevenzione e controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza – ICA IST;
- Centri Infezioni Sessualmente Trasmesse – IST.

Negli IRCCS e nelle ASST senza territorio il coordinamento delle attività di prevenzione è previsto in carico alla Direzione Sanitaria.

L'attività di coordinamento delle azioni del Piano Pandemico è in carico alla Direzione Generale.

2.1. Struttura Complessa Vaccinazioni e Sorveglianza Malattie infettive

Nell'organigramma di ASST, in afferenza alla Direzione Sociosanitaria è prevista una struttura complessa Vaccinazioni e Sorveglianza Malattie infettive che lavora in stretto raccordo con le strutture Medicina Preventiva nelle Comunità di ATS, con il compito di:

- favorire l'integrazione dell'offerta vaccinale dei soggetti a rischio (costruzione di percorsi dalla clinica alla vaccinazione);
- favorire l'integrazione dell'offerta vaccinale universale con le componenti del territorio, con i punti nascita e l'emergenza urgenza (catch up);
- attivare la profilassi per le malattie infettive in coordinamento con l'attività di sorveglianza della ATS.

A tale Unità afferiscono le seguenti attività:

- vaccinazione universale: tutta l'attività erogativa comprese le fasi di pianificazione e gestione dell'offerta secondo gli specifici indirizzi regionali;
- vaccinazione categorie a rischio per patologia o per status: tutta l'attività erogativa comprese le fasi di pianificazione e gestione dell'offerta secondo gli specifici indirizzi

regionali in raccordo con le strutture organizzative cliniche, con la medicina del territorio, e con i gestori nell'ambito del percorso di Presa in Carico dei pazienti cronici;

- vaccinazione post esposizione;
- profilassi internazionale;
- vaccinazione in co-pagamento
- raccordo tra le Attività di sorveglianza, prevenzione e controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza – ICA e la SC Medicina Preventiva nelle Comunità di ATS

Le ASST hanno il compito di garantire le vaccinazioni per il distretto a cui fanno riferimento, fermo restando la possibilità di altre modalità organizzative condivise con la ATS di riferimento.

2.2. Area screening oncologici e screening neonatali

Tale area ha la funzione di favorire l'integrazione dell'attività di screening e dei percorsi di diagnosi e cura delle patologie oncologiche di colon retto, mammella (breast unit), polmone e cervice uterina pianificate dalla ATS di riferimento. Analogamente è presente l'area di screening delle patologie neonatali.

2.3. Centri Infezioni Sessualmente Trasmesse - IST

Nelle ASST ove sono previsti i Centri Infezioni Sessualmente Trasmesse (IST) effettuano la presa in carico complessiva (prevenzione, screening, diagnosi, trattamento e follow up) delle infezioni sessualmente trasmesse. I centri IST provvedono, secondo gli specifici indirizzi regionali, a offrire al cittadino supporto e consulenza in tema di IST e attivano una presa in carico complessiva del paziente e dei contatti (contact tracing) in raccordo con le SC Medicina Preventiva nelle Comunità di ATS.

2.4. Home visiting e Promozione della Salute nella presa in carico

Nelle ASST sono previste funzioni Home visiting e Promozione della Salute nella presa in carico con le seguenti competenze:

- Home visiting: Interventi domiciliari di supporto post- partum (prevenzione depressione), counseling motivazionale stili di vita genitori (consumo di alcol, fumo di tabacco, attività fisica e movimenti) e promozione della salute nelle fasi precoci della vita (allattamento al seno, prevenzione incidenti ecc.);
- Interventi integrati con il percorso di presa in carico individuale volti a promuovere corretti stili di vita, monitoraggio delle condizioni di rischio e adozione di interventi che accompagnino e precedano la diagnosi in collaborazione con le strutture di Area territoriale;
- Patient engagement: Educazione paziente (e famiglie) all'autogestione consapevole della malattia (fragilità, disagio ed esclusione sociale);
- Sviluppo reti territoriali integrate di sostegno (Prevenzione + Cure primarie);
- Attuazione sorveglianze per stratificazione e targeting della popolazione;
- Attuazione programmi preventivi regionali con particolare riferimento ai programmi afferenti il Piano Integrato Locale di Promozione della Salute – PIL ATS.

2.5. Attività di sorveglianza, prevenzione e controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza – ICA

La rilevanza della problematica della corretta gestione delle infezioni correlate all'assistenza che sempre più stanno destando preoccupazioni nei Sistemi sanitari per il sempre crescente incremento delle resistenze alle terapie antibiotiche, impone che le Strutture ospedaliere si organizzino in modo da assicurare:

- il coordinamento, l'integrazione, la trasversalità delle competenze specialistiche necessarie per la più adeguata gestione della problematica infettiva; in particolare devono essere integrate le competenze in ambito igienistico, microbiologico, farmaceutico, infettivologico, risk management, DAPSS, medico competente, RSPP;
- la gestione della prevenzione delle ICA e degli isolamenti dei pazienti per evitare la diffusione dei microrganismi multiresistenti in ambiente ospedaliero e nelle strutture residenziali per pazienti anziani.

Le unità multiprofessionali e multidisciplinari di cui al presente punto devono assicurare:

- la definizione del rischio infettivo nel contesto operativo;
- l'implementazione di misure di prevenzione e di controllo delle infezioni associate all'assistenza definite da protocolli e procedure validati basati sulle evidenze scientifiche;
- l'adozione di misure di sorveglianza adeguate al contesto organizzativo;
- l'informazione, addestramento, formazione del personale addetto all'assistenza;
- l'adesione alla sorveglianza microbiologica in ambito regionale;
- l'uso corretto ed il monitoraggio del consumo di antibiotici, anche attraverso un modello di antimicrobial stewardship.

2.6. Medicina Legale

In ogni singola ASST è presente la struttura (semplice o complessa) di Medicina Legale afferente alla Direzione Sanitaria per garantire le funzioni e le prestazioni medico-legali di cui alla L.R. 33/2009 così come aggiornata con legge regionale 4 marzo 2019 n. 4, anche in riferimento all'attività di medicina necroscopica. La funzione deve assicurare il proprio supporto di competenza a tutte le strutture aziendali, sia ospedaliere che territoriali.

L'organizzazione in forma di Dipartimento Interaziendale di Medicina Legale tra più ASST è il modello organizzativo più idoneo a garantire l'uniformità nell'erogazione delle prestazioni medico legali, la misurazione degli esiti, nonché il ruolo di indirizzo e governo tecnico-scientifico delle strutture medico-legali delle ASST partecipanti al dipartimento. L'organizzazione dipartimentale, attraverso opportune regolamentazioni gestionali che consentano integrazioni operative, può costituire altresì modello organizzativo atto a garantire la terzietà della funzione pubblica, richiamata dall'art. 68 del TULR, e già evidenziata con la DGR n. X / 5954 del 05/12/2016 con particolare riferimento ai giudizi dei collegi medici.

La funzione di Medicina Legale deve assicurare:

- Certificazioni medico legali di I livello: si configurano come prestazioni di "I livello", quelle per le quali non è condizione necessaria la specializzazione in medicina legale.

La diretta gestione, organizzazione ed effettuazione di tali attività può essere assegnata anche alla competenza delle articolazioni della rete territoriale delle ASST, mentre la funzione di Medicina Legale deve fornire le indicazioni tecnico-operative e funzionali, curare l'aggiornamento degli operatori e la qualità delle prestazioni erogate. Si fa riferimento a quelle certificazioni monocratiche caratterizzate dal bilanciamento degli interessi del singolo con quelli della collettività, tra le quali in particolare: idoneità alla guida, idoneità all'uso delle armi, deambulazione impedita o sensibilmente ridotta ai fini del rilascio dello speciale contrassegno, esonero dall'obbligo delle cinture di sicurezza, elettori impediti a votare, ecc..

- Prestazioni e funzioni medico legali di II livello: si tratta dell'insieme delle prestazioni/attività per le quali è necessaria la formazione specialistica in medicina legale o che, per peculiarità tecnica, vengono individuate di diretta competenza della funzione di Medicina legale delle ASST.

Rientrano, tra le prestazioni di "II livello", le seguenti tipologie:

- commissioni per l'accertamento dell'invalidità civile, dello stato di handicap e della disabilità (L. n. 68/99);
- commissioni cecità e sordità prelinguale;
- commissioni per l'accertamento dell'idoneità alla guida;
- collegio medico per il ricorso avverso il giudizio espresso in sede monocratica al porto d'armi;
- commissioni per l'accertamento dell'inabilità lavorativa e dell'idoneità/inidoneità psico-fisica al servizio;
- ogni altra prestazione, anche collegiale, che richieda attività di valutazione e di accertamento medico-legale;
- partecipazione alle attività di gestione del rischio clinico e al Comitato Valutazione Sinistri;
- assistenza diretta medico-legale nel contenzioso giudiziario ed extragiudiziario in qualità di Consulente Tecnico di parte aziendale;
- consulenza per le strutture aziendali su problematiche medico-legali; formazione degli operatori e informazioni ai cittadini su questioni attinenti al biodiritto; cittadini ed agli operatori sanitari su temi di bioetica, trapianti, sicurezza delle prestazioni sanitarie, e altri temi di rilevante interesse sociale e professionale ed in generale attinenti al biodiritto;
- coordinamento delle attività nell'area della medicina necroscopica ospedaliero-territoriale e riscontri diagnostici;
- gestione dell'istruttoria delle richieste di indennizzo per i danni da vaccinazione/trasfusione (L. 210/92).

La funzione di Medicina Legale garantisce il supporto specialistico per la medicina legale previste nell'ambito della Medicina Penitenziaria.

2.7. Medicina del lavoro

Si richiama la DGR X/6472/2017 "Modifica della DGR 20 marzo 2017 n X/6359 "Determinazione in relazione alle Unità Operative di Medicina del Lavoro (UOOML) nel

rispetto della L.R. 11 agosto 2015, n.23””, ove sono descritte le funzioni ed i compiti delle UOOML.

In particolare, si sottolinea l'attività in raccordo con ATS – DIPS/SC PSAL per la prevenzione ed emersione delle malattie professionali. Promuovono l'utilizzo dell'applicativo segnalazione malattie professionali (SMP) all'interno della struttura sanitaria per facilitare la diagnosi e l'emersione del rischio tecnopatico.

Promuovono e facilitano l'emersione delle malattie professionali anche attraverso la collaborazione con i Medici competenti e con i Servizi di Prevenzione e Protezione Aziendali.

Ove presenti le strutture Medicina del lavoro collaborano con la Direzione Sanitaria all'ottimizzazione dei protocolli di indagine per l'esecuzione degli accertamenti chimico clinici a carico dei lavoratori, alla definizione dei criteri di idoneità delle diverse figure professionali alle specifiche mansioni e al reinserimento lavorativo dei lavoratori inidonei alla mansione attribuita o disabili o, comunque, con ridotta capacità lavorativa.

CAPITOLO IV - LE FUNZIONI DELLA DIREZIONE SOCIOSANITARIA

Si descrivono di seguito le principali funzioni della Direzione Sociosanitaria di ATS.

1. Dipartimento della programmazione per l'integrazione delle prestazioni sociosanitarie con quelle sociali (PIPSS)

Il Dipartimento della programmazione per l'integrazione delle prestazioni sociosanitarie con quelle sociali (Dipartimento PIPSS), al fine di contribuire all'attuazione della programmazione definita dalla Regione relativamente al territorio di propria competenza, definisce linee guida e modelli omogenei per lo sviluppo dell'integrazione dei servizi sanitario, sociosanitario e sociale in raccordo con la Direzione Sociosanitaria della ASST e i Distretti.

Le funzioni del Dipartimento PIPSS per contribuire alla programmazione dell'integrazione sociosanitaria (Governo della domanda) sono svolte in stretto raccordo con il Dipartimento programmazione, accreditamento, acquisto delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie (Dipartimento PAAPSS), e si avvalgono della collaborazione dei Distretti delle ASST.

Il Dipartimento PIPSS assicura un contributo di competenza per la pianificazione delle azioni di promozione della salute che intervengono su determinanti di salute di ambito sociosanitario e sociale.

L'integrazione sociosanitaria trova la sua attuazione nella definizione della multidisciplinarietà dei percorsi di cura, nella continuità delle cure e appropriatezza della presa in carico attraverso il contributo del Dipartimento PIPSS alle azioni di governo del sistema d'offerta sanitaria, sociosanitaria e sociale, e le attività di governance delle reti territoriali, nonché dei sistemi di valutazione multidimensionali.

Rientrano tra queste azioni, finalizzate in particolare a sviluppare l'integrazione con il sistema dei servizi sociali, la gestione e il coordinamento della Cabina di Regia ex art. 6,

comma 6, della l.r 23/2015 e delle sue eventuali articolazioni territoriali, cui partecipa anche la Direzione Sociosanitaria della ASST.

Si prevede in afferenza alla Direzione Sociosanitaria, preferibilmente nell'ambito del Dipartimento PIPSS.

Nel Dipartimento PIPSS sono presenti professionalità appartenenti ai diversi ruoli sanitario, amministrativo, tecnico e professionale.

Gli ambiti di intervento del Dipartimento PIPSS sono:

- il governo dei processi di integrazione, continuità, miglioramento qualitativo e appropriatezza della presa in carico e dei percorsi assistenziali nei servizi sociali, sociosanitari e sanitari delle reti d'offerta territoriali per favorire l'omogeneità le garanzie di fruibilità delle prestazioni;
- lo sviluppo delle modalità e strumenti di integrazione, generazione di risorse e opportunità di assistenza del sistema sociosanitario con il sistema dei servizi sociali e delle realtà assistenziali dei territori, del privato sociale e del terzo settore per migliorare l'accessibilità;
- la promozione e attuazione di modalità e strumenti per la valutazione degli esiti delle attività di presa in carico e assistenziali, relativamente alle reti territoriali sociosanitarie e dell'integrazione realizzata con le reti sociali;
- la gestione, la partecipazione in partnership, il coordinamento e il monitoraggio delle progettualità nell'ambito dell'offerta di interventi del sistema sanitario, sociosanitario, sociale e dei servizi di integrazione tra le reti sociosanitaria e sociale;
- individuazione degli obiettivi strategici di integrazione sociosanitaria ai fini della Sottoscrizione dell'Accordo di Programma per l'attuazione del Piano di Zona;
- monitoraggio dell'attuazione dei piani di zona, nonché gestione, monitoraggio e rendicontazione delle risorse sociali;
- garantire l'omogeneità di erogazione delle prestazioni sanitarie di rilevanza sociale nonché delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria.

In particolare, le funzioni del Dipartimento si sintetizzano nei seguenti elementi chiave:

1. Funzione di raccordo tra il sistema sanitario, sociosanitario nel suo complesso ed il sistema sociale;
2. Funzione di coordinamento e monitoraggio delle progettualità innovative nell'ambito dell'offerta di servizi di integrazione tra le reti sociosanitaria e sociale;
3. Funzione di governo della presa in carico e dei percorsi assistenziali;
4. Gestione e monitoraggio delle misure di supporto alla famiglia e ai suoi componenti fragili.

Per lo svolgimento delle sue funzioni si avvale della Cabina di Regia ex art. 6, comma 6, della L.R 33/2009 con le seguenti finalità:

- analisi dei bisogni e individuazione delle risorse disponibili;
- promozione e il sostegno del lavoro di rete fra i diversi attori del territorio, compresi associazioni di categoria, enti del terzo settore e dell'associazionismo;
- individuazione e monitoraggio di modelli di intervento per lo sviluppo di un approccio integrato in ordine alla valutazione e alla presa in carico dei bisogni da realizzarsi anche attraverso l'integrazione di risorse e strumenti.

La Cabina di Regia dovrà prevedere la seguente composizione:

- Direttore Sociosanitario della ATS con funzioni di coordinamento;
- Direttore del Dipartimento PIPSS;
- Responsabili che, per materia, il Direttore Sociosanitario della ATS ritiene opportuno individuare;
- Direttori Sociosanitari e Direttori di Distretto delle ASST;
- Rappresentanti dei gestori delle Unità d'Offerta/servizi interessati alle tematiche oggetto della Cabina di Regia;
- Coordinatori/responsabili Uffici di Piano;

Alla Cabina di Regia partecipano obbligatoriamente i rappresentanti degli Enti Locali laddove i temi trattati dalla Cabina di Regia sia rilevanti per gli stessi oppure abbiano un impatto significativo sulle comunità e i territori afferenti.

La recente L.R. 22/2021 ha riconosciuto in capo alle ASST i Dipartimenti di Cure Primarie e riconosciuto alle ATS il coordinamento e governo dell'attività necessaria per la stesura e sottoscrizione, unitamente alle ASST di riferimento, degli accordi con i MMG e PLS del territorio di competenza, sentite le rappresentanze degli erogatori privati accreditati.

SEZIONE IV - AZIENDE SOCIO SANITARIE TERRITORIALI (ASST)

CAPITOLO I - PARTE GENERALE

Le ASST sono disciplinate dall'art. 7 della L.R. 33/2009.

Alle ASST compete l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza ed eventuali livelli aggiuntivi definiti dalla Regione con risorse proprie, nella logica della presa in carico della persona nel proprio contesto di vita.

Le ASST si articolano in due settori aziendali, rispettivamente definiti polo territoriale e polo ospedaliero.

CAPITOLO II - LA FUNZIONI DELLA DIREZIONE SANITARIA ASST

Alla direzione Sanitaria afferiscono le Direzioni Mediche di Presidio, per le quali l'attività è ampiamente descritta nella normativa nazionale e regionale, e riguardo alle quali, in considerazione dei diversi contesti organizzativi, si potrà valutare l'accorpamento in un'unica SC.

In staff alla Direzione Medica di Presidio, o alla Direzione Sanitaria, afferiscono i Coordinamenti Ospedalieri di Procurement per la donazione di organi e tessuti di I e II livello in applicazione del Programma Regionale di Donazione organi e tessuti.

Le disposizioni del presente capitolo si applicano, per quanto compatibili, anche agli IRCCS.

Le funzioni di norma afferenti alla Direzione Sanitaria sono:

1. Farmacia Ospedaliera e Farmacia Territoriale

La Farmacia, in staff alla Direzione Sanitaria è preposta alla gestione di farmaci, disinfettanti, dispositivi medici, diagnostici, dietetici, protesica ed ausili, nel rispetto dei criteri di sicurezza, efficacia, efficienza ed economicità e nel rispetto della normativa vigente.

Nell'ambito della programmazione annuale generale dell'Azienda la Farmacia garantisce l'integrazione tra l'organizzazione della propria struttura e quella dei reparti/servizi ospedalieri e dei servizi della rete territoriale cui è rivolta la propria attività e promuove la qualificazione tecnica degli operatori addetti.

Si individuano le funzioni principali:

- gestione di farmaci, disinfettanti, dispositivi medici, diagnostici, dietetici, protesica ed ausili;
- informazione tecnico-scientifica e normativa in merito ai beni gestiti;
- produzione di galenica magistrale e officinale sterile e non sterile, con particolare riferimento all'allestimento di terapie antitumorali, nutrizionali parenterali, di dosaggi parenterali e di formulazioni non reperibili in commercio (se in possesso di locali con i requisiti previsti da NBP);
- farmacovigilanza, dispositivo-vigilanza, vaccino-vigilanza;
- vigilanza sulla corretta gestione di farmaci e dispositivi medici, con particolare riguardo ai medicinali stupefacenti, negli armadi farmaceutici presenti in Azienda, sia nei Presidi Ospedalieri che nei Servizi della Rete Territoriale;
- coinvolgimento nella conduzione degli studi clinici, gestione del farmaco sperimentale, suo allestimento e monitoraggio;
- partecipazione al processo di budget in merito alla declinazione degli obiettivi aziendali ed in relazione alle Regole di Sistema, per quanto attiene ai beni ed agli ambiti di competenza collaborazione con gli uffici del controllo di gestione e dell'economico finanziario nell'analisi dei consumi per conto economico e per centro di costo e nell'analisi dei costi dei fattori produttivi;
- supporto tecnico alla Direzione Strategica nella prevenzione del rischio clinico, con specifico riferimento alle Raccomandazioni Ministeriali di competenza anche attraverso la partecipazione a Commissioni Aziendali specifiche;
- collaborazione con il provveditorato nell'analisi dei fabbisogni quali-quantitativi propedeutica alla realizzazione di gare regionali, consorziali e aziendali e nell'eventuale monitoraggio dei contratti di competenza;
- partecipazione allo sviluppo e all'analisi del sistema informativo aziendale con particolare riguardo agli strumenti informativi relativi alla gestione dei beni gestiti e dei relativi flussi regionali e nazionali;

- gestione della erogazione dei beni per le strutture sanitarie e sociosanitarie che trovano collocazione nella Rete Territoriale della ASST (servizi distrettuali e loro articolazioni, SerD, etc.) e gestione della erogazione di farmaci secondo normativa regionale;
- (gestione della protesica minore, maggiore ed integrativa in distribuzione diretta o tramite servizi/convenzioni).

Ogni ASST potrà prevedere la configurazione delle suddette attività in una struttura complessa con possibilità di articolazione anche in una struttura semplice dedicata alla farmacia territoriale.

2. Ingegneria Clinica Aziendale

La struttura di Ingegneria Clinica Aziendale deve avere le seguenti caratteristiche:

- responsabilità affidata ad un ingegnere, di norma biomedico o clinico, o ad indirizzo biomedico, secondo quanto indicato dalla Raccomandazione n. 9 – Aprile 2009 del Ministero della Salute e delle Politiche Sociali;
- direzione e gestione delle tecnologie biomediche (Dispositivi medici, software dispositivo medico, dispositivi medici diagnostici in vitro, dispositivi medici impiantabili attivi), sia in ambito ospedaliero che territoriale e domiciliare, con l'obiettivo primario di garantirne l'uso sicuro, appropriato ed efficiente.

Risulta preferibile la sua configurazione in SC

3. Fisica sanitaria

Le attività di Fisica Sanitaria, che possono essere svolte in ambito interaziendale, prevedono l'applicazione delle metodologie della Fisica alla Medicina nei settori della diagnosi e della cura con il fine di assicurare la qualità delle prestazioni erogate e la radioprotezione per i pazienti, gli operatori e gli individui della popolazione (D.lgs.187/00 e D.lgs. 81/08).

I settori in cui la Fisica sanitaria principalmente opera sono quelli della Terapia e della Diagnostica per Immagini con radiazioni ionizzanti.

CAPITOLO III - AREE DEL POLO OSPEDALIERO

Sono identificate le seguenti aree ospedaliere con specifica del raggruppamento delle discipline ricomprese all'interno dell'area, elencate in ordine alfabetico. In funzione delle dimensioni e delle caratteristiche dell'Ente sono indicate le possibili collocazioni delle discipline all'interno delle aree.

Area emergenza-urgenza

Chirurgia d'urgenza e del trauma (possibile anche in area chirurgica)

Grandi ustionati

Pronto Soccorso e Medicina d'urgenza (prevedibili posti letto di assistenza semintensiva)

Terapia intensiva (Anestesia e rianimazione)

Terapia intensiva pediatrica (possibile anche in area della donna e materno infantile)

Terapia semintensiva (Anestesia e rianimazione)

Area chirurgica

Chirurgia generale

Chirurgia generale e dei trapianti (per i Centri trapianto)

Chirurgia plastica (prevedibile anche la collocazione in area emergenza-urgenza per assicurare il collegamento con i Grandi ustionati)

Oculistica (possibile anche in area Neuroscienze)

Ortopedia e traumatologia (possibile anche in area emergenza-urgenza)

Urologia

Area medica

Allergologia

Dermatologia

Dietetica e nutrizione clinica

Endocrinologia e diabetologia

Gastroenterologia e epatologia

Geriatrics

Immunologia clinica

Malattie infettive

Medicina interna (prevedibili posti letto di alta intensità/assistenza semintensiva)

Nefrologia e dialisi

Pneumologia (possibile anche in area cardio-toraco-vascolare, nonché prevedibili posti letto di assistenza semintensiva respiratoria)

Reumatologia

Area cardio-toraco-vascolare

Cardiochirurgia

Cardiochirurgia pediatrica

Cardiologia e unità coronarica (possibile anche in area medica)

Chirurgia Toracica

Chirurgia Vascolare

N.B.: possibile presenza della Terapia intensiva ad indirizzo cardio-toraco-vascolare se già presente

Area neuroscienze

Chirurgia maxillo-facciale (possibile anche in area chirurgica)

Medicina riabilitativa e neuroriabilitazione (possibile anche in area medica)

Neurochirurgia

Neurochirurgia pediatrica

Neurologia e stroke unit (possibile anche in area medica)

Odontoiatria e stomatologia (possibile anche in area chirurgica)

Otorinolaringoiatria (possibile anche in area chirurgica)

N.B.: possibile presenza della Terapia intensiva ad indirizzo neurologico/neurochirurgico nonché della donazione d'organi se già presente

Area oncologica

Ematologia

Oncoematologia pediatrica (possibile anche in area della donna e materno infantile)

Oncologia (possibile anche in area medica)

Radioterapia

Area della donna e materno infantile

Chirurgia Pediatrica

Fisiopatologia della riproduzione umana

Neonatologia e terapia intensiva neonatale

Ostetricia e ginecologia

Pediatria

Terapia intensiva pediatrica (possibile anche in area emergenza-urgenza)

Area diagnostica per immagini

Medicina nucleare

Neuroradiologia

Radiologia (possibile anche in area dei servizi)

Radiologia interventistica

Area dei servizi

Anatomia e istologia patologica (possibile anche in area oncologica)

Farmacologia clinica

Laboratorio analisi

Microbiologia e virologia

Servizio trasfusionale

Genetica medica

Tossicologia

Per quanto riguarda la Psichiatria, la Neuropsichiatria infantile, la Terapia del dolore e le Cure palliative è confermata la presenza delle attività anche nell'ambito del Polo Ospedaliero, anche salvaguardando le peculiarità di IRCCS e ASST senza territorio.

CAPITOLO IV - LE FUNZIONI DELLA DIREZIONE SOCIOSANITARIA

La Direzione Sociosanitaria presiede la gestione dei percorsi di presa in carico dei pazienti, ha il compito di garantire ai pazienti, percorsi di cura identificabili in continuità assistenziale sia in riferimento a prestazioni erogabili presso il polo ospedaliero sia in riferimento a prestazioni erogabili nel polo territoriale.

Al polo territoriale delle ASST afferisce la Cabina di Regia delle ASST, con il compito di dare attuazione all'integrazione sanitaria, sociosanitaria e sociale, la cui composizione è determinata con provvedimento del Direttore Generale dell'ASST secondo le linee guida stabilite dalla Giunta Regionale.

Alla Direzione Sociosanitaria afferiscono:

- il Distretto;
- il Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze;
- il Dipartimento Funzionale di Prevenzione;
- il Dipartimento Cure Primarie a carattere funzionale;
- l'Assistenza Domiciliare Integrata, Cure Palliative e Terapia del Dolore;
- i servizi per la disabilità;
- la gestione dei percorsi di presa in carico della cronicità e fragilità.

1. Il Distretto

Il Distretto è un'articolazione organizzativo-funzionale dell'ASST sul territorio definita dall'art. 7 bis della L.R. 33/2009, così come modificata dalla L.R. 22/2021. Il Distretto rappresenta una consistente innovazione, nonché implementazione, dell'offerta territoriale assumendo un ruolo strategico di gestione e di coordinamento organizzativo e funzionale della rete dei servizi territoriali. Rappresenta altresì il punto organizzativo dedicato alla continuità assistenziale ed all'integrazione dei servizi sanitari, ospedalieri e territoriali, e sociosanitari.

Nell'ambito del distretto si configurano le Relazioni con le Organizzazioni di volontariato.

La L.R. 33/2009 stabilisce che la programmazione, la gestione e l'organizzazione del servizio sanitario devono conformarsi, tra gli altri, al principio della promozione e sperimentazione di forme di partecipazione e valorizzazione del volontariato, che non devono essere considerate sostitutive di servizi.

In particolare, è riconosciuta la funzione complementare ed ausiliaria al SSR del volontariato, utile a conseguire elevati standard di qualità e di umanizzazione dei servizi sanitari e sociosanitari.

In tale ottica di sussidiarietà dovranno essere favoriti momenti di aggregazione ed ascolto delle associazioni di volontariato.

Al Distretto possono essere ricondotte le seguenti funzioni:

- contribuire alla programmazione per la realizzazione della rete di offerta territoriale con particolare riferimento ai servizi da erogare a seguito della valutazione dei bisogni dell'utenza. Il Distretto, con la Direzione Sociosanitaria e con la Direzione Generale dell'ASST, provvede alla programmazione dei livelli di servizio da garantire, alle decisioni in materia di logistica, accesso, offerta di servizio.
- erogare servizi sociosanitari territoriali in forma diretta o indiretta.
- assicurare l'accesso ai servizi, il monitoraggio continuo della qualità degli stessi.
- verificare le criticità emergenti nella relazione tra i servizi e tra i servizi stessi e l'utenza.

In particolare, l'organizzazione del distretto, così come indicato nella normativa vigente deve garantire:

- l'assistenza primaria, ivi compresa la continuità assistenziale, attraverso il necessario coordinamento e l'approccio multidisciplinare, in ambulatorio e a domicilio, tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, servizi di guardia medica notturna e festiva e i presidi specialistici ambulatoriali;
- il coordinamento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con le strutture operative a gestione diretta, nonché con i servizi specialistici ambulatoriali e le strutture ospedaliere ed extraospedaliere accreditate;
- l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, connotate da specifica ed elevata integrazione, nonché delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria, in accordo con i comuni.

Al Distretto afferiscono le Centrali Operative Territoriali, le Case di Comunità e gli Ospedali di Comunità.

Le interrelazioni funzionali sono con il Dipartimento funzionale di Prevenzione (vaccinazioni), il Dipartimento Cure Primarie (MMG e PLS), il Dipartimento di Salute Mentale (dipendenze), nonché, per i consultori afferenti al Distretto stesso, con il Dipartimento Materno Infantile.

Il Direttore di Distretto è responsabile di una struttura complessa che assume la denominazione del Distretto.

L'indennità dipartimentale, riconosciuta ai sensi dell'art. 7 bis della L.R. 33/2009, può essere riconosciuta con il raggiungimento della pienezza delle funzioni, con particolare riferimento alla messa in funzione degli ospedali di Comunità.

Gli aspetti igienico-sanitari delle strutture sanitarie delle strutture territoriali devono essere garantiti da una struttura o funzione afferente alla Direzione Sociosanitaria.

Negli IRCCS e nella ASST Gaetano Pini non è prevista l'istituzione di Distretti.

Nella circoscrizione territoriale del Distretto ed alla responsabilità del Direttore di Distretto afferiscono:

1.1. Centrali Operative Territoriali (COT)

La Centrale Operativa Territoriale è un punto di accesso territoriale, fisico e digitale, di facilitazione e governo dell'orientamento e utilizzo della rete d'offerta socio-sanitaria all'interno del Distretto definita dall'art. 7, comma 17 bis della L.R. 33/2009.

La COT ha la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari e socioassistenziali.

Il Responsabile della COT ha un incarico di posizione organizzativa e afferisce al Direttore di Distretto.

In via esemplificativa si declinano le seguenti funzioni:

- coordinamento della presa in carico della persona tra i servizi e i professionisti sanitari coinvolti nei diversi setting assistenziali (transizione tra i diversi setting: ammissione/dimissione nelle strutture ospedaliere, ammissione/dimissione trattamento temporaneo e/o definitivo residenziale, ammissione/dimissione presso le strutture di ricovero intermedie o dimissione domiciliare);
- coordinamento/ottimizzazione degli interventi, attivando soggetti e risorse della rete assistenziale;
- Gestione informatica della presa in carico delle persone con malattie croniche e dei relativi PAI;
- tracciamento e monitoraggio delle transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro;
- supporto informativo e logistico, ai professionisti della rete (MMG, PLS, MCA, IFeC ecc.), riguardo le attività e servizi distrettuali;
- monitoraggio, anche attraverso strumenti di telemedicina, dei pazienti in assistenza domiciliare e gestione della piattaforma tecnologica di supporto per la presa in carico della persona, (telemedicina, strumenti di e-health, ecc.), utilizzata operativamente dalle Case di Comunità e dagli altri servizi afferenti al distretto, al fine di raccogliere, decodificare e classificare il bisogno.

1.2. Case di Comunità

Le Case di Comunità costituiscono un luogo fisico di prossimità.

L'obiettivo dello sviluppo delle Case di Comunità è quello di garantire in modo coordinato:

- l'accesso unitario e integrato all'assistenza sanitaria, socio-sanitaria e socio assistenziale in un luogo di prossimità, ben identificabile e facilmente raggiungibile dalla popolazione di riferimento;
- la prevenzione e promozione della salute seguendo le linee guida fornite dal Dipartimento di Prevenzione delle ATS e il Dipartimento funzionale di Prevenzione delle ASST;
- la presa in carico della cronicità e fragilità;

- la valutazione del bisogno della persona e l'accompagnamento alla risposta più appropriata, programmabile e non;
- la risposta alla domanda di salute della popolazione e la garanzia della continuità dell'assistenza anche attraverso il coordinamento con i servizi sanitari territoriali, ivi compresa l'assistenza domiciliare integrata;
- l'attivazione di percorsi di cura multidisciplinari, che prevedono l'integrazione tra servizi sanitari, ospedalieri e territoriali, e tra servizi sanitari e sociali;
- la partecipazione della comunità locale, delle associazioni di cittadini, dei pazienti, dei caregiver.
- Il responsabile organizzativo della Casa di Comunità è un dirigente che afferisce gerarchicamente al Direttore di Distretto.

Nella Casa di Comunità, intesa come luogo fisico sono garantiti i seguenti servizi:

a. Servizi facenti capo alla responsabilità diretta del Direttore di Distretto:

- Punto unico di accesso
- Valutazione multidimensionale del bisogno
- Integrazione con servizi sociali
- Percorsi di presa in carico della persona fragile e cronica
- Gestione amministrativa dell'assistenza sanitaria al cittadino (esenzioni, fuori regione, estero)
- Integrazione e gestione dei servizi per la disabilità.

b. Servizi facenti capo alla responsabilità funzionale del Direttore di Distretto:

- assistenza sanitaria di base;
- cure domiciliari – ADI/Cure Palliative;
- CUP;
- assistenza specialistica ambulatoriale – Telemedicina;
- punto prelievi;
- continuità assistenziale;
- consultori familiari;
- servizi per la consulenza e l'intercettazione precoce del disagio in aree salute mentale, dipendenze e neuropsichiatria infantile, dedicati in particolare ai giovani e ai loro familiari;
- vaccinazioni;
- screening.

1.3. Ospedali di Comunità

L'Ospedale di Comunità è una struttura multiservizio deputata all'erogazione di prestazioni sanitarie e sociosanitarie a media e bassa intensità definita dall'art. 7, comma 15 della L.R. 33/2009.

La responsabilità clinica dei pazienti è attribuita ai medici.

La responsabilità organizzativo/assistenziale dell'Ospedale di Comunità afferisce ad un dirigente.

2. Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze

L'area della Salute Mentale è disciplinata dall'art. 53 e seguenti della L.R. 33/2009 che al comma 2 recita "Afferiscono all'area della salute mentale gli ambiti delle dipendenze, della neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, della psichiatria, della psicologia e della disabilità psichica. La neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza può afferire funzionalmente all'area materno infantile".

I collegamenti funzionali sono fortemente raccomandati per tutte le aree e vanno ricondotti alle specifiche organizzazioni aziendali.

Le condizioni per una costruttiva collaborazione tra area sanitaria e quella sociosanitaria scaturiscono dal primario riconoscimento dei differenti paradigmi che governano i due sistemi di welfare. Il paradigma bio-medico privilegia lo studio della malattia e fonda il proprio sapere scientifico sulla specializzazione e sulla tecnica. Il paradigma bio-psico-sociale assume una visione complessiva della persona, costituita dalle sue relazioni interpersonali e dal suo contesto di vita (World Health Organization). La ricerca di una collaborazione tra i due approcci deve tendere al superamento dei modelli organizzativi basati esclusivamente sulle discipline, sulle patologie e sulle competenze settoriali, specificatamente per l'area dei servizi territoriali. I bisogni riconducibili all'area della salute mentale, adulta e dell'infanzia/adolescenza, così come l'area relativa alle dipendenze possono meglio trovare coerenza organizzativa in modelli dipartimentali funzionali che privilegiano il funzionamento per processi trasversali.

Le Strutture che afferiscono al Dipartimento Salute mentale e Dipendenze sono articolate in settori territoriali, ospedalieri, residenziali e semiresidenziali dei territori di riferimento, operano in sinergia con gli Enti locali e la rete sociale e per garantire la presa in carico trasversale e la gestione unitaria dell'intero percorso di cura del paziente. Tali Strutture, in coerenza con quanto previsto dalla programmazione regionale e dalla normativa nazionale, devono organizzare forme di servizio idonee per i pazienti autori di reato, anche per quelli ristretti all'interno degli Istituti Penali che afferiscono all'ASST.

Particolare attenzione dovrà essere data nei Piani Organizzativi Aziendali all'organizzazione dell'accesso ai servizi territoriali e alla maggior prevenzione possibile delle situazioni di cronicità.

Tutte le strutture all'interno del DSMD operano congiuntamente al fine di favorire la indispensabile integrazione sia a livello di programmazione dei servizi, sia a livello della collaborazione nella gestione dei singoli casi.

L'organizzazione del DSMD è strutturata per:

- rafforzare le sinergie e il coordinamento tra area di degenza, servizi territoriali, ambulatori specialistici, attività di riabilitazione semiresidenziale e residenziale in una logica di rete, sia per quanto riguarda i pazienti adulti che i minori e i loro familiari;
- dedicare competenze e risorse a servizi territoriali e semiresidenziali finalizzati alla diagnosi e cura dei disturbi psicopatologici dell'età adolescenziale e giovanile dedicando anche particolare attenzione alla transizione verso l'età adulta, in una stretta connessione tra neuropsichiatria dell'adolescenza, dipendenze e psichiatria;
- implementare i servizi per la doppia diagnosi di disturbo psichiatrico anche con riferimento ai pazienti minori;
- implementare i servizi per la disabilità psichica secondo quanto indicato dal Primo Piano Regionale Autismo (DGR 5415 del 25/10/2021) sia per l'età evolutiva che per l'età di transizione e quella adulta;
- rinforzare l'attività territoriale e domiciliare, al fine di ridurre trattamenti ospedalieri o residenziali e promuovere l'inserimento sociale dei pazienti psichiatrici;
- sviluppare i servizi di psicologia clinica che dovranno articolare la loro attività sia a favore di utenti dei servizi del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze sia quale supporto psicologico ai pazienti con patologie organiche che afferiscono ai diversi servizi della ASST, oltre che garantire la propria specifica attività di psicologia clinica;
- strutturare strumenti di valutazione e monitoraggio continuo della qualità e della efficienza dei servizi erogati.

3. Sanità Penitenziaria

La Sanità all'interno degli istituti penitenziari per adulti e minori è un'attività istituzionale ai sensi della normativa nazionale e regionale e deve essere fornita in modo continuativo dalle ASST, che devono farsi carico della salute dei pazienti detenuti.

Sono previsti:

- interventi di medicina generale, con particolare riferimento alla prevenzione, promozione della salute, responsabilizzazione e educazione dei soggetti detenuti e alla gestione dei malati cronici, di primo soccorso e continuità assistenziale, di diagnostica di primo livello;
- assistenza psicologica e deve essere garantita, in modo integrato, l'attività di salute mentale e dipendenze, anche attraverso percorsi che assicurino la continuità della presa in carico dopo l'uscita dal carcere;
- integrazione tra l'attività sanitaria penitenziaria e l'area SerD, che dovrà affluire funzionalmente al Coordinatore Sanitario. I percorsi trattamentali dedicati ai detenuti con dipendenze dovranno essere implementati negli istituti SMMI;
- attività specialistica all'interno degli Istituti, anche con il pieno coinvolgimento delle singole strutture specialistiche delle ASST;
- prevenzione e il trattamento delle patologie infettive, in modo coordinato in tutti gli Istituti lombardi, anche attraverso la istituzione di una struttura organizzativa interaziendale.

L'articolazione organizzativa si differenzia a seconda del numero e della complessità degli Istituti afferenti alle diverse ASST.

4. Dipartimento Cure primarie

Il Dipartimento Cure Primarie si caratterizza per la sua funzionalità dovendo operare in stretta interrelazione con le strutture del Distretto, della Prevenzione, della Neuropsichiatria Infantile.

Le principali funzioni riguardano la stesura di linee guida in materia di cure primarie, l'assistenza sanitaria primaria (medicina generale e assistenza pediatrica) compresa la gestione amministrativa convenzioni MMG, PLS e MCA (graduatorie, reclutamento, contratto/lettera d'incarico, pagamento da ACN - AIR - AIA).

Gli ambiti di interrelazione funzionale dell'attività delle cure primarie riguardano le cure domiciliari, l'assistenza di medicina generale, l'assistenza pediatrica e consultoriale, le prestazioni di specialistica ambulatoriale, i servizi rivolti agli anziani e ai disabili adulti. Un ruolo determinante nelle cure primarie viene svolto dai Medici di assistenza primaria, dai medici di continuità assistenziale (a breve in ruolo unico), dai Pediatri e dal personale infermieristico dei servizi domiciliari, nonché infermieri di famiglia, che operano in stretto contatto con professionisti di altri servizi per offrire la più completa assistenza sanitaria al cittadino, anche in integrazione con i servizi sociali.

È prevista la struttura complessa Cure Primarie il cui responsabile è altresì il Direttore del Dipartimento.

4.1. Corso di formazione in Medicina Generale

Il percorso formativo dei Medici di Medicina Generale ha assunto, negli ultimi anni, ancor maggiore rilevanza per la realizzazione di una sempre maggiore integrazione tra medicina specialistica e medicina territoriale.

In Regione Lombardia l'organizzazione del Corso è affidata a PoliS Lombardia ed è articolata su diverse sedi didattiche che coinvolgono un gran numero di risorse e di strutture: rilevante in questo ambito è il ruolo che devono assumere le ASST, in collaborazione con le ATS per la formazione dei Medici di Medicina generale e di Pediatria di libera scelta e, per tale motivo, è necessario che ciascun Ente coinvolto nel percorso formativo, individui tale funzione nell'ambito delle Cure Primarie, con relativa identificazione di responsabilità, adeguato ad assolvere il delicato compito attribuito dall'organizzazione del Corso.

5. ADI – Cure Palliative – Terapia del dolore

È in corso di implementazione la rete regionale di assistenza domiciliare integrata, cure palliative e terapia del dolore.

Sono prestazioni che vengono rese a livello territoriale: a domicilio, nelle case di comunità (ambulatori) e in hospice (degenza).

La responsabilità apicale dell'attività assistenziale è strutturata a livello aziendale sulla base del grado di organizzazione raggiunto, prevedendosi un'implementazione nel corso dei prossimi anni. Risulta preferibile strutturare Dipartimenti a livello interaziendale, prevedendosi 4 macroaree di rete nell'ambito del territorio regionale. La responsabilità della rete sarà affidata ai contesti organizzativi già strutturati che avranno anche la funzione di implementazione delle reti nel territorio di afferenza.

SEZIONE V - LE FONDAZIONI IRCCS DI DIRITTO PUBBLICO

Gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico sono enti a rilevanza nazionale dotati di autonomia e personalità giuridica che, secondo standards di eccellenza, perseguono finalità di ricerca, prevalentemente clinica e traslazionale, in campo biomedico e in quello della organizzazione e gestione dei servizi sanitari, unitamente a prestazioni di ricovero e cura di alta specialità.

Particolare attenzione vi ha dedicato il legislatore regionale con l'approvazione, con L.R. 22/2021, del nuovo art. 7 ter della L.R. 33/2009

La coesistenza delle attività di cura e di ricerca e gli effetti "benefici" che ciascuna di dette attività è in grado di esercitare sull'altra fa sì che le Fondazioni IRCCS di diritto pubblico rappresentino, nel nostro sistema sociosanitario regionale, un'eccellenza medico-scientifica in grado di offrire terapie innovative, diagnostica avanzata e nuovi percorsi diagnostico-terapeutici, assistenziali e di prevenzione, integrati. Tale complessità è riconosciuta anche attraverso specifiche risorse finanziarie erogate sia dal Ministero della Salute, sia da Regione Lombardia. E i livelli di eccellenza raggiunti dagli IRCCS di diritto pubblico lombardi sono testimoniati dalla ottima valutazione ottenuta da parte del Ministero della Salute che, val la pena ricordarlo, ha compiti di vigilanza su tali Istituti : sulla base dei dati forniti annualmente dal Ministero nel 2018, i quattro IRCCS pubblici occupano sempre le prime posizioni in base ai principali parametri di valutazione (output Scientifici - pubblicazioni e citazioni, attività assistenziale, capacità di attrarre risorse e capacità di operare in rete) -sul totale degli IRCCS pubblici e privati a livello nazionale – in particolare tre dei quattro IRCCS pubblici lombardi sono presenti nelle prime 4 posizioni in base al parametro sintetico complessivo di performance.

Gli IRCCS pubblici lombardi, su istanza di Regione Lombardia, sono stati trasformati in Fondazioni ai sensi dell'art. 2 del d.lgs. n. 288/2003 allo scopo precipuo di realizzare sinergie virtuose tra gli enti fondatori (Ministero della Salute, Regione e Comune in cui ha sede l'Istituto), gli enti rappresentativi degli interessi originari e gli altri soggetti pubblici e privati che, condividendo gli scopi della Fondazione, chiedono di aderirvi al fine di contribuire al loro raggiungimento.

La trasformazione degli IRCCS pubblici in Fondazioni connota in modo peculiare tali enti nel panorama sociosanitario regionale, sia dal punto di vista della governance, sia in termini di mission.

In merito alla governance, il modello della Fondazione si caratterizza per due aspetti fondamentali:

- la presenza del Consiglio di Amministrazione, organo collegiale di indirizzo e controllo, al cui Presidente è riservata anche la rappresentanza legale dell'Ente;
- la previsione, accanto al Direttore generale, di un ulteriore organo monocratico, il Direttore Scientifico, con attribuzioni proprie in materia di ricerca scientifica.

Tale premessa è di per sé sufficiente a definire alcuni indirizzi organizzativi che, nel rispetto della autonomia delle Fondazioni, siano finalizzati al miglior perseguimento degli scopi statutari.

Tali indirizzi non possono prescindere, in primo luogo, dal principio fondamentale – contenuto nella legge n. 3/2003- della separazione tra le funzioni di indirizzo e controllo, da un lato, e gestione e attuazione dall'altro, assegnate rispettivamente al Consiglio di Amministrazione e al Direttore Generale.

Il principio è stato ovviamente ribadito dall'art. 3, comma 4, del d.lgs. n. 288/2003 il quale ha poi rimesso agli Statuti delle Fondazioni IRCCS il disegno organizzativo/gestionale, senza ulteriori indicazioni di dettaglio. E, infatti, al Direttore Generale gli Statuti delle Fondazioni IRCCS riservano la gestione finanziaria, tecnica e amministrativa, incluse la organizzazione e gestione del personale e il conferimento degli incarichi di responsabilità dirigenziale.

La separazione dei compiti di indirizzo e controllo da quelli di gestione – con la conseguente allocazione delle relative responsabilità – non elide, ma anzi rafforza, il legame funzionale che deve necessariamente sussistere tra l'organo di indirizzo e l'organo di gestione, legame che rende il processo decisionale delle Fondazioni IRCCS un vero e proprio “percorso circolare” in cui l'atto di indirizzo può essere ispirato dall'organo di gestione il quale, a sua volta, agisce con la fiducia del Consiglio e in sintonia con le linee programmatiche impartitegli.

Tale “percorso” può ben essere codificato in una specifica regolamentazione idonea a disciplinare l'interazione tra gli organi, a cominciare dalle materie di competenza “concorrente” (in via esemplificativa, in materia di gestione del patrimonio spetta al CDA la definizione delle politiche generali di gestione e valorizzazione, mentre il DG ha il compito di gestire le conseguenti procedure amministrative).

La stessa interazione va necessariamente instaurata tra la Direzione Scientifica e il CDA (ad esempio mediante l'approvazione, da parte dell'Organo collegiale, del Piano della Ricerca, il cui budget deve essere definito d'intesa con il Direttore generale) e tra la Direzione Generale e la Direzione Scientifica, al fine di garantire la sostenibilità e la regolarità amministrativa di tutti i processi clinici e di ricerca.

Va da sé che le scelte organizzative, oltre ad essere coerenti con le indicazioni delle presenti linee guida per gli ambiti analoghi a quelli delle ASST, devono essere strumentali alla realizzazione di uno stretto raccordo tra attività clinica e attività di ricerca, sul presupposto che ciascuna concorre alla più elevata qualità dell'altra ed entrambe assicurano standard assistenziali di alto livello.

In tal senso, si indicano, di seguito, alcuni elementi qualificanti che possono connotare l'organizzazione delle Fondazioni IRCCS, relativi, in particolare, alle funzioni di ricerca e alla interazione delle stesse con le funzioni assistenziali.

La Direzione Scientifica svolge il ruolo di promozione e coordinamento della ricerca scientifica e gestisce il relativo budget concordato annualmente con il Direttore Generale sulla base degli atti programmatici approvati dal CDA. Tale responsabilità, unita a quella che deriva dal parere espresso dal Direttore Scientifico al Direttore Generale nei casi previsti dallo Statuto, rende necessaria, sul versante organizzativo, la stretta integrazione tra gli uffici in cui è articolata la Direzione Scientifica e quelli tipicamente amministrativi con compiti di gestione economico-finanziaria e giuridico-legale, al fine di integrare la ricerca nei percorsi decisionali e amministrativi.

La Direzione Scientifica può dotarsi di un Clinical Trial center o struttura assimilabile, di una Unità Clinica Fase 1, di un Grant Office e di un Technology Transfer Office (TTO), il tutto anche tramite convenzionamento con altro ente. Il TTO può anche essere collocato nell'area amministrativa, purché sia assicurata, tramite idonei e formali percorsi, la stretta interazione con gli uffici della Direzione Scientifica.

Nei casi di organizzazioni particolarmente complesse e in presenza di elevati livelli di produzione scientifica, può essere istituito un Dipartimento della Ricerca. La nomina del Direttore del Dipartimento compete al Direttore Generale su proposta motivata del Direttore Scientifico che indica uno tra i responsabili delle strutture complesse afferenti al Dipartimento.

Infine, sempre sul piano organizzativo, le Fondazioni IRCCS della Regione Lombardia, ai sensi dell'art. 2 degli Statuti vigenti, sono chiamate a *“sperimentare e monitorare forme innovative di gestione e organizzazione in campo sanitario e della ricerca biomedica, previa autorizzazione della Regione Lombardia”*. Tali progettualità dovranno essere trasmesse alla Direzione Generale Welfare previa approvazione del Consiglio di Amministrazione della Fondazione proponente.