



Regione Lombardia

LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° X / 5513

Seduta del 02/08/2016

Presidente **ROBERTO MARONI**

Assessori regionali FABRIZIO SALA *Vice Presidente*
VALENTINA APREA
VIVIANA BECCALOSSI
SIMONA BORDONALI
FRANCESCA BRIANZA
CRISTINA CAPPELLINI
LUCA DEL GOBBO

GIOVANNI FAVA
GIULIO GALLERA
MASSIMO GARAVAGLIA
MAURO PAROLINI
ANTONIO ROSSI
ALESSANDRO SORTE
CLAUDIA TERZI

Con l'assistenza del Segretario Fabrizio De Vecchi

Su proposta dell'Assessore Giulio Gallera

Oggetto

ULTERIORI DETERMINAZIONI IN ORDINE ALLE LINEE GUIDA REGIONALI PER L'ADOZIONE DEI PIANI DI ORGANIZZAZIONE AZIENDALE STRATEGICI DELLE AGENZIE DI TUTELA DELLA SALUTE (ATS), DELLE AZIENDE SOCIO SANITARIE TERRITORIALI (ASST), DEGLI IRCCS DI DIRITTO PUBBLICO DELLA REGIONE LOMBARDIA E DI AREU

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

Il Dirigente Tommaso Russo

Il Direttore Generale Giovanni Daverio

L'atto si compone di 101 pagine

di cui 95 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;
- l'art. 2, 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;

VISTI gli atti di programmazione e gli indirizzi assunti da Regione Lombardia con:

- Il Programma regionale di sviluppo della X legislatura di cui alla D.C.R. 09.07.2013, n. X/78;
- Il Piano sociosanitario regionale 2010-2014, approvato con D.C.R. 17.11.2010, n. IX/88;
- la D.G.R. 29.12.2015, n. X/4702, " Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio sociosanitario per l'esercizio 2016 - (di concerto con l'Assessore Melazzini);

VISTA la l.r.11.08.2015, n. 23, "Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 23 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità", con la quale è stata prevista l'istituzione delle Agenzie di Tutela della Salute (ATS) e delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST);

VISTA la l.r. 22.12.2015, n. 41, ed in particolare l'art. 2, c. 1, che stabilisce il



Regione Lombardia

LA GIUNTA

carattere sperimentale di anni cinque dell'articolazione in ATS ed ASST del servizio sanitario e sociosanitario regionale prevedendo che la Regione, in collaborazione con il Ministero della Salute, effettuò una prima verifica al termine del primo triennio di sperimentazione al fine di individuare eventuali interventi correttivi;

VISTA la l.r. 29 giugno 2016, n. 15 avente ad oggetto "Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche ai Titoli V e VIII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità) che ha modificato i seguenti Titoli della l.r. 33/2009:

- Titolo V norme in materia di tutela della salute mentale;
- Titolo VIII le norme in materia di sanità pubblica veterinaria;

VISTA la l.r. 30.12.2009, n. 33, come modificata dalla citata l.r. n. 23/2015, 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, ai sensi del quale 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), che è ricompreso tra i provvedimenti soggetti alle procedure di controllo di cui all'art.4, c. 8, della legge n. 412/1991;

RICHIAMATI 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*";

VISTA la DGR n. X/5113 del 29 aprile 2016 avente ad oggetto "Linee Guida regionali per l'adozione dei Piani di Organizzazione Aziendale Strategici delle Agenzie di Tutela della Salute (ATS), delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST), degli IRCCS di diritto pubblico della Regione Lombardia e di AREU";

CONSIDERATO che tale DGR prevedeva espressamente che tali Linee guida avrebbero potuto subire modificazioni e integrazioni derivanti dal confronto con gli stakeholders e le OO.SS. nonché in caso di intervenute modifiche legislative



Regione Lombardia

LA GIUNTA

nazionali e/o regionali;

DATO ATTO che successivamente all'approvazione della delibera si sono svolti gli incontri con le OOSS delle Dirigenze e del Comparto del SSR nei mesi di giugno e luglio 2016;

DATO ATTO che l.r. 15/2016 sopra citata ha apportato modifiche legislative regionali in materia di tutela della salute mentale e di sanità pubblica veterinaria e che pertanto risulta opportuno modificare le precedenti linee guida approvate in data 29 aprile 2016 al fine di rendere il nuovo testo coerente con le intervenute modifiche legislative;

RITENUTO pertanto opportuno:

- procedere all'aggiornamento delle precedenti Linee Guida, mediante sostituzione dell'Allegato 1 della DGR n. X/5113 del 29 aprile 2016 con l'Allegato 1) della presente deliberazione, della quale costituisce parte integrante e sostanziale e che recepisce le istanze pervenute dagli stakeholders, dalle OO.SS. e che sono state valutate positivamente dai competenti uffici della Direzione Generale Welfare;
- confermare integralmente tutte le altre disposizioni di cui alla DGR n. X/5113/2016;

RITENUTO altresì opportuno ribadire, pertanto, che:

- la possibilità di revisione dei POAS, almeno fino alla fine della corrente legislatura, dovrà essere determinata di norma da richieste operate da DG Welfare, in modo da permettere alla nuova organizzazione aziendale una congruo periodo di sperimentazione e al tempo stesso garantire la necessaria flessibilità in funzione di integrazioni normative o legate a regole di governo stabilite dalla Giunta Regionale;
- attesa la rilevanza delle innovazioni apportate al SSR da parte della citata l.r. n. 33/2009 e s.m. e i, le presenti linee guida sostituiscano i precedenti analoghi atti di indirizzo, quali linee guida e indicazioni operative;
- ciascun Direttore Generale/Legale Rappresentante proceda all'adozione del Piano di Organizzazione Aziendale Strategico ai sensi dell'art. 17 della l.r.



Regione Lombardia

LA GIUNTA

n. 33/2009 e s.m. e i., con le modalità ed entro i termini che saranno comunicati dalla Direzione Generale Welfare;

INFORMATE le OO.SS. della Dirigenza e del Comparto;

VAGLIATE ed assunte come proprie le predette valutazioni;

A voti unanimi, espressi nelle forme di legge

DELIBERA

1. di approvare il documento Allegato 1) *“Linee guida regionali per l'adozione dei Piani di organizzazione aziendali strategici delle Agenzie di Tutela della Salute, delle Aziende Socio sanitarie Territoriali degli IRCCS di diritto pubblico della Regione Lombardia e di AREU”*, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, che integra le Linee Guida approvate con la DGR n. X/5113/2016 per le motivazioni in premessa esplicitate che si intendono integralmente riportate;
2. di sostituire l'Allegato 1) della DGR n. X/5113/2016 con l'Allegato 1) di cui al punto precedente;
3. di confermare integralmente tutte le altre disposizioni di cui alla DGR n. X/5113/2016, ribadendo, pertanto, che:
 - la possibilità di revisione dei POAS, almeno fino alla fine della corrente legislatura, dovrà essere determinata di norma da richieste operate da DG Welfare, in modo da permettere alla nuova organizzazione aziendale un congruo periodo di sperimentazione e al tempo stesso garantire la necessaria flessibilità in funzione di integrazioni normative o legate a regole di governo stabilite dalla Giunta Regionale;
 - attesa la rilevanza delle innovazioni apportate al SSR da parte della



Regione Lombardia

LA GIUNTA

citata l.r. n. 33/2009 e s.m. e i., le presenti linee guida sostituiscano i precedenti analoghi atti di indirizzo, quali linee guida e indicazioni operative;

- 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. e i., con le modalità ed entro i termini che saranno comunicati dalla Direzione Generale Welfare;
4. di disporre la pubblicazione del presente atto sul B.U.R.L. e sul sito web di Regione Lombardia.

IL SEGRETARIO

FABRIZIO DE VECCHI

Atto firmato digitalmente ai sensi delle vigenti disposizioni di legge

LINEE GUIDA REGIONALI PER L'ADOZIONE DEI PIANI DI ORGANIZZAZIONE AZIENDALI STRATEGICI DELLE AGENZIE DI TUTELA DELLA SALUTE (ATS), DELLE AZIENDE SOCIO SANITARIE TERRITORIALI (ASST), DEGLI IRCCS DI DIRITTO PUBBLICO DELLA REGIONE LOMBARDIA E DI AREU

INDICE

PARTE A – INDICAZIONI GENERALI

A.1 IL CONTESTO NORMATIVO

- A.1.1 Legislazione nazionale – Principi generali
- A.1.2 Legislazione regionale
- A.1.3 Piano Socio-sanitario Integrato Lombardo (PLS)

A.2 IL RUOLO DEL PIANO DI ORGANIZZAZIONE AZIENDALE STRATEGICO

- A.2.1 Autonomia e rapporti con la regione
- A.2.2 Vincoli organizzativi

A.3 LE RELAZIONI DELLE AGENZIE/AZIENDE CON L'ESTERNO

- A.3.1 Ufficio di Pubblica Tutela
- A.3.2 Ufficio Relazioni con il Pubblico
- A.3.3 Relazioni con Organizzazioni di volontariato
- A.3.4 Conferenza dei Sindaci

A.4 IL PIANO DI ORGANIZZAZIONE AZIENDALE STRATEGICO

- A.4.1 Caratteristiche
- A.4.2 Contenuti
 - A.4.2.1 Parte descrittiva
 - A.4.2.2 Allegati

A.5 IL MODELLO ORGANIZZATIVO

- A.5.1 Organi
 - A.5.1.1 Direttore Generale
 - A.5.1.2 Collegio Sindacale
 - A.5.1.3 Collegio di direzione
- A.5.2 Organizzazione Dipartimentale
 - A.5.2.1 Compiti e attività del Dipartimento
 - A.5.2.2 Tipologia di dipartimenti
 - A.5.2.3 Gli organi del dipartimento
 - A.5.2.4 Le risorse del dipartimento
 - A.5.2.5 Le strutture organizzative

PARTE B – AGENZIE DI TUTELA DELLA SALUTE (ATS)

B.1 INTRODUZIONE

B.2 ORGANIZZAZIONE

- B.2.1 Direzione Generale - Staff
- B.2.2 Direzione Strategica
 - B.2.2.1 Dipartimento per la Programmazione, Accreditamento, Acquisto delle Prestazioni Sanitarie e Socio-sanitarie (PAAPSS)
- B.2.3 Direzione Amministrativa

- B.2.3.1 Dipartimento Amministrativo, di controllo e degli affari generali e legali
 - B.2.3.1.1 Affari Generali e Legali
 - B.2.3.1.2 Servizio Gestione Risorse Umane
 - B.2.3.1.3 Programmazione, Bilancio e Rendicontazione
 - B.2.3.1.4 Programmazione e monitoraggio dei flussi finanziari
 - B.2.3.1.5 Gestione Contabilità Generale
 - B.2.3.1.6 Gestione Contabile attività libero professionali, solvenza e area a pagamento
 - B.2.3.1.7 Gestione Piano Attuazione Certificabilità dei Bilanci
 - B.2.3.1.8 Sistema dei Controlli Interni
 - B.2.3.1.9 Servizio Gestione Acquisti
 - B.2.3.1.10 Servizio Tecnico Patrimoniale
- B.2.4 Direzione Sanitaria
 - B.2.4.1. Servizio Farmaceutico
 - B.2.4.2 Dipartimento Cure Primarie
 - B.2.4.3 Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria
 - B.2.4.4 Dipartimento Veterinario e Sicurezza degli Alimenti di origine animale
 - B.2.4.4.1 Il Dipartimento
 - B.2.4.4.2 I Distretti Veterinari
- B.2.5 Direzione Sociosanitaria
 - B.2.5.1. Dipartimento della Programmazione per l'Integrazione delle Prestazioni Sociosanitarie con quelle Sociali (PIPSS)
 - B.2.5.2 Conferenza dei Sindaci
- B.2.6 Distretti

PARTE C – AZIENDE SOCIO SANITARIE TERRITORIALI (ASST)

C.1 INTRODUZIONE

C.2 AMBITI DI COGENZA (VINCOLI NORMATIVI)

C.3. STRATEGIE ORGANIZZATIVE

- C.3.1 Mappatura dei processi organizzativi
- C.3.2 Esempi di articolazione organizzativa funzionale delle ASST

C.4 ORGANIZZAZIONE

- C.4.1 Direzione Generale - Staff
- C.4.2 Direzione Amministrativa
 - C.4.2.1 Affari Generali e Legali
 - C.4.2.2 Servizio Gestione Risorse Umane
 - C.4.2.3 Sistema dei Controlli Interni
 - C.4.2.4 Programmazione, Bilancio e Rendicontazione
 - C.4.2.5 Programmazione e monitoraggio dei flussi finanziari
 - C.4.2.6 Gestione Contabilità Generale
 - C.4.2.7 Gestione Contabile attività libero professionali, solvenza e area a pagamento
 - C.4.2.8 Gestione Piano Attuazione Certificabilità dei Bilanci
 - C.4.2.9 Servizio Gestione Acquisti
 - C.4.2.10 Servizio Tecnico Patrimoniale
- C.4.3 Direzione Sanitaria
 - C.4.3.1. SITRA
 - C.4.3.2 Direzione Medica
 - C.4.3.3 Servizio di Farmacia Ospedaliera
 - C.4.3.4 Medicina Legale

- C.4.3.5 Area della Prevenzione
- C.4.4 Direzione Sociosanitaria
 - C.4.4.1 Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze
 - C.4.4.2 *Prevention Process Owner*

SUB ALLEGATI

PRESENTAZIONE

1 - RETE INTEGRATA DI CONTINUITA' CLINICO ASSISTENZIALE (RICCA)

2 – RETE INTEGRATA MATERNO-INFANTILE (RIMI)

PARTE A – INDICAZIONI GENERALI

A.1 IL CONTESTO NORMATIVO

A.1.1 Legislazione nazionale – Principi generali

La L. 191/2011 e l'art. 22 del Patto della Salute 2014/2016 prevedono che entro il 2020 le Regioni dovranno raggiungere, in un percorso graduale, la riduzione del costo del personale che non potrà essere superiore al costo dell'anno 2004 ridotto dell'1,4%. La DG Welfare, nell'ambito dell'istruttoria che verrà avviata al fine di procedere all'approvazione dei Piani di Organizzazione Aziendali Strategici, dovrà, pertanto, necessariamente tenere conto di questo stringente vincolo finanziario.

Nell'ambito del procedimento di cui sopra, si dovrà altresì tener conto di quanto previsto dagli adempimenti LEA con riferimento, in particolare, agli standard per l'individuazione delle Strutture Organizzative Semplici e Complesse del SSN, ex art. 12 c. 1, lett. b Patto per la Salute 2010-2012.

Inoltre, al fine di evitare che possano consolidarsi delle posizioni considerate a rischio e correlate alla circostanza che lo stesso dirigente/funziario si occupi personalmente per lungo tempo dello stesso tipo di procedimenti e si relazioni sempre con gli stessi utenti assume particolare importanza, come misura per contrastare la corruzione, la rotazione dei dirigenti e dei funzionari nel rispetto della normativa vigente.

Si raccomanda pertanto la massima attenzione nell'applicazione delle disposizioni in materia cercando di contemperare l'alternanza del personale, particolarmente nelle aree c.d. a rischio corruzione con la garanzia della continuità dell'azione amministrativa, da attuare con opportuno affiancamento del personale di "nuova" nomina da parte di personale interno fornito di specifica professionalità, garantendo il costante monitoraggio della rotazione degli incarichi.

Per le medesime motivazioni si ritiene che non sia opportuno ricoprire con personale a tempo determinato, ricompresi quindi anche gli incarichi particolari previsti dal D.Lgs 502/1992 (ad es. incarichi ex 15 septies, ex 15 octies), le posizioni dirigenziali riconducibili alle aree a più elevato rischio di corruzione quali a titolo esemplificativo si richiamano:

- A) Area: acquisizione e progressione del personale;
- B) Area: affidamento di lavori, servizi e forniture;
- C) Area: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario;
- D) Area: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario;
- E) Nonché tutte quelle aree che verranno così qualificate nel piano anticorruzione aziendale.

A.1.2 Legislazione regionale

Con l.r. 11 agosto 2015 n. 23, la successiva l.r. 22 dicembre 2015 n. 41 e con l.r. n. 15 del 29 giugno 2016 è stata approvata e aggiornata la riforma sanitaria che dà avvio al percorso di evoluzione del Servizio Sociosanitario Lombardo (SSL).

La legge reca modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità).

Non si è trattato di una semplice revisione legislativa, bensì di una evoluzione del SSL, in ragione della necessità di porre le basi per l'adeguamento del servizio alle nuove complessità dei prossimi decenni (ad esempio l'allungamento dell'aspettativa di vita e l'aumento conseguente della cronicità), superando in primo luogo la netta divisione tra politiche sanitarie e politiche sociosanitarie per far confluire risorse, energie e competenze professionali in un unico Servizio, coordinato da un'unica regia e deputato alla presa in carico dei bisogni complessivi delle persone, delle famiglie e dei soggetti più fragili.

I Principi

Nella parte sui “Principi” della Legge 23/2015 vengono ripresi e confermati i tratti peculiari introdotti dalla legge 31/97: libertà di scelta dei cittadini del luogo di cura, uguali diritti e doveri degli erogatori pubblici e privati accreditati secondo il principio della sussidiarietà orizzontale, separazione delle funzioni di programmazione, acquisto e controllo da quelle di erogazione dei servizi che vengono aggiornati sulla base delle nuove necessità correlate al sensibile incremento della prevalenza dei pazienti affetti da patologie croniche ed alla volontà di approfondire ulteriormente la separazione delle attività di programmazione da quelle di erogazione estendendo questo principio anche ai servizi di tipo sociosanitario.

Viene infatti ribadita la “scelta libera, consapevole e responsabile dei cittadini di accesso alle strutture”, ma viene posta anche l’attenzione all’ “orientamento alla presa in carico della persona nel suo complesso” prendendo atto dei rischi presenti nel sistema consistenti soprattutto nell’elevata frammentazione delle unità di offerta e nella erogazione dei servizi nella logica prevalente della prestazione.

La legge quindi indica la necessità di passare dalla cura al prendersi cura e si traduce concretamente nella capacità del sistema di affiancare le persone croniche o fragili e le loro famiglie nel loro percorso di vita

In una frase: dalla cura al prendersi cura mettendosi a fianco del percorso di vita e di malattia delle persone. Ciò avviene mediante “l’elaborazione di modelli che assicurino alla persona la continuità di cura e di assistenza, l’attivazione di percorsi personalizzati di presa in carico” in un “processo di integrazione fra le attività sanitarie, sociosanitarie e quelle di competenza delle autonomie locali”.

La Regione

La Regione esercita le seguenti funzioni:

- Garantisce l’erogazione delle prestazioni previste nei livelli essenziali di assistenza;
- assicura funzioni di programmazione, indirizzo e controllo;
- definisce requisiti e i percorsi per l’accreditamento;
- costruisce sistemi ed indicatori per la valutazione delle performance;
- elabora strumenti conoscitivi volti a garantire una conoscenza delle persone croniche e fragili e per la analisi dei percorsi di presa in carico;
- indica indirizzi per l’appropriatezza clinica e organizzativa.

Lo strumento operativo principale è rappresentato dalla emanazione annuale da parte della Giunta Regionale di “regole di sistema per la programmazione dei fabbisogni, degli acquisti e degli investimenti e la definizione dei contratti”, in attuazione del PSL.

Di seguito vengono riprese, secondo quanto previsto dagli artt. 6 e 7 della legge 23/2015, le funzioni delle ATS e delle ASST la cui piena comprensione ed assimilazione devono essere la guida per la stesura dei Piani di Organizzazione Aziendali Strategici.

Come previsto dalla l.r. 41/2015 l’istituzione delle ATS e ASST avviene in via sperimentale per un periodo di 5 anni, al termine del quale il Ministero della Salute valuterà i risultati della sperimentazione, con una prima verifica al termine del primo triennio di sperimentazione, al fine di individuare eventuali interventi correttivi.

Le Agenzie di Tutela della Salute (ATS), attuano la programmazione definita dalla Regione attraverso l’erogazione di prestazioni sanitarie e sociosanitarie tramite i soggetti accreditati e contrattualizzati pubblici e privati.

Alle ATS, anche mediante la propria articolazione distrettuale, compete il governo sanitario, sociosanitario e di integrazione con le politiche sociali del territorio che ricomprendono e sono responsabili della corretta, appropriata ed adeguata erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza per i cittadini ivi residenti. Per esercitare questo compito (vedi Parte B) sono tenute a sviluppare, a partire dall’analisi epidemiologica dei bisogni sia le componenti di governo dell’offerta presente nel loro territorio (sia di natura pubblica che privata accreditata, per ogni LEA) sia di quello della domanda. A tal fine sono attribuite le seguenti funzioni: negoziazione e acquisto delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie dalle strutture accreditate, secondo tariffe approvate dalla Regione; governo del percorso di presa in carico della persona in tutta la rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali; governo dell’assistenza primaria e del relativo convenzionamento; governo e

promozione dei programmi di promozione della salute, prevenzione, assistenza, cura e riabilitazione; promozione della sicurezza alimentare medica e medica veterinaria; prevenzione e controllo della salute negli ambienti di vita e di lavoro; sanità pubblica veterinaria; attuazione degli indirizzi regionali e monitoraggio della spesa in materia di farmaceutica, dietetica e protesica; vigilanza e controllo sulle strutture e sulle unità d'offerta sanitarie, sociosanitarie e sociali.

Con riferimento all'organizzazione delle ATS, altro elemento fortemente innovativo previsto dalla normativa regionale, è l'istituzione del Dipartimento della programmazione per l'integrazione delle prestazioni sociosanitarie con quelle sociali che punta a rafforzare il ruolo dell'Agenzia rispetto alla promozione dell'integrazione dei servizi sanitario, sociosanitario e sociale e a favorire la realizzazione di reti sussidiarie di supporto. Tale Dipartimento assicura la funzione di governo del percorso di presa in carico della persona in tutta la rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali.

Vengono altresì istituite le Aziende Sociosanitarie Territoriali (ASST) strutture operative pubbliche della sanità lombarda che si articolano in due settori aziendali:

- Rete territoriale
- Polo ospedaliero: articolato in presidi ospedalieri e/o dipartimenti organizzati in diversi livelli di cura

Le ASST concorrono, con tutti gli altri soggetti erogatori del servizio di diritto pubblico e di diritto privato, all'erogazione dei LEA, nel rispetto della ripartizione del loro finanziamento secondo quanto previsto dal d.lgs. n. 68/2011 (art. 27, c. 3) e di eventuali livelli aggiuntivi di assistenza definiti dalla Regione con risorse proprie, nella logica della presa in carico della persona.

Anche in questo caso la forte spinta verso l'integrazione nell'erogazione ospedaliera e territoriale dei LEA, impone lo sviluppo di forme di organizzazione che garantiscano da un lato l'efficace ed efficiente uso dei fattori produttivi per poter garantire un'offerta di prestazioni quali-quantitativamente adeguate, ma anche la costruzione di un'organizzazione orientata all'integrazione delle due dimensioni, territoriale ed ospedaliera, volta ad assicurare una reale presa in carico delle persone croniche o fragili e delle loro famiglie. La l.r. 23/2015, che disciplina l'evoluzione del SSL, ribadisce infatti l'orientamento alla presa in carico della persona nel suo complesso, nel rispetto della libera scelta, e promuove l'integrazione operativa e gestionale tra erogatori dei servizi sanitari, sociosanitario e sociale.

Per quanto riguarda in particolare il tema della cronicità e delle fragilità, viene stabilito:

- di attivare modalità innovative di presa in carico della persona cronica o fragile, anche attraverso l'utilizzo di nuove tecnologie, sviluppando modelli organizzativi che assicurino l'integrazione e il raccordo tra tutte le competenze professionali coinvolte, ospedaliere e territoriali, attraverso la creazione di specifiche reti di cura
- di sviluppare e tenere aggiornato un sistema di classificazione delle cronicità e delle fragilità in gruppi quantitativamente significativi e omogenei, anche in ragione del "ciclo di vita" e del contesto di vita, a cui sia possibile corrispondere modalità di remunerazione omnicomprensiva delle prestazioni necessarie per la corretta gestione dell'assistito.

Per realizzare gli obiettivi indicati dalla legge regionale è necessario, da parte delle ASST, sviluppare la capacità di programmare un percorso di cura e di essere proattivi in rapporto alle cronicità e fragilità, riorientando in tal senso i processi erogativi ed utilizzando strumenti che favoriscano l'integrazione dei servizi e un buon coordinamento della presa in carico.

Sarà quindi strumento di tale processo, nell'ambito della ASST, una rete di integrazione fra la componente sanitaria, la componente sociosanitaria e quella sociale a titolarità comunale (attraverso la relazione con soggetti esterni all'ASST) per sostenere la presa in carico delle persone in condizioni di cronicità e fragilità, garantendo continuità e appropriatezza nell'offerta e nell'accesso ai servizi deputati all'erogazione delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali.

Lo sviluppo della rete, per i suoi contenuti e obiettivi innovativi, rappresenta uno strumento strategico per gli obiettivi complessi e sfidanti di trasformazione, che esigono da parte di tutti gli attori del sistema una disponibilità al cambiamento, al confronto e alla verifica su quanto si sta progressivamente attuando.

A.1.3 Piano Sociosanitario Integrato Lombardo (PLS)

La l.r. 23/2015, all'art. 4, prevede l'approvazione del Piano sociosanitario integrato lombardo (PLS) da parte del Consiglio regionale su proposta del Presidente della Giunta regionale.

Il PLS diviene lo strumento unico e integrato di programmazione coordinata dei servizi del SSL e viene costruito tenuto conto della rete dei servizi sanitari e sociosanitari esistenti nelle specifiche aree territoriali in rapporto al quadro epidemiologico e ai dati del sistema informativo. La programmazione avviene, quindi, tramite il Piano che contiene: il quadro dei bisogni della popolazione; gli indicatori per determinare i volumi di attività volti ad assicurare il pieno rispetto dei livelli essenziali di assistenza; la metodologie con cui l'ATS individua nel proprio territorio una rete di servizi o Unità d'offerta volti a rispondere ai diversi bisogni coniugando il principio dell'efficienza con quello della prossimità; gli indicatori di risultato per il controllo e la valutazione delle prestazioni dei servizi erogati; i progetti obiettivi e le azioni per rispondere a specifiche aree di bisogno e le modalità di finanziamento; le linee di indirizzo per la prevenzione e la promozione della salute; le linee di indirizzo per l'elaborazione di modelli che assicurino alla persona la continuità di cura e di assistenza, l'attivazione di percorsi personalizzati di presa in carico, i processi di integrazione tra attività sanitarie, sociosanitarie e sociali di competenza delle autonomie locali; le linee di indirizzo per garantire la semplificazione dell'erogazione delle prestazioni e dei percorsi di cura e di assistenza; l'identificazione dei contenuti delle prestazioni distinguendo fra quelle di tipo acuto, intermedio, subacuto, postacuto o riabilitativo, a media e bassa intensità.

Rispetto ai contenuti previsti è importante sottolineare il richiamo ai processi di integrazione fra i servizi e la tendenziale suddivisione tra le diverse tipologie di intervento.

Il PLS ha durata quinquennale, declina gli obiettivi del Piano Regionale di Sviluppo (PRS) e può essere aggiornato annualmente con il documento di economia e finanza regionale (DEFR)

A.2 IL RUOLO DEL PIANO DI ORGANIZZAZIONE AZIENDALE STRATEGICO

L'art. 17, c. 2 della l.r. n. 33/2009, stabilisce che, a seguito dell'emanazione delle regole di sistema per l'anno successivo, le ATS e tutti i soggetti erogatori di diritto pubblico contrattualizzati con il SSL, presentano alla Giunta regionale il POAS, a valenza triennale e rivedibile annualmente, qualora subentrino esigenze o modificazioni particolari, comprensivo del relativo Piano delle assunzioni, e lo sottopongono alla Giunta regionale che può richiedere modifiche e l'approva di norma entro i successivi sessanta giorni. Il successivo comma 4, comprende i Piani tra gli atti soggetti a controllo ai sensi dell'art. 4, c. 8, della L. n. 412/91.

Le presenti linee guida sostituiscono i precedenti analoghi atti di indirizzo: linee guida e indicazioni operative.

Il POAS è lo strumento programmatico attraverso il quale l'azienda, nell'ambito dell'autonomia organizzativa e gestionale di cui dispone, definisce il proprio assetto organizzativo e le relative modalità di funzionamento, al fine di realizzare gli obiettivi strategici stabiliti dalla Regione, nel rispetto della normativa vigente.

Il POAS rappresenta l'organizzazione, definendo i modelli organizzativi che le ATS, ASST, IRRCs e AREU devono adottare, le regole e le strategie di organizzazione interna finalizzate all'ottimizzazione del loro funzionamento e in ottemperanza al PSL, secondo un'ottica di autonomia, per il raggiungimento degli obiettivi fissati dalla Regione.

Il POAS costituisce, l'elemento fondamentale sia per la definizione dell'assetto organizzativo, che per le azioni per il miglioramento della efficienza e della efficacia dei livelli produttivi e, pertanto, non ha in nessun caso funzione autorizzatoria ma programmatica e nessun ulteriore onere finanziario rispetto alle previste assegnazioni può derivare a carico della Regione a seguito dell'approvazione dei POAS.

Le presenti linee guida si rivolgono ai predetti soggetti quali ATS (si veda Parte B), ASST (si veda Parte C), IRCCS di diritto pubblico e AREU che vengono qui successivamente indicati in termini complessivi come “Enti interessati”.

Va precisato che gli IRCCS di diritto pubblico non hanno mutato con l'introduzione della legge il loro assetto organizzativo, che, per esempio, non prevede l'istituzione della direzione sociosanitaria e le funzioni di erogazioni di prestazioni svolte da unità di offerta territoriale: sono state mantenute nella l.r. 23/15 per gli IRCCS di diritto pubblico, inoltre, le indicazioni circa le maggiorazioni tariffarie che permettono di tener conto delle maggiori risorse necessarie, in particolare in termini di fabbisogni del personale, per lo svolgimento di attività di ricerca e assistenza.

La legge di stabilità dell'anno 2016 non tiene conto di tale specificità nelle metodologie per determinare il livello di efficienza di una struttura. E' inoltre in corso una proposizione con il Ministero della Salute, che potrà avere impatti rilevanti sull'organizzazione della funzione di ricerca (ruolo del ricercatore, modalità di utilizzo dei fondi).

Non è possibile quindi dare indicazioni precise sull'organizzazione dell'area ricerca degli IRCCS di diritto pubblico, alla luce dell'evoluzione prevista del ruolo degli IRCCS di diritto pubblico e, in particolare:

- Della possibilità di prevedere unità operative dedicate esclusivamente alla ricerca, introducendo anche il ruolo specifico del ricercatore e con le conseguente necessità di finanziamenti stabili finalizzati per tale attività, utilizzabili anche per personale strutturato a tempo determinato o indeterminato
- Di quali standard adottare nella determinazione dei fabbisogni per tener conto del carico di lavoro derivante dall'attività di ricerca svolte da unità operative che svolgono prevalentemente attività assistenziale e del conseguente utilizzo di una quota parte del bilancio della ricerca per finanziare questo fabbisogno aggiuntivo.

Alla luce di queste considerazioni gli IRCCS di diritto pubblico potranno quindi proporre POAS di natura transitoria, mutuando, per gli aspetti assistenziali, una serie di elementi organizzativi dalle indicazioni presenti nella Parte C ad esclusione degli aspetti di integrazione fra prestazioni sanitarie e sociosanitarie che non sono erogate direttamente dagli IRCCS, ma per le quali è comunque auspicabile si possa generare una relazione fra IRCCS e strutture di provenienza dei pazienti

Per quanto riguarda l'area di ricerca che risponde alla direzione scientifica, è richiesto di operare tenendo conto delle seguenti indicazioni:

- distinguere analiticamente le strutture che hanno una valenza esclusivamente collegata alla ricerca rispetto a quelle che operano anche prestazioni assistenziali documentabili da flussi informativi (SDO, 28 san).
- operare, per quanto riguarda le UO esclusivamente di ricerca, nel senso di una maggiore aggregazione delle UO che porti a una riduzione delle strutture presenti tenendo conto, nella definizione dell'articolazione organizzativa:
 - di un paragonabile livello di complessità con le UO semplici o complesse di natura assistenziale (presenza di personale, indici di produzione, articolazione delle strutture complesse in sottounità ecc.)
 - della possibilità, in prospettiva di finanziare tali unità con i fondi riconducibili all'attività di ricerca, considerato che le maggiorazioni tariffarie intendono invece riconoscere il maggior utilizzo di fattori produttivi per le UO degli IRCCS di diritto pubblico che svolgono attività di assistenza e ricerca.

Per quanto riguarda infine le ASST della città di Milano (ASST Niguarda, ASST Pini, ASST Santi Paolo e Carlo, ASST FBF/Sacco), fino al 1.1.2017 le attività di erogazione delle prestazioni afferenti agli ex distretti ASL sono temporaneamente gestite dall'ATS della città metropolitana ed è in corso una allocazione di tali attività in funzione di quanto previsto dalla l.r. 23/15, in merito alla possibilità di individuare particolari modelli gestionali per l'Area Metropolitana. Anche in questo caso, quindi, la realizzazione dei POAS, da prevedere

comunque secondo le linee indicate nella Parte C, potrà subire successive variazioni in funzione degli esiti di tale assegnazione.

Al fine di individuare l'assetto organizzativo corretto per l'applicazione della l.r. 23/2015 sul territorio della città di Milano il Collegio dei Direttori si avvarrà dell'apporto di un Advisory Board socio sanitario della città di Milano con la seguente composizione: DSS di ogni ASST e dell'ATS e DSA degli IRCCS. Questo Comitato dovrà consentire una regia centralizzata dell'offerta sociosanitaria in modo da creare una reale e fattiva sinergia con tutti gli erogatori presenti nella città. Il Comitato ha il compito di individuare e proporre il modello di integrazione da adottare tra i diversi ambiti che sarà valutato e approvato dal Collegio dei Direttori e inviato alla DG Welfare per le valutazioni di competenza.

Per quanto riguarda AREU, infine, la peculiarità di tale azienda non permette di prevedere assimilazione rispetto agli indirizzi forniti per le ASST; la definizione degli assetti organizzativi, seguendo le indicazioni generali contenute nel presente documento, potrà essere effettuata direttamente da AREU. Il doppio ruolo (programmatorio ed esecutivo) che l'azienda svolge nell'ambito dell'emergenza urgenza, dovrà trovare una propria dimensione organizzativa nel POAS, coerentemente con il dettato dell'art 16 della l.r. 23/2015, prevedendo fra l'altro una più forte sinergia con la Direzione Generale Welfare, di cui AREU costituisce organo tecnico in staff per gli aspetti collegati alla rete dell'emergenza urgenza

A.2.1. Autonomia e rapporti con la Regione

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.

Le ATS dotate di personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica:

- attuano la programmazione definita dalla Regione, relativamente al territorio di propria competenza;
- assicurano, con il concorso di tutti i soggetti erogatori, i LEA ed eventuali livelli aggiuntivi definiti dalla Regione con risorse proprie. L'erogazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie è assicurata dai soggetti accreditati e contrattualizzati di natura pubblica e privata;
- garantiscono l'integrazione di tali prestazioni con quelle sociali di competenza delle autonomie locali;
- stipulano contratti con i soggetti erogatori pubblici e privati accreditati insistenti sul relativo territorio di competenza e garantiscono il raggiungimento degli obiettivi previsti nel PSL;
- devono garantire l'attuazione dei principi di sussidiarietà orizzontale per garantire pari accessibilità dei cittadini a tutti i soggetti erogatori di diritto pubblico e di diritto privato e dei principi di promozione e sperimentazione di forme di partecipazione e valorizzazione del volontariato.

Le ASST, dotate di personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica:

- concorrono con tutti gli altri soggetti erogatori del sistema, di diritto pubblico e di diritto privato, all'erogazione dei LEA e di eventuali livelli aggiuntivi definiti dalla Regione con risorse proprie, nella logica della presa in carico della persona;
- garantire la continuità di presa in carico della persona nel proprio contesto di vita, anche attraverso articolazioni organizzative a rete e modelli integrati tra ospedale e territorio, compreso il raccordo con il sistema di cure primarie;
- tutelare e promuovere la salute fisica e mentale;
- operano garantendo la completa realizzazione dei principi di sussidiarietà orizzontale per garantire pari accessibilità dei cittadini a tutti i soggetti erogatori di diritto pubblico e di diritto privato e dei principi di promozione e sperimentazione di forme di partecipazione e valorizzazione del volontariato;

- garantiscono e valorizzano il pluralismo socioeconomico, riconoscendo il ruolo della famiglia, delle reti sociali, e degli enti del terzo settore, quali componenti essenziali per lo sviluppo e la coesione territoriale e assicurano un pieno coinvolgimento degli stessi nell'erogazione dei servizi e delle prestazioni.

In ragione del ruolo assegnato alle Agenzie e ad AREU, di natura attuativa della programmazione sanitaria della Regione, le stesse assumono anche il ruolo di articolazioni territoriali del SSL e di affiancamento della Direzione Generale Welfare rispetto al nuovo assetto organizzativo complessivo.

In tal senso è costituito un tavolo permanente (cabina di regia ATS/AREU) per garantire il raccordo fra politiche sanitarie regionali e la loro piena attuazione negli ambiti territoriali, garantendo uniformità di comportamenti da parte degli enti erogatori, anche contribuendo attivamente con la DG Welfare nel percorso di valutazione dei POAS delle ASST.

Il rapporto tra AREU e ATS andrà rafforzato anche a livello locale al fine di migliorare la Rete di Emergenza Urgenza.

A.2.2 Vincoli organizzativi

In attuazione del D.M. 70/02.04.2015: "*Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera*" e con riferimento alla DGR n. X/4873 del 29.02.2016, attraverso i POAS dovrà essere realizzata la graduale razionalizzazione del numero delle Strutture organizzative e dei Dipartimenti derivante dal nuovo assetto organizzativo del SSL.

Inoltre, nella predisposizione del POAS, dovranno essere verificate eventuali sovrapposizioni/duplicazioni di Strutture, fatte salve eventuali specifiche fattispecie quali quelle indicate nelle presenti linee guida.

Le Strutture organizzative (UOC, UOSD e UOS) di ogni ex Asl saranno redistribuite tra ATS e ASST alla luce delle funzioni previste dalla normativa di riferimento e dei modelli organizzativi di seguito indicati, fermo restando che il numero delle Strutture dovrà essere razionalizzato, anche alla luce di quanto disposto dal D.M. 70/15 (si veda Parte C). Il rimanente numero di strutture complesse potrà essere trasformato ma comunque non incrementato.

Con specifico riferimento ai dipartimenti, si evidenzia che:

- per quanto riguarda le ATS, i dipartimenti sono esclusivamente quelli previsti all'articolo 6, c. 6 della l.r. n. 33/2009;
- per quanto riguarda le ASST, si ribadisce l'obiettivo a tendere di riduzione dei dipartimenti, soprattutto nei casi di fusione, evitando sovrapposizioni/duplicazioni.

A.3 LE RELAZIONI DELLE AGENZIE/AZIENDE CON L'ESTERNO

A.3.1 Ufficio di Pubblica Tutela

Sono disciplinati dall'art. 20 della L.R. n. 48 del 16.09.1988, che prevede la loro articolazione in due sezioni, con competenza, rispettivamente, in materia sanitaria e socio assistenziale. L'ufficio ha libero accesso agli atti necessari allo svolgimento dei compiti d'istituto e per essi non può essere opposto il segreto d'ufficio.

A.3.2 Ufficio Relazioni con il Pubblico

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

L'ufficio è organizzato, in particolare, secondo i seguenti criteri:

- a) garantire l'esercizio dei diritti di informazione, di accesso e di partecipazione di cui alla L. 07.08.1990, n. 241 e s.m. e i.;
- b) 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;
- c) promuovere l'adozione di sistemi di interconnessione telematica;
- d) 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;
- e) 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.

L'individuazione e la regolamentazione dei profili professionali sono affidate alla contrattazione collettiva.

A.3.3 Relazioni con Organizzazioni di volontariato

La l.r. n. 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 SSL del volontariato, finalizzata al raggiungimento e al conseguimento di più elevati standard di qualità, efficienza e professionalità, nonché di appropriatezza e umanizzazione dei servizi sanitari e sociosanitari.

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

A.3.4 Conferenza dei Sindaci

La Conferenza dei Sindaci, prevista dal d.lgs. n. 502/1992 e dalla l.r. n. 33/2009, è composta dai Sindaci dei Comuni che fanno parte del territorio di ogni ATS.

Per l'esercizio delle proprie funzioni la Conferenza si avvale del Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci, eletto dalla Conferenza stessa.

Il funzionamento della Conferenza, delle assemblee dei sindaci e del consiglio di rappresentanza dei sindaci è disciplinato con deliberazione della Giunta regionale, previo parere della commissione consiliare competente e sentiti i rappresentanti delle associazioni regionali delle autonomie locali.

A.4 IL PIANO DI ORGANIZZAZIONE AZIENDALE STRATEGICO

A.4.1 Caratteristiche

Il POAS ha valenza triennale ed è rivedibile annualmente, qualora subentrino esigenze o modificazioni particolari. La possibilità di revisione dei POAS, almeno fino alla fine della corrente legislatura, dovrà essere determinata di norma da richieste operate da DG Welfare, sentita la cabina di regia delle ATS, in modo da permettere alla nuova organizzazione aziendale un congruo periodo di sperimentazione e al tempo stesso garantire la necessaria flessibilità in funzione di integrazioni normative o legate regole di governo stabilite dalla Giunta Regionale. La richiesta di modifica diretta da parte di una ASST o di una ATS/AREU dovrà avere carattere straordinario, essere accuratamente motivata e approvata anche dalla cabina di regia delle ATS. Le istanze saranno oggetto di valutazione anche in riferimento alla obiettivi di mandato del Direttore Generale.

Il POAS è adottato con provvedimento del Direttore Generale degli Enti interessati, fatto salvo, quanto previsto statutariamente e normato a livello nazionale per gli IRCCS di diritto pubblico, acquisiti il parere del Consiglio dei Sanitari (d.lgs. n. 502/1992 e l.r. n.2/1998), laddove previsto, ed il parere obbligatorio non

vincolante del Collegio di Direzione (d.lgs. n. 502/1992) e delle OO.SS. Rispetto al parere delle OO.SS., lo stesso si intende espresso, previa consultazione, decorsi 15 giorni dalla trasmissione della documentazione. Successivamente il POAS è trasmesso alla Giunta Regionale per l'approvazione. Per Enti interessati nei quali insistono i poli universitari l'atto è adottato previa acquisizione il parere, non vincolante, del Rettore dell'Università, espresso entro 30 giorni dal ricevimento dell'atto e limitatamente ai dipartimenti ad attività integrata.

L'art. 17, cc. 2 e 3 della l.r. n. 33/2009, stabiliscono che nel POAS devono essere contenuti i modelli organizzativi che le ATS e tutti i soggetti erogatori di diritto pubblico contrattualizzati con il SSL adottano, le regole e le strategie di organizzazione interna finalizzate all'ottimizzazione del loro funzionamento e in ottemperanza con il PSL, con particolare riguardo all'appropriatezza delle prestazioni erogate, alla corretta determinazione del fabbisogno di personale che consenta la maggiore trasformazione possibile di contratti da tempo determinato a indeterminato, marginalizzando altre forme di arruolamento con invarianza delle risorse economiche assegnate. In particolare, nel POAS devono essere esplicitate le articolazioni delle funzioni territoriali, come previsto all'art. 7 bis, c. 5, lettera a) della medesima legge.

Con riferimento a quanto contenuto all'art. 17 c. 2 si precisa che, in fase di prima approvazione, tenuto conto della tempistica di approvazione del primo POAS, non verranno fornite indicazioni relative al piano delle assunzioni che, pertanto, dovranno essere gestite secondo il consueto Piano di Gestione delle Risorse Umane in base a successive specifiche indicazioni regionali.

A.4.2 Contenuti

I POAS, che verranno presentati alla D.G. Welfare, ai fini dell'approvazione ai sensi della 33/2009, dovranno mettere in evidenza e rappresentare l'assetto organizzativo e le modalità di funzionamento dell'Ente interessato.

Il POAS, adottato con deliberazione del Direttore Generale degli Enti interessati, è composto di parti integranti consistenti in un documento descrittivo e relativi allegati.

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.

I dipartimenti funzionali, se previsti, dovranno trovare collocazione all'interno del POAS, sia nella parte descrittiva che nell'organigramma e degli stessi verrà tenuto conto nelle procedure di controllo.

Le ASST, nella loro nuova organizzazione, dovranno rendere evidente il principio di sussidiarietà orizzontale di cui alla l.r. 23/15 all'articolo 2, comma 1, lettera h), "le ASST garantiscono e valorizzano il pluralismo socioeconomico, riconoscendo il ruolo della famiglia, delle reti sociali, e degli enti del terzo settore, quali componenti essenziali per lo sviluppo e la coesione territoriale e assicurano un pieno coinvolgimento degli stessi nell'erogazione dei servizi e delle prestazioni". Nel POAS delle ASST dovranno essere rese evidenti forme di collaborazione che sviluppino questo principio.

La valutazione di tali aspetti nell'ambito dell'istruttoria di approvazione dei POAS da parte della DG Welfare verrà effettuata in collaborazione con le ATS

Specifiche indicazioni relative alle procedure di controllo sui POAS, nonché delle modalità di invio degli stessi alla DG Welfare, saranno contenute in apposite indicazioni operative emanate a cura dei competenti uffici, che provvederanno anche a fornire eventuali interpretazioni applicative relativamente alle linee guida.

A.4.2.1 Parte descrittiva

Nella parte descrittiva dovranno essere esposti i seguenti contenuti:

- a) la mission dell'Ente interessato nell'ambito del SSL;
- b) la sede legale e gli elementi identificativi dell'Ente interessato, con relativa definizione del patrimonio della stessa;

- c) distinzione tra attività di indirizzo e controllo e l'attività di gestione, rilevando:
- le funzioni degli organi degli Enti interessati, il Direttore Generale; il Collegio di Direzione ed il Collegio Sindacale e loro composizione;
 - le funzioni degli altri elementi 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;
 - le modalità di affidamento della direzione delle strutture ai dirigenti, definendo oltremodo, per i dirigenti di strutture organizzative complesse, le decisioni ed i conseguenti atti amministrativi che impegnano gli Enti interessati verso l'esterno, l'ambito oggettivo e soggettivo di dette attribuzioni; la definizione delle modalità per il conferimento di eventuali deleghe e gli ambiti delle stesse;
 - la regolamentazione dei contratti individuali di diritto privato dei dirigenti, nonché per la determinazione degli obiettivi e la valutazione dei dirigenti.
- d) la disciplina relativa alla composizione ed al funzionamento del collegio di direzione;
- e) la definizione del sistema dei controlli interni, tramite l'attivazione delle seguenti funzioni:
- *controllo di gestione*, che assiste i vertici verificando l'economicità della gestione delle risorse;
 - *controllo della qualità* delle prestazioni e dei servizi resi, allo scopo di migliorare la loro efficacia;
 - *internal auditing* che svolga un'attività indipendente ed obiettiva di asseverazione, finalizzata al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'ente.
- f) la definizione dell'organizzazione degli Enti interessati comprensiva delle Direzioni, Dipartimenti e relative strutture organizzative afferenti, con l'indicazione dei livelli gerarchici, la dotazione di risorse, anche in considerazione dei processi di esternalizzazione, nonché la relativa autonomia gestionale o tecnico professionale e l'assoggettamento a rendicontazione analitica.
- g) 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. L'individuazione dei dipartimenti dovrà realizzarsi in considerazione delle peculiarità organizzative, territoriali ed economiche. Sarà necessario definire le connessioni organizzative fra le strutture componenti il dipartimento, tra i dipartimenti e gli altri livelli organizzativi;
- h) limitatamente alle ATS: l'articolazione territoriale dei Distretti e la loro articolazione in ambiti distrettuali, dei distretti veterinari e delle modalità di integrazione tra distretti, direzione generale e dipartimento;
- i) l'articolazione dei Centri di Responsabilità e dei Centri di Costo e il regolamento di budget;
- j) gli atti di costituzione e regolamentazione del Nucleo di Valutazione e dei Collegi tecnici;
- k) 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;
- l) limitatamente alle ATS: la regolamentazione degli accordi con gli erogatori pubblici e dei contratti con gli erogatori privati e di privato sociale accreditati;
- m) la formalizzazione dei rapporti con le rappresentanze sindacali, anche tenendo conto dei protocolli sindacali regionali;
- n) la definizione delle procedure e degli atti oggetto delle consultazioni e le modalità di partecipazione e di tutela degli utenti;
- o) la regolamentazione dei rapporti con l'utente per la soddisfazione delle sue istanze e per le valutazioni dei reclami;

- p) l'organizzazione e le modalità operative e di rapporto degli organi deputati alla sicurezza degli operatori (dlgs. 81/2008).

A.4.2.2 Allegati

Oltre ai contenuti sopra elencati, il POAS dovrà essere corredato dai seguenti allegati:

- 1) Relazione di sintesi con le motivazioni dell'organizzazione proposta;
- 2) Parere del Consiglio dei Sanitari (ove previsto) e del Collegio di Direzione;
- 3) Documentazione attestante l'avvenuto confronto sindacale, secondo le modalità descritte nel punto A.4.1;
- 4) Per gli Enti interessati nei quali insistono i Poli universitari: parere dell'Organo di Programmazione Congiunta (OPC), come previsto dall'art 33 della l.r. n. 33/2009;
- 5) Tabella comparativa tra l'assetto organizzativo vigente al 1.1.2016, derivante dall'organizzazione prevista nei POA precedenti e dalle modifiche intervenute in funzione dello scorporo o incorporazione di strutture, servizi, attività, precisando per le singole strutture l'ente di derivazione delle stesse in attuazione della riforma compiuta con l.r. n. 23/2015, e quello proposto (per quanto riguarda IRCCS di diritto pubblico ed AREU, la comparazione è tra l'assetto vigente e quello proposto). Nel caso in cui siano intervenute variazioni successive all'1.1.2016, l'assetto richiesto è quello vigente alla data di adozione della proposta di POAS;
- 6) Organigramma vigente 1.1.2016. Nel caso in cui siano intervenute variazioni successive all'1.1.2016, l'assetto richiesto è quello vigente alla data di adozione della proposta di POAS;
- 7) Organigramma relativo alla proposta del nuovo POAS;
- 8) Cronoprogramma di attuazione, nel quale in particolare vengano individuate le date di soppressione e/o attivazione delle strutture organizzative che cessano/iniziano la loro attività nel corso di vigenza del POAS in funzione della cessazione degli incarichi di responsabile; le predette date non potranno essere successive al 30.06.2018;
- 9) Funzionigramma contenente la descrizione delle competenze di tutte le strutture organizzative.

A.5 IL MODELLO ORGANIZZATIVO

La l.r. 23/2015 ha istituito le Agenzie di Tutela della Salute (ATS) che possono adottare l'organizzazione interna più idonea alla propria realtà territoriale articolandola nei dipartimenti:

- a) dipartimento di igiene e prevenzione sanitaria;
- b) dipartimento delle cure primarie;
- c) dipartimento per la programmazione, accreditamento, acquisto delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie;
- d) dipartimento veterinario e sicurezza degli alimenti di origine animale;
- e) dipartimento amministrativo, di controllo e degli affari generali e legali;
- f) dipartimento della programmazione per l'integrazione delle prestazioni sociosanitarie con quelle sociali

La l.r. 23/2015 ha, altresì, istituito le Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST) riordinando l'erogazione dei servizi nell'ambito di due poli d'offerta aziendali:

- quello territoriale che eroga le prestazioni distrettuali di cui al d.lgs. 502/1992: prestazioni specialistiche, di prevenzione sanitaria, diagnosi, cura e riabilitazione a media e bassa complessità e le cure intermedie, oltre alle funzioni e prestazioni medico-legali. La rete territoriale pertanto dispone di un'offerta propria, complementare all'ospedale per prestazioni di bassa complessità assistenziale.

- quello ospedaliero che è prevalentemente orientato alle prestazioni in acuzie e in elezione e all'erogazione di prestazioni sanitarie specialistiche a livelli crescenti di complessità; si articola in presidi ospedalieri e/o in dipartimenti organizzati in diversi livelli di intensità di cura, nel rispetto degli standard ospedalieri previsti.

Con l'istituzione delle ASST, il legislatore ha inteso rispondere al bisogno di integrazione e continuità delle cure sviluppando un nuovo modello di azienda che garantisca al suo interno tutte le attività e i servizi della filiera erogativa. Infatti, in due distinti settori, ospedaliero e territoriale rappresentano la cornice organizzativa entro la quale ricomporre un ambito unitario di erogazione, più funzionale ai bisogni del paziente, attraverso processi orizzontali di raccordo della rete dei servizi, sia interni che esterni alla stessa ASST.

A.5.1 Organi

A.5.1.1 Direttore Generale

Sulla base di quanto previsto dal d.lgs. n. 502/1992 e dalla l.r. 33/09, si ricorda che il direttore generale, in particolare:

- adotta l'atto di organizzazione aziendale, nel rispetto dei principi e criteri previsti da disposizioni regionali, nel quale sono individuate le strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico-professionale, soggette a rendicontazione analitica;
- è responsabile della gestione complessiva e nomina i responsabili delle strutture organizzative;
- è coadiuvato dal Direttore Amministrativo, dal Direttore Sanitario e dal Direttore Sociosanitario e si avvale del Collegio di Direzione per le attività indicate all'art. 17 del predetto d.lgs.;
- costituisce, insieme al Direttore Amministrativo, al Direttore Sanitario e al Direttore Sociosanitario (ove presente), la Direzione Strategica Aziendale. Tale Direzione non si configura come un'articolazione organizzativa dell'Ente interessato;
- nomina il Direttore Amministrativo, il Direttore Sanitario ed il Direttore Sociosanitario che partecipano, unitamente al medesimo Direttore Generale, che ne ha la responsabilità, alla direzione dell'Ente, assumono diretta responsabilità delle funzioni attribuite alla loro competenza e concorrono, con la formulazione di proposte e pareri, alla formazione delle decisioni della direzione generale;
- ha la rappresentanza legale dell'Ente (fatto salvo quanto previsto statutariamente e normato a livello nazionale per gli IRCCS di diritto pubblico) nonché tutti i poteri di gestione e gli compete, in particolare, anche attraverso l'istituzione del servizio di controllo interno, la verifica, mediante valutazioni comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati, della corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate, nonché l'imparzialità ed il buon andamento dell'azione amministrativa;
- riceve le osservazioni, opposizioni, denunce o reclami relativi alle prestazioni di assistenza sanitaria, provenienti dall'interessato, dai suoi parenti o affini, dagli organismi di volontariato o di tutela dei diritti, accreditati presso la regione, da presentarsi entro 15 giorni dal momento in cui l'interessato abbia avuto conoscenza dell'atto o comportamento che ne costituiscono oggetto; il direttore generale decide in via definitiva o comunque provvede entro 15 giorni dal ricevimento.

A.5.1.2 Collegio Sindacale

Ai sensi dell'art. 13, c. 14 della l.r. n. 33/2009, il Collegio Sindacale svolge le seguenti funzioni:

- a) verifica la regolarità amministrativa e contabile;

- b) vigila sulla gestione economica, finanziaria e patrimoniale;
- c) esamina ed esprime le proprie valutazioni sul bilancio di esercizio.

L'art. 3-ter, cc. 1 e 2 del d.lgs. n. 502/1992, specificano i compiti del Collegio.

Il successivo c. 3, stabilisce che il collegio sindacale dura in carica tre anni ed è composto da tre membri, di cui uno designato dal presidente della giunta regionale, uno dal ministro dell'economia e delle finanze ed uno dal ministro della salute. I componenti sono scelti tra gli iscritti nel registro dei revisori contabili istituito presso il ministero di grazia e giustizia, ovvero tra i funzionari del ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica che abbiano esercitato per almeno tre anni le funzioni di revisori dei conti o di componenti di collegi sindacali.

Ai sensi del c. 4 del medesimo art. 3 - ter, i riferimenti contenuti nella normativa vigente al collegio dei revisori delle ASL e delle AO, si intendono applicabili al collegio sindacale.

La nomina dei componenti del Collegio sindacale è ad opera del Direttore Generale che vi provvede mediante specifico provvedimento e li convoca per la prima seduta. Il presidente del collegio viene eletto dal Collegio all'atto della prima seduta. Ove, a seguito di decadenza, dimissioni o decessi il collegio risultasse mancante di uno o più componenti, il direttore generale provvede ad acquisire le nuove designazioni dalle amministrazioni competenti. In caso di mancanza di più di due componenti, dovrà procedersi alla ricostruzione dell'intero collegio. Qualora il direttore generale non proceda alla ricostruzione del collegio entro trenta giorni, la regione provvede a costituirlo in via straordinaria con un funzionario della regione e due designati dal ministero del tesoro. Il collegio straordinario cessa dalle proprie funzioni all'atto dell'insediamento del collegio ordinario.

A.5.1.3 Collegio di direzione

La l.r. 23/2015, in continuità con la previgente disciplina, individua il Collegio di direzione tra gli organi delle ATS, delle ASST e degli IRCCS di diritto pubblico, con la funzione di coadiuvare e supportare la direzione generale per l'esercizio della funzione di governo dell'Ente con funzioni consultive e propositive.

La Giunta regionale, con la deliberazione n. X/4979 del 30 marzo 2016 ha provveduto a disciplinare composizione, funzioni ed attività di tale organo, allo scopo di assicurarne uniformità di funzionamento in tutti gli enti del SSL.

Il Collegio di Direzione, è nominato dal Direttore Generale, che lo presiede e ne coordina i lavori, ed è composto:

- a) per le ASST e gli IRCCS dal Direttore Amministrativo, dal Direttore Sanitario, dal Direttore Sociosanitario, dai Direttori di Dipartimento dell'area amministrativa, sanitaria e sociosanitaria, dal Direttore Medico di Presidio e dal Dirigente Responsabile del SITRA;
- b) per le ATS dal Direttore Amministrativo, dal Direttore Sanitario, dal Direttore Sociosanitario, dai Direttori di Dipartimento dell'area amministrativa, sanitaria e sociosanitaria e dai Direttori di Distretto.

Il Collegio di Direzione svolge un ruolo di raccordo tra la direzione generale delle ATS, ASST e degli IRCCS di diritto pubblico e i componenti previsti, al fine di:

- 1) rendere più efficace, efficiente e trasparente l'attività sociosanitaria attraverso la condivisione degli obiettivi e delle scelte di indirizzo strategico direzionale e declinazione delle stesse nell'ambito della propria organizzazione/struttura;
- 2) garantire la massima diffusione a tutti i livelli organizzativi e gestionali delle decisioni assunte dalla Direzione Strategica;
- 3) rappresentare in ottica costruttiva le istanze, le problematiche e le proposte provenienti dai diversi ambiti dell'ente.

A.5.2 Organizzazione Dipartimentale

A.5.2.1 Compiti e attività del Dipartimento

All'art. 17 bis del D.Lgs n. 502/1992 è stabilito che L'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle aziende sanitarie.

La predetta norma fornisce inoltre indicazioni relative alla nomina ed alle responsabilità del direttore di dipartimento ed in particolare, precisa che:

- il direttore di dipartimento è nominato dal Direttore Generale fra i dirigenti con incarico di direzione delle strutture complesse aggregate nel dipartimento, rimanendo titolare della struttura complessa cui è preposto.
- la preposizione ai dipartimenti strutturali, sia ospedalieri che territoriali e di prevenzione, comporta l'attribuzione sia di responsabilità professionali in materia clinico organizzativa e della prevenzione, sia di responsabilità di tipo gestionale delle risorse assegnate. Il direttore di dipartimento predispone annualmente il piano delle attività e dell'utilizzazione delle risorse disponibili, negoziato con la direzione generale nell'ambito della programmazione dell'Ente. La programmazione delle attività dipartimentali, la loro realizzazione e le funzioni di monitoraggio e di verifica sono assicurate con la partecipazione attiva degli altri dirigenti e degli operatori assegnati al dipartimento.

Sulla base della predetta previsione normativa, ai fini delle presenti linee guida il Dipartimento è definito come una "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".

Si precisano di seguito i compiti e le attività dei Dipartimenti:

- a. individuare gli obiettivi prioritari da perseguire tra i quali, anche per i dipartimenti gestionali, acquistano particolare rilevanza quelli relativi alla integrazione con altre strutture e quelli relativi alla "presa in carico" delle persone croniche e fragili;
- b. analizzare, applicare e verificare sistemi, protocolli diagnostici terapeutici, percorsi clinici diretti a conferire omogeneità alle procedure organizzative, assistenziali e di utilizzo delle apparecchiature, nonché ad ottimizzare le prestazioni, anche in considerazione dell'evidenza clinica e delle letterature scientifica;
- c. individuare gli indicatori utili per la valutazione e la verifica dell'appropriatezza e dell'efficacia delle prestazioni e delle modalità di presa in carico delle persone croniche e fragili;
- d. valutare e verificare la qualità dell'assistenza fornita e delle prestazioni erogate;
- e. ottimizzare l'uso delle risorse assegnate;
- f. utilizzare in modo razionale ed ottimale le risorse materiali e professionali, i posti letto, gli spazi per assistiti e le apparecchiature;
- g. organizzare l'attività libero professionale;
- h. partecipare alla valutazione dei bisogni di formazione del personale, alla progettazione degli interventi formativi ed eventualmente alla loro gestione, organizzando la didattica;
- i. studiare ed applicare sistemi integrati di gestione tramite l'utilizzo delle tecnologie informatiche;
- j. promuovere nuove attività o nuovi modelli operativi nel settore di competenza.

Si conferma altresì, con l'eccezione di casi particolari che discendono da obblighi di legge (come ad es per il Dipartimento Emergenza Urgenza) o puntualmente motivate, la consistenza minima dei Dipartimenti di **quattro unità operative complesse**.

A.5.2.2 Tipologie di Dipartimento

I Dipartimenti si suddividono in:

- a) **Dipartimenti gestionali:** costituiti da strutture complesse e semplici caratterizzate da particolari specificità affini o complementari, comunque omogenee; caratteristica tipica di tali Dipartimenti è l'uso integrato delle risorse attribuite. I nuovi assetti, che hanno previsto anche la fusione all'interno di una ASST dei presidi che afferivano a diverse ex-AO, possono anche determinare l'opportunità di dipartimenti gestionali cui afferiscono diverse strutture organizzative. Nel caso in cui strutture complesse e semplici non fossero inserite in dipartimenti gestionali le stesse devono essere afferite direttamente alle direzioni aziendali;
- b) **Dipartimenti funzionali:** costituiti da strutture complesse e semplici in cui non si realizza la gestione diretta delle risorse che viene effettuata nell'ambito dei dipartimenti gestionali ai quali fanno riferimento le strutture complesse. Come meglio precisato nella Parte C assumono il ruolo di responsabili della corretta tenuta dei PDTA e/o della presa in carico dei pazienti e delle persone croniche e fragili, integrando quindi le funzioni attuali orientate in genere a una supervisione e coordinamento dei processi clinici. A seconda dei diversi contesti riferiti agli Enti interessati, tali aspetti funzionali possono essere realizzati o attraverso l'istituzione di un ambito dipartimentale o avvalendosi di figure professionali dedicate (process owner) che rispondono direttamente alla direzione sociosanitaria. In ogni caso la costituzione di un eventuale dipartimento funzionale deve essere accompagnata da una sua strutturazione con figure professionali in grado di garantire il perseguimento degli obiettivi assegnati.
Anche tali dipartimenti sono soggetti ai già richiamati vincoli di razionalizzazione e di risorse;
- c) **Dipartimenti aziendali e/o interaziendali funzionali per disciplina:** derivano dall'aggregazione di unità o servizi appartenenti ad un unico Ente o ad Enti diversi; sono volti alla gestione integrata di attività assistenziali appartenenti ad Enti diversi ed al ruolo di indirizzo e di governo culturale e tecnico di alcuni settori sanitari. Alla luce dell'evoluzione del SSL, al fine di favorire la collaborazione tra gli Enti interessati e per una uniformità delle prestazioni erogate è possibile creare dei dipartimenti funzionali interdirezionali che dovranno essere identificati nella nuova organizzazione;
- d) **Dipartimenti d'organo/d'apparato:** prevedibili unicamente negli enti interessati con alta specializzazione, in cui sono aggregate le diverse professionalità coinvolte nella diagnosi e cura di uno specifico organo. Possono essere gestionali o funzionali.

Nelle Parti B e C vengono forniti indirizzi specifici per l'organizzazione dipartimentale di ATS e ASST.

Nell'ambito dell'autonomia degli Enti interessati e della loro reciproca collaborazione, agli stessi è lasciata la valutazione sull'ottimale composizione dell'organizzazione dipartimentale. Ciò fatto salvo il mantenimento del requisito di invarianza (e possibilmente riduzione), rispetto alla situazione presente al 1.1.2016 o, nel caso di variazioni successive, alla data di adozione della proposta di POAS, in termini di risorse complessivamente dedicate alle indennità dipartimentale. Per i dipartimenti interaziendali l'indennità verrà ripartita secondo quote parte afferenti agli Enti che vi partecipano.

A.5.2.3 Gli organi del dipartimento

- 1) **Direttore del Dipartimento:** l'incarico è attribuito dal Direttore Generale (previa verifica dei titoli posseduti) ad uno dei responsabili di Unità Organizzativa Complessa afferenti al Dipartimento ed è sovraordinato, sul piano organizzativo, ai responsabili di Unità Organizzativa Complessa. Per tutta la durata dell'incarico mantiene la responsabilità della medesima struttura; qualora non mantenga la relativa responsabilità funzionale, l'incarico è affidato secondo le modalità previste dall'art.18, c. 1 del CCNL 1998-2001.

L'incarico è triennale, rinnovabile, non può superare il periodo dell'incarico del Direttore Generale e decade in caso di decadenza di questi, restando in carica fino alla nomina del nuovo Direttore del Dipartimento.

E' responsabile del raggiungimento degli obiettivi del Dipartimento, promuove le attività del dipartimento, coordina le attività delle strutture di riferimento di concerto con i relativi responsabili, perseguendo la massima integrazione possibile tra le diverse strutture organizzative, l'ottimizzazione dell'organizzazione, l'uniforme applicazione di procedure comuni ed il raggiungimento degli obiettivi assegnati al Dipartimento.

Le sue funzioni sono indennizzate nei modi previsti dalla normativa contrattuale vigente nella misura determinata, secondo contratto, dal Direttore Generale.

- 2) **Comitato di Dipartimento:** presieduto dal Direttore del Dipartimento è un organismo collegiale consultivo con funzioni di indirizzo e verifica ed è composto dai responsabili delle Strutture Organizzative Complesse, delle Strutture Organizzative Semplici Dipartimentali, dal responsabile infermieristico o tecnico di area dipartimentale, dal referente amministrativo del Dipartimento e da membri elettivi nel numero determinato dal Regolamento (il comitato può essere allargato anche ad dirigenti e responsabili sanitari e tecnici per gli argomenti di loro competenza).
Le regole di funzionamento sono contenute nel Regolamento di Dipartimento.

- 3) **Regolamenti di Dipartimento:**

L'attività del Dipartimento è disciplinata dai seguenti Regolamenti:

- Regolamento quadro aziendale per gli aspetti generali (es: ordine del giorno, quorum);
- Regolamento specifico, approvato su proposta del Comitato di Dipartimento e regolante la gestione in comune delle risorse strumentali e degli spazi; le modalità organizzative volte al miglioramento dell'efficienza; le modalità di relazione con le funzioni responsabili dei processi di presa in carico per realizzare l'integrazione con altri Dipartimenti; il coordinamento e lo sviluppo delle attività cliniche, di ricerca sanitaria finalizzata, di formazione, studio e aggiornamento del personale; il miglioramento del livello di umanizzazione dell'assistenza erogata all'interno del Dipartimento; i criteri di distribuzione degli obiettivi e delle risorse messe a disposizione, la proposta al Direttore Generale di istituzione e revoca delle Strutture Semplici; l'adeguamento tecnologico e il migliore utilizzo delle risorse comuni; la promozione dell'immagine del Dipartimento e la diffusione delle informazioni.

A.5.2.4 Le risorse del dipartimento

Nel POAS andranno precisate le risorse umane e strumentali assegnate al Dipartimento, fermo restando la verifica e la eventuale modifica delle stesse nei piani annuali di attività e di budget, in relazione agli obiettivi ed ai risultati attesi.

A.5.2.5 Le strutture organizzative

A) Strutture Organizzative Complesse; B) Strutture Organizzative Semplici; C) Strutture Organizzative Semplici a Valenza Dipartimentali; D) Strutture Organizzative extradipartimentale.

A) Strutture Organizzative Complesse (UOC)

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

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

I fattori di complessità individuati sono i seguenti:

- strategicità rispetto alla mission dell'Ente;

- grado di complessità e di specializzazione delle materie o delle patologie trattate;
- responsabilità gestionale;
- sistema di relazioni e di servizi sul territorio.

B) *Strutture Organizzative Semplici (UOS)*

Sono strutture con funzioni e responsabilità specifiche ad esse sono assegnate, con atto scritto e motivato, da parte dei livelli sovraordinati, con attribuzione di autonomia in un ambito di relazione gerarchica definita.

I requisiti richiesti per la costituzione di tali strutture, possono essere, ad esempio:

- dotazione di personale;
- gestione di strumentazione tecnica;
- gestione di sezioni specialistiche interne alla Struttura Complessa.

E' necessario definire con chiarezza le funzioni, le responsabilità ed i livelli di autonomia necessarie per attivare una UOS, e quali requisiti sono invece sufficienti per l'attribuzione di incarichi professionali; le motivazioni della costituzione delle Strutture Semplici deve quindi essere esplicitata nel POAS.

C) *Strutture Organizzative Semplici a Valenza Dipartimentale (UOSD)*

In un'ottica di supporto trasversale vengono collocate gerarchicamente alle dipendenze del Direttore del Dipartimento, al fine di rendere le prestazioni erogate dalle stesse disponibili per tutte le strutture del Dipartimento.

La UOSD non è di tipo complesso ed al suo interno non possono essere costituite altre UOS; inoltre hanno dipendenza gerarchica univoca.

D) *Strutture organizzative extradipartimentali*

Sono le strutture organizzative non aggregate su base dipartimentale, quali le Strutture in Staff al Direttore Generale.

Nella redazione dei POAS, le ASST e le ATS sono tenute ad adottare soluzioni organizzative di razionalizzazione delle UOC , UOSD e UOS, tali da determinare l'invarianza della spesa complessiva rispetto alla situazione di cui all'1.1.2016, delle indennità collegate alla posizione ed ai relativi fondi contrattuali di riferimento.

Fatto salvo quanto indicato al par. 4.1 della presente Parte, per migliorare il grado di flessibilità e autonomia nella definizione degli assetti organizzativi, non è più necessario operare la richiesta di modifica del POAS, con conseguente provvedimento di approvazione da parte della Giunta Regionale, nei casi in cui vengano effettuate le seguenti rimodulazioni:

- a. trasformazione di una UOC in UOSD o in UOS;
- b. trasformazione da UOSD in altra UOSD;
- c. trasformazione da UOSD in UOS;
- d. trasformazione da UOS in altra UOS;
- e. cambio di afferenza di una UOS;
- f. ridenominazione di UOS o UOSD con modifica delle competenze.

In tutti i casi sopradescritti non deve, pertanto, verificarsi un incremento di strutture organizzative.

Si potrà quindi procedere utilizzando la seguente procedura:

- 1) In caso di modifica dell'assetto delle UOS o UOSD, le ASST dovranno inviare una relazione nella quale motivano le ragioni della scelta e certificano l'invarianza della spesa complessiva anche rispetto ai fondi contrattuali;
- 2) Le ATS dovranno vagliare la richiesta ed autorizzare o meno la modifica dell'assetto, trasmettendo alla DG Welfare l'esito dell'istruttoria;
- 3) La DG Welfare, valutata positivamente l'istruttoria effettuata dall'ATS, registra la modifica all'interno del proprio sistema informativo comunicando formalmente l'avvenuta registrazione;

- 4) Le eventuali e motivate modifiche potranno avvenire esclusivamente con decorrenza 1 gennaio e 1 luglio;
- 5) In caso di modifica dell'assetto delle UOS o UOSD delle ATS, la valutazione della richiesta, l'autorizzazione e la registrazione del cambiamento sono operate dalla DG Welfare.

Dipartimenti, UOC, UOS, UOSD, sono articolazioni organizzative. Non sono tali, anche se previsti dalla legge, gli organismi non gestionali, privi dei requisiti previsti per le predette strutture, alle quali sono assegnate specifiche funzioni, variamente denominati, quali ad es. l'ufficio di pubblica tutela.

Allo stesso modo va precisato che alcune funzioni, anche di carattere innovativo (per es.: gestione operativa, funzioni di process owner, centri servizi), che sono state introdotte nelle organizzazioni per favorire il processo di evoluzione previsto dalla nuova normativa non determinano di per sé una articolazione nelle diverse strutture qui richiamate, ma individuano la necessità che le strutture esistenti possano essere messe in grado di seguire adeguatamente le competenze connesse attraverso l'individuazione all'interno degli enti o il progressivo reclutamento dei profili professionali più adatti per raggiungere tali finalità.

PARTE B – AGENZIE DI TUTELA DELLA SALUTE (ATS)

B.1 INTRODUZIONE

La **l.r. 23/2015** ha istituito le nuove Agenzie di Tutela della Salute (ATS), che costituiscono articolazioni amministrative della Regione nell'ambito territoriale di competenza, con il compito di attuare la programmazione definita dalla Regione e assicurare, anche attraverso le articolazioni distrettuali, la corretta erogazione dei LEA da parte di soggetti accreditati e contrattualizzati, che erogano prestazioni sanitarie e sociosanitarie. La nuova ATS deve quindi garantire il **governo della rete sanitaria e sociosanitaria nel proprio ambito territoriale**, e l'integrazione della rete di erogazione con la rete sociale del territorio.

Le funzioni attribuite alle ATS dalla l.r. 23/2015 sono le seguenti:

- negoziazione e acquisto delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie dalle strutture accreditate, secondo tariffe approvate dalla Regione;
- governo del percorso di presa in carico della persona in tutta la rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali;
- governo dell'assistenza primaria e del relativo convenzionamento;
- governo e promozione dei programmi di promozione della salute, prevenzione, assistenza, cura e riabilitazione;
- promozione della sicurezza alimentare medica e medica veterinaria;
- prevenzione e controllo della salute negli ambienti di vita e di lavoro, compreso il controllo periodico impiantistico e tecnologico;
- sanità pubblica veterinaria;
- attuazione degli indirizzi regionali e monitoraggio della spesa in materia di farmaceutica, dietetica e protesica;
- vigilanza e controllo sulle strutture e sulle unità d'offerta sanitarie, sociosanitarie e sociali.

Ogni ATS espleta le sue funzioni mediante l'integrazione della Direzione Strategica con 6 Dipartimenti identificati nell'ambito della L.R. 23/2015 che, pur prevedendo che ogni ATS possa adottare l'organizzazione interna più idonea al contesto territoriale, individua i seguenti ambiti dipartimentali (declinati singolarmente nelle parti che seguono):

1. Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria;
2. Dipartimento delle Cure Primarie;
3. Dipartimento per la Programmazione, Accreditamento, Acquisto delle Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie (PAAPSS);
4. Dipartimento veterinario e sicurezza degli alimenti di origine animale;
5. Dipartimento amministrativo, di controllo e degli affari generali e legali;
6. Dipartimento della Programmazione per l'integrazione delle Prestazioni Sociosanitarie con quelle Sociali (PIPSS).

Nel nuovo modello individuato dalla l.r. 23/2015, la costituzione delle ATS rappresenta uno dei punti di leva principali. Il processo di aggregazione/trasformazione delle vecchie Aziende Sanitarie Locali non vede solo il trasferimento di funzioni erogative verso le ASST, ma necessita di uno sviluppo e integrazione ancora oggetto di riflessione, che richiederà un profondo cambio di prospettiva dell'intero sistema di cura e assistenza (dalla centralità della 'diagnosi' a quella del 'percorso diagnostico-terapeutico') che comporta di necessità una parallela propulsione dell'attività di programmazione strategica.

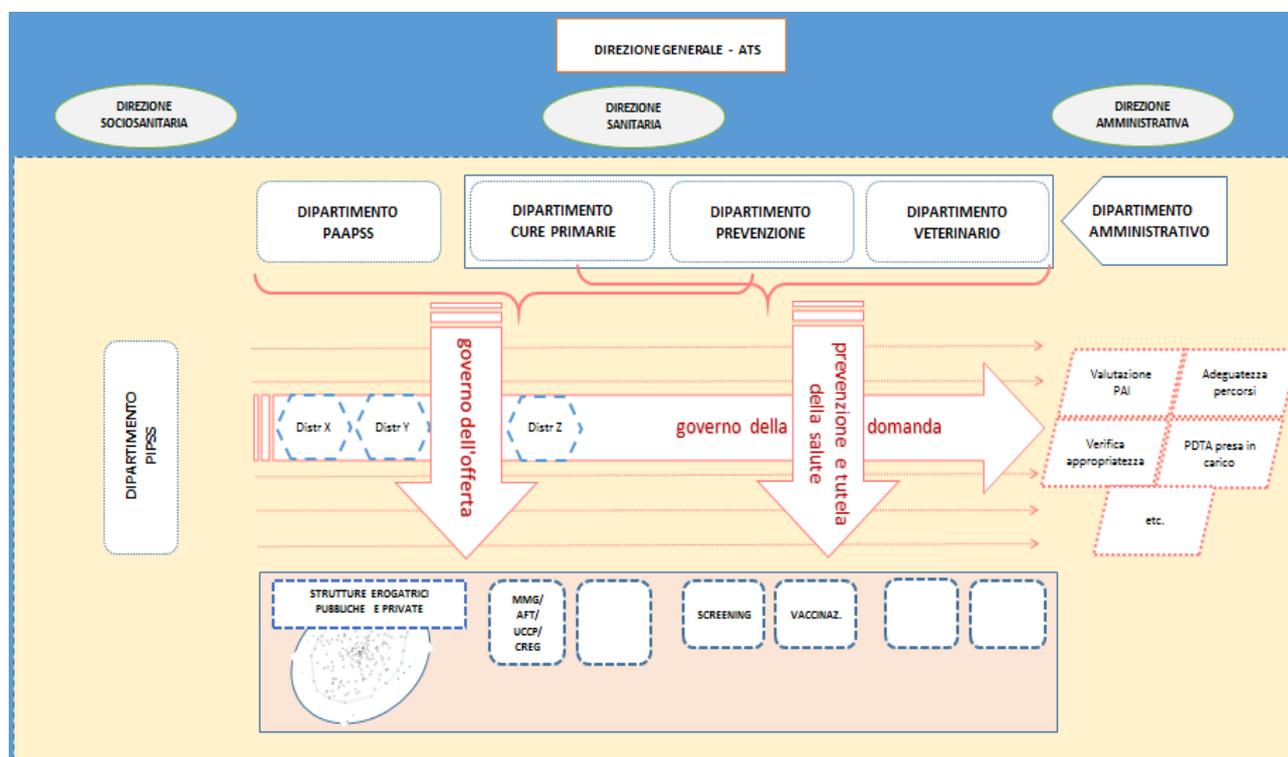
Le trasformazioni più rilevanti del ruolo dell'ATS apportate dalla L.R. 23/2015, sono sottolineate nel seguito:

1. la trasformazione da 'azienda' ad 'agenzia': a differenza delle precedenti ASL (Aziende Sanitarie Locali), che accanto a un ruolo programmatico mantenevano alcune – pur se limitate – funzioni di erogazione, l'Agenzia di Tutela della Salute riveste un ruolo di governo e di integrazione con il territorio; ciò riflette lo spirito della L.R. 23/2015, che ha portato a compimento la piena separazione

del ruolo di committenza e governo (ATS) dal ruolo di erogazione (ASST) con un orientamento alla presa in carico della persona nel suo complesso e all'integrazione del servizio sanitario, sociosanitario e sociale;

2. al tradizionale ruolo dell'ASL di 'governo dell'offerta', si associa nella nuova ATS un ruolo nuovo di 'governo della domanda' espressa dagli assistiti – condizione indispensabile per poter esercitare il governo della presa in carico della persona voluto dal Legislatore e rispondere in modo appropriato ai bisogni e alle aspettative degli assistiti, anche sviluppando la capacità del sistema erogativo di integrare i propri servizi per poter dare corso all'effettiva presa in carico.
3. si trasforma sostanzialmente il ruolo dei distretti, che perdendo le funzioni di erogazione ora acquisite dalle ASST, acquisiscono funzioni di supporto al 'governo della territoriale', in modo che, partendo dalla valutazione dei bisogni e della prestazioni necessari per garantire prossimità nella presa in carico, possano fornire indicazioni utili anche per le funzioni di negoziazione ed acquisto di prestazioni.

L'articolazione organizzativa dell'Agenzia di Tutela della Salute declinata nel seguito, è rappresentata nello schema funzionale qui riportato.



Il riquadro azzurro rappresenta l'ATS, con la Direzione Strategica costituita dal Direttore Generale, Direttore Sanitario, Direttore Sociosanitario e Direttore Amministrativo.

Nell'area interna gialla, i Dipartimenti dell'ATS sono disposti secondo due direttrici principali (rappresentate dalle due frecce), che corrispondono alle due principali funzioni assegnate dal legislatore all'ATS, esercitate anche attraverso l'articolazione distrettuale:

- 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 accreditati - rappresentati in basso nella Figura - 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, Cooperative CREG), unità di offerta e servizi sociosanitari. Si tratta

delle tradizionali funzioni già svolte dalle precedenti ASL, che nel nuovo assetto ATS saranno ripartite nei diversi Dipartimenti (illustrati in alto nella Figura);

- funzioni di governo della domanda, finalizzate a garantire la realizzazione di una “rete integrata” d’offerta sanitaria e sociosanitaria e il raccordo con il sistema dei Servizi sociale di competenza delle autonomie locali. Compito primario della rete integrata è assicurare l’erogazione delle prestazioni o dei servizi necessari per assicurare la continuità assistenziale, migliorando l’accessibilità ai servizi;
- funzioni di promozione e tutela della salute, governata prioritariamente dal Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria e dal Dipartimento Veterinario e sicurezza alimenti di origine animale.

L’elemento fortemente innovativo – schematizzato a sinistra nella Figura - è rappresentato dall’istituzione del *‘Dipartimento della programmazione per l’integrazione delle prestazioni sociosanitarie con quelle sociali’ (Dipartimento PIPSS)*, che non rappresenta una nuova declinazione del Dipartimento A.S.S.I. delle precedenti ASL, ma risponde alla volontà del legislatore di spostare l’attenzione dal ‘governo dell’offerta’ al ‘governo della domanda finalizzato alla presa in carico promuovendo l’integrazione e la realizzazione di reti essenziali, secondo il principio della sussidiarietà, per una reale gestione percorsi assistenziali (ad esempio RICCA, RIMI, etc.).

Per rapportare l’attuale struttura del sistema ai bisogni di cura e assistenza delle persone croniche e fragili, va quindi operata da parte dell’ATS la ricomposizione di un sistema che già garantisce la corretta specializzazione dell’offerta in risposta alla domanda per acuti. La necessità del sistema, associata agli scenari epidemiologici attuali, è di superare i rischi legati alla frammentazione delle unità d’offerta (che spesso rispondono a specifiche strategie operative parcellizzate di sottosistema) per garantire la ‘presa in carico globale’ dei bisogni del paziente, favorendo il realizzarsi di modelli di cura orientati alla valutazione multidimensionale del bisogno, all’appropriatezza dei percorsi di cura (PDTA), alla proattività della presa in carico e alla personalizzazione dei percorsi di cura (ad es. PAI - Piano Assistenziale Individuale), alla garanzia di continuità assistenziale.

Un ulteriore ruolo assegnato alle ATS è ben illustrato nel documento *“Indirizzi per la presa in carico della cronicità e della fragilità in Regione Lombardia 2016-2018”* (DGR X/4662 del 23.12.2015) e riguarda l’orientamento verso le prospettive più recenti di **Population Health Management**, che spostando il focus dell’azione organizzativa dall’individuo alla popolazione hanno sviluppato nuovi approcci di popolazione per l’analisi della domanda e la programmazione dei servizi. Tali approcci, utilizzando strumenti innovativi di stratificazione del rischio basati su dati clinici e amministrativi (a partire per esempio dalla BDA, Banca Dati Assistiti) consentono di identificare nel territorio gruppi di pazienti con livelli diversi di severità e complessità di malattia, facilitando così la modulazione di risposte organizzative adeguate alle loro condizioni.

Per esercitare questo compito, le ATS devono partire dall’analisi epidemiologica dei bisogni e sviluppare nuove competenze necessarie al governo dell’offerta e della domanda, per l’analisi e il monitoraggio epidemiologico-statistico della salute, dei processi, e dell’appropriatezza e dell’adeguatezza nell’erogazioni delle prestazioni, anche in termini di esiti e outcome clinici e collegati alla “qualità della vita” delle persone croniche e fragili. Nello spirito della L.R. 23/2015, diventano infatti determinanti alcune funzioni specifiche, che riguardano in particolare:

- l’analisi della domanda e il disegno di nuovi scenari organizzativi finalizzati ad ottimizzare la programmazione dell’offerta e superare la dicotomia fra ospedale e territorio , passando da una visione per ‘unità di offerta’ orientati all’erogazione di prestazioni ad una di ‘centri multiservizio’ in grado di offrire un supporto nell’organizzazione del percorso di cura e di presa in carico
- nuovi approcci statistico-epidemiologici per la valutazione dell’appropriatezza e degli esiti delle cure e della relazione intercorrente fra tali elementi e i contesti famigliari e sociali in caso di cronicità o fragilità;
- monitoraggio della salute della popolazione e dell’accessibilità ai servizi.

E’ lasciato all’autonomia ed agli elementi di contesto specifico di ogni agenzia valutare quale articolazione organizzativa dare a queste funzioni trasversali che rispondono alla Direzione Strategica e operano al servizio dei dipartimenti.

B.2 ORGANIZZAZIONE

B.2.1 Direzione Generale - Staff

In staff alla Direzione Generale è possibile prevedere delle funzioni aziendali che possono essere collocate in strutture organizzative già definite.

L'elenco delle funzioni non corrisponde necessariamente ad una strutturazione organizzativa in UOC/UOS, che viene lasciata all'autonomia aziendale.

Vi sono alcune funzioni che, in particolare, si ritiene debbano essere collocate in staff alla Direzione Generale in forza della normativa regionale o statale e, comunque, in ragione della loro trasversalità e della necessità di assicurare quanto più possibile la posizione di terzietà e indipendenza di chi è chiamato al loro svolgimento rispetto all'intera organizzazione aziendale.

Tali funzioni si riferiscono a:

- **Avvocatura**

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

L'avvocatura provvede in particolare:

a) alla tutela legale dei diritti e degli interessi dell'amministrazione;

b) alla difesa in giudizio dell'amministrazione;

c) 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.

- **Trasparenza e anticorruzione**

Cura le procedure anticorruzione - anche nel quadro delle recenti norme nazionali - e le misure in materia di trasparenza e legalità, definisce le procedure per la selezione e la formazione dei dipendenti destinati ad operare in settori a rischio corruzione, adotta le indicazioni e gli strumenti idonei per il monitoraggio degli adempimenti di legge finalizzati alla prevenzione della corruzione. Il Responsabile della Prevenzione della corruzione e Trasparenza coordina e gestisce le attività e gli adempimenti in tema di anticorruzione e trasparenza ai sensi della l. 190/2012, programma le attività connesse al Piano triennale di prevenzione della corruzione e i relativi adempimenti. Verifica l'effettiva rotazione degli incarichi nelle aree a rischio. Cura inoltre la gestione dell'istituto dell' "Accesso Civico" e gli adempimenti relativi alla sezione "Amministrazione Trasparente" in raccordo con le strutture competenti per materia. Si ribadisce la necessità di valorizzare il ruolo del responsabile prevenzione corruzione e le relative attività, anche prevedendo un adeguato supporto operativo e gestionale alla funzione. Si fa presente nel contempo che, conformemente a quanto indicato nel PNA 2016, attualmente in consultazione, le funzioni relative all'anticorruzione e quelle relative alla trasparenza, assegnate all'RPC, anche al fine di garantire una miglior integrazione e complementarità tra i due ambiti, siano poste in capo allo stesso Dirigente.

- **URP/UPT/Comunicazione** come indicato nella Parte A.

- **Servizio prevenzione e protezione** ai sensi del D.lgs. 81/2008.

Altre funzioni, a seconda dei diversi contesti possono essere accorpate in una sola unità operativa ovvero costituire aree omogenee. E' facoltà delle direzioni aziendali proporre una diversa composizione dei servizi di staff inserendo alcune funzioni elencate all'interno della Direzione amministrativa (per esempio, il controllo di gestione), sanitaria (per esempio: risk management e qualità) o sociosanitaria (per esempio: unità di epidemiologia) o viceversa inserendo in staff UO afferenti a tali direzioni.

Tra queste funzioni si possono comprendere, a titolo esemplificativo:

- **Risk management** (L. 208/15 art. 538-545) con funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio in stretto collegamento con medicina legale e avvocatura;

- **Qualità**

Si richiama il principio di qualità prestazionale a cui, ai sensi dell'art. 2 c. 1 della l.r. 33/09, devono conformarsi la programmazione, la gestione e l'organizzazione del SSR, nonché l'importanza della valutazione della qualità dei servizi che è ricompresa tra le funzioni della Regione;

- **Controllo di gestione**

Svolge funzioni relative a: predisposizione del budget aziendale individuando dati e serie storiche aziendali necessari alla sua costruzione, definizione degli indicatori che misurano gli obiettivi aziendali, preparazione del flusso trimestrale e annuale di contabilità analitica aziendale con imputazione dei costi ai centri di responsabilità/di costo, individuazione delle relazioni tra i dati/indicatori e le cause degli scostamenti rilevati comunicandoli alla direzione e proposta delle eventuali azioni di miglioramento, predisposizione dei modelli relativi al LA annuale., supporto alla funzione acquisti nella verifica delle comparazioni di costo e delle migliori esperienze d'acquisto;

- **Controllo strategico**

Valuta la congruenza tra obiettivi predefiniti e risultati conseguiti.

- **Servizi informativi**

In una logica quindi di sistema informativo regionale integrato che facilita e consente la condivisione di tutte le informazioni necessarie alla prevenzione e alla cura dei propri cittadini, lo sviluppo dei sistemi informativi di ATS è rivolto al potenziamento delle funzioni di governo e di coordinamento, verificando e monitorando ciò che viene attuato ed erogato nel proprio territorio;

In particolare è opportuno che il SIA venga collocato in staff alla direzione generale al fine di avere completa visibilità delle diverse iniziative aziendali e deve occuparsi della gestione progettazione e sviluppo di un sistema informativo aziendale idoneo alla gestione dell'azienda nelle sue molteplici funzioni e garantire un raccordo funzionale con tutte le strutture erogatrici del proprio territorio;

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 interne all'azienda per la gestione;
- pianificazione e programmazione delle proprie attività sia al soddisfacimento del debito informativo dell'azienda nei confronti di Regione, dei ministeri e di ogni altra istituzione che ne abbia titolo;
- Garantire 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 raccordandosi anche con i portali regionali;
- lo sviluppo di adeguati strumenti di business intelligence;
- il supporto alle analisi di epidemiologia;
- il coordinamento de gli interventi per la sicurezza, e per la privacy.

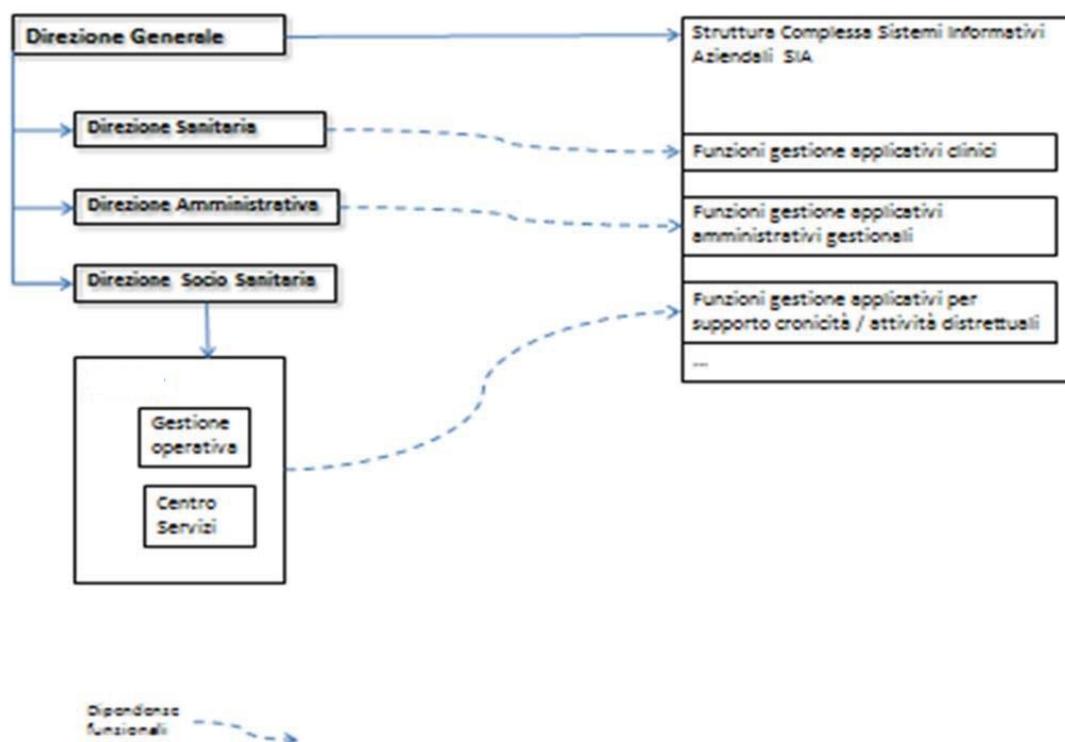
Il governo Interaziendale dei Sistemi Informativi ATS

In un momento come l'attuale, di profondo cambiamento ed evoluzione, si ritiene opportuno costituire anche una funzione di coordinamento interaziendale dei SIA al fine di promuovere un'effettiva coesione e raccordo nelle strategie di sviluppo e implementazione delle ASST di uno stesso ambito territoriale.

Il responsabile della funzione di coordinamento, che può essere anche nominato fra i responsabili dei SIA delle ASST interaziendali, assume le seguenti funzioni:

- partecipa alle iniziative regionali per la definizione degli obiettivi strategici e per la definizione delle modalità e tempistiche con le quali attuare le diverse attività;
- recepisce le strategie di sviluppo regionali e ne coordina la pianificazione necessaria per il loro raggiungimento presso tutte le ASST;

- definisce e propone annualmente alle Direzioni Strategiche di tutte le ASST un Piano congiunto di sviluppo ed evoluzione dei Sistemi Informativi a livello interaziendale tenendo in considerazione gli ambiti di interesse strategico di tutti gli Enti;
- definisce e propone annualmente alle Direzioni Strategiche di tutti gli Enti un piano congiunto per l'utilizzo delle risorse economiche necessarie a garantire la gestione e lo sviluppo evolutivo dei Sistemi Informativi a livello interaziendale con una puntuale e documentata suddivisione dei costi tra i rispettivi Enti;
- definisce l'impiego delle risorse professionali disponibili ed assegnate ai Sistemi Informativi dei rispettivi Enti per lo svolgimento delle attività di progettazione architeturale dei sistemi, di implementazione e diffusione delle soluzioni applicative e di gestione dell'esercizio, con particolare riferimento alla continuità di servizio e al supporto agli operatori ed ai cittadini;
- relaziona periodicamente alle Direzioni Strategiche di tutti gli Enti in merito all'avanzamento delle diverse attività in essere ed alla pianificazione delle evoluzioni dei Sistemi Informativi interaziendali;
- partecipa agli incontri di budget interaziendali a supporto dei Sistemi Informativi aziendali per la condivisione degli obiettivi e per la razionalizzazione delle risorse tecniche e professionali.



- **Formazione**

Funzione strategica che si occupa di supportare tutti i processi formativi dalla rilevazione dei fabbisogni alla erogazione della formazione ai professionisti.

- **Unità di epidemiologia**

La funzione della Unità 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 nuova visione avviata dalla l.r. 23/2015, che vede in ATS il concentrarsi di attività di programmazione strategica e di ridefinizione della rete dell'offerta, diventano prioritarie e determinanti alcune funzioni specifiche:

- pianificazione e programmazione dell'offerta, mediante l'analisi della domanda e il supporto alla definizione del disegno di nuovi scenari organizzativi, finalizzati a rispondere ai nuovi parametri introdotti dalla l.r. 23/2015;
- 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;
- coordinamento dei team multidisciplinari che devono integrare linee clinico-assistenziali ad alta specializzazione (cardiovascolare, neuroscienze, oncologico, materno-infantile, cure palliative).

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:

1. Performance ospedaliere e sistemi di monitoraggio

Obiettivo: monitoraggio del sistema sociosanitario e delle performance in ambito ospedaliero e territoriale, utilizzando le informazioni dei flussi sanitari correnti per consentire alla Direzione Strategica di valutare in tempo reale eventuali criticità emergenti e/o gli effetti di politiche di cambiamento messe in atto.

2. Supporto alle attività dei dipartimenti ATS

Obiettivo: integrare l'epidemiologia nelle attività quotidiane e di lavoro dei dipartimenti ATS, garantendo collaborazione nelle analisi e facilità di accesso ai set di dati utili alla programmazione ed alla gestione delle attività dipartimentali in accordo con le indicazioni regionali e le necessità della Agenzia.

3. Sistemi integrati di analisi territoriale

Obiettivo: Contribuire allo sviluppo e alla manutenzione dei Portali Regionali per rendere disponibili, in modalità strutturata e nella logica degli *open data* per la popolazione, una serie di informazioni sull'accesso ai servizi e sullo stato di salute della popolazione dei comuni dell'ATS e per aggregazione di ASST.

4. Supporto e integrazione alle reti di patologia

Obiettivo: supporto della programmazione della Direzione Strategica attraverso la manutenzione e sviluppo dei registri specializzati a supporto delle reti di patologia, quali Registro Tumori, Registro dei Referti di Anatomia Patologica e Registro delle Malformazioni e quelli che potranno essere generati mettendo in rete banche dati dislocate presso strutture diverse (es: Diabete, Pazienti con Insufficienza Renale o in Dialisi, etc.). Vanno privilegiati in questi casi il mantenimento, anche in regime sussidiario, delle esperienze di registro già esistenti

5. Modelli di integrazione dei sistemi sociosanitari e sociali

Obiettivo: supporto alla Direzione Strategica per individuare gruppi di popolazione a diverso livello di rischio e per orientare la programmazione in varie attività, quali ad esempio: il monitoraggio a supporto dei percorsi assistenziali (ad esempio RICCA, RIMI, Dipartimento Salute Mentale, ecc.), la gestione della Emergenza Caldo o di altre emergenze. Ciò comporta un'attività di manutenzione delle fonti informative sociosanitarie e dei servizi sociali dei comuni e lo sviluppo di sistemi di classificazione e di integrazione con le fonti sanitarie.

6. Sviluppo di metodi e ricerca operativa

Obiettivo: garantire una attività interna finalizzata allo sviluppo di metodi con elevate connotazioni statistico epidemiologiche e di supporto alla produzione di rapporti tecnici e pubblicazioni. Questa area garantisce, inoltre, l'integrazione con attività specifiche di tipo clinico e lo sviluppo di sistemi di valutazione, oltre alla partecipazione a progettualità di ricerca nell'ambito di consorzi pubblici e privati.

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 gestione, e l'ambito della formazione per lo sviluppo delle competenze aziendali.

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

B.2.2 Direzione Strategica

B.2.2.1 Dipartimento per la Programmazione, Accredimento, Acquisto delle Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie

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'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 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.

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, progettazione territoriale e realizzazione della rete dell'offerta dei servizi sanitari e sociosanitari attraverso gli strumenti dell'accreditamento e della contrattualizzazione;
- 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 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, secondo le modalità e le scadenze previste

dai propri piani di controllo annuali e dal piano predisposto dall’Agenzia di controllo del sistema socio-sanitario lombardo;

- controllo dell’appropriatezza delle prestazioni e dei servizi erogati, sia in ambito sanitario che socio-sanitario, secondo le modalità e le cadenze previste dai propri piani di controllo annuali e dal piano predisposto dall’Agenzia di controllo del sistema socio-sanitario lombardo;
- controllo della qualità delle prestazioni erogate sia in ambito sanitario che socio-sanitario;
- vigilanza sulle unità d’offerta sociali.

B.2.3 Direzione Amministrativa

B.2.3.1 Dipartimento amministrativo, di controllo e degli affari generali e legali

Al Dipartimento, espressamente previsto nell’articolazione organizzativa delle ATS dall’art. 6, comma 6, della l.r. 23/2015, devono afferire tutte le attività a valenza trasversale di interesse della Direzione Strategica e delle strutture aziendali.

Il Dipartimento, organizzato secondo una logica gerarchico-funzionale al fine di integrare competenze specialistiche e operative, è costituito dalle seguenti articolazioni e funzioni

B.2.3.1.1 Affari Generali e Legali

Provvede alla trattazione degli affari generali, e agli adempimenti di interesse dell’Agenzia e delle sue articolazioni operative; gestisce le attività finalizzate al recupero delle somme a qualunque titolo dovute e non riscosse e quelle relative alle sanzioni amministrative ai sensi della legge 689/1981 e gli illeciti depenalizzati ex art. 102 del D.Lgs. n. 507/1999; segue l’intero iter procedurale degli atti deliberativi dell’azienda e supporta le strutture aziendali sotto il profilo giuridico amministrativo. La gestione del contenzioso afferisce invece direttamente al Direttore Generale.

Cura la segreteria degli Organi ed Organismi collegiali dell’Azienda: Collegio Sindacale; Collegio di Direzione; Nuclei di valutazione, Consiglio dei Sanitari.

Comprende:

- Attività Istituzionali: cura la rete di rapporti e relazioni dell’azienda con il mondo esterno nell’area della comunicazione e svolge funzioni di raccordo con i distretti aziendali; la gestione dei rapporti con i vertici istituzionali di Enti e soggetti pubblici e privati invece afferisce al Direttore generale.
- Protocollo.
- Adempimenti relativi alla Pubblicazione degli atti.
- Gli Uffici relazioni con il Pubblico e di Pubblica Tutela.
- Adempimenti Privacy in raccordo con i sistemi informativi.

B.2.3.1.2 Servizio Gestione Risorse Umane

L’ATS garantisce il coordinamento per le ASST ubicate nel territorio di riferimento sul reclutamento e sulla formazione del personale, istituendo appositi gruppi interaziendali. In particolare:

- provvede alla ricognizione dei fabbisogni di personale sulla base delle richieste delle ASST e fornisce a queste ultime indicazioni operative per lo svolgimento delle procedure concorsuali sia in forma singola che aggregata;
- provvede alla ricognizione dei fabbisogni formativi del personale delle ASST di competenza e fornisce a queste ultime indicazioni operative per lo svolgimento dei singoli percorsi formativi;

Il Servizio Gestione Risorse Umane al proprio interno attua gli indirizzi gestionali espressi dalla Direzione Aziendale, quale struttura di pianificazione, di reclutamento, di amministrazione, di sviluppo di carriera del personale dipendente e svolge.

Svolge le seguenti funzioni:

- **Gestione giuridica dei dipendenti:** Acquisisce personale attraverso procedure concorsuali, di mobilità o attraverso convenzione. Garantisce la corretta applicazione della normativa nella gestione

del personale. Cura la tenuta dei fascicoli elettronici. Gestisce la rilevazione delle presenze e dei permessi. Supporta l'Ufficio Procedimenti Disciplinari. Le procedure concorsuali per il reclutamento del personale possono essere svolte anche in forma aggregata determinando la formazione di una graduatoria unica a livello regionale o di area territoriale omogenea. La Giunta regionale predisporrà apposite linee di indirizzo sui criteri di utilizzo di dette graduatorie.

- **Formazione e valutazione del Personale:** la formazione e l'aggiornamento continuo del personale costituiscono elementi strategici dell'azienda al fine di garantire un costante standard qualitativo delle prestazioni finalizzato al raggiungimento degli obiettivi aziendali.
- **Trattamento economico e previdenziale dei dipendenti:** Gestisce le funzioni di liquidazione delle retribuzioni del personale dipendente. Garantisce la corretta applicazione della normativa sulla gestione del personale nei suoi aspetti economici, previdenziali e fiscali. Gestisce il trattamento di previdenza e quiescenza
- **Rapporti con le OO.SS.**

B.2.3.1.3 Programmazione, Bilancio e Rendicontazione

Svolge funzioni relative a: Redazione del Bilancio Preventivo; Assegnazione delle Risorse economiche agli ordinatori di spesa; Rendicontazioni Trimestrali (CET); Bilancio d'esercizio; Controllo Contabile degli atti amministrativi per verifica della compatibilità economico patrimoniale; cura i rapporti con il Collegio Sindacale; verifica dello stato di contabilizzazione dei contributi connessi ai progetti, cura la tenuta delle contabilità separate; cura le relazioni e i debiti informativi amministrativo-contabili con la Regione; Ministeri e Corte dei Conti; predispone l'attestazione di parifica dei conti giudiziali.

B.2.3.1.4 Programmazione e monitoraggio dei flussi Finanziari:

Svolge funzioni relative a: Predisposizione del Piano dei Flussi di Cassa, Programmazione e monitoraggio; verifica periodica di cassa e tenuta dei rapporti con il Collegio Sindacale per la parte di competenza connessa alla gestione dei flussi finanziari; gestione e riconciliazione dei flussi di cassa G3S; gestione e verifica dei flussi finanziari con l'ASST; rileva e monitora la gestione dei crediti/debiti per stranieri STP; gestione e riconciliazione dati con la Piattaforma Certificazione Crediti; gestione e riconciliazione dati con il SIOPE, cura i rapporti con il Tesoriere; verifica dello stato di solvenza dei crediti; verifica degli incassi dei contributi di parte corrente ed in conto capitale; redige il rendiconto finanziario; cura e verifica il rispetto dei tempi di pagamento verso fornitori; cura e verifica il rispetto dei tempi di pagamento verso gli Erogatori; monitora e pubblica l'indicatore di tempestività dei pagamenti – ITP -; cura le relazioni e i debiti informativi connessi con i flussi finanziari con la ATS, Regione, Ministeri, Equitalia e Corte dei Conti.

B.2.3.1.5 Gestione Contabilità Generale

- Svolge funzioni relative a: tenuta delle scritture e dei libri contabili e fiscali obbligatori, in conformità alle disposizioni di legge, registrazione ed emissione fatture ed in particolare per quanto attiene la fatturazione elettronica import ed export dati e gestione dell'hub regionale, emissione ordinativi di incasso e di pagamento; riconciliazione partitari clienti e fornitori; gestione contabile e riconciliazione dati registro cespiti ammortizzabili, registrazione incassi e riconciliazione dati incassi ed altre entrate specifiche connesse a veterinaria, sanzioni, ecc.; gestione contabile del trattamento economico dei medici convenzionati; gestione contabile del trattamento economico del personale dipendente e non strutturato e versamenti contributi e fiscali; predisposizione delle dichiarazioni fiscali; gestione cessioni di credito; rimborsi ed indennizzi e reintegri;
- Rileva e riconcilia le partite intercompany;
- Cura la gestione dei rapporti con i fornitori e clienti.

B.2.3.1.6 Gestione Contabile attività libero professionale, solvenza ed area a pagamento

Svolge funzioni relative a: tenuta delle scritture contabili separate e dei registri contabili obbligatori, in conformità alle disposizioni di legge, verifica lo stato degli incassi e la presenza dei protocolli autorizzativi; ripartizione dei compensi ed emissione ordinativi di pagamento.

B.2.3.1.7 Gestione Piano Attuazione Certificabilità dei Bilanci:

Svolge le funzioni connesse alla rilevazione delle procedure amministrativo-contabili ed alla messa in atto di tutte le azioni finalizzate al raggiungimento degli standard organizzativi, contabili e procedurali necessari a garantire la certificabilità del Bilancio: Percorso Attuativo della Certificabilità cd. PAC.

Cura le relazioni e i debiti informativi connessi all'attuazione del PAC con la Regione, Ministeri, Collegi Sindacali e soggetti di competenza.

Le attività sopra indicate devono essere assicurate ed individuati Referenti delle diverse aree di gestione.

B.2.3.1.8 Sistema dei Controlli Interni

Il Sistema supporta la Direzione Strategica nel conseguimento degli obiettivi aziendali nel rispetto dei canoni di legalità, efficacia, efficienza, economicità e trasparenza dell'azione amministrativa.

Premesso che il controllo di Gestione è opportuno che afferisca direttamente al direttore generale mentre il controllo sulla qualità e l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie deve trovare più opportuna collocazione nei relativi dipartimenti collegati funzionalmente con l'Agenzia di controllo; nell'ambito del Dipartimento amministrativo dovranno trovare collocazione le seguenti funzioni:

- controllo presenza in servizio del personale dipendente;
- procedimenti in materia di esercizio di attività extra-istituzionali;
- controllo sul rispetto della disciplina delle incompatibilità, come prevista dalle disposizioni di legge e contrattuali;
- verifica del rispetto delle vigenti disposizioni in materia di esercizio della libera professione intra ed extramoenia;
- controllo sul rispetto, da parte del personale convenzionato, della disciplina delle incompatibilità previste da norme di legge e accordi collettivi;
- Controlli sulle autocertificazioni, con particolare riguardo a quelle presentate ai fini dell'esenzione dal pagamento delle quote di compartecipazione alla spesa sanitaria;
- controllo atti;
- vigilanza e controllo sulle persone giuridiche private iscritte nel relativo registro regionale operanti nel territorio di competenza;
- tutte le altre funzioni di verifica e controllo su mandato della Direzione aziendale.

Inoltre garantisce una funzione di audit, che in piena autonomia ed in collaborazione con l'Agenzia di Controllo del sistema Sociosanitario lombardo, verifica gli atti amministrativi, i processi e le procedure, può svolgere verifiche e controlli nei confronti di soggetti destinatari di provvedimenti, sovvenzioni, ed altri vantaggi economici diretti e indiretti. Esegue inoltre il monitoraggio dei risultati dell'attività oggetto di audit, con le modalità che saranno definite dal Direttore amministrativo.

B.2.3.1.9 Servizio Gestione Acquisti

Il servizio Gestione Acquisti delle ATS avrà una funzione marginale e in diminuzione in qualità di ufficio gare e un'attività nuova ed incrementale di indirizzo e programmazione delle attività d'acquisto delle ASST/IRCCS all'interno del proprio territorio, sempre considerando quanto stabilito come perimetro delle unioni formali d'acquisto/consorzi che in questo momento raggruppano una o più ATS.

Per quanto riguarda la funzione Gestione Acquisti in qualità di ufficio gare, quando non delegata a livelli di acquisto aggregati o centralizzati, garantisce la soddisfazione dei fabbisogni necessari all'attività dell'azienda attraverso la programmazione degli acquisti di beni, servizi e lavori e la rilevazione dei relativi costi,

predisponendo ove necessario direttamente i documenti tecnici alla base delle procedure di gara autonome e a supporto della preparazione di procedure effettuate dai livelli di acquisto centralizzati.

Organizza le attività di esecuzione del contratto supportando i DEC (Direttore esecuzione del contratto) di specialisti con le professionalità atte a verificare la qualità nell'esecuzione del contratto e l'applicazione di adeguate azioni correttive.

Le funzioni dovranno essere tenute quanto più possibile separate e l'azienda dovrà puntare ad una rotazione del personale, almeno per ambiti e aree d'azione.

Rientrano nel servizio gestione acquisti le attività d'acquisto economici.

E' prevista la possibilità di integrare il Servizio Gestione Acquisti per quanto riguarda l'ufficio gare attraverso funzioni interaziendali.

Per quanto riguarda l'ATS in qualità di Agenzia che indirizza e coordina la programmazione degli acquisti, la stessa sarà responsabile dell'attività di coordinamento della programmazione acquisti aggregata ed autonoma delle ASST/IRCCS, della verifica in raccordo con ARCA dell'assegnazione dell'ASST capofila nelle singole procedure di gara aggregate, e del monitoraggio della tempistica, efficienza ed efficacia nell'effettuazione e gestione del piano gare. Tali funzioni potranno essere svolte direttamente dai Servizi Gestione Acquisti delle ATS oppure essere delegate ad un'ASST/IRCCS dell'unione formale d'acquisto/consorzio di riferimento che fungerà da coordinatore anche sui Tavoli regionali.

Il Servizio Gestione Acquisti della ATS sarà anche responsabile di coordinare eventuali progetti di logistica dei beni (dispositivi medici, farmaci, ecc.) fra ASST facenti parte dei raggruppamenti acquisti di riferimento.

B.2.3.1.10 Servizio Tecnico Patrimoniale

Gestisce il patrimonio immobiliare e cura, in collegamento funzionale con la Direzione Generale, la valorizzazione dello stesso. Inoltre, verifica tutti i processi e svolge le attività concernenti gli interventi di manutenzione sugli immobili e sull'impiantistica aziendale.

Non è necessario prevedere l'istituzione di UOC salvo che competa alla funzione anche lo sviluppo, il coordinamento e la programmazione di investimenti strutturali territoriali in raccordo con il Dipartimento PAAPSS.

B.2.4 Direzione Sanitaria

Alla Direzione Sanitaria afferiscono il Servizio Farmaceutico e i seguenti Dipartimenti.

B.2.4.1 Servizio Farmaceutico

Il Servizio Farmaceutico ha un ruolo trasversale con gli altri dipartimenti della ATS e opera anche con i Distretti per la parte di governo relativo all'assistenza farmaceutica territoriale. In riferimento alla complessità del territorio e dell'attività svolta può avere valenza dipartimentale.

Infatti l'ATS, alla quale è demandato il governo del percorso di presa in carico della persona, può garantire, per tramite del Servizio Farmaceutico, uniformità metodologica e prestazionale rispetto alla complessità della rete d'offerta erogativa esistente per l'assistenza farmaceutica, protesica ed integrativa, nel rispetto delle indicazioni regionali e nazionali.

In un ambito di continuo sviluppo delle tecnologie e contestualmente di forte impatto epidemiologico le ATS saranno altresì chiamate non solo alla pianificazione, ma anche al costante monitoraggio e alla rivalutazione delle specifiche modalità erogative, e il Servizio di Farmacia è di supporto sui nuovi modelli e di governo per la loro applicazione per quello che riguarda l'assistenza farmaceutica.

Le funzioni, che il Servizio Farmaceutico delle ATS deve garantire in raccordo con il governo regionale e nazionale, sono:

- controllo e vigilanza autorizzativa e ispettiva su farmacie, parafarmacie, grossisti, depositi, strutture sanitarie e sociosanitarie, farmacie on-line;

- gestione delle convenzioni, attività istruttoria amministrativa in materia di protesica, dietetica, integrativa e farmaceutica convenzionata e non, anche nei casi di sistema misto (DPC, progetto celiachia...);
- gestione, controllo e vigilanza sulla corretta applicazione della convenzione Nazionale e regionale vigente per le farmacie aperte al pubblico e in ottica di sviluppo di trasformazione della farmacia in farmacia dei Servizi;
- governo e monitoraggio della spesa e dell'appropriatezza in materia di farmaceutica, dietetica e protesica, raccordando la produzione delle unità d'offerta pubbliche a quella delle strutture private accreditate, includendo anche le RSA e RSD;
- programmazione, pianificazione e monitoraggio delle differenti modalità erogative afferenti al complessivo tetto della farmaceutica territoriale;
- pianificazione e controllo in raccordo con le ASST: pianificazione e rivalutazione delle specifiche erogazioni al fine di uniformare le modalità distributive di farmaci e materiale sanitario (protesica minore, integrativa, dietetica...) e di migliorare le performance, con il costante monitoraggio e controllo delle terapie innovative;
- farmacovigilanza e dispositivo vigilanza, con promozione delle iniziative di farmacovigilanza attiva sul territorio.

B.2.4.2 Dipartimento Cure Primarie

Il Dipartimento delle cure primarie ha la funzione di governare il settore delle cure primarie e nello specifico dell'assistenza primaria e del convenzionamento dei medici di medicina generale (medici di assistenza primaria e medici di continuità assistenziale) e dei pediatri di libera scelta.

Il Dipartimento è diretto da un Dirigente Medico ed è facoltà del Direttore Generale riferire tale dipartimento alla Direzione sanitaria o sociosanitaria, garantendo comunque il necessario raccordo funzionale fra le due direzioni.

Sono assegnate al Dipartimento delle cure primarie le funzioni relative all'attuazione, secondo le indicazioni nazionali e regionali, delle convenzioni MMG, PLS e MCA, le funzioni relative al governo dell'assistenza sanitaria al cittadino (diritto all'assistenza e riconoscimento delle esenzioni), nonché la gestione di tutte le attività strettamente connesse, tra cui le rendicontazioni (ADI, ADP, PIPP), la verifica dell'attività prescrittiva, l'attuazione dell'accordo Integrativo Aziendale, i turni MCA e l'individuazione e gestione delle postazioni di continuità assistenziale anche previsione del ruolo unico della medicina generale.

Il personale addetto alle attività sopra descritte, strettamente connesse alla gestione delle convenzioni MMG, PLS e MCA, pertanto, deve afferire alla ATS, senza necessariamente richiedere lo spostamento della sede di lavoro.

Il Dipartimento cure primarie si avvale delle ASST per garantire l'accesso ai servizi da parte dei cittadini, compresa l'attività di scelta e revoca, le esenzioni, l'assistenza sanitaria al cittadino, ecc. e la disponibilità delle postazioni di continuità assistenziale.

Il Dipartimento delle cure primarie si occupa, inoltre, dell'attuazione degli indirizzi regionali e del monitoraggio della spesa farmaceutica relativamente all'attività del personale convenzionato.

Il Dipartimento propone l'individuazione delle aggregazioni funzionali territoriali (AFT) di MMG e di PLS sulla base delle indicazioni nazionali e regionali, tenendo conto del bacino territoriale, dell'ubicazione degli studi dei medici e della presenza di associazioni di medici, al fine di mantenere o realizzare una ulteriore razionalizzazione dell'offerta, anche in termini di accessibilità alle prestazioni.

Il Dipartimento prende parte, secondo le modalità stabilite dalla Regione, alla individuazione e alla definizione delle unità complesse di cure primarie (UCCP), con il compito di proporre e di valutare le modalità di integrazione tra le UCCP e i Presidi ospedalieri territoriali (POT) e i Presidi socio sanitari territoriali (PreSST).

Il Dipartimento delle cure primarie opera in stretta relazione sia con il Dipartimento della Programmazione per l'integrazione delle prestazioni sociosanitarie con quelle sociali, per perseguire il comune obiettivo della presa in carico della persona, in particolare cronica e fragile, e della continuità di cura in un percorso unitario e governato ad elevata integrazione sanitaria e sociale che vede al centro il paziente, in tutta la rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali, sia con i Distretti, che partecipano alle azioni di governo della domanda del

territorio di propria competenza in collaborazione con i professionisti del sistema delle cure primarie (MMG, MCA e PLS), attraverso i referenti di AFT.

In tale ambito ed in coerenza con i principi stabiliti dalla l.r. 23/15, il Dipartimento cure primarie è chiamato a far evolvere le cure primarie verso un sistema integrato che consenta di superare eventuali frammentazioni e discontinuità, a partire dall'individuazione delle AFT della Medicina Generale e della Pediatria di Libera Scelta, in coerenza con i nuovi distretti ed i rispettivi ambiti distrettuali e in collegamento funzionale con le UCCP.

L'attività del Dipartimento deve essere condivisa con le ASST del proprio territorio per gli aspetti inerenti il governo clinico, l'individuazione di strutture, le modalità organizzative e le procedure che garantiscano percorsi integrati e continuità dell'assistenza.

B.2.4.3 Dipartimento di igiene e prevenzione sanitaria

Da tempo va sempre più affermandosi una visione moderna della prevenzione, che da branca specialistica di settore per erogazione di servizi/prestazioni è andata ridefinendosi quale articolazione multidisciplinare per la promozione della salute, che si rivolge non solo alle singole persone ma anche alle comunità.

Altra specificità sono i molteplici ambiti di intervento: dalla prevenzione delle malattie infettive anche attraverso le vaccinazioni, alla prevenzione dei tumori attraverso gli screening; dalla sicurezza degli alimenti e dell'acqua potabile alla sicurezza e salute nei luoghi di lavoro; dalla promozione di stili di vita e ambienti favorevoli alla salute al contenimento delle ricadute sulla salute delle problematiche ambientali, ecc., e la necessità di operare in modo trasversale in diversi contesti, sia sanitari che non sanitari quali la scuola, le attività produttive, il territorio e l'ambiente, lo sport ecc.

Pur facendo riferimento agli indirizzi normativi nazionali e regionali che di seguito si richiamano vi è la necessità di aggiornare il modello organizzativo che da una parte consenta una diffusa azione di prevenzione nelle comunità, una migliore e più qualificata offerta dei servizi al cittadino (vaccinazioni, screenings, ecc.), dall'altra una più efficace ed efficiente integrazione con Enti e soggetti del sistema-Regione.

La lettura integrata della normativa¹ evidenzia che al Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria di cui alla l.r.23/2015 sono riconducibili le funzioni assegnate al Dipartimento di Prevenzione (d.lvo 502/92) e successivamente in regione Lombardia al Dipartimento di Prevenzione Medico.

Si rileva peraltro che la mera trasposizione delle strutture organizzativa, ancorché con le nuove denominazioni, non dà adeguata evidenza delle innovazioni introdotte con la l.r. 23/2015 in particolare relativamente all'accorpamento delle funzioni sociosanitarie all'interno dell'assessorato e quindi nell'organizzazione del SSL e delle ATS e ASST.

Il nuovo art.4 bis nel riferirsi al Piano Regionale della Prevenzione (PRP) quale strumento programmatico regionale per tutta l'area della prevenzione e della promozione e tutela della salute coerente con gli indirizzi nazionali, ripercorre tutti gli ambiti e le aree di competenza del nuovo dipartimento, superando la logica della

¹ Decreto legislativo 502/92 e successivi aggiornamenti

- Art. 7 (Dipartimenti di prevenzione)
- Art. 7-bis (Dipartimento di prevenzione)
- Art. 7 –ter (Funzioni del Dipartimento di prevenzione)
- Art. 7 –quater (Organizzazione del Dipartimento di prevenzione)
- Art. 7 –quinqies (Coordinamento con le Agenzie regionali per l'ambiente)
- Art. 7 –septies (Funzioni di profilassi internazionale)
- Art. 7 –octies (Coordinamento delle attività di prevenzione nei luoghi di lavoro)
- Art 17 –bis (Dipartimenti)

Legge Regionale n. 33/2009

Titolo VI

Norme in materia di prevenzione e promozione della salute

- Art. dal 55 al 60

Legge regionale 33/2009 modificata con Legge regionale 23/2015

- Art. 4 –bis (Piano regionale della prevenzione)
- Art. 6 Agenzie di tutela della salute
- c. 1, 2, 3

mera elencazione ed introducendo una visione complessiva della prevenzione che comprende anche l'area della promozione della salute e della prevenzione di fattori di rischio comportamentali delle malattie croniche degenerative, ivi comprese le dipendenze.

In tal senso, si evidenzia in particolare che l'area "promozione della salute e prevenzione delle malattie cronico- degenerative" che nell' Art. 7-ter, comma 2 del D.lvo 502 era attribuita alle funzioni del DPM in chiave di "contributo" in collaborazione con altri servizi e dipartimenti aziendali, trova nella lr 33/2009 (Titolo VI art. 57) modificata dalla lr 23/2015 (Art. 4) un ampio sviluppo di indirizzo (che ricomprende il contrasto di tutti i fattori di rischio comportamentali - alimentazione, attività fisica, tabagismo, alcool, dipendenze, ecc. - e la contestuale promozione della salute con l'obiettivo di migliorare lo stato di salute fisica, mentale e sociale della popolazione e di ridurre le disuguaglianze) e la piena collocazione nel DIPS di tutta la relativa filiera di riferimento: governance, programmazione, erogazione in ambito di comunità e raccordo con erogatori territoriali della presa in carico individuale (ASST), attivazione dei settori non sanitari e raccordo con il sistema sociale.

Fermo restando i riferimenti normativi ampiamente citati e quanto definito nella primissima fase della realizzazione della riforma che, con il Decreto n. 7362 del 14.9.2015 allegato C), elencava le funzioni a cui riferirsi per individuare attività (e conseguentemente risorse) di competenza della ATS e della ASST, nella definizione del modello DIPARTIMENTO DI IGIENE E PREVENZIONE SANITARIA occorre considerare ulteriori elementi che possono connotare l'ambito di competenza delle unità organizzative dipartimentali ed in particolare:

- l'individuazione dei principali stakeholder (Comunità; Amministrazioni Pubbliche; Imprese; Organizzazioni datoriali, di categoria e sindacali; Associazioni; MMG/PLS; Strutture sanitarie e sociosanitarie);
- le diverse professionalità che possono utilmente concorrere allo svolgimento delle attività;
- i LEA intesi come proxy dei bisogni;
- la necessità di dare collocazione a nuovi ambiti di azione (quali ad esempio la prevenzione delle dipendenze, inserimento delle azioni di prevenzione nell'ambito della presa in carico del cronico);
- il raccordo del tema salute con le problematiche ambientali;
- la possibilità di costruire/mantenere percorsi professionali per favorire una capacità di attrazione per i migliori professionisti in tema di sanità pubblica.

Partendo da questa osservazione si potrà così procedere ad individuare strutture organizzative omogenee (servizi dipartimentali) per ambiti di intervento, tipologia di attività e specializzazione delle risorse professionali, sia dell'area della dirigenza medica, sanitaria (professioni sanitarie, psicologi), tecnica (tecnici della prevenzione, assistenti sanitari) non medica (biologi, chimici, ingegneri) che 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 sia al suo interno, tra le strutture che lo compongono, sia in una logica interdipartimentale, ovvero con le altre articolazioni dell'agenzia.

La necessaria schematizzazione finalizzata a garantire i presupposti di un omogeneo disegno sul territorio regionale ed una uniforme chiara identificazione degli interlocutori prevalenti per i diversi stakeholder non può prescindere dal valore aggiunto di operare in una logica dipartimentale e quindi di coordinamento dell'apporto/concorso necessario da parte delle diverse competenze e professionalità, finalizzati al raggiungimento di obiettivi complessi di promozione e tutela della salute.

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 in un'ottica gerarchica 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 misurabile" (dgr 7289/2006)

Le strutture organizzative del DIPS sono Strutture Complesse:

1. **UOC Igiene e sanità pubblica, Salute – Ambiente**
2. **UOC Igiene Alimenti e Nutrizione**
3. **UOC Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro**
4. **UOC Medicina Preventiva nelle Comunità**
5. **UOC Promozione della Salute e Prevenzione dei fattori di rischio comportamentali**

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

Ai Servizi devono essere assegnate le stesse funzioni o aree di intervento, uguali su tutto il territorio regionale per superare l'attuale frammentazioni di allocazione presente nelle vecchie ASL.

Stante quanto sopra si sottolineano le caratteristiche proprie dell'organizzazione dipartimentale stessa e precisamente:

- Il personale è assegnato ai Servizi del DIPS.
- All'interno delle strutture organizzative o in staff alla direzione dipartimentale sono allocate strutture che costituiscono riferimento per specifiche aree di indirizzo tecnico (es. medicina dello sport e lotta al doping; prevenzione delle dipendenze; impiantistica; screening; malattie infettive; ecc.)

Nelle ATS, in particolare quelle che risultano dalla unione di due o più ASL, possono essere previsti più unità organizzative territoriali dello stesso Servizio.

Per quanto riguarda il contesto del ATS Città metropolitana, stante la dimensione del territorio e le peculiarità dell'area metropolitana occorrerà prevedere un assetto organizzativo che garantisca efficiente coordinamento sia tecnico che operativo, con riferimento anche a funzioni di coordinamento sulla base di *know how* maturato su specifiche linee di attività con impatto su tutto il territorio regionale quali, ad esempio, coordinamento reti interistituzionali, programmi preventivi regionali (LST Lombardia, Unplugged ecc.) ecc.

Attività di staff della Direzione DIPS sono: il monitoraggio dei dati di attività (Sistema informativo della Prevenzione) e raccordo delle fonti epidemiologiche con sistema aziendale, l'attività di comunicazione e formazione in raccordo con le strutture centrali.

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 2015-2018 (sono evidenziati i programmi a cui ogni servizio offre, con l'attività svolta, il contributo prevalente).

1. UOC 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 ad individuare 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 un ambiente che favorisca positive ricadute sulla 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.

È auspicabile pertanto che sia specificatamente identificata una struttura **Salute e Ambiente**, la cui valenza sarà in relazione al territorio ed alle problematiche particolarmente impattanti.

PRP 2015 – 2018: principali ambiti programmatici di riferimento

Programma 10 INTEGRAZIONE SALUTE AMBIENTE

Programma 11 PIANO DEI CONTROLLI SULLE SOSTANZE CHIMICHE

Programma 12 PREVENZIONE E CONTROLLO RISCHIO AMIANTO

2. UOC 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 non di origine animale e alla nutrizione.

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.

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; alimenti irradiati; micotossine; criteri microbiologici; ...), si raccorda con la Rete dei Laboratori di Prevenzione.

Monitora la qualità delle acque destinate al consumo umano anche attraverso 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.

PRP 2015 – 2018: principali ambiti programmatici di riferimento

Programma 13 SICUREZZA ALIMENTARE PER LA TUTELA DEL CONSUMATORE E SANITA' PUBBLICA VETERINARIA

Programma 10 INTEGRAZIONE SALUTE AMBIENTE

3. UOC Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro

Assicura l'attività di prevenzione collettiva e di tutela della salute dei lavoratori attraverso azioni volte ad individuare e rimuovere le cause di nocività e malattia negli ambienti di lavoro e concorre alla promozione della salute nelle aziende.

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

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**.

PRP 2015 – 2018: principali ambiti programmatici di riferimento

Programma 9 TUTELA DELLA SALUTE E SICUREZZA DEL LAVORATORE

Programma 11 PIANO DEI CONTROLLI SULLE SOSTANZE CHIMICHE

Programma 12 PREVENZIONE E CONTROLLO RISCHIO AMIANTO

4. UOC di 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.

Contribuisce all'attività di prevenzione sorveglianza e controllo infezioni correlate all'assistenza.

Assicura la *governance* dell'offerta vaccinale, per target di popolazione e per categorie a rischio (patologia status) anche nell'ambito della presa in carico individuale, per il raggiungimento degli obiettivi regionali e nazionali.

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

PRP 2015 – 2018: principali ambiti programmatici di riferimento

P. 5 SCREENING ONCOLOGICI

P. 8 PREVENZIONE, SORVEGLIANZA E CONTROLLO MALATTIE INFETTIVE

5. UOC Promozione della Salute e Prevenzione fattori di rischio comportamentali

Assicura i LEA attraverso la programmazione, progettazione e gestione/erogazione di attività integrate di promozione della salute e prevenzione di fattori di rischio comportamentali (tabagismo, dipendenze, sedentarietà, scorretta alimentazione, comportamenti sessuali a rischio, ecc.) nei contesti collettivi e di comunità, in linea con quanto previsto dal PRP nonché da eventuali normative di settore (“Guadagnare Salute”, ecc.).

Indirizzo e raccordo erogatori territoriali (ASST) in relazione ad interventi di prevenzione individuale nell’ambito dei percorsi di presa in carico (NCDs, Salute Mentale, Dipendenze, NPI, etc.).

Garantisce il raccordo 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 e lo sviluppo di sistemi di sorveglianza e analisi epidemiologica su determinanti di salute e comportamenti (HBSC, OKkio, ecc.) e di strumenti e percorsi interdisciplinari per l’orientamento della programmazione intersettoriale in termini di appropriatezza (effectiveness, sostenibilità, equità).

PRP 2015 – 2018: principali ambiti programmatici di riferimento

- P. 1 RETI PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE NEGLI AMBIENTI DI LAVORO
- P. 2 SCUOLE CHE PROMUOVONO SALUTE – RETE SPS / SHE LOMBARDIA
- P. 3 PROMOZIONE DELLA SALUTE DEL BAMBINO E DELLA MAMMA NEL PERCORSO NASCITA
- P. 4 PROMOZIONE STILI DI VITA FAVOREVOLI ALLA SALUTE NELLE COMUNITA’
- P. 6 PREVENZIONE CRONICITA’
- P. 7 RETE REGIONALE PER LA PREVENZIONE DELLE DIPENDENZE

L’architettura organizzativa del DIPS di ciascuna ATS, fermo restando gli elementi comuni di base sopra delineati, farà riferimento a elementi oggettivi e relativi alla complessità del territorio (popolazione; tessuto sociale e dei servizi; tessuto lavorativo; dimensione e caratteristiche orografiche), alla presenza di elementi peculiari di rischio/criticità (es SIN...), con un disegno coerente con la domanda del territorio stesso e della popolazione.

B.2.4.4 Dipartimento veterinario e sicurezza degli alimenti di origine animale

Il modello organizzativo della Sanità Pubblica Veterinaria deve essere adeguato alla realtà territoriale e alle funzioni e attività che devono essere erogate al fine di rendere la gestione del Dipartimento e dei Distretti Veterinari idonei al perseguimento degli obiettivi individuati dal Piano Regionale Integrato della Sanità Pubblica Veterinaria, assicurando al contempo una gestione efficiente ed appropriata delle pertinenti problematiche sanitarie nel territorio di competenza.

B.2.4.4.1 Il Dipartimento

1. Il Dipartimento, organizzato in UOC, secondo quanto previsto al punto A.5.2.1, promuove l’uniformità di indirizzo tecnico scientifico dei Servizi e Distretti Veterinari, privilegiando una struttura organizzativa “a matrice” nella quale la dimensione tecnico-scientifica del Dipartimento e dei Servizi a questo afferenti si integra con la dimensione operativa-territoriale dei Distretti. Si ritiene che solo perseguendo una razionale integrazione tra Dipartimento e distretto veterinario è possibile un appropriato governo dei processi aziendali con riferimento sia alla qualità che all’economicità delle prestazioni erogate. Al fine di assicurare l’indispensabile coordinamento tra il livello dipartimentale e distrettuale, il Dipartimento è chiamato a svolgere una funzione di programmazione, indirizzo, gestione e verifica.
2. Fermo restando il principio di efficienza e di razionalizzazione delle risorse, per le ATS di cui all’articolo 7 comma 19 della legge regionale n.23 del 2015 e per le ATS caratterizzate da particolare complessità per la consistenza del patrimonio zootecnico, la numerosità delle strutture produttive di competenza veterinaria e, di conseguenza, da un numero di dirigenti veterinari superiore alle 100 unità, i Direttori Generali possono prevedere l’attivazione di Aree di Coordinamento territoriale strutturate nei tre Servizi di Sanità animale, Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e

trasporto degli alimenti di origine animale e Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche. Tali Aree sono gerarchicamente e funzionalmente dipendenti dal Dipartimento veterinario.

3. Ciascun Dipartimento Veterinario è articolato nei servizi Sanità animale, Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche e nella unità organizzativa di Igiene urbana veterinaria, prevenzione del randagismo e tutela degli animali d'affezione e interventi assistiti con animali (*pet-therapy*).
4. I Servizi assicurano le seguenti specifiche funzioni:
 - **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.
 - **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.
 - **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).

L'Unità organizzativa Igiene urbana veterinaria, prevenzione del randagismo e tutela degli animali d'affezione e interventi assistiti con animali (*pet-therapy*) assicura il governo della funzione igiene urbana e prevenzione randagismo, in quanto il fenomeno del randagismo e della convivenza con gli animali nei territori urbanizzati, quali ormai sono quelli della Regione Lombardia, porta con sé tutta una serie di problematiche inerenti questioni di sanità, igiene pubblica e sicurezza. Tali bisogni sono largamente espressi dall'opinione pubblica e dai mezzi di comunicazione e sono state recepite dal legislatore con apposite regolamentazioni che individuano nel Dipartimento veterinario la specifica istituzione preposta al controllo ed alla vigilanza sul fenomeno, con le correlate responsabilità. L'unità organizzativa di Igiene Urbana veterinaria, prevenzione al randagismo e tutela degli animali d'affezione e da *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*)
5. Nelle ATS è garantito il governo di prossimità delle competenze professionali specialistiche tipiche del contesto, anche mediante apposite strutture organizzative.

Inoltre, all'interno delle Unità organizzative Complesse del Dipartimento e dei Distretti, possono essere allocate strutture semplici che costituiscono riferimento per specifiche aree di indirizzo specialistico.

Al fine di un'efficiente ed efficace gestione il dipartimento deve promuovere ogni strategia volta alla integrazione con gli altri dipartimenti aziendali per assicurare una visione sistemica dei servizi prestati superando modalità di approccio di tipo settoriale.

B.2.4.4.2 I Distretti veterinari

I Distretti Veterinari dell'ATS sono strutture dotate, nei limiti delle funzioni loro assegnate, di autonomia gestionale, tecnica e amministrativa, per il conseguimento degli obiettivi aziendali. I Distretti veterinari operano in coordinamento con il Dipartimento Veterinario dal quale dipendono funzionalmente e gerarchicamente per il raggiungimento e la rendicontazione degli obiettivi. Sono deputati a rilevare la domanda di prestazioni e servizi della specifica utenza ed a organizzare ed erogare le prestazioni di Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza degli alimenti di origine animale, secondo la vigente normativa.

La definizione territoriale dei distretti veterinari, considerata la specificità territoriale dell'utenza, viene prevista nella definizione dei POAS da parte dei Direttori Generali delle ATS, previa valutazione della Direzione Generale Welfare, con una articolazione che tenga conto del numero di allevamenti presenti sul territorio, del numero di strutture produttive di competenza veterinaria sul territorio, dei fattori di correzione per i territori disagiati come quelli di montagna, nonché per i territori con particolari peculiarità come quelli della città metropolitana.

I Distretti possono essere articolati in strutture semplici finalizzate all'appropriata erogazione delle prestazioni. Tali strutture afferiscono gerarchicamente alla direzione distrettuale dalla quale dipendono per il raggiungimento e la rendicontazione degli obiettivi, nel rispetto degli indirizzi del dipartimento.

B.2.5 Direzione Sociosanitaria

Alla Direzione Sociosanitaria afferiscono i seguenti Dipartimenti/articolazioni territoriali e alla stessa compete lo sviluppo delle relazioni con i rappresentanti degli Enti locali.

B.2.5.1 Dipartimento della Programmazione per l'Integrazione delle Prestazioni Sociosanitarie con quelle Sociali

Il Dipartimento della programmazione per l'integrazione delle prestazioni sociosanitarie con quelle sociali (Dipartimento PIPSS) rappresenta un elemento innovativo nell'organizzazione delle ATS e punta a rafforzare il ruolo dell'Agenzia rispetto alla promozione dell'integrazione dei servizi sanitario, sociosanitario e sociale e a favorire la realizzazione di reti sussidiarie di supporto.

Il Dipartimento opera di concerto con il Dipartimento programmazione, accreditamento, acquisto delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie (Dipartimento PAAPSS), e con il Dipartimento di cure primarie, nell'ambito del governo della domanda, dando attuazione alle linee di indirizzo ed alla programmazione locale della ATS, nell'ambito del governo dei percorsi e delle strutture di presa in carico.

Il riferimento per i dipartimenti è la Direzione Strategica, con una prevalente afferenza alla Direzione Sociosanitaria per il Dipartimento PIPSS e di Cure Primarie, in relazione alle specifiche attività di raccordo con la rete sociale e di definizione dei percorsi integrati di presa in carico.

Lo strumento della negoziazione con le strutture sanitarie e sociosanitarie può costituire 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.

La negoziazione viene, pertanto, condotta dal Dipartimento PAAPSS in stretto raccordo con il Dipartimento PIPSS, al fine di dare attuazione ai percorsi di integrazione, di continuità delle cure, di presa in carico e accessibilità.

L'integrazione è un processo che richiede la valutazione dei bisogni della persona e del suo contesto familiare, la realizzazione di adeguati percorsi assistenziali, attraverso modelli organizzativi che assicurino una erogazione tempestiva, appropriata e coordinata degli interventi sanitari, sociosanitari e sociali, previsti per la persona presa in carico, attraverso la creazione di reti di unità d'offerta. .

Il Dipartimento PIPSS assicura la funzione di governo del percorso di presa in carico della persona in tutta la rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali.

Il presupposto per lo svolgimento delle attività del Dipartimento è che sia garantita, all'interno del Dipartimento o in altra articolazione dell'Agenzia, la funzione di rilevazione e analisi dei dati epidemiologici, assicurando una gestione coordinata dei diverse fonti informative disponibili, nonché l'elaborazione di analisi integrate dei bisogni orientate, in particolare, alla programmazione territoriale.

Premesso che ogni ATS adotta l'organizzazione interna più idonea alla propria realtà territoriale, vanno quindi ricondotte al Dipartimento PIPSS diverse funzioni:

1. Funzione di raccordo tra il sistema sociosanitario nel suo complesso ed il sistema sociale.

Il Dipartimento svolge la funzione di raccordo con il territorio coordinando la programmazione sociosanitaria con la programmazione e sociale e definendo e verificando la realizzazione degli interventi secondo percorsi e processi condivisi.

Le azioni di sistema introdotte nell'arco della X legislatura, sia nel sistema sociale sia su quello sociosanitario, hanno consentito un'evoluzione in linea con la riforma dettata dalla l.r. 23/2015, fondata sulla presa in carico globale della persona; ciò in un articolato complesso di risposte ai bisogni della persona e della famiglia all'interno di una rete d'offerta consolidata (rete delle strutture accreditate) costituente il primo pilastro del welfare e dall'insieme di risposte integrate, flessibili e modulabili governate dal sistema di voucher che trova il suo fondamento nell'istituzione, con la DGR n. 116/2013, del Fondo regionale a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili in ambito sociosanitario e nell'istituzione delle politiche di reddito di autonomia e di inclusione, in ambito sociale.

L'attuale sistema sociosanitario, pertanto, oggi risulta costituito da unità d'offerta standardizzate con propri requisiti oltre che da misure flessibili e modulabili in relazione all'intensità del bisogno della persona remunerabili anche attraverso il sistema dei voucher.

Per tale funzione di coordinamento, si avvale di una cabina di regia con funzioni consultive ed opera con gli Uffici di Piano ed i Sindaci del territorio al fine di realizzare le seguenti azioni:

- analisi dei bisogni e individuazione delle risorse disponibili, sia in termini di servizi/unità d'offerta pubbliche e private accreditate e a contratto, sia in termini di risorse economiche nell'ambito istituzionale e, eventualmente, extraistituzionale;
- promozione e il sostegno del lavoro di rete fra i diversi attori del territorio, compresi associazioni di categoria, associazioni di terzo settore e volontariato, terzo settore, ecc.;
- individuazione 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;
- monitoraggio di modelli di intervento integrati attraverso strumenti condivisi;
- istituzione e gestione di tavoli tematici.

2. Funzione di coordinamento e monitoraggio delle progettualità innovative nell'ambito dell'offerta di servizi di integrazione tra le reti sociosanitaria e sociale.

Nell'ambito della programmazione regionale, il Dipartimento promuove, sviluppa e monitora le progettualità finalizzate ad assicurare la continuità assistenziale e l'appropriata collocazione delle persone, in particolare dei soggetti fragili, all'interno delle reti di servizi, sia nell'ambito del sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili, delle dipendenze, della salute mentale e di altre fragilità.

Il Dipartimento promuove, inoltre, modelli innovativi di presa in carico in grado di integrare le diverse risposte ai bisogni complessi degli utenti fragili.

3. Funzione di governo della presa in carico e dei percorsi assistenziali.

Il Dipartimento promuove e adotta protocolli e procedure per il governo della presa in carico e per assicurare la continuità assistenziale in tutta la filiera dei servizi, al fine di integrare le prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali nei percorsi di assistenza, cura e riabilitazione, assicurando la libera scelta tra i vari erogatori (ASST e privati accreditati).

Nell'ambito del governo della presa in carico definisce, in accordo con le indicazioni regionali, i criteri e le modalità di attuazione della valutazione multidimensionale e personalizzata del bisogno e secondo il principio di appropriatezza e garanzia della continuità assistenziale da parte degli erogatori pubblici e privati, monitorandone gli esiti.

In raccordo con il Dipartimento di Cure Primarie e con il Dipartimento PAAPSS, promuove la continuità assistenziale attraverso la definizione di percorsi finalizzati a tutelare la persona fragile, che si avvalgono di protocolli per le dimissioni protette e dell'individuazioni di reti (RICCA, reti di patologia, compresa l'area della NPI reti cure palliative, ecc.).

Sulla scorta dei dati epidemiologici e dell'analisi dei bisogni, attua il governo della domanda, identificando i target di popolazione prioritari e definendo le modalità di presa in carico delle persone fragili da parte degli enti erogatori, anche in modo proattivo.

Assicura l'integrazione anche attraverso l'adozione di sistemi informativi orientati alla gestione dei percorsi e alla condivisione delle fonti (sanitarie, sociosanitarie e sociali) per una migliore identificazione dei bisogni e dei servizi utilizzati dai singoli target di utenti.

Promuove, inoltre, iniziative formative e informative nell'ottica di sviluppare, nel sistema, una cultura volta a superare la frammentarietà dei percorsi.

Il Dipartimento interviene direttamente nella gestione di eventuali casi complessi, che non trovino percorsi adeguati all'interno delle reti degli erogatori, individuando le soluzioni più appropriate e monitorandone l'attuazione.

Si ritiene opportuno, in tale parte evidenziare come la l.r. 23/2015 con specifico riguardo al Dipartimento PIPSS prevede, esplicitamente, la possibilità di attivare una "cabina di regia con funzioni consultive rispetto alle attività del dipartimento, la cui composizione è determinata dal Direttore generale dell'ATS secondo le linee guida stabilite dalla giunta regionale anche al fine di risolvere le situazioni di criticità di natura sociosanitaria riscontrate nel territorio di propria competenza".

Si evidenzia, al riguardo e fermo restando il fatto che la valutazione delle criticità sul territorio di competenza necessariamente rinvia ad una valutazione della stessa ATS che l'eventuale costituzione della suddetta cabina di regia, coordinata dal Direttore sociosanitario deve necessariamente prevedere, oltre alla presenza del direttore del Dipartimento PIPSS:

- dei responsabili che, per materia, il Direttore generale della ATS ritiene opportuno individuare;
- i Direttori sociosanitari delle ASST;
- i rappresentanti dei gestori delle Unità d'Offerta/servizi interessati alle tematiche oggetto della cabina di regia;
- i rappresentanti degli Enti locali/rappresentanti conferenza o assemblea distrettuale;
- coordinatori/responsabili Uffici di Piano .

A titolo meramente indicativo si rileva che le singole ATS, nel quadro della loro autonomia organizzativa, verifichino l'opportunità di avviare, nell'ambito della cabina di regia anche attraverso sotto gruppi, lo sviluppo di aree specifiche che la l.r. 23/2015 pone al centro dell'interesse del sistema quali:

- l'area della presa in carico delle persone anziane non autosufficienti;
- l'area della presa in carico delle disabilità nell'area dell'età evolutiva anche con riferimento alle problematiche relative ai disturbi dello spettro autistico;
- l'area delle disabilità in età adulta con riferimento anche alle malattie neurodegenerative.

Risulta evidente che la definizione della dimensione territoriale di tale cabina di regia è lasciata alla valutazione del Direttore generale dell'ATS in ragione delle specificità territoriali che lo stesso rilevasse.

Il Dipartimento opera per dare piena attuazione al modello sopradescritto anche avvalendosi dei Distretti della ATS.

B.2.5.2 Conferenza dei sindaci

La conferenza dei sindaci è composta dai sindaci, o loro delegati, dei comuni compresi nel territorio delle ATS e si articola in:

- a. l'assemblea dei sindaci del distretto;
- b. l'assemblea dei sindaci dell'ambito distrettuale.

Le conferenze dei sindaci, in particolare:

- a) formulano, nell'ambito della programmazione territoriale dell'ATS di competenza, proposte per l'organizzazione territoriale dell'attività socio-sanitaria e socio-assistenziale, con l'espressione di un parere sulle linee guida per l'integrazione socio-sanitaria e sociale. Partecipano inoltre alla definizione dei piani socio-sanitari territoriali all'interno delle cabine di regia di cui all'articolo 6, comma 6, lettera f) della l.r. n. 33/2009;
- b) partecipano alla verifica dello stato di attuazione dei programmi e dei progetti di competenza delle ATS con particolare riferimento a quelli relativi alle ASST;
- c) promuovono l'integrazione delle prestazioni e/o delle funzioni sociali, con le funzioni e/o le prestazioni dell'offerta sanitaria e socio-sanitaria;
- d) esprimono il proprio parere sulla finalizzazione e sulla distribuzione territoriale delle risorse finanziarie.

Per l'esercizio delle sue funzioni la conferenza dei sindaci si avvale del consiglio di rappresentanza dei sindaci eletto dalla conferenza stessa.

L'assemblea dei sindaci del distretto, anche con l'ausilio delle sue articolazioni per ambiti distrettuali svolge altresì le funzioni del comitato dei sindaci del distretto.

B.2.6. Distretti

In attuazione a quanto previsto dal testo vigente dell'art. 7 bis della l.r.33/09 e s.m. e i., i distretti, afferenti gerarchicamente alla direzione generale, dipendono funzionalmente al Dipartimento della programmazione per l'integrazione delle prestazioni socio-sanitarie con quelle sociali.

Sono infatti i distretti che contribuiscono, con autonomia economica-finanziaria nell'ambito delle risorse assegnate, alle funzioni definite dal comma 5 di detto articolo, che comprendono attività prioritariamente garantite dal Dipartimento della programmazione per l'integrazione delle prestazioni socio-sanitarie con quelle sociali, quali: analisi e governo della domanda del territorio di competenza, informazione, educazione e orientamento dell'utenza, promozione della salute.

I distretti della ATS, che partecipano alla cabina di regia, danno inoltre attuazione, sul territorio di propria competenza, alle ulteriori funzioni del Dipartimento della programmazione per l'integrazione delle prestazioni socio-sanitarie con quelle sociali, interagendo con tutti i soggetti erogatori e con il coinvolgimento, per i servizi di competenza, degli altri attori presenti sul territorio (uffici di piano e sindaci, associazioni di categoria, associazioni di volontariato, terzo settore, ecc.), al fine di realizzare la rete d'offerta territoriale atta ad assicurare la funzione di governo del percorso di presa in carico della persona nei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali.

In ogni ATS il numero dei distretti corrisponde al numero delle ASST afferenti, secondo un modello organizzativo che deve tener conto delle caratteristiche di ciascun territorio, in base alle indicazioni del comma 2 del citato articolo 7 bis.

Laddove le caratteristiche territoriali lo permettano, ovvero in presenza di un'area territoriale omogenea, ben integrata e caratterizzata da adeguati collegamenti interni e rilevanti interdipendenze funzionali (presenza di una rete di servizi sanitari e socio-sanitari con un bacino di utenza interdistrettuale), il modello organizzativo può prevedere l'individuazione di un unico responsabile per più distretti.

PARTE C - AZIENDE SOCIO SANITARIE TERRITORIALI (ASST)

C.1 INTRODUZIONE

La **I.r. 23/2015** ha istituito le nuove Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST) riordinando l'erogazione dei servizi nell'ambito di due poli d'offerta aziendali - il settore **polo ospedaliero** e il settore **rete territoriale** - che afferiscono direttamente al Direttore Generale, il quale garantisce il coordinamento delle attività svolte da ciascun settore aziendale avvalendosi del Direttore Sanitario, del Direttore Socio Sanitario e del Direttore Amministrativo attraverso l'attribuzione di funzioni di direzione specifiche.

Il **settore polo ospedaliero** dell'ASST è prevalentemente orientato alle prestazioni in acuzie e in elezione e all'erogazione di prestazioni sanitarie specialistiche a livelli crescenti di complessità; si articola in presidi ospedalieri e/o in dipartimenti organizzati in diversi livelli di intensità di cura, nel rispetto degli standard ospedalieri previsti.

Il **settore rete territoriale** eroga le prestazioni distrettuali di cui al d.lgs. 502/1992: prestazioni specialistiche, di prevenzione sanitaria, diagnosi, cura e riabilitazione a media e bassa complessità e le cure intermedie, oltre alle funzioni e prestazioni medico-legali. La rete territoriale pertanto dispone di un'offerta propria, complementare all'ospedale per prestazioni di bassa complessità assistenziale.

Le nuove **dimensioni aziendali** delle ASST e con esse i relativi assetti organizzativi sono funzionali all'esigenza di condivisione delle risorse produttive e di superamento della frammentazione nonché della distinzione "ospedale vs territorio" e "sanitario vs sociosanitario", nel rispetto dei macrolivelli di assistenza secondo quanto previsto dal d.lgs. n. 68/2011, art.27, c.3.

Il processo di trasformazione in ASST delle precedenti aziende, rappresenta una svolta organizzativa che consente **flessibilità** e maggiore possibilità di adattamento alle mutate caratteristiche dei processi d'offerta, in risposta ai cambiamenti della domanda di salute e all'aumento di fasce di pazienti a forte necessità di integrazione (cronici, anziani fragili, ecc.). In particolare, la nuova ASST deve fornire risposte efficaci e di qualità alla domanda di pazienti cronici (andamento evolutivo di malattia, complicanze e comorbidità) e in generale di pazienti caratterizzati da contatti ripetuti con il SSR, sia interni che esterni all'ospedale (**'frequent user'**). Oltre a un orientamento aziendale verso il soddisfacimento dei bisogni dell'utenza, è necessario un mutamento culturale tra gli operatori, che devono incrementare la loro capacità di operare all'interno di 'processi organizzativi', e non solo per ambiti specialistici/discipline.

Con l'istituzione delle ASST, il legislatore ha inteso rispondere al bisogno di integrazione e continuità delle cure sviluppando un **nuovo modello di azienda** che garantisca al suo interno tutte le attività e i servizi della filiera erogativa.

L'articolazione delle ASST in due distinti settori, ospedaliero e territoriale, non deve riprodurre una separazione tra momenti erogativi diversi, ma rappresenta la cornice organizzativa entro la quale ricomporre un **ambito unitario di erogazione**, più funzionale ai bisogni del paziente, attraverso **processi orizzontali di raccordo** della rete dei servizi, sia interni che esterni alla stessa ASST.

Gli indirizzi del presente documento forniscono criteri per la stesura dei POAS delle nuove ASST, in considerazione delle mutate esigenze. A dette Linee Guida si rimanda per quanto riguarda la definizione del modello Dipartimentale (gestionale, funzionale, d'organo, interaziendale funzionale, ecc.) e la descrizione di specifiche funzioni, quali ad es. funzioni di Risk Management, di Ingegneria Clinica, Reti di Patologia, S.I.A., etc.

La redazione dei POAS delle ASST dovrà essere ispirata ai **principi** declinati dalle Regole 2016 (dgr X/4702 del 29/12/2015), richiamati nel seguito:

- modelli organizzativi in grado di implementare anche la gestione di processi orizzontali oltre alla classica articolazione organizzativa per branche specialistiche e competenze. La Direzione Strategica si deve dotare di idonei strumenti organizzativi atti a condividere i nodi chiave delle azioni programmatiche in una logica integrata fra le diverse funzioni: amministrativa, sanitaria e sociosanitaria;

- adozione di strumenti di organizzazione secondo la logica della rete sia interna che esterna, che si caratterizza per il lavoro comune, basato su regole esplicite, di persone/gruppi la cui opera è interdipendente. Tali soggetti accettano, quindi, di organizzare le proprie relazioni per ottenere vantaggi per la propria attività e soprattutto per gli utenti non conseguibili altrimenti;
- ricostruzione della filiere erogativa fra ospedale e territorio; in tale contesto il criterio prevalente è quello della presa in carico del paziente, evitando la frammentazione dei processi e la suddivisione dei servizi fra area ospedaliera e territoriale: il punto organizzativo di accesso al servizio deve essere organizzato secondo procedure che consentano di intervenire, nel percorso di cura, al livello erogativo più appropriato.

Pur se alcuni ambiti organizzativi principali hanno componenti simili tra le diverse ASST, i processi di erogazione tipicamente variano a seconda delle situazioni, e tale **eterogeneità dei processi non consente di standardizzare un 'modello organizzativo unico' di riferimento regionale.**

Le Direzioni Aziendali sono pertanto chiamate ad adattare alle specificità locali, in funzione degli obiettivi aziendali le linee di indirizzo strategico qui fornite.

C.2 AMBITI DI COGENZA (VINCOLI NORMATIVI)

Per quanto riguarda i **vincoli relativi al recepimento del DM 70/2015**, le ASST devono rispettare la programmazione Regionale per la riorganizzazione della rete d'offerta attraverso la riconversione, trasformazione o riqualificazione di posti letto all'interno di una stessa area omogenea (o laddove tale ipotesi non sia percorribile, fra aree omogenee differenti. L'obiettivo è accorpare più attività per accentrare i volumi e la casistica, eliminando inutili doppioni (ad esempio UO di analoghe discipline).

In Regione Lombardia, nell'ambito dell'intera rete pubblica, privata e di privato sociale, sono stati in particolare individuati dei potenziali eccessi d'offerta nelle aree di chirurgia generale, di ortopedia, nell'area materno-infantile e, in misura diversa, in alcune discipline di alta specialità (ad es. cardiocirurgia, chirurgia vascolare, neurochirurgia), e in taluni servizi (es: emodinamica, medicina di laboratorio), nonché una disomogenea e non funzionale distribuzione di posti letto di terapia intensiva (complessivamente in eccesso) e semi-intensiva (complessivamente carente).

Per quanto riguarda le alte specialità con successivi provvedimenti della Giunta Regionale, verranno stabiliti i criteri per operare il riordino della rete, tenendo conto di volumi ed esiti di attività e delle necessità di distribuzione omogenea delle UO di alta specialità che sono coinvolte nelle reti tempo-dipendenti. Nel predisporre i POAS aziendali, le ASST saranno comunque chiamate a operare una valutazione relativa al rispetto degli indicatori di volume ed esito già indicati nel regolamento di cui al citato DM70. Nei casi in cui tali indicatori si pongono al di sotto delle soglie minime e la posizione di responsabile di struttura sia vacante o in scadenza, le ASST potranno inserire la UO solo a carattere temporaneo, evitando di coprire le posizioni vacanti e condizionando la durata degli incarichi alle indicazioni che verranno successivamente stabilite dalla Giunta Regionale.

Nella predisposizione dei POAS le direzioni dovranno prendere come riferimento, relativamente agli aspetti quali-quantitativi della casistica erogata dalle unità operative complesse, gli indicatori del Piano Nazionale Esiti ed in modo particolare quelli trattati dal DM 15 aprile 2015 n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" e dal DECRETO 21 giugno 2016 del Ministero della Salute, pubblicato il 15 luglio 2016, "Piani di cui all'articolo 1, comma 528, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, per le aziende ospedaliere (AO), le aziende ospedaliere universitarie (AOU), gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici (IRCCS) o gli altri enti pubblici".

Nelle proposte di POAS, le ASST dovranno pertanto individuare le UOC da ricondurre a strutture semplici, indicando che:

- 1) in caso in cui la posizione di responsabile di UO sia vacante e coperta da un vicario, la trasformazione deve avvenire dalla data di approvazione del POAS;

- 2) nel caso in cui la posizione sia coperta da un responsabile la soppressione della UOC deve avvenire alla scadenza dell'incarico del responsabile, e comunque entro la scadenza del POAS.

C.3 STRATEGIE ORGANIZZATIVE

L'articolazione organizzativa delle ASST deve essere sviluppata in linea coi principi richiamati, secondo una lettura che superi la classica organizzazione basata su discipline, competenze o attività, e dia maggiore enfasi a una **visione per "processi"**. La nuova ASST deve rispondere a una logica unitaria, in grado di superare i tradizionali confini ospedalieri degli interventi in acuzie o in elezione, di integrare l'attuale separazione tra ambiti sanitari e sociosanitari coinvolgendo molteplici discipline e figure professionali, e di garantire la presa in carico del paziente lungo l'intero percorso diagnostico-terapeutico e assistenziale, anche prescindendo da rigidi vincoli territoriali.

Le ASST sono pertanto chiamate a **disegnare un'articolazione aziendale** che, mantenendo un contesto fortemente unitario:

- garantisca una buona **efficienza**, ad esempio attraverso un'allocatione flessibile delle risorse (sala operatoria, posto letto, ambulatorio, risorse umane, ecc.);
- sia orientata alla **presa in carico** della persona nel suo complesso, anche attraverso la valutazione multidimensionale, nel rispetto dei criteri definiti dall'ATS;
- si apra a una lettura trasversale dell'organizzazione, rinforzando **processi orizzontali**, tra diversi servizi, unità d'offerta e livelli di erogazione atti a garantire al paziente la necessaria integrazione e continuità di cura;
- modelli la **logistica del paziente** sulla base dei percorsi ospedalieri e territoriali, programmando l'utilizzo delle risorse dei vari punti di erogazione attraversati dal paziente (servizi diagnostici, posti letto, ambulatori, consultori, servizi territoriali, ecc.) secondo **piattaforme logistico-produttive** (processi) che massimizzino l'efficacia e l'efficienza produttiva (ad es. raggruppando pazienti/processi con bisogni omogenei, per tipo di intervento in funzione della fase di malattia, per fasce d'età, per organo, intensità di cura, complessità assistenziale, etc.);
- modelli la **logistica dei beni** (dispositivi medici, farmaci, ecc.) rendendo disponibile quanto serve nei tempi e luoghi adeguati per garantire efficienza, appropriatezza e puntualità nei flussi di materiali verso i processi primari;
- modelli la **logistica dei flussi informativi**, rendendo disponibili dati/informazioni a supporto della gestione dei percorsi di cura, lungo le varie fasi del processo erogativo, per garantire efficienza, appropriatezza e puntualità;
- sviluppi funzioni di gestione operativa con il compito di programmare l'utilizzo di risorse condivise secondo modalità operative funzionali ai processi orizzontali di cura, concordando in modo dinamico con le varie unità erogative la disponibilità di strutture, spazi, attrezzature, e risorse umane, sulla base delle rispettive esigenze.

C.3.1 Mappatura dei processi organizzativi

E' evidente la necessità di una **mappatura analitica dei macroprocessi aziendali secondo un approccio centrato sul paziente**, con la rappresentazione delle varie fasi, attività, risorse e competenze coinvolte, l'analisi dei flussi logici di attività e soprattutto dei processi trasversali alle strutture organizzative - che si tratti di ambiti funzionali o gestionali, ospedalieri o territoriali, strutture interne o esterne all'azienda.

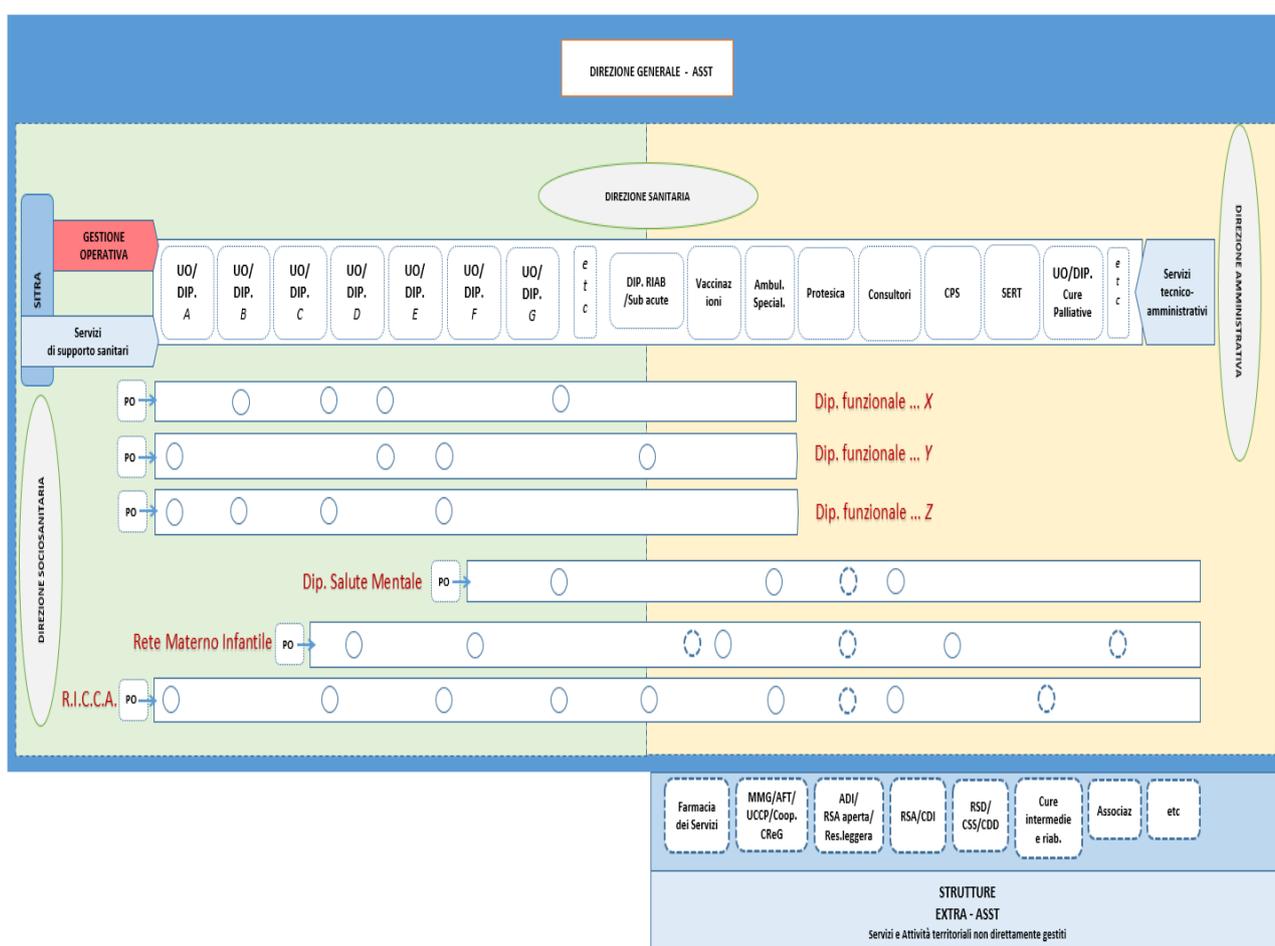
Nell'ambito di un contesto esteso, complesso e a forte necessità di integrazione, quale quello tipico della nuova ASST, la mappatura dei processi deve evidenziare le **correlazioni e interdipendenze tra attività/nodi** della rete d'offerta che necessitano di un coordinamento specifico, per favorire collaborazioni tra i nodi aziendali (e interaziendali) maggiormente funzionali alle esigenze del paziente.

L'organizzazione dipartimentale specifica già implementata nelle precedenti Aziende Ospedaliere andrà **reingegnerizzata** in funzione dei principi sopra espressi, con riferimento sia ai processi primari di erogazione

che ai processi di supporto sanitari (diagnostica, servizi farmaceutici, risk management, ecc.) e non sanitari (sistemi informativi, ingegneria clinica, acquisti, gestione del personale, servizi alberghieri, etc.).

C.3.2 Esempi di articolazioni organizzative funzionali delle ASST

La **Figura 1** rappresenta lo schema funzionale che viene fornito come riferimento esemplificativo che individua l'articolazione organizzativa dell'ASST



L'organizzazione per **dipartimenti gestionali**, nel rispetto della L.502/92 continua ad essere il modello aziendale di riferimento per l'erogazione delle prestazioni (area di produzione, **che risponde alla direzione sanitaria**). Oltre ai dipartimenti gestionali del polo ospedaliero, le aziende dovranno indicare l'articolazione prevista (in termini di dipartimenti, UOC, UOSD e UOS) del polo territoriale cui afferiscono le diverse funzioni nel seguito descritte.

Nella nuova ASST si dovrà inoltre **promuovere** il governo dei processi orizzontali, rispondenti alla responsabilità della Direzione Socio Sanitaria, siano essi prevalentemente ospedalieri che collegati all'integrazione fra ospedale e territorio.

Le aziende potranno, a seconda del contesto, utilizzare due diverse modalità per organizzare i processi trasversali: come veri e propri **'Dipartimenti Funzionali'** oppure attraverso l'attribuzione di funzioni di **'Process Owner' (responsabile di processo)**. Entrambe le modalità organizzative illustrate nella figura devono garantire il governo di processi trasversali:

- **Il Process Owner** – responsabile del processo - ha una responsabilità di tipo organizzativo sul processo ed opera all'interno di aggregazioni di UO/Dipartimenti già strutturati nell'ASST. Ha, quindi, il compito di assicurare modalità di gestione dell'intero processo, operando in modo trasversale alle unità d'offerta, indirizzando le risorse verso risultati di efficacia ed efficienza complessiva e promuovendo il miglioramento continuo. Potrà avere competenze variabili a seconda delle specificità, ma dovrà avere forti capacità di mediazione.

Il Process Owner, in particolare, dovrà assicurare quanto segue:

- facilitare l'integrazione tra le risorse dedicate al processo nelle varie UO/Dipartimenti
 - mantenere un confronto costante con i responsabili delle varie unità d'offerta
 - il monitoraggio delle prestazioni
 - l'analisi delle fasi del processo suggerendo azioni di miglioramento ai responsabili delle funzioni su cui insiste il processo stesso; garantire il raccordo anche con i pazienti, limitatamente a particolari situazioni di criticità;
- un'organizzazione per **dipartimenti funzionali** si basa su un insieme di USC/SSD aggregate sulla base dei processi di cura, coordinati secondo criteri organizzativi uniformi e indirizzi tecnico-scientifici condivisi (ad es. PDTA per standardizzare la sequenza delle attività di diagnosi, cura e assistenza), perseguendo obiettivi di miglioramento della performance e di efficienza delle singole U.O.; il responsabile del Dipartimento Funzionale è identificato in un profilo di tipo medico.

La proposta organizzativa può essere implementata anche con modalità mista e variabile, a seconda delle specificità locali.

E' evidente che all'istituzione di nuovi Dipartimenti Funzionali dovrà corrispondere una riduzione del numero di Dipartimenti Gestionali, a garanzia della compatibilità economica aziendale.

Arete di offerta

L'assetto organizzativo dell'ASST è rappresentato nel **box blu**, suddiviso in un settore polo ospedaliero (area verde sulla sinistra) e un settore territoriale (area gialla sulla destra). Le aree di produzione sanitaria e sociosanitaria sono sviluppate orizzontalmente nella **barra orizzontale** della parte alta della Figura, e rappresentate in *piccoli box* che rappresentano i "nodi" aziendali di erogazione, che possono essere già costituiti nelle ASST come 'Dipartimenti Gestionali' (Dipartimento di Chirurgia, di Medicina, Materno-Infantile, di salute mentale etc.), oppure come 'Unità Operative' (ad es. UO Medicina 1, UO Medicina 2, UO Geriatria, etc.), o con modalità mista.

Ciascun **nodo** della barra orizzontale superiore può a sua volta essere costituito da varie componenti, sia in ambito ospedaliero, sia in ambito territoriale.

In ambito ospedaliero (area di sinistra), le attività cliniche possono essere organizzate verticalmente ad esempio per specialità medica (neurologia, cardiologia, ...), chirurgica (chirurgia generale, cardiocirurgia, ...), riabilitativa o post-acuta (riabilitazione, aree subacute, cure intermedie), oppure per intensità di cure, per aree omogenee, per fase di malattia (acuzie, post-acuzie, etc.).

In una visione per processi, ogni ambito clinico specialistico utilizzerà le aree produttive in relazione alle esigenze specifiche, che potranno variare nel tempo.

In ambito territoriale sono rappresentate diverse tipologie di servizi erogati da varie unità d'offerta, in particolare:

- unità d'offerta aziendali (parte destra della barra in alto) che dipendono direttamente dall'ASST, quali ad esempio prevenzione, ambulatori, protesica, hospice, cure palliative, consultori familiari, CPS, SERT, ecc. POT E PreSST non sono espressamente indicati nella figura, in quanto rappresentano articolazioni complesse di diverse unità erogative, aggregate con modalità eterogenee nei singoli presidi.
- unità d'offerta e nodi della rete extra-aziendali (riquadro azzurro in basso a destra), che non sono direttamente gestiti dall'ASST e che intervengono nel processo di cura con attività specifiche, talvolta supportate da diverse forme di Associazionismo. Tra questi, a titolo esemplificativo:
 - Farmacia dei servizi

- MMG, organizzati in AFT/UCCP/Cooperative CReG
- ADI
- Residenze Sanitarie Assistenziali per anziani (RSA) e Centri Diurni Integrati (CDI) anche come erogatori di misure innovative (RSA aperta)
- Residenze Sanitarie Assistenziali per Disabili (RSD), Comunità Socio Sanitarie (CSS), Centri Diurni per persone con disabilità (CDD)
- Rete delle Cure Intermedie e della Riabilitazione
- Hospice
- Consultori familiari
- SMI e comunità per le dipendenze
- Associazioni del Terzo Settore, di volontariato, di pazienti/familiari a supporto delle varie attività di cura e assistenza (es. orientamento nell'accesso ai servizi, mutuo-aiuto, counseling, umanizzazione, etc.).

Processi trasversali di cura e assistenza (sanitari e sociosanitari)

Nella parte inferiore dello schema funzionale di fig.1 sono rappresentati invece i **processi di cura e assistenza**, funzionali alla presa in carico di diverse tipologie di pazienti nel contesto di percorsi clinico-assistenziali specifici, che possono intercettare punti diversi di erogazione (ospedalieri/territoriali, sanitari/sociosanitari) in particolare nell'ambito di:

- a) Rete della Salute Mentale
- b) Rete Integrata Materno-Infantile
- c) Rete Integrata per la Continuità Clinico assistenziale per la presa in carico del paziente cronico
- d) Reparti/divisioni, prevalentemente ospedalieri, preposti a processi specifici rappresentati dalle barre sovrastanti (ad es. percorsi riabilitativi, oncologici, etc.).

Va osservato che le reti materno infantile e di salute mentale possono sovrapporsi parzialmente o completamente con gli omonimi dipartimenti gestionali: in tal caso i dipartimenti assumono sia valenza gestionale che funzionale.

I "processi orizzontali" rappresentati nella figura non vanno confusi col percorso che il paziente effettua nel tempo, all'interno e all'esterno dell'ASST, per prestazioni diagnostiche, di cura, riabilitative e assistenziali, che possono variare in relazione alla patologia e ai PDTA condivisi. La rappresentazione individua i diversi nodi (punti di erogazione) dell'ASST intercettati dai vari processi **e non va pertanto letta come una sequenza 'cronologica'** di eventi nell'ospedale o sul territorio. La posizione e le lunghezze variabili delle barre rappresentano, in modo schematico e indicativo, la collocazione prevalente delle unità coinvolte in ambito ospedaliero o territoriale, e la quantità (variabile) di servizi/unità d'offerta coinvolti.

All'interno delle barre orizzontali sono rappresentati i nodi della rete - aziendali/extra-aziendali - intercettati dal processo di cura (cerchi):

- nodi non a diretta dipendenza dall'ASST, rappresentati con una linea tratteggiata;
- nodi che dipendono direttamente dall'ASST rappresentati con una linea continua.

A seconda delle esigenze aziendali, tali nodi possono essere costituiti da USC, SSD, posizioni organizzative o di coordinamento.

E' necessario che la Direzione Strategica gestisca il processo di **reingegnerizzazione con una visione di lungo periodo**, che tenga conto anche della dinamicità dei processi.

La **strategia aziendale di aggregazione dei processi** (e la conseguente scelta tra un'articolazione per 'dipartimenti funzionali', "process owner", o mista) potranno variare in funzione degli obiettivi strategici (regionali, aziendali), dei fattori di contesto ambientali, (ad esempio la densità di popolazione, la struttura territoriale dell'offerta, il bacino d'utenza, gli assetti geografici), e fattori di contesto aziendali (assetto storico, tipologie di processi da gestire, risorse strutturali, tecnologiche, finanziarie), delle risorse umane (in termini quantitativi, di competenze, di turn-over delle qualifiche) e, non da ultimo, il 'clima' aziendale a lo

stato degli accordi sindacali (un clima organizzativo cooperativo è infatti una delle chiavi di successo per una transizione organizzativa sostanziale come quella in essere nelle ASST).

In tale prospettiva assume un ruolo importante l'introduzione della funzione aziendale della '**Gestione Operativa**', deputata a fornire supporto alla Direzione Strategica, ai dipartimenti e al SITRA nel governo dei processi di produzione e nei percorsi di presa in carico (compresi i servizi di front office e le centrali operative), in analogia con le già consolidate funzioni dei sistemi informativi, di controllo di gestione e di qualità. Uno dei compiti della Gestione Operativa consiste nel facilitare la condivisione delle risorse tra i professionisti delle diverse UO.

Inoltre, il processo di reingegnerizzazione dovrà tener conto dell'evoluzione del sistema tariffario avviata dalla Regione e prevista all'art. 9 della L.R. 23/2015,) verso una remunerazione a percorso di cura. Per alcuni percorsi (percorso dialisi, tumore della mammella, PTCA-angioplastica coronarica, etc.), la Regione sta già sperimentando delle tariffe '*bundled*' (a pacchetto), omnicomprendenti delle prestazioni necessarie per la presa in carico dell'assistito. Sperimentazioni in tal senso sono state avviate per i percorsi dei pazienti cronici, in vari ambiti (POT, Cooperative di MMG CREG). Tali sistemi di remunerazione - alternativi ai sistemi di remunerazione 'a prestazione' (*fee-for-service*) - incentivano l'integrazione tra i servizi per la presa in carico del paziente e l'appropriatezza delle prestazioni erogate, e promuovono la responsabilizzazione del soggetto erogatore/gestore del percorso.

C.4 ORGANIZZAZIONE

Nel seguito vengono forniti indirizzi per la definizione dell'organizzazione aziendale in grado di dare attuazione allo schema funzionale di cui al capitolo precedente.

Si mantiene un organigramma aziendale basato su:

- Direzione generale e unità operative di staff alla direzione generale
- Direzione Amministrativa, che presiede e coordina le funzioni amministrative
- Direzione Sanitaria, che presiede ai dipartimenti gestionali del settore ospedaliero ed è responsabile delle funzioni igienistico/organizzative delle unità d offerta territoriali
- Direzione Sociosanitaria che presiede alla gestione dei percorsi di presa in carico dei pazienti attraverso le forme organizzative (dipartimenti funzionali, reti, *process owner*) già descritte, oltre al servizio di assistenza sociale e psicologia clinica laddove presente.

Nei paragrafi successivi vengono forniti indirizzi di riferimento relativi alle funzioni di staff e alla composizione dei diversi ambiti dipartimentali. Sono state inserite indicazioni specifiche legate ai servizi che, in ragione dell'evoluzione del ruolo delle ASST determinato dalla riforma, subiscono modifiche rispetto all'assetto organizzativo attuale. Laddove non precisato si intende mantenuto l'assetto attuale.

C.4.1 Direzione generale - Staff

In staff alla Direzione Generale è possibile prevedere delle funzioni aziendali che possono essere collocate in strutture organizzative già definite.

L'elenco delle funzioni non corrisponde necessariamente ad una strutturazione organizzativa in UOC/UOS, che viene lasciata all'autonomia aziendale.

Vi sono alcune funzioni che, in particolare, si ritiene debbano essere collocate in staff alla Direzione Generale in forza della normativa regionale o statale e, comunque, in ragione della loro trasversalità e della necessità di assicurare quanto più possibile la posizione di terzietà e indipendenza di chi è chiamato al loro svolgimento rispetto all'intera organizzazione aziendale.

Tali funzioni si riferiscono a:

- **Avvocatura**

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

L'avvocatura provvede in particolare:

- a) alla tutela legale dei diritti e degli interessi dell'amministrazione;
- b) alla difesa in giudizio dell'amministrazione;
- c) 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.

- **Trasparenza e anticorruzione**

Cura le procedure anticorruzione - anche nel quadro delle recenti norme nazionali - e le misure in materia di trasparenza e legalità, definisce le procedure per la selezione e la formazione dei dipendenti destinati ad operare in settori a rischio corruzione, adotta le indicazioni e gli strumenti idonei per il monitoraggio degli adempimenti di legge finalizzati alla prevenzione della corruzione. Il Responsabile della Prevenzione della corruzione e Trasparenza coordina e gestisce le attività e gli adempimenti in tema di anticorruzione e trasparenza ai sensi della l. 190/2012, programma le attività connesse al Piano triennale di prevenzione della corruzione e i relativi adempimenti. Verifica l'effettiva rotazione degli incarichi nelle aree a rischio. Cura inoltre la gestione dell'istituto dell' "Accesso Civico" e gli adempimenti relativi alla sezione "Amministrazione Trasparente" in raccordo con le strutture competenti per materia. Si ribadisce la necessità di valorizzare il ruolo del responsabile prevenzione corruzione e le relative attività, anche prevedendo un adeguato supporto operativo e gestionale alla funzione. Si fa presente nel contempo che, conformemente a quanto indicato nel PNA 2016, attualmente in consultazione, le funzioni relative all'anticorruzione e quelle relative alla trasparenza, assegnate all'RPC, anche al fine di garantire una miglior integrazione e complementarità tra i due ambiti, siano poste in capo allo stesso Dirigente.

- **URP/UPT/comunicazione** come indicato nella Parte A.
- **Servizio prevenzione e protezione** ai sensi del D.lgs. 81/2008.

Altre funzioni, a seconda dei diversi contesti possono essere accorpate in una sola unità operativa ovvero costituire aree omogenee. E' facoltà delle direzioni aziendali proporre una diversa composizione dei servizi di staff inserendo alcune funzioni elencate all'interno della Direzione amministrativa (per es.: controllo di gestione, soprattutto nei casi in cui la funzioni operi di fatto all'interno del servizio economico-finanziario), sanitaria (per es: risk management e qualità) o sociosanitaria (per es: gestione operativa) o viceversa inserendo in staff UO afferenti a tali direzioni.

Tra queste funzioni si possono comprendere, a titolo esemplificativo:

- **Risk management** La L. n. 208 del 28/12/2015 (Legge di stabilità) agli art. 538-545 detta disposizioni inerenti il Risk Management prevedendo che la realizzazione delle attività di prevenzione e gestione del rischio rappresenta un interesse primario del Sistema sanitario nazionale. Nel rinviare ai contenuti del predetto provvedimento legislativo che prevedono l'attivazione, da parte delle strutture, di una adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio, si confermano i contenuti già forniti con dgr. 3822/12 con riferimento alle attività tipiche del risk manager:
 - definire gli strumenti per l'individuazione e la valutazione dei momenti di rischio;
 - individuare le criticità;
 - individuare strumenti ed azioni per la riduzione dei danni al paziente, al patrimonio e per la riduzione del contenzioso legale. Definizione delle strategie per migliorare i rapporti con l'utenza e l'immagine dell'Azienda, sostenere l'attività professionale degli operatori e supportare la direzione regionale nel definire i piani per contenere i costi assicurativi.

Vengono inoltre confermate le funzioni del Gruppo di coordinamento per l'attività di gestione del rischio ed il 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 collocazione in staff alla Direzione Generale è anche finalizzata alla gestione del contenzioso in stretto collegamento con medicina legale e avvocatura.

- **Qualità**

Si richiama il principio di qualità prestazionale a cui, ai sensi dell'art. 2 c. 1 della l.r. 33/09, devono conformarsi la programmazione, la gestione e l'organizzazione del SSR, nonché l'importanza della valutazione della qualità dei servizi che è ricompresa tra le funzioni della Regione.

- **Controllo di gestione**

Svolge funzioni relative a: predisposizione del budget aziendale individuando dati e serie storiche aziendali necessari alla sua costruzione, definizione degli indicatori che misurano gli obiettivi aziendali, preparazione del flusso trimestrale e annuale di contabilità analitica aziendale con imputazione dei costi ai centri di responsabilità/di costo, individuazione delle relazioni tra i dati/indicatori e le cause degli scostamenti rilevati comunicandoli alla direzione e proposta delle eventuali azioni di miglioramento, predisposizione dei modelli relativi al LA annuale., supporto alla funzione acquisti nella verifica delle comparazioni di costo e delle migliori esperienze d'acquisto.

- **Controllo strategico**

Valuta la congruenza tra obiettivi predefiniti e risultati conseguiti.

- **Gestione Operativa**

La Gestione Operativa ha il compito di programmare le attività ospedaliere relative a sale operatorie, posti letto e ambulatori e di definire l'efficiente utilizzo dei tempi di servizio (settimanale, mensile, etc.) delle suddette attività, che deve contemperare alle esigenze delle diverse Unità Operative. Le attività sono svolte all'interno dei vincoli e delle regole date dalla Direzione Sanitaria e/o Sociosanitaria. All'interno di tali regole, la Gestione Operativa pianifica in maniera efficiente la condivisione delle risorse e delle attrezzature, anche in sinergia col SITRA, con l'ingegneria clinica e col supporto dei Sistemi Informativi Aziendali, rendendo disponibili le risorse necessarie nei tempi, nei luoghi e nelle modalità adeguate. Per quanto riguarda il Pronto Soccorso, la Gestione Operativa deve garantire e potenziare le capacità di previsione dell'afflusso di pazienti - utilizzando le serie storiche di dati di funzionamento del PS - al fine di attivare le azioni necessarie nei casi di afflusso superiore all'ordinario o in situazioni di sovraffollamento (secondo quanto previsto dai Piani di Prevenzione del Sovraffollamento).

- **I Sistemi informativi aziendali (SIA) ASST**

La l.r. 23/2015 ha posto particolare accento al ruolo dei sistemi informativi nell'ambito aziendale, declinando compiti e scadenze per raggiungere gli obiettivi uniformando i sistemi.

Si confermano quindi le precedenti indicazioni (DGR VIII/007289/2008) rispetto alla collocazione della Struttura Sistemi Informativi aziendali (SIA) in staff alla Direzione Strategica.

E' inoltre è stato introdotto nelle ASST il polo territoriale con la relativa direzione sociosanitaria: è quindi essenziale che la struttura si organizzi in modo da sviluppare al proprio interno le funzioni legate alla progettazione, attuazione e gestione del sistema informativo della rete con l'obiettivo di rilevare costantemente la situazione della cronicità nell'ambito della ASST, rilevare le dinamiche della domanda /offerta territoriale, integrare le informazioni aziendali in ambito sanitario, sociosanitario e sociale, progettare e fornire all'area direzionale un sistema di reporting finalizzato al controllo operativo e alla verifica della efficacia e della efficienza della rete.

E' inoltre è stato introdotto nelle ASST il polo territoriale con la relativa direzione sociosanitaria: è quindi essenziale che la struttura si organizzi in modo da sviluppare al proprio interno competenze per la

gestione della componente territoriale, e per lo sviluppo di servizi di “centrale servizi” ed in particolare che si attui uno specifico raccordo sulla rete della cronicità.

Compiti della struttura SIA

Lo sviluppo dei sistemi informativi è rivolto al miglioramento della gestione dei singoli servizi, all’ottimizzazione delle procedure organizzative e alla razionalizzazione dell’uso delle risorse.

La gestione strutturata delle informazioni può migliorare l’efficienza di un servizio, consentire di rivedere i percorsi organizzativi di un reparto, di un presidio ospedaliero, di facilitare l’introduzione di scelte operative efficienti.

In particolare il SIA deve occuparsi della gestione progettazione e sviluppo di un sistema informativo aziendale idoneo alla gestione dell’azienda nelle sue molteplici funzioni cliniche, amministrative, gestionali, tecniche ed ora anche legate all’erogazione dei servizi sociosanitari: è necessario quindi un raccordo funzionale

Fra i suoi principali compiti specifici rientrano:

- adeguamento costante del sistema informativo per il controllo di tutti i dati aziendali, finalizzati sia al soddisfacimento delle necessità informative interne all’azienda per la gestione, pianificazione e programmazione delle proprie attività sia al soddisfacimento del debito informativo dell’azienda nei confronti di Regione, dei ministeri e di ogni altra istituzione che ne abbia titolo;
- definire l’architettura informativa aziendale in coerenza con l’impostazione definita e concordata a livello territoriale almeno di ATS
- fornire il supporto anche di tipo organizzativo alla revisione dei processi interni, in particolare quelli legati all’accoglienza
- realizzare i necessari interventi per garantire l’interoperabilità dei sistemi, sulla base delle indicazioni regionali
- coordinare gli interventi per la sicurezza, rispettare la privacy.

- **Formazione**

Funzione strategica che si occupa di supportare tutti i processi formativi dalla rilevazione dei fabbisogni alla erogazione della formazione ai professionisti.

Rilevante in ambito sociosanitario il raccordo con l’ATS per la formazione di medicina generale e pediatria di libera scelta.

- **Servizio Ingegneria Clinica**

Il Servizio di Ingegneria Clinica, già previsto nelle “Linee guida regionali per l’adozione dei piani di organizzazione aziendale delle aziende sanitarie e degli IRCCS di diritto pubblico della Regione Lombardia” (DGR n. IX/3822 del 25.07.2012) al punto 3), dovrà avere le seguenti caratteristiche:

1. servizio diretto da un ingegnere, di norma biomedico o clinico, o ad indirizzo biomedico, secondo quanto indicato dalla Raccomandazione n. 9 – Aprile 2009,
2. dovrà occuparsi dell’aspetto gestionale e strategico delle tecnologie biomediche (Dispositivi medici, software dispositivo medico, dispositivi medici diagnostici in vitro, dispositivi medici impiantabili attivi) sia in ambito ospedaliero che territoriale e domiciliare², con l’obiettivo primario di garantire l’uso sicuro, appropriato e vantaggioso dal punto di vista economico e della sicurezza di tutte le tecnologie; all’interno delle ASST, il servizio dovrà occuparsi della valutazione e gestione dei dispositivi inseriti nell’elenco n. 3) del Nomenclatore Tariffario delle Protesi (All. 1 al DM n. 332 del 27.08.1999), nonché dei dispositivi, inseriti negli elenchi n. 1) e 2), per i quali sia possibile un riutilizzo;
3. dovrà svolgere un ruolo di supporto per quanto concerne l’aspetto gestionale e strategico delle tecnologie, attraverso le seguenti attività: programmazione e valutazione acquisti, manutenzione diretta o controllo della manutenzione delle apparecchiature in dotazione all’azienda, valutazioni di Hospital based Health Technology Assessment finalizzate all’introduzione di nuove tecnologie,

supporto al processo di integrazione ospedale-territorio³, information technology in ambito sanitario e attività di ricerca.

C.4.2 Direzione Amministrativa

È lasciata alla scelta autonoma delle aziende l'opportunità di costituire, in line alla Direzione Amministrativa un Dipartimento Amministrativo, non espressamente previsto nel testo novellato della l.r. 33/09, al quale fare afferire tutte le attività a valenza trasversale di interesse della Direzione Strategica e delle strutture aziendali.

Per ogni articolazione organizzativa della direzione amministrativa, che di seguito viene specificata, va precisata la necessità di prevedere un raccordo con le funzioni di coordinamento e programmazione per il governo dei fattori produttivi che sono in capo alle ATS.

C.4.2.1 Affari Generali e Legali

Provvede alla trattazione degli affari generali, e agli adempimenti di interesse dell'Azienda e delle sue articolazioni operative; segue l'intero iter procedurale degli atti deliberativi dell'azienda e supporta le strutture aziendali sotto il profilo giuridico amministrativo. La gestione del contenzioso afferisce invece direttamente al Direttore Generale.

Cura la segreteria degli Organi ed Organismi collegiali dell'Azienda: Collegio Sindacale; Collegio di Direzione; Nuclei di valutazione, Consiglio dei Sanitari.

Comprende:

- **Attività Istituzionali:** cura la rete di rapporti e relazioni dell'azienda con il mondo esterno nell'area della comunicazione; la gestione dei rapporti con i vertici istituzionali di Enti e soggetti pubblici e privati invece afferisce al Direttore generale.
- Protocollo.
- Adempimenti relativi alla Pubblicazione degli atti.
- Gli Uffici relazioni con il Pubblico e di Pubblica Tutela.
- Adempimenti Privacy in raccordo con i sistemi informativi.

C.4.2.2 Servizio Gestione Risorse Umane

Attua gli indirizzi gestionali espressi dalla Direzione Aziendale, quale struttura di pianificazione, di reclutamento, di amministrazione, di sviluppo di carriera del personale dipendente.

Svolge le seguenti funzioni:

- **Gestione giuridica dei dipendenti:** Acquisisce personale attraverso procedure concorsuali, di mobilità o attraverso convenzione. Garantisce la corretta applicazione della normativa nella gestione del personale. Cura la tenuta dei fascicoli elettronici. Gestisce la rilevazione delle presenze e dei permessi. Supporta l'Ufficio Procedimenti Disciplinari. Le procedure concorsuali per il reclutamento del personale possono essere svolte anche in forma aggregata determinando la formazione di una graduatoria unica a livello regionale o di area territoriale omogenea. La Giunta regionale predisporrà apposite linee di indirizzo sui criteri di utilizzo di dette graduatorie.
- **Formazione e valutazione del Personale:** la formazione e l'aggiornamento continuo del personale costituiscono elementi strategici dell'azienda al fine di garantire un costante standard qualitativo delle prestazioni finalizzato al raggiungimento degli obiettivi aziendali e al processo di valutazione della performance aziendale e individuale.
- **Trattamento economico e previdenziale dei dipendenti:** Gestisce le funzioni di liquidazione delle retribuzioni del personale dipendente. Garantisce la corretta applicazione della normativa sulla gestione del personale nei suoi aspetti economici, previdenziali e fiscali. Gestisce il trattamento di previdenza e quiescenza
- **Rapporti con le OO.SS.**

C.4.2.3 Sistema dei Controlli Interni

Il Sistema supporta la Direzione Strategica nel conseguimento degli obiettivi aziendali nel rispetto dei canoni di legalità, efficacia, efficienza, economicità e trasparenza dell'azione amministrativa.

Premesso che il controllo di Gestione è opportuno che afferisca direttamente al direttore, nell'ambito del Dipartimento amministrativo dovranno trovare collocazione le seguenti funzioni:

- controllo presenza in servizio del personale dipendente;
- procedimenti in materia di esercizio di attività extra-istituzionali;
- controllo sul rispetto della disciplina delle incompatibilità, come prevista dalle disposizioni di legge e contrattuali;
- verifica del rispetto delle vigenti disposizioni in materia di esercizio della libera professione intra ed extramoenia;
- controllo sul rispetto, da parte del personale convenzionato, della disciplina delle incompatibilità previste da norme di legge e accordi collettivi;
- controlli sulle autocertificazioni, con particolare riguardo a quelle presentate ai fini dell'esenzione dal pagamento delle quote di compartecipazione alla spesa sanitaria;
- controllo atti;
- tutte le altre funzioni di verifica e controllo su mandato della Direzione aziendale.

Inoltre garantisce una funzione di audit, che in piena autonomia ed in collaborazione con l'Agenzia di Controllo del sistema Sociosanitario lombardo, verifica gli atti amministrativi, i processi e le procedure, può svolgere verifiche e controlli nei confronti di soggetti destinatari di provvedimenti, sovvenzioni, ed altri vantaggi economici diretti e indiretti. Esegue inoltre il monitoraggio dei risultati dell'attività oggetto di audit, con le modalità che saranno definite dal Direttore amministrativo.

C.4.2.4 Programmazione, Bilancio e Rendicontazione

Svolge funzioni relative a: Redazione del Bilancio Preventivo; Assegnazione delle Risorse economiche agli ordinatori di spesa; Rendicontazioni Trimestrali (CET); Bilancio d'esercizio; Controllo Contabile degli atti amministrativi per verifica della compatibilità economico patrimoniale; cura i rapporti con il Collegio Sindacale; verifica dello stato di contabilizzazione dei contributi connessi ai progetti, cura la tenuta delle contabilità separate; cura le relazioni e i debiti informativi amministrativo-contabili con la Regione; Ministeri e Corte dei Conti; predisporre l'attestazione di parifica dei conti giudiziali. Negli Istituti di ricerca verifica inoltre la coerenza, con le registrazioni contabili, delle rendicontazioni dei progetti sia di ricerca corrente sia di ricerca finalizzata al Ministero Salute, all'Unione Europea, alla Regione e agli enti finanziatori.

C.4.2.5 Programmazione e monitoraggio dei flussi Finanziari

Svolge funzioni relative a: Predisposizione del Piano dei Flussi di Cassa, Programmazione e monitoraggio; verifica periodica di cassa e tenuta dei rapporti con il Collegio Sindacale per la parte di competenza connessa alla gestione dei flussi finanziari; gestione e riconciliazione dei flussi di cassa G3S; gestione e verifica dei flussi finanziari con l'ATS; rileva e monitora la gestione dei crediti/debiti per stranieri STP; gestione e riconciliazione dati con la Piattaforma Certificazione Crediti; gestione e riconciliazione dati con il SIOPE, cura i rapporti con il Tesoriere; verifica dello stato di solvenza dei crediti; verifica degli incassi dei contributi di parte corrente ed in conto capitale; redige il rendiconto finanziario; cura e verifica il rispetto dei tempi di pagamento verso fornitori; monitora e pubblica l'indicatore di tempestività dei pagamenti – ITP -; cura le relazioni e i debiti informativi connessi con i flussi finanziari con la ATS, Regione, Ministeri, Equitalia e Corte dei Conti.

Negli Istituti di ricerca segue la gestione finanziaria in relazione sia ai progetti di ricerca corrente e ricerca finalizzata ai fini della predisposizione del Piano dei Flussi di Cassa e della relativa richiesta di liquidità.

C.4.2.6 Gestione Contabilità Generale

Svolge funzioni relative a: tenuta delle scritture e dei libri contabili e fiscali obbligatori, in conformità alle disposizioni di legge, registrazione ed emissione fatture ed in particolare per quanto attiene la fatturazione

elettronica import ed export dati e gestione dell'hub regionale, emissione ordinativi di incasso e di pagamento; riconciliazione partitari clienti e fornitori; gestione contabile e riconciliazione dati registro cespiti ammortizzabili, registrazione incassi e riconciliazione dati incassi CUP; gestione contabile del trattamento economico del personale dipendente e non strutturato e versamenti contributi e fiscali; predisposizione delle dichiarazioni fiscali; gestione cessioni di credito; rimborsi ed indennizzi e reintegri.

Rileva e riconcilia le partite intercompany.

Cura la gestione dei rapporti con i fornitori e clienti.

C.4.2.7 Gestione Contabile attività libero professionale, solvenza ed area a pagamento

Svolge funzioni relative a: tenuta delle scritture contabili separate e dei registri contabili obbligatori, in conformità alle disposizioni di legge, verifica lo stato degli incassi e la presenza dei protocolli autorizzativi; ripartizione dei compensi ed emissione ordinativi di pagamento.

C.4.2.8 Gestione Piano Attuazione Certificabilità dei Bilanci

Svolge le funzioni connesse alla rilevazione delle procedure amministrativo-contabili ed alla messa in atto di tutte le azioni finalizzate al raggiungimento degli standard organizzativi, contabili e procedurali necessari a garantire la certificabilità del Bilancio: Percorso Attuativo della Certificabilità cd. PAC.

Cura le relazioni e i debiti informativi connessi all'attuazione del PAC con la Regione, Ministeri, Collegi Sindacali e soggetti di competenza.

Le attività sopra indicate devono essere assicurate ed individuati Referenti delle diverse aree di gestione.

C.4.2.9 Gestione Acquisti

Garantisce la soddisfazione dei fabbisogni necessari all'attività dell'azienda attraverso la programmazione degli acquisti di beni, servizi e lavori e la rilevazione dei relativi costi, predisponendo ove necessario direttamente i documenti tecnici alla base delle procedure di gara autonome e a supporto della preparazione di procedure effettuate dai livelli di acquisto aggregati o centralizzati.

Organizza le attività di esecuzione del contratto supportando i DEC (Direttore esecuzione del contratto) di specialisti con le professionalità atte a verificare la qualità nell'esecuzione del contratto e l'applicazione di adeguate azioni correttive.

Le funzioni dovranno essere tenute quanto più possibile separate e l'azienda dovrà puntare ad una rotazione del personale, almeno per ambiti e aree d'azione.

Rientrano nel servizio gestione acquisti le attività d'acquisto economici.

Al fine di integrare l'attività delle gare aggregate nelle unioni formali d'acquisto/consorzi si prevede la possibilità di figure di coordinamento interaziendali di gestione acquisti fra diverse ASST della stessa unione formale d'acquisto (l'organizzazione dei raggruppamenti d'acquisto prevede, in questo momento, nel perimetro una o più ATS). E' consigliabile, nel limite del possibile prevedere una rotazione di questa funzione, se implementata, fra le diverse aziende.

L'ASST avrà un rapporto diretto con la propria unione di acquisto/ATS di riferimento, la quale è responsabile dell'attività di coordinamento della programmazione acquisti aggregata ed autonoma, della verifica in raccordo con ARCA dell'assegnazione dell'ASST capofila nelle singole procedure di gara aggregate, e del monitoraggio della tempistica, efficienza ed efficacia nell'effettuazione e gestione del piano gare.

C.4.2.10 Gestione Tecnico Patrimoniale

Individua gli interventi da realizzare secondo le priorità conformi alle linee guida aziendali. Verifica tutti i processi e le attività concernenti gli interventi di cui sopra. Gestisce il patrimonio immobiliare aziendale e cura la valorizzazione dello stesso. Quest'ultima funzione deve essere svolta in collegamento funzionale con il direttore generale ed in determinati contesti può assumere anche valenza dipartimentale

C.4.3 Direzione Sanitaria

Presiede ai dipartimenti gestionali del settore ospedaliero ed è responsabile delle funzioni igienistico/organizzative delle unità d offerta territoriali.

Di seguito si descrivono funzioni/strutture che afferiscono alla Direzione sanitaria e che vedono elementi di novità in applicazione alla l.r. 23/2015.

C.4.3.1 SITRA

La L.R. 23/2015, all'articolo 7 comma 8 specifica che le professioni sanitarie nei settori aziendali polo ospedaliero e rete territoriale afferiscono alla Direzione Sanitaria e/o alla Direzione Sociosanitaria, secondo le indicazioni della Direzione Generale. Pertanto la Legge demanda, di fatto, alle singole ASST la definizione dell'articolazione specifica del servizio.

Si evidenzia che l'indirizzo della legge, non specificando l'unilaterale afferenza alla DS o alla DSS, impone di operare in una logica di stretta relazione funzionale tra le due direzioni all'interno dell'attività di indirizzo e coordinamento propria della Direzione Strategica.

Viene confermato il **Servizio Infermieristico Tecnico Riabilitativo Aziendale (SITRA)**, quale UOC dotata di autonomia gestionale, per la direzione, l'organizzazione e il coordinamento del personale infermieristico, ostetrico, tecnico-sanitario, riabilitativo, di prevenzione e degli operatori di supporto e dell'ambito sociale che operano nell'ASST, in conformità con la pianificazione strategica e gli obiettivi aziendali.

Nello spirito della l.r. 23/2015, le singole ASST potranno valutare, in relazione alle specifiche strategie aziendali, l'**eventuale articolazione del SITRA in un'area sanitaria e una sociosanitaria**, e l'istituzione di ulteriori unità operative, da individuare sulla base dei processi gestionali, anche in considerazione della necessità di ottimizzare tutti i meccanismi di gestione operativa. Il SITRA assicura la programmazione, la definizione e l'erogazione dei percorsi tecnico-assistenziali garantiti dalle professioni sanitarie e sociali e dagli operatori di supporto nelle diverse strutture aziendali, secondo criteri uniformi modulati in base alle diverse esigenze organizzative, garantendo l'impiego ottimale delle risorse disponibili, anche in raccordo con la Gestione Operativa e l'USC Risorse Umane.

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

C.4.3.2 Direzione Medica

Per la gestione igienico-sanitaria di tutti i presidi ospedalieri e territoriali che afferiscono alla ASST (inclusi quindi gli stabilimenti ospedalieri, i presidi, i servizi e le varie articolazioni della rete territoriale delle ASST) va individuato un Direttore Medico al quale attribuire responsabilità organizzative ai fini igienico-sanitari. Opera con autonomia tecnico-funzionale sulla base degli indirizzi stabiliti dal Direttore Sanitario e concorre al raggiungimento degli obiettivi e della pianificazione/programmazione aziendale. Il Direttore Medico ha competenze gestionali e organizzative ai fini igienico-sanitari, di prevenzione, medico-legali, di promozione della qualità, nonché di formazione e aggiornamento correlati agli ambiti di competenza.

Il Direttore Medico è titolare di unità operativa complessa e si avvale, nell'esercizio delle proprie competenze, anche degli uffici di staff aziendale coi quali è chiamato a collaborare.

C.4.3.3 Servizio di Farmacia Ospedaliera

Il Servizio di Farmacia è una struttura complessa che opera in staff alla Direzione Sanitaria ed è preposto alla gestione di farmaci, dispositivi medici, diagnostici, nel rispetto dei criteri di sicurezza, efficacia, efficienza ed economicità.

Al servizio di Farmacia compete la formulazione del piano di attività per la farmacia, in relazione alla programmazione generale dell'Azienda, l'integrazione tra l'organizzazione della propria struttura e quella dei

reparti e servizi ospedalieri cui è rivolta l'attività e la promozione della qualificazione tecnica degli operatori addetti.

Si individuano le funzioni principali:

- gestione di farmaci, dispositivi medici, diagnostici, materiale sanitario;
- informazione al corpo sanitario sulle caratteristiche dei farmaci, disinfettanti, dispositivi medici, diagnostici e consulenza alle U.O. per il loro impiego;
- partecipazione al processo di budget per quanto attiene alla definizione ed alla attribuzione dei prodotti farmaceutici da impiegarsi in relazione agli obiettivi fissati;
- produzione di galenici magistrali (formule magistrali, farmaci orfani, farmaci non reperibili in commercio o preparazioni sperimentali, antiblastici, miscele nutrizionali);
- partecipazione allo sviluppo e verifica del sistema informativo aziendale con particolare riguardo ai flussi e agli strumenti informativi relativi all'impiego dei prodotti farmaceutici;
- analisi dei costi dei fattori produttivi, dei consumi per centri di costo, analisi di farmacoeconomia e farmacoepidemiologia;
- farmacovigilanza e vigilanza sull'impiego dei dispositivi medici;
- pianificazione e controllo in raccordo con le ATS: pianificazione e rivalutazione delle specifiche erogazioni al fine di uniformare le modalità distributive di farmaci e materiale sanitario (protesica minore, integrativa, dietetica...) e di migliorare le performance, con il costante monitoraggio e controllo delle terapie innovative;

Ai sensi della l.r. 23/2015, che ha previsto in carico alle ASST attività prima gestite dalle ASL, vengono individuate nuove funzioni della Farmacia aziendale di integrazione della rete territoriale quali:

- gestione erogazioni per gli assistiti domiciliari (pazienti emofilici, con fibrosi cistica, in nutrizione enterale domiciliare e in nutrizione parenterale totale, in ossigeno terapia domiciliare, etc.), compresi i farmaci della tipologia 6 e 11 del File F;
- protesica ed ausili in distribuzione diretta: gestione acquisti per gli assistiti domiciliari, gestione magazzino, distribuzione, ecc.;
- gestione erogazioni per i servizi sanitari e sociosanitari che trovano collocazione nel polo territoriale ASST (consultori, SerT, NOA, etc.).

C.4.3.4 Medicina Legale

Le U.O. di Medicina legale, di cui debbono dotarsi le ASST, trovano naturale collocazione **in staff alla Direzione Sanitaria**, per la funzione trasversale, all'interno delle organizzazioni sanitarie moderne, della disciplina medico-legale e per consentirle l'ottimale **supporto tecnico all'ambito del contenzioso da attività sanitarie**.

Le competenze delle ASST in ambito medico-legale

La recente legge di evoluzione del sistema sociosanitario lombardo ha attribuito alle ASST il compito di garantire le funzioni e le prestazioni medico-legali (art. 7 comma 12 L.R. 33/2009 come innovata dalla L.R. 23/2015).

La successiva DGR contenente le "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2016" ha ulteriormente dettagliato il passaggio di competenze **alle UO Medicina Legale costituite presso le ASST**, in materia di "erogazione delle prestazioni e degli accertamenti medico legali di competenza aziendale":

AMBITO RESPONSABILE	MACROPROCESSO	RESPONSABILE GESTIONE ATTUALE	PERIODO TRANSITORIO	GESTIONE A REGIME	
				ATS	ASST
Erogazione	Erogazione delle prestazioni e degli accertamenti medico legali di competenza aziendale.	ASL	Vedi Nota 1		UO Medicina Legale

Nota1: Al fine di garantire la continuità dei servizi, per tutta la durata del periodo transitorio, i titolari delle funzioni di coordinamento, programmazione ed erogazione proseguono l'attività avvalendosi delle risorse già attualmente dedicate alla medesima attività a prescindere dalla nuova assegnazione, attraverso accordi formalizzati senza oneri aggiuntivi.

Figura 1: estratto dalla DGR Regione Lombardia n. X/4702 del 29/12/2015

Tale decisione, inserita nel quadro generale del perseguimento di una sempre più efficace **integrazione tra ospedale e territorio**, si armonizza con quella che, sul piano scientifico-disciplinare, è già stata *l'evoluzione delle competenze e funzioni medico legali*: dalla tradizionale accezione **accertativo-valutativa, certificativa e necroscopica**, a una progressiva assunzione di rilevanza della cosiddetta "**medicina legale clinica**", intesa quale supporto tecnico consulenziale alle strutture sanitarie territoriali e ancor di più a quelle ospedaliere nell'area della **sicurezza dei percorsi assistenziali** e della **prevenzione e gestione del contenzioso** per danno correlato alle attività sanitarie.

Si concretizza, pertanto, con l'attuazione della normativa di evoluzione del sistema sociosanitario regionale, **la piena valorizzazione della natura "trasversale" delle competenze medico legali**, attraverso l'assegnazione alle UO di Medicina Legale nell'ambito delle ASST dei compiti di supporto delle esigenze **non soltanto della rete territoriale** (prestazioni a prevalente natura certificativa ed accertativa), **ma anche del polo ospedaliero aziendale**. Si realizza in tal modo quanto rimarcato a più riprese nelle Regole di Sistema, relativamente alla disponibilità all'interno delle Aziende "*di professionalità specializzate per la valutazione della responsabilità medica/sanitaria e del danno*" (Deliberazione n° X/2989 del 23/12/2014) e alla "*necessità di accrescere le competenze ... medico legali dei professionisti coinvolti nel processo di gestione del contenzioso ... nell'ambito dei Comitati Valutazione Sinistri*" (Deliberazione n° X/4702 del 29.12.2015).

Con le premesse di cui sopra, allo scopo di individuare e dettagliare le competenze e funzioni medico legali che devono essere garantite da ciascuna ASST, si fornisce di seguito uno schema, che pone in evidenza la rilevanza trasversale di numerose tipologie di prestazione:

Attività comuni a Polo ospedaliero e Polo territoriale

- Partecipazione alle attività del Comitato Valutazione Sinistri e gestione istruttoria contenzioso medico legale (*)
 - Partecipazione alle attività delle Unità di Gestione del rischio sanitario (*)
- Consulenze per le strutture aziendali, di area ospedaliera e territoriale, su problematiche medico legali o questioni attinenti al biodiritto
 - Informazione ai cittadini e formazione degli operatori su tematiche del biodiritto, prevenzione dei conflitti, trapianti, sicurezza delle prestazioni sanitarie
- Consulenza in caso di violenza sessuale, maltrattamenti in famiglia e sui minori, consenso ai trattamenti sanitari
 - Collegi medico legali in materia di inabilità lavorativa / inidoneità psicofisica al servizio
- Coordinamento delle attività nell'area della medicina necroscopica per area ospedaliera e territoriale

Attività di prevalente attinenza al Polo territoriale

- Coordinamento tecnico-scientifico e funzionale in ambito di certificazioni, monocratiche, a valenza medico-legale
 - Collegi o commissioni medico-legali in materia di invalidità, cecità, sordità, handicap, disabilità
- Collegi di 2^a istanza avverso i giudizi espressi in sede monocratica (porto d'armi, esenzione cinture sicurezza, contrassegno disabili ecc.)
 - Commissione medica locale per l'accertamento dell'idoneità alla guida dei disabili
- Pareri/certificazioni in merito a riconoscimenti di benefici di legge alle persone con disabilità (concessione speciale contrassegno etc.)
- Pareri per intrasportabilità, compatibilità con regime detentivo, capacità di partecipazione in giudizio, altre consulenze per Autorità Giudiziaria, Corte dei Conti, TAR ecc.

(*) Con la costituzione delle ASST e l'integrazione ospedale-territorio è da prevedere una competenza trasversale degli organi deputati alla gestione del rischio clinico (Gruppo di Coordinamento per la gestione del Rischio) e del contenzioso (Comitato di Valutazione Sinistri), estesa oltre che alle articolazioni aziendali ospedaliere anche a quelle territoriali (es.: area delle cure primarie, area delle dipendenze e consultoriale, etc)

Prestazioni e funzioni medico legali suddivise per ambiti di intervento

1. Certificazioni medico legali e attività collegiali

Ai fini di una **omogenea definizione, nell'ambito del territorio regionale, di indirizzi organizzativi generali**, si rimanda alla declinazione seguente, che suddivide le funzioni e prestazioni medico legali per livelli crescenti di complessità:

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

La diretta gestione, organizzazione ed effettuazione di tali attività può essere assegnata alla competenza delle articolazioni della rete territoriale delle ASST, mentre le UO di Medicina Legale devono fornire le indicazioni tecnico-operative e funzionali, curare l'aggiornamento e la qualità degli operatori relativamente 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..

B. Altre prestazioni e funzioni medico legali: si tratta dell'insieme delle prestazioni di "II livello", vale a dire di tutte le attività per le quali è necessaria la formazione specialistica in medicina legale o che, per peculiarità tecnica, vengono individuate di diretta competenza delle UO di Medicina legale delle ASST. Per l'elevata numerosità e per il carico amministrativo, alcune di queste funzioni possono prevedere l'assegnazione di competenze alle articolazioni del settore rete territoriale delle ASST, nella fase organizzativa (locali, archivi, personale amministrativo e socio-sanitario) ed erogativa; l'Unità Operativa

di medicina legale fornisce in tali casi le indicazioni tecnico-operative, cura l'aggiornamento degli operatori, monitora la qualità erogativa ed interviene operativamente con il contributo di medici afferenti anche ad altre branche specialistiche.

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

- attività a gestione integrata (coordinamento tecnico-operativo a cura delle UO di Medicina Legale e supporto organizzativo da parte dei poli territoriali):
 - o Commissioni per l'accertamento dell'invalidità civile, dello stato di handicap e della disabilità (L. n. 68/99);
 - o attività amministrativa e di supporto per la Commissione Medica Locale patenti (prenotazioni e sedute);
- attività a totale gestione diretta a carico delle UO di Medicina Legale:
 - o Commissioni cecità e sordità prelinguale⁴;
 - o Commissioni per l'accertamento dell'idoneità alla guida⁵
 - o Collegio medico per il ricorso avverso il giudizio espresso in sede monocratica al porto d'armi⁶
 - o Commissioni per l'accertamento dell'inabilità lavorativa e dell'idoneità/inidoneità psico-fisica al servizio
 - o Ogni altra prestazione, anche collegiale, che richieda attività di valutazione e di accertamento medico-legale
 - o Partecipazione alle attività di gestione del rischio clinico e al Comitato Valutazione Sinistri;
 - o Assistenza diretta medico-legale nel contenzioso giudiziario ed extragiudiziario in qualità di Consulente Tecnico di parte aziendale;
 - o 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;
 - o Coordinamento delle attività nell'area della medicina necroscopica ospedaliero-territoriale e riscontri diagnostici
 - o Gestione dell'istruttoria delle richieste di indennizzo per i danni da vaccinazione/trasfusione (L. 210/92).

2. Attività di medicina necroscopica

Fermo restando i compiti sopra descritti, con riferimento alla medicina necroscopica si richiama la circolare 7/SAN del 13/02/2004, che prevede che l'attribuzione dell'incarico di medico necroscopo possa essere conferita anche a:

- medici di continuità assistenziale;
- medici di medicina generale e ai pediatri di famiglia **con esplicita esclusione di svolgere detta funzione nei riguardi di propri assistiti.**

previa specifica convenzione e formazione da concordare attraverso il comitato d'azienda e previo specifico accordo da stipulare a livello del comitato regionale, relativo anche alla tariffa per la prestazione che non rientra negli obblighi convenzionali.

3. Prestazioni medico-legali a valenza trasversale aziendale (ospedaliera e territoriale)

Con particolare riferimento all'area del supporto nell'ambito del contenzioso da attività sanitarie, (in cui rientra la partecipazione al Comitato Valutazione Sinistri e alle Unità di Gestione del Rischio Clinico), le UU.OO. di Medicina Legale transitate o prossime a passare alle ASST costituiranno il riferimento tecnico-organizzativo ed assicureranno il necessario coordinamento funzionale ed il supporto specialistico, anche per altre ASST nelle more degli adeguamenti dei rispettivi POAS, come di seguito specificati.

⁴ Ai sensi del D.M. 05/08/1991, n. 387 art. 1 comma 4, Regione Lombardia ha costituito Commissioni Mediche Provinciali per gli accertamenti della cecità civile (D. G. R. Regione Lombardia n. 35836 del 24/04/1998) e del Sordomutismo (D.G.R. 4/04/200 n. 6/49352)

⁵ Ai sensi del D.P.R. 16/12/1992, n. 495 (e s.m.i.), art. 330 comma 16 le commissioni mediche locali sono costituite con il limite, almeno, di una per ogni milione di abitanti nel capoluogo di provincia ed almeno una per ogni cinquecentomila abitanti in ogni provincia, esclusi quelli del capoluogo.

⁶ Ai sensi del D.M. Sanità 28/04/1998 art. 4 comma 1 il collegio è di norma provinciale.

Tenuto conto che l'articolazione organizzativa ha quali finalità la creazione di condizioni e di strumenti utili al raggiungimento degli obiettivi del sistema sanitario regionale, il modello organizzativo delle U.O. di Medicina Legale deve essere costruito in modo flessibile ed il più possibile pertinente alle specifiche realtà locali; la strutturazione dell'attività medico-legale in forma di dipartimenti interaziendali ha quale compito specifico quello di consentire lo svolgimento, in maniera coordinata di tutte le prestazioni più sopra richiamate al fine di razionalizzare, in termini di efficienza, efficacia ed economicità i rapporti tra le strutture. Pertanto al fine di mantenere:

- l'omogeneità delle prestazioni e delle relative modalità di erogazione, in particolare delle procedure diagnostiche e valutative e dei protocolli operativi
- la condivisione delle banche date e dei programmi informatici, anche relativamente agli accertamenti collegiali (Commissioni patenti, Collegi per inabilità etc.) con riferimento al territorio di competenza della ex ASL
- la competenza in capo alle ASST dell'attività di gestione dell'istruttoria degli indennizzi previsti per i danneggiati in modo irreversibile da vaccinazioni, trasfusioni e somministrazione di emoderivati infetti

si prevede la possibilità di costituire **Dipartimenti funzionali interaziendali di medicina legale fra diverse ASST della stessa ATS, assegnando le funzioni di coordinamento a una U.O. Complessa di Medicina Legale.**

C.4.3.5 Area della Prevenzione

La LR 23 /2015 pone l'accento su un modello organizzativo del sistema sociosanitario regionale che rende la rete dell'offerta sia ospedaliera che territoriale più vicina al cittadino.

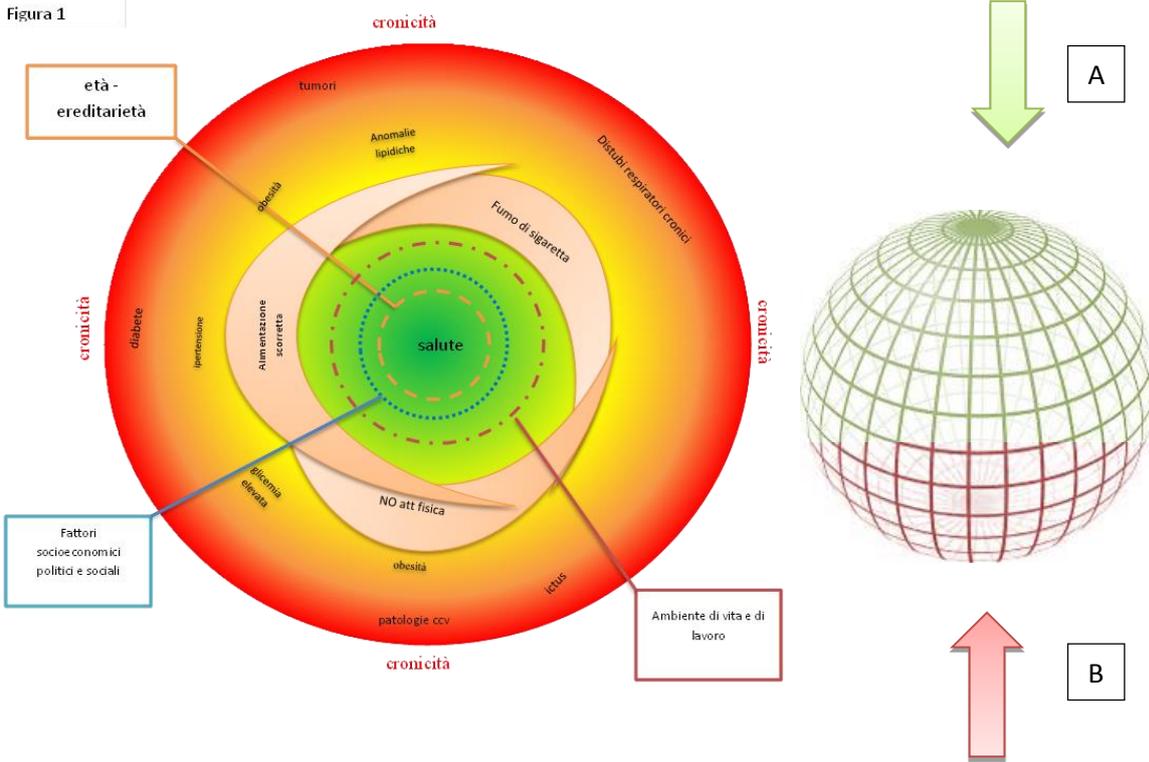
L'attività di Prevenzione viene agita a livello territoriale con la *governance* garantita dall'ATS sia nell'offerta di sanità pubblica (offerta a popolazione target di prestazioni di prevenzione primaria e secondaria quali ad esempio screening oncologici e vaccinazioni) sia nel percorso di presa in carico del soggetto fragile/cronico. In particolare proprio la risposta al bisogno di questa ultima tipologia di soggetti rappresenta la sfida a cui risponde la legge di evoluzione del SSR.

Il modello in figura 1 prende spunto dal documento dell'OMS "*Preventing CHRONIC DISEASES: a vital investment*"⁷ del 2005, in cui sono delineati i determinanti delle patologie croniche. E' interessante notare come tale modello è complementare ad un modello realizzato per la semplificazione grafica della presa in carico della cronicità. Ciò segnala come il fenomeno delle malattie croniche ha attivato nel tempo diversi professionisti della salute in modo trasversale, coinvolgendo attivamente operatori sia dell'ambito della prevenzione che dell'area della erogazione delle cure, conducendoli alla elaborazione di una offerta di salute integrata. Nel modello della presa in carico delle patologie croniche, è riconosciuta l'importanza di una azione sanitaria territoriale in tutte le fasi di cura.

Il disegno dell'organizzazione dei servizi sanitari proposto si propone di aumentare il livello di efficienza e di integrazione dell'attività sanitaria e sociosanitaria per aprire ad una visione intersettoriale della presa in carico della salute. Il paziente cronico vive contemporaneamente sia la dimensione della patologia sia la propria dimensione sociale, pertanto i diversi settori della società possono essere d'aiuto nel suo sostegno. Si consideri, ad esempio, il reinserimento lavorativo di un paziente oncologico post chirurgico: la possibilità di riacquisire reddito ed dimensione sociale diventano un determinante di salute importante. L'alleanza con altri settori della società (lavoro, scuola e comunità) è occasione di integrazione tra gli aspetti di promozione della salute e gli aspetti di presa in carico del paziente.

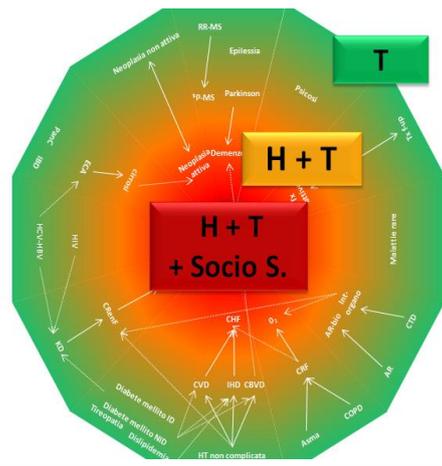
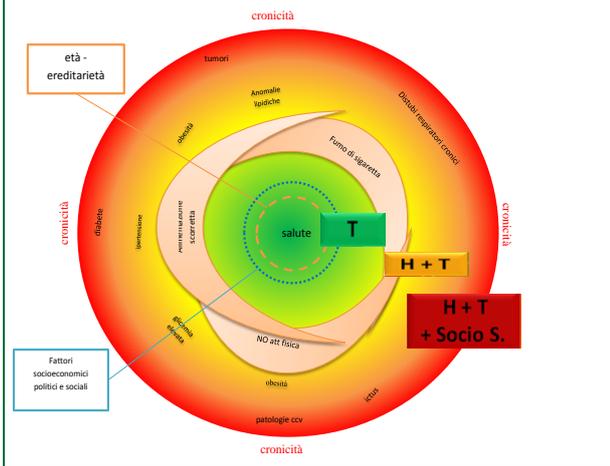
⁷ WHO. Preventing CHRONIC DISEASES: a vital investment. 2005
http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/foreword.pdf?ua=1

Figura 1



A) Visione delle malattie croniche dal punto di vista della prevenzione

B) Visione delle malattie croniche dal punto di vista della presa in carico della cronicità



Area di Prevenzione in ASST

In armonia con il modello organizzativo del Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria (DIPS) della ATS, e relativi servizi ed aree di lavoro e competenza, si descrivono in seguito le attività che necessitano di un'interazione strutturata con la ASST – sia polo ospedaliero sia rete territoriale - ai fini di un'efficiente ed accessibile offerta al cittadino.

Di seguito è specificato il rapporto tra il DIPS e le UO di ASST coinvolte direttamente per la garanzia di erogazione dei LEA.

ATS			ASST
DIPS	Aree di lavoro	Attività/competenza DIPS	UUOO coinvolte
Medicina Preventiva di Comunità	Prevenzione patologie croniche (<i>Non communicable diseases</i>) Screening oncologici	<i>Governance</i> dei programmi di screening oncologico (programmazione; valutazione): contrattazione, controllo/audit. Analisi dell'appropriatezza e orientamento delle attività mediche nell'ambito della prevenzione primaria e secondaria delle cronicità.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Diagnostica per immagini (Radiologia) ✓ Endoscopia digestiva ✓ Anatomia patologica ✓ Laboratorio analisi ✓ Ginecologia e ostetricia ✓ Consultori
	Prevenzione Malattie infettive (<i>communicable diseases</i>): Vaccinazioni Sistemi di sorveglianza	Analisi della Prevenzione sorveglianza e controllo infezioni correlate all'assistenza <i>Governance</i> dell'offerta vaccinale per target di popolazione <i>Governance</i> dell'offerta vaccinale per categorie a rischio (patologia status) anche nell'ambito della presa in carico individuale	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Direzione Medica di Presidio (infezioni correlate all'assistenza) ✓ Laboratorio analisi ✓ Aree cliniche e chirurgiche ✓ Malattie infettive e tropicali ✓ Vaccinazioni
Ambienti di lavoro/tutela del lavoratore	Prevenzione delle malattie Professionali e degli infortuni sul lavoro	Prevenzione sorveglianza e controllo delle malattie professionali (tumori professionali; patologie da sovraccarico biomeccanico; patologie da stress lavoro-correlato...) Indirizzi sul counselling individuale sui rischi da lavoro	<ul style="list-style-type: none"> ✓ UOOML ✓ Servizio Prevenzione e Protezione ✓ Medico Competente ✓ Anatomia Patologica ✓ Laboratorio analisi
Ambienti di vita/tutela della salute e sicurezza del cittadino	Prevenzione rischio ambienti confinati e attività di igiene ambientale	Prevenzione sorveglianza e controllo Strutture Sanitarie e Sociosanitarie Prevenzione sorveglianza e controllo sostanze chimiche, miscele ed articoli	<ul style="list-style-type: none"> ✓ UOOML

Il DIPS, in alcune fattispecie, troverà all'interno della ASST una corrispondenza diretta con Unità operative e Servizi, nel garantire una diretta soddisfazione delle attività previste dai LEA. In altri casi le funzioni di prevenzione sono trasversali a più UOC/Servizi e pertanto troveranno in ASST un PREVENTION PROCESS OWNER (vedi paragrafo Direzione Sociosanitaria).

Nell'organigramma di ASST sarà prevista in linea con la DS un servizio Vaccinazioni.

A tale servizio 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 (patologia, 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 e con la medicina del territorio per l'identificazione del target;

➤ profilassi internazionale

Poiché alla ASST non è assegnato uno specifico territorio e relativa popolazione residente, i soggetti da arruolare nei percorsi vaccinali saranno assegnati dal DIPS ATS, nell'ambito del processo di contrattazione annuale

C.4.4 Direzione Sociosanitaria

La legge 23 dispone che al Direttore Sociosanitario di una ASST possa essere attribuita la direzione del settore 'rete territoriale'.

La scelta del legislatore è stata di definire 'rete' l'erogazione delle prestazioni territoriali, individuando la modalità della presa in carico (comma 12) come l'elemento caratterizzante dell'assistenza offerta dal territorio anche in un percorso di continuità con la rete ospedaliera.

Viceversa viene definito come 'polo' ospedaliero' come l'insieme dei presidi ospedalieri di cui è composta l'ASST, che, come già detto può essere diretto dal direttore sanitario

La rete territoriale delle ASST è costituita da diversi punti di erogazione (ambulatoriali, sportelli di valutazione multidimensionale del bisogno, di erogazione di protesi e farmaci, certificazioni legali, servizi dedicati alle dipendenze, consultori ecc.) che potrebbero confluire all'interno dei POT e dei PreSST. Questi assumono pertanto valenza di unità di offerta strutturale (presidi ben identificabili dal cittadino – comma 14), ma soprattutto sono un'attività organizzata per la presa in carico del paziente e della corretta tenuta dei propri percorsi assistenziali.

La traduzione nell'organizzazione aziendale di queste disposizioni legislative orienta a una diversa attribuzione dei ruoli fra direzione sanitaria e sociosanitaria.

La prima, infatti, sarà responsabile, anche all'interno delle strutture afferenti alla rete territoriale della funzione igienistico organizzativa, del mantenimento dei requisiti di accreditamento strutturali e organizzativi necessari e di tutte le funzioni necessarie per l'erogazione delle prestazioni.

La seconda sarà invece responsabile della conduzione delle strutture afferenti alla rete territoriale e dei percorsi di presa in carico dei pazienti, anche quando coinvolgono il polo ospedaliero.

A garanzia dell'integrazione tra le prestazioni erogate dal settore polo ospedaliero e dal settore rete territoriale potranno essere previsti dalle singole ASST dipartimenti funzionali o figure di responsabili di processo che integrano unità operative di entrambi i settori aziendali.

Alla Direzione sociosanitaria è quindi affidato il compito di garantire ai pazienti di entrambi i settori aziendali della ASST la continuità assistenziale verso l'ambito territoriale, secondo diverse modalità operative:

- direttamente, attraverso la presa in carico del paziente e l'erogazione da parte delle proprie strutture erogatrici
- mantenendo la presa in carico, ma attraverso l'erogazione di prestazioni svolte in collaborazione con gli altri erogatori accreditati, nell'ambito di relazioni di rete precostituite e in applicazione del piano assistenziale individuale del paziente
- garantendo percorsi protetti di presa in carico da parte di altri erogatori accreditati, all'interno del sistema sociosanitario regionale, anche attraverso specifici rapporti convenzionali.

La pianificazione dei percorsi deve comunque assicurare che la continuità assistenziale sia garantita nel pieno rispetto della volontà del paziente e della libertà di scelta tra i vari erogatori.

Si evidenzia che ai fini della continuità assistenziale, i possibili interlocutori della ASST comprendono tutti gli enti erogatori accreditati, potendo costituire relazioni di rete secondo criteri di prossimità, ma anche secondo criteri di tipo clinico e assistenziale legati a specifiche specializzazioni delle strutture erogatrici.

La valutazione multidimensionale è funzionale alla presa in carico del paziente fragile e può essere effettuata dai diversi erogatori accreditati secondo le indicazioni della ATS. Come erogatore, anche ASST è tenuta a garantire la valutazione multidimensionale e la conseguente presa in carico (tra le funzioni distrettuali prima garantite dalle ex-ASL).

Tra le funzioni necessarie si richiama quella di protezione giuridica finalizzata a promuovere e favorire gli strumenti per la tutela delle persone fragili e la figura dell'amministratore di sostegno.

Le unità operative delle ex-Asl che si occupavano della direzioni dei punti erogativi territoriali che sono transitate all'interno delle ASST e dei Poliambulatori extra-ospedalieri che già appartenevano al settore territoriale dell'ex A.O., potranno quindi essere trasformate nella nuova organizzazione aziendale prevista dallo schema funzionale:

- direzione dell'aggregazione delle strutture afferenti alla rete territoriale (POT e PreSST ASST), afferenti alla DSS
- direzione di servizi erogativi territoriali (per es: uo vaccinazioni) sotto la DS
- direzioni di reti/dipartimenti funzionali sotto DSS

I dipartimenti di salute mentale e materno infantile, pur mantenendo la loro connotazione gestionale sono caratterizzati, rispetto alla configurazione attuale da una maggiore integrazione con strutture territoriali.

Nel primo caso infatti, possono essere ricomprese nel dipartimento le attività territoriali legate alle dipendenze, oltre alla rete territoriale della salute mentale che era già in carico alle ex-ao.

Nel secondo caso il dipartimento si allarga alle attività consultoriali distribuite nel territorio.

Entrambi i dipartimenti costituiscono una rete tematica integrata.

In allegato 2 viene descritta l'organizzazione della Rete integrata Materno infantile.

E' facoltà del Direttore Generale riferire il dipartimento materno infantile alla direzione sanitaria o sociosanitaria, garantendo comunque il necessario raccordo funzionale fra le due direzioni.

Alla Direzione Sociosanitaria afferiscono anche i seguenti dipartimenti/funzioni/reti

C.4.4.1 Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze

Con la recente approvazione del nuovo testo di legge regionale sulla salute mentale, è stato costituito il Dipartimento di salute mentale e delle dipendenze (DSMD).

Tale Dipartimento costituisce una realtà organizzativa totalmente nuova e pertanto richiede di gestire la fase di riorganizzazione secondo le modalità indicate dalle norme transitorie (art. 4, l.r. n. 15 del 29.06.2016) attivando tempestivamente in ogni ASST i comitati di coordinamento a tal fine previsti.

Il dipartimento afferisce di norma alla Direzione Sociosanitaria, salvo diverse e motivate determinazioni aziendali, pur mantenendo in capo alla Direzione Sanitaria la responsabilità delle funzioni igienistico-organizzative delle diverse unità operative che lo compongono.

Il DSMD comprende di norma le Unità Operative di Psichiatria, le Unità Operative di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, le Unità di Psicologia, le Unità Operative Servizi Dipendenze ed i servizi per la disabilità psichica.

Le Unità Operative di Psichiatria sono articolate in presidi ospedalieri e territoriali, sia residenziali che semiresidenziali dei territori di riferimento, per rispondere ai bisogni di salute mentale, 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.

Le Unità Operative di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza possono afferire al Dipartimento di salute mentale e delle dipendenze o al Dipartimento materno – infantile, ma devono comunque agire in stretta integrazione con le UO delle due aree al fine di assicurare la presa in carico appropriata e la continuità della cura.

Le UO di Psicologia hanno la medesima autonomia gestionale ed operativa delle altre UO del Dipartimento e sono tenute a garantire, in proprio o tramite accordi operativi con altre componenti sia del Dipartimento di appartenenza che di altri Dipartimenti, la realizzazione delle azioni comuni programmate, nell'ottica di una presa in carico globale dei bisogni clinici della persona rilevati da ogni ASST.

Ciò dovrà avvenire in tutti gli ambiti organizzativi, ospedalieri e territoriali, in cui sia necessaria ed essenziale, la competenza specialistica psicologica per il raggiungimento degli obiettivi di salute prefissati.

Eventuali sperimentazioni di modelli di psicologia di comunità dovranno essere realizzati nell'ambito delle risorse assegnate senza comportare aumenti di spesa.

Il DSMD comprende di norma anche le strutture aziendali per le dipendenze. In relazione alle specifiche realtà territoriali locali, sono possibili diverse modalità organizzative e/o gestionali che tengano conto del recente passaggio delle strutture per le dipendenze dalle ASL alle ASST, realtà organizzative più numerose delle precedenti, nella prospettiva di portare a regime un sistema più diffuso ed integrato delle competenze relative alle dipendenze, che eviti nel contempo la dispersione o la perdita delle stesse.

Le Unità Operative Servizi Dipendenze operano con metodo multidisciplinare e assicurano le attività di prevenzione, cura e riabilitazione e nel loro ambito sono organizzati anche i servizi per la tutela dei soggetti con problematiche connesse all'uso/abuso/dipendenza da sostanze ristretti in carcere, sia per lo sviluppo di programmi specifici intra-murari, sia per l'elaborazione di programmi alternativi alla pena.

In ogni caso le UO di psichiatria degli adulti e di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, di Psicologia, delle Dipendenze e i servizi per la disabilità psichica devono lavorare in modo integrato tra loro e con le diverse realtà del territorio, in modo da offrire una risposta rapida ed unitaria ai bisogni dei cittadini portatori di patologie complesse o pluripatologiche.

C.4.4.2 Prevention Process Owner

La Direzione ASST – per il tramite rispettivamente della Direzione Sanitaria e della Direzione Sociosanitaria – garantisce l'efficiente interazione fra i diversi livelli decisionali, organizzativi e operativi interni alla ASST, a garanzia di tutte le funzioni operative afferenti all'area della Prevenzione programmata e governata dall'ATS La DSS, nell'ambito delle sue funzioni di raccordo con la ATS, promuove e garantisce il coinvolgimento operativo delle Reti e dei Dipartimenti di diretta afferenza, in tutte le rispettive componenti intra ed extra ASST per perseguire gli obiettivi strategici e operativi definiti nell'ambito della programmazione ATS/DIPS (ad esempio. Vaccinazioni, Screening, Promozione della salute, Prevenzione rivolta agli individui ecc.)

A tal fine viene identificata nella figura del DSS (o suo delegato) la funzione di PREVENTION PROCESS OWNER in quanto "intercetta aggregazioni di UO/Dipartimenti già ben strutturati nell'ASST, e assicura modalità di gestione dell'intero processo indirizzando le risorse verso risultati di efficacia ed efficienza complessiva".

Di seguito sono descritte per aree omogenee di attività le funzioni di PREVENTION PROCESS OWNER ovvero dal DSS o suo delegato:

Area Screening Oncologici:

- ✓ Favorire l'integrazione dell'attività di screening e dei percorsi di diagnosi e cura delle patologie oncologiche di colon retto, mammella (breast unit) e cervice uterina

Area Vaccinazioni

- ✓ Favorire l'integrazione dell'offerta vaccinale dei soggetti a rischio nelle altre UU.OO. di ASST (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)

Area UOOML

- ✓ Promuovere e facilitare il raccordo tra la UOOML e le altre UO di ASST per l'emersione delle malattie professionali
- ✓ Promuovere l'attività della UOOML all'interno della ASST e la sua integrazione con le attività del Medico Competente e del Servizio Prevenzione e Protezione

Attività trasversali

- ✓ Collaborare per quanto di competenza alla promozione delle attività di qualità e sicurezza delle prestazioni erogate ed alla gestione del rischio clinico
- ✓ Facilitare l'integrazione delle attività della UO Vaccinazioni nel contesto di ASST (percorsi di qualità, appropriatezza)
- ✓ Collaborare per quanto di competenza alle attività di prevenzione sorveglianza e controllo correlate all'assistenza con le Direzioni Mediche di Presidio

- ✓ Raccordo con interventi di sanità pubblica attivati da ATS con particolare riferimenti ai programmi afferenti il Piano Integrato Locale di Promozione della Salute - PIL

SUBALLEGATI

PRESENTAZIONE

Nel contesto dell'attuazione della l.r. 23/2015 in relazione all'opportunità di individuare nuovi processi e percorsi in grado di sostenere lo spostamento dell'asse di cura dall'ospedale al territorio, in un'ottica di presa in carico globale della persona, risulta importante realizzare nuovi strumenti di rete che sappiano coniugare i processi interni alle organizzazioni con la capacità di rispondere in modo appropriato a bisogni sempre più diversificati. In questa prospettiva, nuove modalità di organizzazione a rete vengono declinate nei due suballegati in termini di orientamento operativo: rete RICCA e rete RIMI. Si precisa che si tratta di ipotesi di sviluppo organizzativo e come tali non devono essere considerate come vincolanti per lo sviluppo dei POAS aziendali. In ogni caso, l'attivazione delle suddette reti dovrà essere progressiva e coerente con la realtà territoriale, valutando ad esempio: le esperienze maturate e lo sviluppo organizzativo in atto sul tema della cronicità e della fragilità, le competenze professionali presenti, la cultura organizzativa dell'azienda, il livello di collaborazione con i nodi extra-aziendali, le relazioni sindacali, ecc.

1 - RETE INTEGRATA DI CONTINUITÀ CLINICO ASSISTENZIALE (R.I.C.C.A)

1. PREMESSA

Nel richiamare i contenuti del documento “Indirizzi per la presa in carico della cronicità e della fragilità in Regione Lombardia 2016-2018” al quale si rimanda per una completa analisi del fenomeno della cronicità, si evidenzia che:

“In Lombardia le persone affette da malattie croniche sono 3,5 milioni, pari a circa il 30% della popolazione, una proporzione relativamente contenuta ma destinata ad aumentare nei prossimi anni. In questo gruppo di pazienti aumenta sempre più il numero delle persone in condizione di cronicità sociosanitaria (anziani non autosufficienti, persone con disabilità, persone affette da dipendenze da sostanze, etc.), stimabili attualmente in circa 600.000. Se si considera che le malattie croniche in Lombardia incidono per più del 70% sulla spesa sanitaria globale, si comprende come il tema sia cruciale per l’amministrazione regionale, che ha ritenuto necessaria una programmazione dedicata. Se la maggior parte delle risorse sanitarie è destinata alla cura di patologie croniche e invalidanti, occorre dotarsi di strumenti adeguati per assicurare la sostenibilità del sistema regionale e garantire l’erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) in modo appropriato ed equo, anche in considerazione degli obiettivi nazionali di contenimento della spesa in risposta all’attuale crisi economico-finanziaria”.

La Legge Regionale 23 del 2015, che disciplina l’evoluzione del sistema sociosanitario regionale (SSR), ribadisce l’orientamento alla presa in carico della persona nel suo complesso, nel rispetto della libera scelta, e promuove l’integrazione operativa e gestionale tra erogatori dei servizi sanitari, sociosanitario e sociale (Art. 2, Art. 3). Per quanto riguarda in particolare il tema della cronicità, la L.R. 23/2015 stabilisce all’Art. 9:

- di attivare modalità innovative di presa in carico del paziente cronico e fragile, anche attraverso l’utilizzo della telemedicina, sviluppando modelli organizzativi che assicurino l’integrazione e il raccordo tra tutte le competenze professionali coinvolte, ospedaliere e territoriali, attraverso reti di cura e assistenza sanitaria, sociosanitaria e sociale;
- di sviluppare e tenere aggiornato un sistema di classificazione delle malattie croniche in categorie clinicamente significative e omogenee, cui corrisponda una modalità di remunerazione omnicomprensiva delle prestazioni necessarie per la corretta gestione dell’assistito.

Per realizzare gli obiettivi indicati dalla Legge Regionale è necessario sviluppare la capacità di programmare un percorso di cura e di essere proattivi verso la malattia cronica, riorientando in tal senso i processi erogativi utilizzando strumenti che favoriscano l’integrazione dei servizi e un buon coordinamento della presa in carico.

Le regole di sistema 2016, approvate con DGR n. X/4702 del 29/12/2015 “Determinazione in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l’esercizio 2016” in merito al tema della cronicità incaricano la DG Welfare di fornire “Linee Guida per l’organizzazione e gestione della Rete delle ASST, individuando il modello organizzativo, i servizi e le risorse dedicate alla presa in carico dei pazienti cronici nei vari nodi della Rete”.

In questa prospettiva si intende favorire l’avvio della Rete Integrata di Continuità Clinico-Assistenziale, quale strumento utile per l’integrazione fra la componente sanitaria e sociosanitaria e per attuare nell’ambito della ASST la presa in carico delle persone in condizioni di cronicità e fragilità, garantendo continuità e appropriatezza nell’accesso alla rete dei servizi e delle Unità d’Offerta deputate all’erogazione delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali.

RICCA rappresenta una funzione della rete territoriale della ASST, congiuntamente alle altre aree di attività che deve comunque operare in forte raccordo ed integrazione col polo ospedaliero.

Viene fornita alle ATS e alle ASST, per i rispettivi ruoli e competenze, un’indicazione metodologica, operativa ed organizzativa per l’implementazione e la gestione della RICCA, finalizzata alla presa in carico dei pazienti cronici e fragili e delle loro famiglie. In particolare si forniscono indicazioni in merito alla modalità con cui

deve essere svolta tale funzione, ai ruoli e alle responsabilità organizzative e gestionali che devono assumere i nodi della rete, nonché alle modalità e agli strumenti operativi da sviluppare per agevolare l'integrazione.

La realizzazione della RICCA, per i suoi contenuti e obiettivi innovativi, rappresenta una trasformazione complessa e sfidante, che esige da parte di tutti gli attori del sistema una disponibilità al cambiamento, al confronto e alla verifica su quanto si sta progressivamente attuando. Inoltre l'implementazione delle rete sarà sostenuta da un adeguato supporto operativo.

Una definizione dei concetti di 'cronicità' e 'fragilità' è stata fornita nel già citato documento *"Indirizzi per la presa in carico della cronicità e della fragilità in Regione Lombardia 2016-2018"*, approvato con DGR X/4662 del 23/12/2015. Viene comunque fornito qualche chiarimento aggiuntivo sui termini 'fragilità'/non autosufficienza e 'cronicità', che spesso si riferiscono ad ambiti correlati, ma differenti.

2. FRAGILITÀ, NON AUTOSUFFICIENZA, CRONICITÀ: AMBITI CORRELATI MA DIFFERENTI

La **persona fragile** è quella che presenta una maggiore vulnerabilità, con una limitazione delle attività quotidiane dovuta frequentemente alla presenza di pluripatologie e un deterioramento della salute e dello stato funzionale, fino alla non autosufficienza.

La fragilità comporta la possibilità che siano necessari interventi in diversi ambiti assistenziali (che comprendono sia l'ambito sanitario che in quello sociale) e pertanto necessita, ai fini della quantificazione di questi bisogni, della valutazione multidimensionale.

La **persona con patologie croniche** è la persona con una o più patologie con un decorso prolungato nel tempo. Le patologie implicano un intervento assistenziale in ambito sanitario prolungato nel tempo, più o meno complesso in relazione al numero e alla gravità delle patologie. La persona con patologie croniche può avere un problema solo sanitario o addirittura un'unica patologia cronica (ad esempio ipertensione).

La patologia cronica può essere uno dei fattori che sbilanciano un complessivo equilibrio, determinando una condizione di fragilità, in cui oltre al problema strettamente sanitario si evidenziano criticità in altre dimensioni.

La persona portatrice di patologie croniche non sempre è fragile e i due ambiti pur essendo in parte sovrapposti non sono identici, potendosi identificare una parte di pazienti cronici 'non fragili' e viceversa (esempi nei due ambiti riguardano ad esempio pazienti con patologie croniche che non incidono al momento in modo significativo sullo stato funzionale o pazienti fragili per la condizione particolare come non gravi disturbi cognitivi o disabilità).

3. DEFINIZIONE E FINALITÀ DELLA RETE INTEGRATA DI CONTINUITÀ CLINICO ASSISTENZIALE.

3.1 Definizione

Il termine **rete**, nel contesto dei sistemi organizzativi, riguarda la definizione di modalità sistematiche di connessione ed integrazione tra una serie di servizi, unità d'offerta ed attività orientate a una specifica tipologia di utenza: una rete è composta da nodi, connessioni e proprietà di funzionamento. Nei sistemi di Welfare avanzato il modello a rete è fondamentale in quanto tali sistemi sono formati da una complessità di servizi e professionalità che si devono ricomporre intorno al bisogno della persona nella sua interezza e non possono prescindere dal contesto di vita nella sua totalità. Il modello a rete implica la definizione di percorsi di cura coordinati ed integrati in modo da consentire, al cittadino, un facile accesso ad un percorso di cura coerente. Deve, inoltre, consentire agli operatori sociosanitari la conoscenza rapida e sistematica dell'insieme delle informazioni necessarie al loro operare.

La rete si caratterizza per il lavoro comune, centrato sulla persona, sui suoi contesti di vita e sulle sue relazioni affettive e sociali, basato su regole esplicite, di persone/gruppi afferenti ad enti distinti (ma anche a servizi staccati dello stesso ente), ma la cui opera è interdipendente. Tali soggetti accettano, quindi, di organizzare

le proprie attività definendo relazioni per ottenere vantaggi per gli utenti e per la propria attività non conseguibili altrimenti.

Questo approccio è ormai ampiamente riconosciuto come necessario nell'ambito della cronicità e della fragilità.

In questa prospettiva, la RICCA rappresenta la modalità più idonea per raggiungere l'obiettivo di co-costruire, tra tutte le parti che a vario titolo concorrono a dare risposta ai bisogni di salute delle persone e del loro nucleo familiare e sociale di riferimento, il percorso di "presa in cura".

L'obiettivo di strutturazione culturale ed operativa di un modello di intervento sistemico, coerente alla complessità della esperienza di vita con cronicità ed in situazione di fragilità, vede in RICCA una rete di scopo, cioè lo strumento che permette la cooperazione tra le diverse unità di offerta sanitaria e sociosanitaria ed i servizi sociali, necessaria alla condivisione di strumenti di lettura di contesti e bisogni, di relativi modelli di intervento coerentemente taylorizzati su livelli e gradi, di sistemi in valutazione.

RICCA è anche lo strumento che sostiene il confronto tra i diversi know-how presenti nella organizzazione delle ASST e nella rete dei servizi sociali, finalizzato sia alla condivisione di criteri di appropriatezza che alla valorizzazione di tutte le competenze in campo.

RICCA, quindi, non rappresenta una nuova struttura organizzativa, ma è una nuova modalità di integrazione tra le risorse messe a disposizione dagli erogatori di attività sanitarie per acuti e le risorse socio sanitarie territoriali, sia quelle già organizzate nei punti erogativi distrettuali delle ex ASL, sia quelle offerte dagli erogatori territoriali accreditati, il tutto a supporto dell'innovazione del SSR e delle sue diverse parti.

3.2 Obiettivi e funzioni della rete

Obiettivo della rete è di attuare, nell'ambito della ASST, la presa in carico delle "persone in condizione di cronicità e fragilità, garantendo la continuità e l'appropriatezza nell'accesso alla rete dei servizi e delle Unità d'Offerta deputate all'erogazione delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e la loro integrazione con le prestazioni sociali".

La realizzazione di questo obiettivo presuppone che le ASST avviino e progressivamente consolidino un sistema di presa in carico e di erogazione orientato verso questa specifica domanda di servizi.

All'interno della rete viene quindi soddisfatta la domanda sanitaria e sociosanitaria della persona con cronicità o della persona fragile, attraverso la presa in carico e la conseguente erogazione delle prestazioni indicate nel **Piano Assistenziale Individuale** (PAI, anche nelle articolazioni educative e riabilitative).

Elemento caratterizzante la presa in carico è altresì l'unificazione e la semplificazione delle procedure necessarie per facilitare l'accesso ai servizi (ad esempio: richieste di invalidità e accompagnamento, accesso alla protesica, erogazione dei benefici economici di natura sociale etc.).

Si ritiene che l'organizzazione della rete, costituisca l'ambito ottimale nel quale poter:

- realizzare l'attività di **presa in carico** e di valutazione multidimensionale della persona con cronicità o della persona fragile e delle loro famiglie;
- favorire la definizione dei Piani Individuali di intervento anche attraverso l'accesso alla documentazione clinica e sociale ai tutti i livelli di cura e assistenza;
- sviluppare e consolidare l'**integrazione** fra la componente sanitaria, sociosanitaria e sociale;
- assicurare la **centralità della persona e della famiglia** all'interno dell'organizzazione;
- valorizzare tutte le professionalità che operano nella rete del sistema sociosanitario e sociale;
- garantire la **continuità nella presa in carico** assicurando un'integrazione organizzativa fra l'ospedale e la rete;
- **implementare sistemi di semplificazione** per la persona con cronicità o della persona fragile e della loro famiglia, per facilitare l'accesso al livello di cura più appropriato, e l'attivazione di pratiche e procedure amministrative (quali ad esempio il rinnovo dei piani terapeutici o la fornitura protesica).

Inoltre, la rete deve costituire la modalità privilegiata per lo **sviluppo permanente delle conoscenze e delle competenze** sulle tematiche della cronicità e della fragilità, in particolare, sulla dinamica quali/quantitativa della domanda territoriale, sull'evoluzione degli scenari epidemiologici di popolazione, sull'appropriatezza dell'offerta.

Considerate le caratteristiche innovative della rete è ragionevole immaginare uno sviluppo progressivo che si consolidi nel tempo, attraverso una **graduale integrazione** dei nodi delle rete dell'ambito territoriale di riferimento e un **crescente incremento dell'offerta** in rapporto alle caratteristiche della domanda.

Pertanto, il sistema della rete deve:

- realizzarsi e consolidarsi sulla base di specifiche caratteristiche dei **target di utenti** cui si indirizza;
- garantire un'elevata **flessibilità** nella fase di presa in carico della persona che accede a uno dei punti della rete e viene avviato a un percorso di valutazione ed erogazione di prestazioni programmato attraverso lo strumento del Piano Assistenziale Individuale
- progressivamente integrare e coordinare ulteriori nodi del sistema sanitario, sociosanitario e sociale locale che erogano prestazioni per la persona con cronicità o per la persona fragile e per le loro famiglie non ancora presi in carico nella rete.

Il PAI costituisce un forte elemento di collegamento e integrazione fra i punti/nodi della rete e viene proposto attraverso un Patto di Cura, cioè uno strumento di responsabilizzazione (*empowerment*) del paziente che sancisce la sua disponibilità ad essere curato nell'ambito della rete e traccia il suo consenso alla gestione dei dati personali nella rete che lo prende in carico.

3.3 Nodi della rete, Unità d'offerta e misure per la cronicità e la fragilità nelle diverse aree

Le **ASST** dovranno organizzare la Rete dei servizi e delle risorse dedicate alla presa in carico della persona con cronicità o della persona fragile.

I principali nodi della rete sono:

- **Presidi SocioSanitari Territoriali (PreSST):** sono un'articolazione organizzativa territoriale nella quale si realizza la presa in carico della persona cronica e della persona fragile e delle loro famiglie, in stretta connessione con le cure primarie. Sono una modalità organizzativa volta ad assicurare, attraverso sia la gestione diretta da parte della ASST, che integrata con altre istituzioni o gestori presenti sul territorio, i servizi e le prestazioni per fornire risposte ai bisogni di natura sanitaria, sociosanitaria e sociale.

Assicurano, come gli altri nodi della rete, prestazioni:

- di presa in carico e valutazione multidimensionale;
- di definizione dei PAI;
- di definizione delle altre attività necessarie, quali ad esempio la fornitura di ausili e protesi.

Erogano prestazioni ambulatoriali e domiciliari a media e bassa intensità e attivano:

- servizi/prestazioni di Assistenza domiciliare integrata;
- degenze a bassa intensità o ricoveri temporanei presso le Unità d'offerta sociosanitarie o sanitarie.

Promuovono percorsi di sanità d'iniziativa, di prevenzione e di educazione sanitaria.

- **Presidi Ospedalieri Territoriali (POT):** sono strutture che erogano prestazioni sia in regime di ricovero che in regime ambulatoriale e domiciliare. Possono derivare dalla trasformazione di piccoli ospedali, ma anche essere collocati all'interno di presidi ospedalieri. Integrano le funzioni del PreSST e assicurano ricoveri a bassa intensità, subacuti, hospice, cure intermedie, chirurgia ambulatoriale, MAC e Day Surgery. L'azione di presa in carico del paziente cronico è effettuata secondo un modello proattivo d'assistenza.
- **Ambulatori specialistici:** dando atto che l'offerta specialistica ambulatoriale è ampia e diffusa sul territorio, parte di questa offerta andrà riorientata e organizzata all'interno della rete per l'integrazione nelle attività di presa in carico della cronicità e della fragilità.

- **Servizio Protesico:** deve integrarsi con i servizi dedicati alla presa in carico per facilitare l'accesso agli interventi più appropriati, senza soluzione di continuità con la presa in carico, ed è deputato alla attivazione di pratiche e procedure amministrative per la fornitura protesica.
- **Servizio di assistenza sociale:** deve integrarsi con i diversi servizi facilitando l'accesso delle persone ai nodi della rete.
- **Servizio Psicologia clinica** laddove presente
- **Assistenza domiciliare Integrata (ADI):** si rivolge a persone fragili o non autosufficienti, con patologie in atto o esiti delle stesse. Il servizio mette a disposizione prestazioni di natura infermieristica, riabilitativa e di assistenza tutelare a domicilio, necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita della persona fragile e dei suoi famigliari.
- **Reparti di ricovero (sub acuti – area medica).** Dando atto che tutte le discipline sono rappresentate nella rete di offerta lombarda, parte di questa offerta andrà riorientata e organizzata all'interno della rete.
- **Cure intermedie:** la rete delle Cure intermedie rappresenta una nuova tipologia di unità d'offerta residenziale avviata con DGR 3383/2015, per la presa in carico, con tempistiche definite, dell'utente fragile, portatore di bisogni complessi in area assistenziale, clinica e sociale. Il percorso è finalizzato ad assistere l'utente per completare l'iter di cura, portandolo al miglior stato di salute e benessere possibile, con l'obiettivo di reinserirlo nel proprio contesto di vita o di accompagnarlo alla risposta più appropriata al suo bisogno.
- **Farmacia dei servizi.** Oltre alle funzioni di semplificazione sanitarie-amministrative (prenotazioni, riscossione della compartecipazione, erogazione protesica), da qualche tempo la farmacia è interessata a progetti di *pharmaceutical care*. Studi internazionali consolidati evidenziano come il ruolo della farmacia nell'ambito dell'appropriatezza d'uso dei farmaci e del monitoraggio del rispetto delle terapie, costituisca un elemento di ottimizzazione delle cure, tale da produrre una sensibile riduzione dei costi complessivi per l'assistenza dei pazienti affetti da malattie croniche non trasmissibili (MCNT). In questo senso la farmacia può svolgere compiti di screening, arruolamento, registrazione dei consumi, informazione sull'appropriatezza d'uso, addestramento all'uso di dispositivi erogatori di farmaci, ecc.
- **Cure primarie MMG/AFT/UCCP/Cooperative CReG.** Il medico di medicina generale ha nel sistema sanitario il ruolo di mettersi al fianco degli assistiti, che lo hanno liberamente scelto, per aiutarli a affrontare la loro storia di salute e malattia (Mantenere lo stato di salute - Prevenire, riconoscere e curare la malattia – Chiedere e accettare i supporti che il sistema offre). Il nodo di rete cure primarie si configura quindi come una delle componenti fondamentali per garantire l'appropriata gestione del paziente cronico in particolare nelle prime fasi di malattia.

L'attuale processo in atto di riorganizzazione delle cure primarie, che vede i medici organizzati in AFT e UCCP, è volto a garantire:

- a. La facilitazione all'assistito nell'accesso ai servizi, utilizzando strumenti come telefono, email e internet nelle relazioni tra pazienti e professionisti;
- b. Il coinvolgimento dell'assistito nei processi assistenziali attraverso il più ampio accesso alle informazioni, il *counselling* e il supporto all'auto-cura;
- c. Il coordinamento delle cure (tra i diversi professionisti) e la continuità dell'assistenza (tra differenti livelli organizzativi, es. tra ospedale e territorio).

Supporto indispensabile per la messa in atto di quanto sopra declinato è la disponibilità di sistemi informativi – accessibili anche ai pazienti – in grado di documentare i risultati (e la qualità) degli interventi sanitari.

I rapporti del Sistema Sanitario con i singoli MMG e con le forme organizzative da questi costituite sono regolati dagli Accordi Collettivi Nazionali, dai CC.N.L. e dai conseguenti Accordi Regionali e Aziendali; la riforma colloca nelle ATS la gestione della convenzione con i MMG e la definizione degli accordi aziendali sino ad ora attribuito alle ASL.

Affinché il ruolo dei MMG si espliciti appieno nella rete della cronicità dell'ASST occorre quindi che:

- vengano inseriti negli accordi tra ATS e MMG specifici impegni di partecipazione alla rete da parte dei singoli/AFT concordati con il responsabile della rete;
 - vengano definiti a livello della rete atti di indirizzo/linee guida condivisi con i referenti della Medicina Generale:
 - per la gestione del paziente cronico e fragile all'interno della rete;
 - per la messa in atto di una relazione efficace tra i MMG e gli altri nodi della rete;
 - gli atti di indirizzo e le linee guida, così definiti, siano diffusi e implementati tra i MMG del territorio attraverso eventi formativi concordati con i medici stessi;
 - i referenti dei MMG di ciascuna ASST:
 - partecipino ai momenti di valutazione del contesto e di valutazione del funzionamento della rete stessa;
 - condividano gli strumenti informativi di monitoraggio da diffondere a tutti gli attori della rete e da porre a base per incontri di audit tra pari volti al miglioramento della qualità;
 - la RICCA promuove incontri periodici su specifiche tematiche (es gruppi per patologia, per tipologia di bisogno) tra i referenti dei MMG e i referenti degli altri punti della rete al fine di valorizzare la professionalità di ciascuno nella gestione del paziente cronico.
- **Prevenzione.** La RICCA garantisce l'integrazione tra programmi di Sanità Pubblica governati dall'ATS e azioni di promozione della salute/prevenzione intraprese in ambiti di cura (Cure Primarie, POT, PreSST, Ambulatori Specialistici, ecc.) - in particolare nella presa in carico di pazienti con malattie croniche in stadio iniziale - con la duplice finalità di:
 - potenziare l'offerta diretta di opportunità e/o il raccordo tra nodi della rete;
 - incrementare l'ingaggio individuale verso iniziative del territorio.
 Rientra tra le attività della RICCA sostenere l'offerta di profilassi vaccinale coerente con gli indirizzi regionali ai soggetti appartenenti alle categorie a rischio per patologia/status nell'ambito della presa in carico del paziente.
 Sono esempi di tali attività gli interventi di *counselling* comportamentale individuale o farmacologico, azioni di disassuefazione al fumo, Gruppi di Cammino attivati da ospedali o associazioni, ecc.
 - **Associazionismo.** Per dimensioni, esperienza e capacità di risposta ai bisogni dei cittadini, il Terzo Settore della Lombardia ha assunto un ruolo strategico nel sistema di welfare regionale, grazie al patrimonio di capacità umane, professionali e organizzative impegnato nelle diverse associazioni alla valorizzazione delle organizzazioni ad opera delle politiche sanitarie e sociosanitarie di Regione Lombardia, orientate al principio della sussidiarietà orizzontale. Sul territorio lombardo, attingendo ai dati dai registri del Volontariato, delle Associazioni senza scopo di lucro e delle Associazioni di Promozione sociale, sono presenti più di 7.000 organizzazioni, operanti in diversi ambiti. Tra di esse, le associazioni dei pazienti e dei loro familiari e, più in generale, quelle che si occupano di tutela delle persone costituiscono, nel contesto attuale di evoluzione del trattamento delle patologie croniche, una risorsa e un'opportunità da considerare per migliorare la cura delle persone fragili.

3.4 Unità d'offerta, misure ed interventi nell'ambito della cronicità e fragilità

- **Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA):** rappresentano una rete di Unità d'Offerta diffusa e capillare sul territorio. Sono prioritariamente, anche se non esclusivamente, orientate ad offrire una risposta residenziale nei confronti delle persone anziane non autosufficienti non assistibili al domicilio. Assicurano una risposta di natura sociosanitaria prevalentemente orientata ai bisogni di natura "tutelare" e si caratterizzano per la possibilità di offrire risposte di natura temporanea o definitiva;
- **Centri Diurni Integrati (CDI):** rappresentano una rete diffusa sul territorio. Sono orientati ad offrire una risposta diurna a persone anziane non autosufficienti o con una significativa compromissione dell'autonomia. Costituiscono un servizio di sostegno alla domiciliarità e possono accogliere gli ospiti sia a tempo pieno che part time;

- **Nuove Reti Sanitarie (NRS).** I servizi raggruppati nelle NRS consentono di fornire un'adeguata risposta domiciliare a precise esigenze sanitarie di pazienti affetti da patologie croniche. Sono esempi di ambiti in cui l'intervento domiciliare con il supporto della tecnologia possa fornire buoni risultati sia dal punto di vista del sistema sanitario, sia, soprattutto, dal punto di vista del paziente che riceve un'assistenza 24h/24h per 365 giorni in relazione alle proprie condizioni di gravità, con interventi programmati, ma anche in base a sintomi su richiesta del paziente stesso;
- **Misure innovative:** tra gli interventi recentemente introdotti dalla normativa regionale e volti a sviluppare prestazioni più appropriate a favore delle persone anziane fragili o favorire una maggior orientamento delle Unità d'Offerta sociosanitarie tradizionali a favore della domiciliarità delle persone anziane non autosufficienti e destinati ad avere ulteriori sviluppi vi sono quelle avviate con la d.g.r. n. X/856/13, all'interno delle azioni individuate dalla d.g.r. n. X/116/13, e che hanno visto una prima sistematizzazione con l'introduzione d'azioni migliorative definite dalla d.g.r. n. X/2942/14, così da assicurare sempre più continuità nella presa in carico, flessibilità nelle risposte, prossimità nella gestione delle persone fragili e delle loro famiglie:
 - **RSA aperta**, la misura avvia un percorso d'evoluzione degli interventi erogabili dalle RSA in una logica di multiservizi, per una presa in carico integrata della persona al proprio domicilio. In questo modo viene ad essere spostato il "raggio d'azione" di questa unità d'offerta, ora non più limitato al solo livello residenziale ma esteso e ampliato al territorio circostante, con la possibilità di andare anche direttamente a casa dell'assistito. Le persone beneficiano di un voucher mensile secondo tre livelli di necessità assistenziale/protezione valutati dalla équipe di valutazione;
 - **Residenzialità leggera/assistita:** la misura avvia un percorso volto ad assicurare a persone anziane e >60enni in condizione di fragilità, ma con residue capacità nella gestione del se, una risposta di natura sociosanitaria capace di offrire soluzioni residenziali che seppur supportando i bisogni di natura assistenziale conservino un contesto di vita autonomo.
 - **Assistenza post acuta domiciliare**
- **Residenze Sanitarie Assistenziali per Disabili (RSD):** rappresentano una rete di Unità d'Offerta orientata ad offrire una risposta residenziale nei confronti delle persone disabili adulti gravi e gravissimi non assistibili al domicilio. Assicurano una risposta di natura sociosanitaria orientata anche ai bisogni di natura educativa, ricreativa e tutelare e si caratterizzano per la possibilità di offrire risposte di natura temporanea o definitiva;
- **Comunità alloggio (CSS):** rappresentano una rete di Unità d'Offerta di natura sociale accreditata per l'erogazione di prestazioni sociosanitarie. Sono indirizzate a realizzare a favore di persone disabili adulte percorsi di autonomia dal nucleo familiare o sostitutivi dello stesso prioritariamente consolidando percorsi di inclusione sociale nei contesti di vita "normali";
- **Centri diurni per persone con disabilità (CDD):** rappresentano una rete di Unità d'offerta diffusa sul territorio regionale ed orientata ad assicurare una risposta diurna a favore di persone disabili gravi/gravissimi. Sono indirizzati ad assicurare una risposta sociosanitaria anche di natura educativa, ricreativa e tutelare orientata a consolidare e sviluppare sia le capacità personali residue che processi di inclusione sociale;
- **Le Unità d'offerta per le cure palliative**
 I malati di cure palliative hanno bisogni complessi ad alto assorbimento di risorse assistenziali ma a basso consumo di risorse diagnostiche e terapeutiche; si tratta di malati che a seguito dell'accesso in un percorso si cure palliative, difficilmente si spostano da un nodo erogativo all'altro, così come definito nel presente documento perché la tipologia dei bisogni rimane costantemente caratterizzata da un evento finale atteso (exitus), seppur con variazioni anche improvvise dell'intensità assistenziale che danno luogo a bisogni variabili in un tempo limitato. Più frequentemente si assiste invece a passaggi da un setting all'altro all'interno di un unico percorso assistenziale di cure palliative.
 Il periodo di presa in carico dei malati con patologie in fase avanzata è variabile in funzione della natura oncologica o non oncologica della malattia (settimane-mesi), ma resta temporalmente limitato rispetto ai percorsi clinico-assistenziali dei malati affetti da patologie croniche (anni).

Le modalità organizzative ed erogative, attraverso le quali vengono garantiti processi di cura e assistenza ai malati e alle famiglie, soddisfano contemporaneamente i requisiti di cui alla d.g.r. IX/4610 del 2012 recependo l'Intesa CSR 25 luglio 2012.

L'organizzazione delle Unità di Cure Palliative della ASST rappresenta un insieme funzionale di nodi erogativi e degli enti di volontariato coinvolti nel percorso assistenziale di cure palliative che si integra all'interno del percorso di cura, relativamente all'ultima fase di vita del paziente adulto cronico e/o fragile e della rete materno infantile per le specificità pediatriche.

A tal fine le Unità di Cure Palliative:

- favoriscono una presa in carico proattiva del malato in dimissione dalle Unità di offerta del Sistema sanitario per acuti, sub acuti e del Territorio, supportando la famiglia durante tutto il percorso assistenziale;
- svolgono la funzione pivotale di sintesi clinica-assistenziale e organizzativa tra ospedale e territorio;
- garantiscono l'erogazione congiunta di attività e prestazioni sanitarie, socio-sanitarie ed assistenziali attraverso l'accesso diretto e unitario a prestazioni di cure palliative, la presa in carico della persona e la valutazione multidimensionale dei bisogni sotto il profilo clinico, funzionale e sociale.
- Integrano l'attività del volontariato.

Tali azioni, promosse dal DCP, trovano momento di integrazione con l'offerta di tutti i nodi erogativi, in seno alla Rete Integrata di Continuità Clinico Assistenziale e alla Rete Materno Infantile.

Le Cure palliative possono essere erogate dai seguenti nodi:

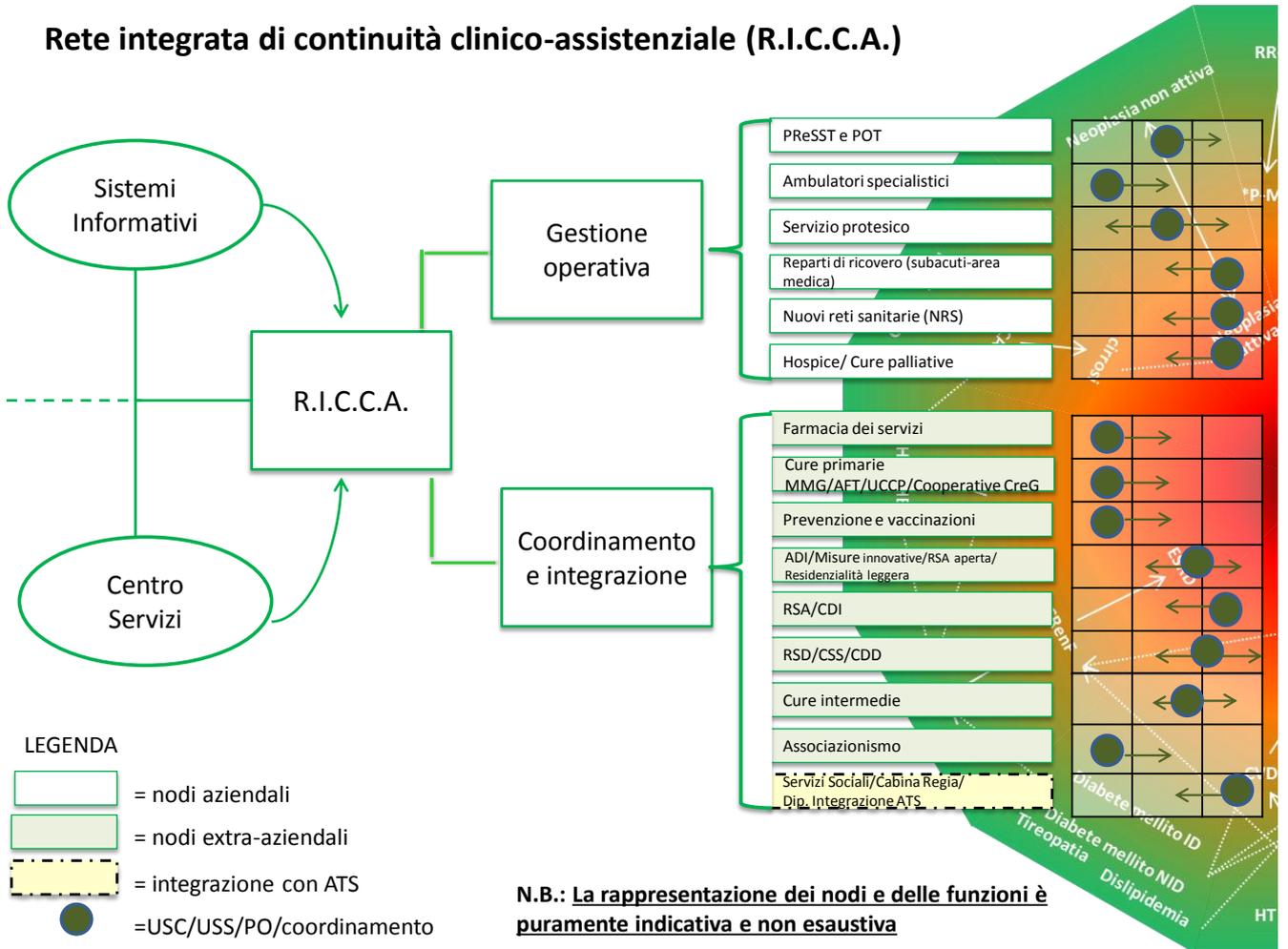
- **Assistenza ospedaliera**⁸: *consulenza palliativa multiprofessionale medico specialistica e infermieristica nei diversi regimi di assistenza; ospedalizzazione in regime diurno per l'erogazione di prestazioni terapeutiche di particolare complessità non eseguibili nelle altre strutture della rete; assistenza ambulatoriale e quanto indicato dalla normativa regionale vigente. Tali attività sono garantite attraverso le UO ospedaliere di Cure Palliative, anche avvalendosi delle strutture accreditate della Rete Locale di Cure Palliative;*
- **Assistenza in Hospice**: *complesso integrato di prestazioni mediche specialistiche, infermieristiche, riabilitative, psicologiche, accertamenti diagnostici, assistenza farmaceutica, preparati di nutrizione artificiale, prestazioni sociali, tutelari, alberghiere, di sostegno spirituale e di assistenza al lutto, attraverso ricovero, anche in regime diurno (Day Hospice) o assistenza ambulatoriale;*
- **Assistenza Domiciliare**: *complesso integrato di cure, erogate da soggetti accreditati per le cure palliative ed il setting specifico, attraverso équipe multiprofessionali e multidisciplinari dedicate (prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo, psicologico, da aiuto infermieristico-OSS, assistenza tutelare e sostegno spirituale). I percorsi domiciliari prevedono un livello di base e un livello specialistico tra loro interdipendenti in funzione della stabilità-instabilità clinica e assistenziale.*

3.5 Attività dei Comuni

In un'ottica complessiva di rete di welfare vanno considerati parte integrante ed integrata della rete anche il complesso dei servizi forniti dai comuni a favore delle persone con patologie croniche e con diversi livelli di non autosufficienza. In questo senso compito primario delle ATS è quello di favorire accordi formali con i Comuni, o articolazioni di rappresentanza dei Comuni, che diano vita a reali percorsi di integrazione volti a garantire un modello di rete effettivamente centrato sul bisogno della persona fragile e del suo contesto familiare ed orientata ad assicurare risposte volte a realizzare percorsi di sostegno e di inclusione sociale superando l'isolamento che spesso caratterizza le persone croniche e fragili e le loro famiglie. Tale percorso perché alla prospettiva della presa in carico volta ad assicurare una qualità della risposta si passi ad una progettualità condivisa orientata alla qualità della vita delle persone croniche, fragili e delle loro famiglie.

⁸ UOCP; Strutture semplici o Dipartimentali di CP come previste dai POAS

Rete integrata di continuità clinico-assistenziale (R.I.C.C.A.)



4.1 La struttura organizzativa della rete

La gestione della Rete è attribuita dalla Direzione Generale e afferisce alla Direzione Sociosanitaria. Alla rete viene assegnato uno specifico budget annuale che comprende le risorse economiche, strutturali, tecnologiche e professionali, adeguate e funzionali al raggiungimento degli obiettivi assegnati.

Compiti prevalenti:

- rilevare analizzare e **monitorare la dimensione della cronicità** nel territorio di competenza;
- recepire e attuare **le indicazioni fornite dalla ATS** in merito alla programmazione territoriale e agli obiettivi indicati;
- definire, nell'ambito dell'attività dell'ufficio di coordinamento e sviluppo, il **Piano strategico pluriennale** e il **piano annuale di programmazione** che esplicita gli obiettivi di gestione, la modalità organizzativa e la dimensione quali/quantitativa di presa in carico delle persone in condizione di cronicità e fragilità;
- assicurare la presa in carico del paziente cronico e fragile secondo gli **obiettivi** indicati nel Piano strategico;
- organizzare e gestire gli strumenti per rilevare periodicamente l'aderenza al PAI dei paziente in carico;
- coordinare i due ambiti di gestione operativa aziendale ed extra-aziendale sopra individuati;
- integrare all'interno della rete le risorse, le conoscenze ed i saperi;
- intervenire nella gestione del budget della rete;
- progettare e adottare sistemi di semplificazione per il paziente cronico e la sua famiglia, per facilitare l'accesso al livello di cura più appropriato e l'attivazione di pratiche e procedure amministrative;
- sviluppare le iniziative di e-Health per migliorare l'accesso alle cure e collocare il cittadino al centro della rete;
- condividere le informazioni con i nodi della rete e con gli attori del SSL per accrescere l'efficienza del sistema.

Le aree della rete sono organizzate per la presa in carico del paziente cronico in relazione alle fasi di progressione della malattia.

Il Direttore Generale assegna le funzioni di gestione operativa delle unità d'offerta direttamente gestite dalla ASST, e di gestione del coordinamento e dell'integrazione con le unità d'offerta extra-aziendali, che hanno il compito di:

- gestire e coordinare le strutture di erogazione assegnate;
- partecipare alla programmazione e al controllo dell'attività;
- assicurare l'applicazione e l'aderenza al PAI dei pazienti arruolati e assegnati all'area di competenza;
- promuovere e assicurare l'appropriatezza e la qualità delle prestazioni erogate;
- garantire la collaborazione fra le aree della rete per favorire l'integrazione organizzativa e professionale;
- proporre, realizzare e gestire interventi di semplificazione per il paziente cronico e la sua famiglia, per facilitare l'accesso al livello di cura più appropriato e l'attivazione di pratiche e procedure amministrative.

I nodi della rete

I nodi della rete sono tutti i servizi che partecipano alla presa in carico del paziente.

La funzione di ciascun nodo è di attivare in modo proattivo la presa in carico del paziente, definire il PAI e stabilire una relazione orizzontale con i restanti nodi della rete per predisporre, condividere, organizzare e attuare il PAI in modo da garantire al paziente una presa in carico unitaria, anche attraverso diversi erogatori.

Il coordinamento e l'integrazione tra i nodi della rete si realizzano sulla base di **protocolli e procedure** validati dalla Direzione della rete, in collaborazione con tutti i soggetti interessati.

In relazione all'autonomia organizzativa di ogni singola ASST, ai nodi della rete a gestione diretta viene assegnata una posizione e collocazione conseguente alla complessità e alla situazione organizzativa e alla

disponibilità di risorse di cui dispone ogni realtà aziendale affinché al nodo sia riconosciuto, anche formalmente, un ruolo e una posizione (posizione organizzativa/coordinamento, struttura semplice/complessa) tale da caratterizzarlo all'interno dell'organizzazione aziendale per la funzione innovativa che si sta sviluppando.

Centro servizi.

Il centro servizi, preposto al coordinamento degli interventi relativi alla presa in cura, sia di tipo sanitario che amministrativo, assicura al paziente assistenza nell'accesso alle prestazioni specialistiche necessarie e previste dal percorso di cura, assistenza nella gestione dell'agenda sanitaria (prenotazioni, contatto telefonico per ricordare; appuntamenti e accertamenti), operatori esperti che effettuano la presa in carico, di intesa con il Medico Curante e gestiscono le richieste di informazioni del paziente e/o di chi lo assiste.

Sistemi informativi territoriali aziendali sono preposti alla progettazione attuazione e gestione del sistema informativo della rete con l'obiettivo di rilevare costantemente la situazione della cronicità nell'ambito della ASST in costante integrazione con i sistemi informativi dell'ATS, rilevare le dinamiche della domanda /offerta territoriale, integrare le informazioni aziendali in ambito sanitario, sociosanitario e sociale, progettare e fornire all'area direzionale un sistema di reporting finalizzato al controllo operativo e alla verifica della efficacia e della efficienza della rete.

4.2 Gli strumenti di integrazione della rete

L'implementazione degli strumenti di integrazione e dei meccanismi operativi necessari a far funzionare le organizzazioni complesse, come nel caso della rete, vanno sviluppati e applicati tenendo conto delle peculiarità locali di ogni singola azienda. Per quanto riguarda il dimensionamento del sistema organizzativo della rete RICCA, ogni azienda deve preliminarmente considerare alcuni elementi fondamentali che devono orientarne l'organizzazione, anche in relazione alle specificità del territorio. Ad esempio: le esperienze maturate e lo sviluppo organizzativo in atto sul tema della cronicità e della fragilità, le competenze professionali presenti, la cultura organizzativa dell'azienda, il livello di collaborazione con i nodi extra-aziendali della rete, ecc.

Considerata la natura della rete e gli obiettivi che deve assumere nel SSL gli **strumenti essenziali per l'integrazione sono:**

- la **valutazione multidimensionale:** intesa come esito dell'analisi di indicatori di fragilità qui intesi come fragilità di natura clinica (cronicità), funzionale (disabilità), relazionale e sociale (vulnerabilità) accompagnata da un'analisi dei "sostegni" qui intesi come risorse individuali, famigliari e sociali. L'integrazione degli elementi di fragilità con i sostegni produce una coerente analisi dei bisogni e delle aspettative della persona e della sua famiglia;
- la **classificazione:** intesa come esito della valutazione multidimensionale orientata a definire gli elementi quanti-qualitativi della risposta qui intesi come tipologia ed intensità della risposta;
- il **PAI**, anche nelle articolazioni educative o riabilitative, che contiene:
 - la declinazione degli obiettivi attesi;
 - la descrizione del percorso e del processo di presa in carico del paziente articolato attraverso l'individuazione e la declinazione delle prestazioni previste, dei tempi di attuazione, degli enti o erogatori o operatori coinvolti e degli adempimenti amministrativi;
- il **case manager:** è l'operatore "responsabile del caso" e della verifica della realizzazione del PAI della persona presa in carico e svolge il fondamentale ruolo di raccordo e collegamento fra i nodi della rete;
- l'istituzione, nell'ambito della rete, di un **centro servizi** preposto al coordinamento degli interventi sia di tipo sanitario che amministrativo relativi alla presa in carico;
- la formalizzazione, attraverso un processo di partecipazione e condivisione del **piano strategico pluriennale e del piano annuale di programmazione** della rete coerente con gli obiettivi di sistema e la conseguente assegnazione di **obiettivi specifici ai nodi** della rete a gestione ASST;

- l'implementazione di un **sistema informativo** che consenta la produzione e consultazione del PAI da parte di tutti i nodi della rete e la periodica verifica degli obiettivi attesi.

A tali strumenti si affiancano ulteriori iniziative e attività capaci di assicurare il concreto realizzarsi di un'integrazione di rete. Si evidenziano al riguardo:

- specifici accordi con i MMG per la collaborazione/partecipazione alla presa in carico e gestione del paziente cronico e fragile;
- accordi di collaborazione con unità d'offerta sociosanitarie accreditate presenti sul territorio, per garantire compiti di natura informativa nei propri bacini di riferimento;
- accordi di collaborazione con il Dipartimento della programmazione per l'integrazione delle prestazioni sociosanitarie con quelle sociali della propria ATS;
- specifiche intese con gli Uffici di Piano ed i Comuni per favorire l'integrazione delle attività di natura sanitaria e sociosanitaria con quelle di natura sociale sia in termini di valutazione multidimensionale che di erogazione di prestazioni

4.3 Il sistema operativo della rete

E' necessario che la rete formalizzi e adotti un proprio sistema operativo costituito dall'insieme dei processi che fanno funzionare operativamente la rete. Si riportano, a titolo esemplificativo, le indicazioni per alcuni dei principali processi:

- **Accesso del paziente cronico** nella Rete:
 - per **iniziativa del paziente**, attraverso il contatto diretto nei vari nodi della rete, in questo caso il referente del nodo avvia l'arruolamento del paziente e la definizione del PAI;
 - su indicazione del **MMG** nell'ambito degli accordi definiti fra la rete ed i MMG;
 - da parte di **uno dei nodi della rete** che nel corso dell'attività rileva lo stato di cronicità e avvia e gestisce la fase di presa in carico del paziente nella rete;
 - **in modo proattivo** attraverso azioni/ iniziative adottate da un nodo delle rete utilizzando le fonti della BDA e le informazioni di classificazione della cronicità disponibili;
 - mediante la realizzazione di azioni di reclutamento su determinati cluster di pazienti secondo le indicazioni programmatiche definite dalla ATS.
- **Valutazione multidimensionale:** è parte fondamentale del processo di presa in carico globale della persona e si configura come un'operazione dinamica e continua che segue il paziente e la sua famiglia nel percorso all'interno della rete dei servizi e ne rappresenta nel tempo l'evoluzione.

Definizione: Si tratta del momento valutativo che esplora le diverse dimensioni della persona nella sua globalità, ovvero principalmente la dimensione clinica, la dimensione funzionale, la dimensione cognitiva, la dimensione assistenziale, la situazione socio-relazionale-ambientale. La multidimensionalità della valutazione scaturisce dalla complessità e dalla globalità dei bisogni afferenti al paziente cronico e/o fragile.

Finalità: la Valutazione Multidimensionale:

1. esplora in maniera sistematica le diverse dimensioni della persona in relazione a diverse problematiche;
2. assicura l'appropriatezza dei successivi interventi di cura e riabilitazione;
3. è il riferimento per l'integrazione tra gli interventi di carattere sanitario, sociosanitario e sociale;
4. orienta alla individuazione della tipologia di servizio, struttura e intervento più appropriati a fronteggiare le esigenze paziente cronico e/o fragile;
5. pone le condizioni per definire il PAI.

La valutazione per la presa in carico del paziente cronico può essere effettuata con livelli, strumenti e intensità diversi, anche in riferimento alle diverse fasi del progetto di assistenza.

Gli **strumenti** per la valutazione multidimensionale possono essere compresi tra quelli gestiti da un singolo professionista, sino ad approcci molto complessi ed articolati con la necessità di un approccio multiprofessionale.

L'output della valutazione multidimensionale individua:

- l'area assistenziale (verde, gialla e rossa) in cui una determinata persona si colloca;
- le risorse necessarie per un intervento appropriato;
- i tempi per una nuova valutazione (se necessaria);
- i target assistenziali/livelli di miglioramento concretamente raggiungibili.

La valutazione multidimensionale è "fisicamente" realizzata dagli erogatori in grado di garantire le competenze necessarie, anche tramite la costituzione di equipe, e in grado di attuare o orientare la conseguente presa in carico, secondo i criteri di appropriatezza ed i vincoli programmatori definiti dalle ATS in attuazione delle indicazioni regionali.

La valutazione multidimensionale e la conseguente presa in carico sono soggette ai consueti controlli di appropriatezza.

La valutazione multidimensionale, essendo effettuata nel contesto di una potenziale presa in carico, tiene conto delle scelte individuali dell'utente e in base all'esito di tale valutazione consegue la presa in carico da parte di un erogatore (specie in caso di presa in carico da parte di erogatori sociosanitari) o il passaggio concordato con l'utente ad altro erogatore (come nel caso di una valutazione multidimensionale effettuata in ambito ospedaliero).

La valutazione multidimensionale va ristretta quanto più possibile agli utenti fragili con bisogni su diverse dimensioni assistenziali che necessitano follow-up/prese in carico durature, in cui, di norma, sono protagoniste o sono significativamente coinvolte le strutture sociosanitarie della rete territoriale.

In tal senso, le persone portatrici di patologie croniche non necessariamente sono oggetto di valutazione multidimensionale, dovendosi escludere quelle in cui è conservato un adeguato "livello di funzionamento" e presentano bisogni incentrati nell'ambito sanitario.

La complessità e l'approfondimento raggiunto nel processo di valutazione multidimensionale potrà essere modulato rendendolo proporzionale al livello di fragilità della persona e, per altri versi, al tipo di risposta attesa al bisogno (es. la valutazione multidimensionale funzionale ad una presa in carico al domicilio dovrà valutare bene aspetti di contesto che passano in secondo piano per persone la cui prospettiva è l'istituzionalizzazione).

- **Il PAI**, anche nelle articolazioni educative o riabilitative, proposto da un nodo della rete anche a seguito della valutazione multidimensionale, deve essere redatto sulla base dei protocolli validati dal responsabile delle rete. Il PAI viene condiviso col paziente e viene garantita la sua **visibilità e consultazione da parte di tutti i nodi della rete** previa sottoscrizione del Patto di Cura da parte del paziente. E' evidente che questo processo, che garantisce l'uniformità e l'integrazione delle rete, è un efficace e autorevole strumento di coordinamento organizzativo, che deve essere necessariamente gestito con appropriati e dedicati supporti tecnologici per evitare appesantimenti del percorso e rallentamenti nella erogazione delle prestazioni.

Il PAI costituisce lo strumento operativo con cui vengono esplicitati gli obiettivi e i risultati attesi a medio-lungo termine nei termini di mantenimento o miglioramento dello stato di salute del paziente, individuando la tipologia di servizi in grado di rispondere ai bisogni dell'utente, le prestazioni sanitarie e sociosanitarie che dovranno essere erogate (anche da più erogatori) e la tempistica degli interventi.

Il PAI è redatto sotto la responsabilità dell'erogatore che ha in carico il paziente, effettua la valutazione (anche multidimensionale), in collaborazione con gli altri erogatori coinvolti nella presa in carico.

- **Il case manager**. La figura del "responsabile del caso" è un professionista che opera come riferimento e "facilitatore" per la persona che ha bisogni complessi sanitari e sociosanitari e ha il compito di seguire il paziente durante tutto il percorso assistenziale, per migliorare l'efficienza dell'assistenza. E' fondamentale che sappia costruire un dialogo costante con l'utente e la sua famiglia. Il ruolo di case manager è assunto da figure assistenziali diverse a seconda dei bisogni e della complessità del paziente. Viene individuato all'atto della stesura dell'avvio del percorso tra gli operatori di uno dei nodi della rete, in base alla prevalenza e alla intensità della risposta al bisogno. In tal senso, esso può essere, a titolo esemplificativo, il MMG (per le patologie croniche in fase iniziale), uno specialista (per pazienti con frequente ricorso alle prestazioni ospedaliere), un operatore del soggetto che eroga l'ADI (per i pazienti che usufruiscono di

questa tipologia di servizio), l'operatore dei servizi sociali comunali (per le persone con prevalenza di questa tipologia di prestazioni). E' una figura fondamentale per una "presa in carico" che sia riconoscibile e ben presente nella vita dell'utente, in grado di interfacciarsi, secondo protocolli prestabiliti, con gli altri nodi della rete e attivare risorse e servizi, anche erogate da enti diversi e dalla comunità, per assicurare una risposta complessiva ed integrata a bisogni complessi della persona.

5. MODELLI DI CLASSIFICAZIONE DELLA CRONICITA'

5.1 Modelli di Classificazione della cronicità

Il disegno della Rete è riconducibile a un approccio di **Population Health Management**, finalizzato a modulare l'erogazione dei servizi sulla base del livello di rischio e delle effettive necessità assistenziali di specifiche categorie di pazienti, con forte attenzione ai processi di monitoraggio e alla valutazione di efficacia degli interventi.

Una possibile declinazione dei livelli di malattia (per un maggiore approfondimento si rinvia al documento "Indirizzi per la presa in carico della cronicità e della fragilità in Regione Lombardia 2016-2018"), utile a categorizzare i bisogni del paziente e quindi il livello di risposta assistenziale, distingue:

- **malattie croniche in stadio iniziale**, non complicate: in questa categoria confluiscono malattie che richiedono solo supporto all'auto-cura (self-management), monitoraggio frequente o interventi di promozione della salute o di prevenzione secondaria. I bisogni di questi pazienti trovano prevalente risposta nell'ambito territoriale delle cure primarie, attraverso una presa in cura proattiva che consenta di rallentare l'evoluzione della malattia e prevenire l'insorgenza di complicanze;
- **malattie croniche complicate**: questa seconda fase di evoluzione riguarda malattie già complicate, o casi con più condizioni morbose concomitanti, che richiedono l'intervento dello specialista, a volte anche in degenza ospedaliera per indagini diagnostiche o interventi terapeutici di maggiore complessità, indispensabili per stabilizzare la malattia ed evitare l'insorgenza di eventi acuti. Si tratta di pazienti con bisogni complessi, che necessitano di presa in carico e continuità delle cure, cioè di una gestione sinergica e integrata della malattia attraverso il raccordo continuo tra più professionisti del livello specialistico e delle cure primarie;
- **malattie croniche complesse**: rappresentano l'ultima fase evolutiva della malattia, nella quale confluiscono varie condizioni morbose che, pur provenendo da branche specialistiche diverse, sono assimilabili tra loro in termini di bisogni assistenziali e di cura, essendo caratterizzate dalla necessità di forte integrazione tra area sanitaria e sociosanitaria. Si tratta di situazioni di complessità tale da richiedere spesso cure ospedaliere (in emergenza-urgenza o in reparti ad alta intensità di cura o di alta specializzazione) seguite da lunghe fasi riabilitative e dal follow-up territoriale nei casi in cui la malattia superi la fase acuta, con necessità di integrazione con interventi sociosanitari (ADI, ecc.) o socio-assistenziali (Servizio Assistenza Domiciliare comunale), oppure cure palliative domiciliari e ricovero in hospice per i casi terminali. Questa fase comprende spesso pazienti fragili, non autosufficienti, che richiedono una valutazione multidimensionale del bisogno e interventi da parte di più professionisti in diversi ambiti assistenziali e di cura, oltre che la presenza di un familiare o di un altro care giver.

Ad ogni livello di malattia corrisponde uno specifico percorso di cura.

6 TARIFFE E MODELLI DI REMUNERAZIONE - IPOTESI DI LAVORO

La remunerazione della gestione del percorso del paziente cronico all'interno della Rete rappresenta un potenziale cardine per la sua integrazione.

In alternativa ai modelli di remunerazione a prestazione (*fee-for-service*) che tendono a frammentare il percorso assistenziale, esistono modalità in grado di incentivare la presa in carico del paziente, l'integrazione dei servizi oltre che l'appropriatezza dell'erogazione delle prestazioni.

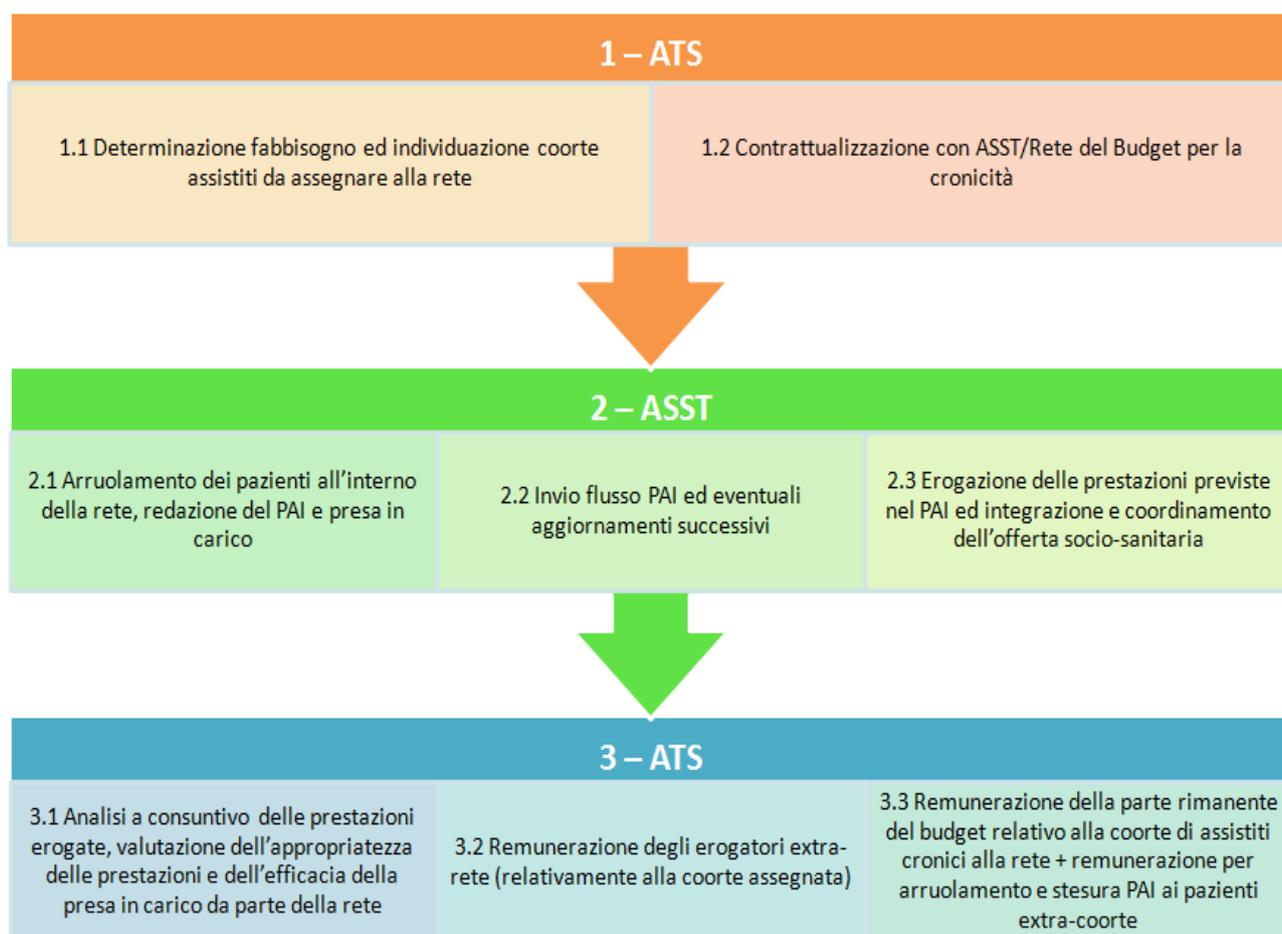
Fra questi, il *pay-for-coordination* restituisce una quota al responsabile del percorso dell'assistito all'interno della rete finalizzata a garantire la continuità e l'appropriatezza del percorso; i *bundled payment* definiscono invece la spesa tipica per un insieme di prestazioni in un determinato periodo di tempo che il responsabile del percorso utilizza per fornire i servizi di assistenza al paziente, tipicamente rispetto ad una specifica condizione morbosa o episodio di cura; e i pagamenti a quota capitaria (o tariffa di presa in carico, o budget di cura), bilanciati per la complessità clinica del paziente, che restituiscono le risorse necessarie per la gestione di tutti i bisogni dell'assistito, e che, definiti per l'insieme dei pazienti presi in carico, definiscono un budget globale del gestore.

La definizione della tariffa di presa in carico, o budget di cura, per ciascun paziente viene definita attraverso una valorizzazione, basata sui dati storici applicando tecniche attuariali, della spesa attesa basata sul rischio clinico, ovvero bilanciata sul livello di bisogni assistenziali, definito attraverso opportuni meccanismi di stratificazione.

6.1 Remunerazione dell'attività della rete

Di seguito si propone la modalità di remunerazione della rete per l'attività di presa in carico dei pazienti cronici, che persegue l'obiettivo di stimolare la presa in carico della cronicità e valorizzare comportamenti appropriati.

Nel budget assegnato alle ASST si dovrà suddividere la quota assegnata per la presa in carico dei pazienti cronici da quella relativa alla erogazione di prestazioni per i pazienti non cronici. In ogni caso, in fase di prima assegnazione, la quota complessiva sarà quella storicamente assegnata alla struttura. Di seguito si riporta esclusivamente la modalità di remunerazione relativa ai pazienti cronici presi in carico.



6.2 Sistema di remunerazione ed effetti attesi

Il meccanismo di remunerazione indicato è finalizzato a generare un'elevata responsabilizzazione del gestore della rete e a stimolare la messa in atto di una serie di comportamenti virtuosi.

Il metodo proposto premia: l'attività e la capacità di lettura e analisi della domanda/offerta del fenomeno della cronicità in generale e dello specifico contesto; l'appropriatezza dell'offerta; l'efficacia e l'efficienza erogativa; l'effettiva presa in carico dei pazienti cronici; la gestione della domanda sanitaria e sociosanitaria all'interno della rete mediante il PAI; la fidelizzazione del paziente nei confronti della rete; la collaborazione e l'integrazione della rete con i MMG.

E' interesse del gestore della rete evitare che il paziente, a fronte di un'insoddisfazione reale o percepita, sviluppi una domanda inappropriata e incontrollata con conseguente incremento dei costi che penalizza, sotto il profilo finanziario, la rete e compromette gli obiettivi evolutivi del SSR.

Il rischio d'impresa vale a dire la possibilità che si generino situazioni ed eventi che pregiudicano lo svolgimento efficace ed efficiente della attività con negative ripercussioni economiche per il gestore dipende dalla capacità della rete di realizzare una reale integrazione sanitaria e sociosanitaria, attuare una effettiva presa in carico del paziente cronico, far interiorizzare al paziente e alla sua famiglia che la rete costituisce un riferimento e un presidio per la sua sicurezza.

7 IL SISTEMA INFORMATIVO: QUALITÀ/MONITORAGGIO E CONTROLLO

In una visione strategica di breve e medio periodo, considerata tra l'altro l'evoluzione dell'offerta del sistema sanitario regionale, diventa strategicamente rilevante **ripensare al sistema informativo delle aziende**.

Gli obiettivi di evoluzione del SSL introdotti dalla LR 11 Agosto 2015 n.23, ed in particolare la presa in carico e la gestione del paziente cronico e l'integrazione fra l'area sanitaria, sociosanitaria e sociale, devono essere necessariamente sostenuti da uno specifico ed **adeguato sistema informativo aziendale**.

7.1 Finalità

L'attività della rete deve essere supportata e organizzata da un sistema informatico, la cui fondamentale e imprescindibile **finalità** è di **connettere i nodi della rete** al fine di condividere le informazioni relative ai pazienti in carico, e consentire che ogni nodo della rete possa arruolare il paziente e conseguentemente implementare, gestire e verificare il percorso.

Oltre a questa funzione tipicamente operativa il sistema informatico deve consentire di organizzare il **sistema informativo** funzionale al responsabile della rete per attivare un **sistema di reporting direzionale** finalizzato a misurare l'efficacia e l'efficienza della rete, il grado di raggiungimento degli obiettivi e monitorare l'adesione individuale e aggregata ai PAI. Il sistema informativo deve soddisfare il **fabbisogno informativo interno** alla azienda sanitaria, in particolare verso i nodi della rete dell'ASST e e assolvere le esigenze informative esterne alla ASST in particolare verso i portatori di interesse dell'ambito territoriale e verso il sistema sanitario regionale.

All'interno della rete va **garantita l'integrazione informativa** fra la componente sanitaria- sociosanitaria e sociale, si tratta di consolidare un sistema di comunicazione fra questi settori per rendere fruibile una completa informazione sui servizi dedicati ed utilizzati dall'assistito. Lo scambio di informazioni consente di evitare /ridurre eventuali duplicazioni dell'offerta, ridurre le inefficienze operative, aumentare la tempestività dell'intervento.

7.2 Programmazione e monitoraggio

La rete deve dotarsi di un **sistema di programmazione, monitoraggio e valutazione** della propria attività integrato con il sistema di programmazione della ASST. Il poter disporre di queste informazioni consente di strutturare sia a livello di ASST che di sistema una serie di **indicatori** di valutazione della qualità e dei risultati del servizio in termini di efficienza, efficacia ed esiti.

7.3 Evoluzione verso un sistema integrato

In generale lo stato attuale dei sistemi informativi del SSL si caratterizza per una separazione fra l'area territoriale sociosanitaria ed ospedaliera. Nella nuova prospettiva evolutiva del sistema sanitario si tratta di superare questa logica settoriale per **realizzare un sistema integrato** che consenta:

- la lettura dei bisogni della popolazione (già presente con la BDA);
- l'identificazione e classificazione dei pazienti cronici per patologie e livelli di complessità condivisi;
- il monitoraggio del percorso clinico del paziente in ogni ambito di presa in carico e cura.

In particolare, le aziende devono poter disporre di queste informazioni in modo organizzato e strutturato, per condividerle con gli specialisti ed i MMG di riferimento e profilare il sistema informativo a supporto di tutte le fasi di presa in carico e gestione del paziente cronico.

7.4 Esperienze in atto

E' in corso con Llspa ed in collaborazione con i POT sperimentali uno studio di fattibilità per produrre un **gestionale dedicato** alla rete in grado di soddisfare le condizioni informative ed operative indicate, realizzare l'integrazione con il SISS e la **generazione del PAI strutturato** che alimenta il fascicolo sanitario del paziente consultabile dal MMG, e dal paziente.

Una significativa esperienza è rappresentata dal sistema informativo di **valutazione del governo clinico** disponibile sul portale regionale che rende fruibile ad ogni ASL /azienda sanitaria un panel di indicatori per valutare le proprie performance rispetto all'obiettivo target. Un sistema che, con gli opportuni adeguamenti, può essere trasferito anche alla rete.

8 FORMAZIONE E COMUNICAZIONE

8.1 Formazione

La formazione del personale che opera nella Rete dell'ASST costituisce un fattore fondamentale per favorire il processo di costruzione e gestione della rete all'interno delle ASST.

In ambito regionale si intende sviluppare un piano formativo nei confronti delle aziende **articolato su tre direttrici** di fondo:

- favorire la **conoscenza delle sperimentazioni** in atto per agevolare lo scambio di esperienze e condividere le best practices;
- fornire alle aziende gli strumenti tecnici per progettare e realizzare un adeguato **piano di comunicazione aziendale** interno ed esterno all'azienda per favorire l'avvio della rete nella ASST;
- sostenere l'implementazione dei **sistemi informativi** per favorire la loro evoluzione dalla logica settoriale alla integrazione

8.2. Comunicazione

L'implementazione e lo sviluppo della rete ASST rappresenta un'importante innovazione, destinata ad incidere profondamente sui percorsi di cura e sui modelli organizzativi aziendali di presa in carico e gestione dei pazienti.

Il successo di questa iniziativa è in larga parte conseguente alla capacità delle aziende di promuovere e gestire l'innovazione attraverso la messa in campo di una **strategia di comunicazione dedicata a diversi target (pazienti, comunità, professionisti della Rete e altri portatori d'interesse del territorio)**, orientata a promuovere la conoscenza della rete della ASST per favorire e facilitare il rapporto e l'integrazione con tutti gli attori del sistema.

E' quindi necessario che le ASST sviluppino un'adeguata strategia e una conseguente azione di comunicazione, che deve essere organizzata e realizzata individuando principi, strumenti, tecnologia e relazioni che devono essere fra loro coordinati per ottenere il risultato voluto.

A tale scopo si ritiene utile programmare e attuare specifici eventi formativi dedicati alle ASST con l'obiettivo di accrescere le competenze per conoscere e gestire i principi della comunicazione in sanità e fornire gli elementi per predisporre, pianificare e attuare un efficace strumento di comunicazione interna ed esterna

all'azienda per la condivisione degli obiettivi e delle strategie aziendali relative alla presa in carico della cronicità.

9 PERCORSO D'ATTUAZIONE DELLA RETE: PIANO DI FATTIBILITÀ

L'applicazione del modello della rete delineato richiede un percorso attuativo organizzato e progressivo che sarà contrassegnato dalle caratteristiche peculiari di ciascuna ASST; in tale prospettiva dovrà essere predisposto un piano di fattibilità anche al fine di consentire il monitoraggio dell'implementazione della rete e fornire l'adeguato supporto.

Questi i punti di riferimento:

- **dimensione della cronicità e modalità di presa in carico:** valutazione della dimensione della cronicità rilevando la numerosità e la complessità della casistica, e le modalità di presa in carico con una previsione quantitativa dell'attività.
- **assetto organizzativo della rete e procedure operative:** rappresentare l'organizzazione della rete con l'indicazione dei nodi e le procedure operative che si intendono adottare;
- **risorse dedicate:** descrivere le risorse (personale, spazi e dotazione tecnologica) che si intendono dedicare alla rete, specificando se si tratta di risorse incrementali o già presenti;
- **organigramma e funzionigramma della rete:** il piano di fattibilità deve essere corredato dall'organigramma della rete e dal conseguente funzionigramma riportando le funzioni di ogni nodo e il profilo professionale dedicato.
- **tempi e fasi di attuazione della rete:** tempi di attuazione, specificando la data di avvio, eventuali fasi attuative intermedie e la relativa tempistica e la data di conclusione.

L' articolazione e l'attività della Rete verranno approvate e monitorate dalla ATS e dalla DG Welfare.

2 - Rete Integrata Materno-Infantile

Rete Integrata Materno-Infantile

Sono riportati di seguito gli elementi che orientano la realizzazione e lo sviluppo della Rete Integrata Materno Infantile – R.I.M.I.

L'area materno infantile non è una specialità d'organo ma insiste con diversi ambiti specialistici su una ben identificata fascia di età e su aspetti peculiare della salute della donne. E' di per sé multidisciplinare e non compresa in unica specialità di organo.

La Rete è la base per la realizzazione dei *percorsi assistenziali rivolti agli utenti che afferiscono all'area materno infantile*

La Rete sarà **sia funzionale** – tramite l'aggregazione di singole professionalità e unità operative semplici e/o complesse, appartenenti contemporaneamente anche a dipartimenti e Istituzioni diverse da ASST orientate alla realizzazione di obiettivi comuni - **che gestionale** - dove si realizza la gestione integrata tramite l'aggregazione di unità operative semplici e complesse nell'ambito della ASST. Alla rete possono partecipare anche soggetti privati accreditati per la condivisione di obiettivi di risultato.

La Rete integrata materno infantile è una rete trasversale con componente ospedaliera e componente territoriale e può far riferimento sia al DS che al DSS; fondamentale una stretta relazione funzionale tra le Direzioni.

Obiettivi e funzioni della rete territoriale

Obiettivo della rete è di attuare, nell'ambito della ASST, la presa in carico, attraverso modelli organizzativi adeguati e l'utilizzo di PDTA delle *“delle donne, le madri, i neonati, i bambini e gli adolescenti per garantire la continuità nell'accesso dei Punti di Offerta dei servizi e l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali”*.

- a) All'interno della rete viene intercettata la domanda e posto le basi per il soddisfacimento della domanda appropriata sanitaria sociosanitaria e socio assistenziale dell'utente dell'area Materno Infantile attraverso l'erogazione delle prestazioni coerenti con i bisogni espressi e identificati da specifici Percorsi Diagnostico Terapeutici e Assistenziali. La rete Materno Infantile si rivolge, in Regione Lombardia a una popolazione di circa 1.600.000 di abitanti in età pediatrica, a 85.000/90.000 gravidanze e altrettanti neonati ogni anno e agli aspetti ginecologici di tutte le donne della nostra Regione. Per realizzare questo obiettivo soddisfare le esigenze di una importante fetta di utenti le ASST dovranno avviare e progressivamente consolidare un sistema d'offerta, per questa specifica domanda, fortemente integrato.
- b) L'assistenza nell'area Materno Infantile deve essere caratterizzata da:
 - **EQUITÀ/FACILITÀ DI ACCESSO**, intesa come identificazione e ricerca attiva dei gruppi con bisogni di salute rilevanti non soddisfatti, coerente offerta dei servizi, migliore allocazione/distribuzione delle risorse sia a livello ospedaliero che territoriale e uniformità. Equità declinata anche tramite l'attenzione alle pratiche assistenziali non utili per poter garantire a tutti gli Utenti quanto necessario e ridurre i processi assistenziali non completi.
 - **APPROPRIATEZZA**, intesa sia come appropriatezza clinica, cioè la capacità di fornire l'intervento più efficace date le caratteristiche e le aspettative di un determinato paziente, basandosi sulla evidenza scientifica, sia organizzativa, intesa come capacità di definire e garantire il livello assistenziale più idoneo alla erogazione delle cure necessarie.
 - **QUALITÀ e SICUREZZA**, basate sulla governance clinica, il risk management e la riorganizzazione

basata sulla valutazione dei volumi di attività e degli esiti.

- **INTEGRAZIONE TRA TERRITORIO e OSPEDALE**, valorizzando adeguatamente le attività territoriali, in connessione con quelle ospedaliere, tramite lo sviluppo e la condivisione tra professionisti di percorsi assistenziali integrati attraverso la presa in carico e la continuità assistenziale. Elemento indispensabile nella programmazione e valutazione dei percorsi/reti è la presenza attiva dei fruitori finali (genitori, ragazzi e associazioni di volontariato).
- **SVILUPPO DI TUTTE LE PROFESSIONALITA' SANITARIE**, riorganizzazione delle attività assistenziali con la valorizzazione dei professionisti coinvolti nelle attività di cura del bambino (medico, infermiere, assistente sanitaria, ostetrica, riabilitatore, etc.) a sostegno della presa in carico e della continuità assistenziale in integrazione anche con l'area sociale, socio-sanitaria ed educativa.

La rete dovrà coinvolgere tutti gli ambiti specialistici per la presa in carico l'assistenza e la prevenzione nell'età pediatrica, alle donne, alle donne gravide: ostetricia e ginecologia, anestesia, neonatologia e terapia intensive neonatale, pediatria (ospedaliera + territorio – cure primarie), medicina generale (per la quota che censisce età < 18 anni), chirurgia pediatrica (con eventuali branche specialistiche), neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza. Tipicamente in ambito materno infantile l'attenzione è posta con pari intensità e priorità ai singoli soggetti e alle loro famiglie.

Dovranno essere compresi i diversi livelli organizzativi e specifiche articolazioni dei Servizi presenti attualmente operativi: Ospedale , Territorio – Cure Primarie, Consultori, Distretti, Continuità assistenziale , Strutture per residenzialità per minori con gravi disabilità, Centri diurni per persone con disabilità – “minori”, Assistenza Domiciliare Integrata per i soggetti in età pediatrica, Asili Nido, Associazionismo e Volontariato, con tutte le diverse professionalità presenti: Medici, Ostetriche, Infermieri, Psicologi, Fisioterapisti, Assistenti Sociali ed Educatori.

Nella R.I.M.I. particolare attenzione dovrà essere posta nell'ambito dei programmi di divulgazione, sostegno ed effettuazione delle vaccinazioni, obbligatorie e non, con particolare focus sulle vaccinazioni in ambito neonatale e pediatrico. Lo sfruttamento razionale delle sinergie derivanti dalla legge 23 sul SSR consente di avvicinare la dimensione organizzativa e professionale dei medici “curanti” alla dimensione delle problematiche vaccinali. Si accorcia così la filiera tra divulgazione, sostegno ed effettuazione delle vaccinazioni aumentandone l'efficacia e l'efficienza. Andranno ipotizzati, tramite il coinvolgimento delle professionalità e il know how scientifico organizzativo degli Esperti in vaccinazioni, offerte vaccinali negli ambulatori dei PLS, degli Ospedali e dei consultori con il contributo organizzativo della R.I.M.I.

I nodi della rete

La rete materno infantile delle ASST mette in relazione gerarchica, organizzativa e di risultato tutti i nodi di rete che direttamente afferiscono alla ASST e in relazione organizzativa e di risultato tutti gli altri nodi della rete che funzionalmente concorrono agli obiettivi di continuità assistenziale previsti dalla legge regionale 23/2015 sul rinnovamento del SSR e che a vario titolo afferiscono alle ATS. Lo stretto collegamento esistente tra territorio e rete rende necessario un ruolo centrale delle ATS nella programmazione e nel governo.

L'analisi della casistica trattata, la valutazione di specifici indicatori consentirà una valutazione dinamica nel tempo dei ruoli e delle funzioni al fine di un modello di rete che si adatta ai cambiamenti delle diverse esigenze degli Utenti e consente il cambio di ruolo dei diversi nodi.

Questo aspetto dinamico è elemento caratterizzante del modello operativo a rete dell'area Materno Infantile. Si favoriscono in questo modo gli elementi che sostengono un comportamento dinamico e proattivo dei professionisti nell'ambito di un obiettivo comune.

Cure primarie. Il Pediatra di libera scelta ha nel sistema sanitario il ruolo di mettersi al fianco degli assistiti e delle loro famiglie, che lo hanno liberamente scelto, per aiutarli a affrontare la loro storia di salute e malattia (Mantenere lo stato di salute - Prevenire, riconoscere e curare la malattia – Chiedere e accettare i supporti che il sistema offre). Il nodo di rete “cure primarie” si configura quindi come una delle componenti fondamentali per garantire l'appropriata gestione del paziente di età pediatrica in particolare nelle prime fasi di malattia. Questo vale anche per i medici di Medicina Generale che censiscono utenti con età < 18aa.

L'attuale processo di riorganizzazione - quando possibile - delle cure primarie in AFT e UCCP, è volto a facilitare:

- a. Il coordinamento e la continuità dell'assistenza tra i diversi professionisti e tra differenti livelli organizzativi
- b. L'accesso ai servizi, sia direttamente che utilizzando strumenti come telefono, email e internet e la telemedicina;
- c. Il coinvolgimento e l'*empowerment* dei famigliari del minore, o, appena possibile, direttamente dell'assistito nei processi assistenziali attraverso ampio accesso alle informazioni, il *counselling* e il supporto all'auto-cura;

Supporto indispensabile per la realizzazione di quanto sopra declinato è la disponibilità di sistemi informativi - accessibili anche agli utenti e alle loro famiglie - in grado di esporre i risultati (e la qualità) degli interventi sanitari.

I rapporti del Sistema Sanitario con i singoli Pediatri di libera scelta e con le forme organizzative da questi costituite sono regolati dagli Accordi Collettivi Nazionali e dai conseguenti Accordi Regionali e Aziendali.

Affinché il ruolo dei Pediatri di libera scelta trovi adeguato spazio e supporto nella rete dell'Area Materno Infantile dell'ASST occorre quindi che:

- Vengano inseriti negli accordi tra ATS e PLS specifici impegni di partecipazione alla rete da parte dei singoli/AFT concordati con il responsabile della rete
- Vengano definiti a livello della rete atti di indirizzo/linee guida condivisi
 - per la gestione dell'utente in età pediatrica all'interno della rete
 - per la messa in atto di una relazione efficace tra i PLS e gli altri nodi della rete
- Gli atti di indirizzo e le linee guida, così definiti, siano diffusi e implementati tra i PLS del territorio attraverso eventi formativi concordati con i medici stessi
- I referenti/rappresentanti dei PLS di ciascuna ASST
 - partecipino ai momenti di valutazione del contesto e di valutazione del funzionamento della rete stessa
 - condividano gli strumenti informativi di monitoraggio da diffondere a tutti gli attori della rete e da porre a base per incontri di audit tra pari volti al miglioramento della qualità

Ospedale. Tutte le discipline presenti a livello ospedaliero coinvolte prioritariamente, o per una quota significativa, nell'assistenza degli utenti afferenti all'area materno infantile devono essere, almeno funzionalmente, coinvolte

- ostetricia e ginecologia
- neonatologia
- pediatria ospedaliera
- chirurgia pediatrica (con eventuali branche specialistiche)
- neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza
- Terapia Intensiva Pediatrica/U.O. Anestesia e Rianimazione

nei loro diversi livelli di assistenza e articolazioni organizzative.

Dovranno essere realizzate concrete azioni - compatibilmente con le specificità di ogni ASST - per ridurre il ricovero di pazienti in età pediatrica in U.O. diverse da quelle di Pediatria/Neonatologia/Terapia Intensiva Pediatrica e Chirurgia Pediatrica e per coinvolgere nell'ambito della rete tutte le U.O. che abbiano ricoveri o attività ambulatoriale significativa di utenti afferenti all'area materno Infantile.

Dovranno essere previsti modelli organizzativi con stretta connessione, nell'ambito dell'attività ambulatoriale, di ricovero e con i Consultori al fine di facilitare una continuità di assistenza che fluisca attraverso i diversi livelli di assistenza e quindi fluisca tra Territorio/Ospedale/Territorio senza ostacoli.

Dovranno essere favoriti i modelli assistenziali che considerino il gradiente di intensità delle cure e in particolare per l'ambito ginecologico il modello della "week surgery".

Le attività ambulatoriali sul territorio dovranno essere integrate con quelle consultoriali al fine di una ottimale ed efficiente copertura territoriale.

Consultori rappresentano il livello organizzativo più avanzato a livello territoriale per la presa in carico delle problematiche inerenti alla famiglia, alla gravidanza consapevole, e agli aspetti preventivi, diagnostici e curativi della sfera ginecologica della donna in epoca fertile e non. Sono nodi centrali della rete Materno Infantile con funzioni fondamentali nella filiera del processo assistenziale.

Erogano prestazioni ambulatoriali sanitarie e socio sanitarie ad alta integrazione e rappresentano il luogo privilegiato per seguire le gravidanze fisiologiche/basso rischio anche con ambulatori dedicati e per l'esecuzione di diagnostica strumentale di primo livello. I consultori possono rappresentare anche le basi, distribuite nel territorio della ASST, per le visite domiciliari.

Le specifiche attività ambulatoriali vanno integrate con quelle consultoriali al fine di una ottimale copertura territoriale.

Le Unità funzionali d'offerta della rete per le cronicità e le fragilità nell'area minori.

Una suddivisione rigida e schematica dei nodi della rete ha solo valore di facilitazione descrittiva e aiuta a definire e specificare meglio le diverse funzioni.

In alcuni ambiti la sovrapposizione tra età pediatrica, cronicità e fragilità è così evidente e forte che la separazione dei nodi della rete destinati a farsi carico delle problematiche specifiche è impossibile e non porta a risultati operativi apprezzabili.

In queste situazioni non è sufficiente un'integrazione dei nodi, ma l'offerta deve essere sostenuta da un nodo di "rete terzo" che rappresenti un unicum funzionale e organizzativo anche se integra diverse funzioni e attività.

L'area del bisogno assistenziale che intercetta la cronicità, la disabilità e l'età pediatrica è un paradigma di quanto detto e necessita di **integrazioni e sinergie profonde con la rete della cronicità**, oltre che agli tradizionali strumenti volti al sostegno della genitorialità che rappresentano gli strumenti di lavoro usuali del Dipartimento Materno Infantile.

Quest'area di bisogno è caratterizzata, più di altre, dalla centralità del ruolo genitoriale e dalla necessità di valutazione multidimensionale con definizione di progetti d'intervento volti a sostenere obiettivi riabilitativi e rieducativi con percorsi volti a favorire e sostenere un reale inserimento in contesti di vita sociale e di sostegno familiare.

Questa è un'area, infatti, dove il concetto di "fragilità" deve essere connesso non solo al singolo soggetto ma deve estendersi includendo la dimensione familiare e sociale che diventa parte integrante per una corretta valutazione rappresentando, al contempo, uno degli ambiti principali di intervento e l'area su cui basarsi per le ipotesi di soluzione/miglioramento.

Specifiche unità di offerta in questo ambito sono:

- Centri diurni per persone con disabilità (CDD): rappresentano una rete di Unità d'offerta diffusa sul territorio regionale ed orientata ad assicurare una risposta diurna a favore di persone disabili gravi/gravissimi. Sono indirizzati ad assicurare una risposta di natura educativa, ricreativa e tutelare orientata a consolidare e sviluppare sia le capacità personali residue che processi di inclusione sociale;
- Istituti di Riabilitazione per minori
- *Residenzialità per minori con gravi disabilità*. La misura partendo dalla premessa che in alcune specifiche situazioni la famiglia di un minore con grave/gravissima disabilità può trovarsi nella condizione, talora anche temporanea, di non assicurare al minore la necessaria assistenza e gli adeguati supporti di natura educativa e relazionale prevede il ricorso a risposte di natura residenziale.
- Asili Nido: rappresentano una tipologia di Unità d'Offerta diffusa sul territorio e rivolta alla generalità dei minori, ma possono rappresentare un contesto di tipo educativo all'interno del quale realizzare mirati interventi di integrazione e di sostegno alle famiglie;
- Assistenza domiciliare (ADM)
- Comunità educative e familiari

Associazionismo. Per dimensioni, esperienza e capacità di risposta ai bisogni dei cittadini, il Terzo Settore della Lombardia ha assunto un ruolo strategico nel sistema di welfare regionale, grazie al patrimonio di capacità umane, professionali e organizzative impegnato nelle diverse associazioni, e alle politiche sanitarie e sociosanitarie di Regione Lombardia, da anni orientate al principio della sussidiarietà orizzontale. Sul

territorio lombardo, attingendo ai dati dai registri del Volontariato, delle Associazioni senza scopo di lucro e delle Associazioni di Promozione sociale, sono presenti più di 7.000 organizzazioni, operanti in diversi ambiti. Tra di esse, le associazioni dei pazienti e dei loro familiari e, più in generale, quelle che si occupano di tutela degli assistiti costituiscono, nel contesto attuale di evoluzione del SSR una risorsa e una opportunità da considerare per migliorare la cura dei pazienti e l'attenzione e la cooperazione verso l'empowerment degli Utenti.

Il ruolo dei comuni

In un'ottica complessiva di rete di welfare vanno considerati parte integrante della rete anche il complesso dei servizi forniti dai Comuni a favore dell'area di utenza che afferisce al DMI. Nell'ambito del ruolo di RIMI vanno ipotizzati momenti di condivisione sul piano programmatico e operativo con la conferenza dei sindaci o sua articolazione di rappresentanza dei Comuni che afferiscono alla ASST con l'obiettivo della integrazione e delle sinergie finalizzate essenzialmente alle situazioni di fragilità e cronicità.

R.I.M.M.I. (Rete Interaziendale Milano Materno Infantile)

L'esperienza della R.I.M.M.I (Rete Interaziendale Milano Materno Infantile – DDG della Direzione Generale Welfare 1988 del 18 marzo 2016)

RIMMI nasce da una radice in comune e dalla necessità di affrontare problematiche simili a quelle che sottendono l'esigenza della Rete Integrata Materno Infantile prevista per il resto della Regione.

Simili sono, infatti, la popolazione di riferimento e i bisogni di assistenza espressi e ovviamente gli obiettivi di salute.

Diverse appaiono, invece, le modalità organizzative necessarie per arrivare a medesimi obiettivi partendo da problematiche simili. La concentrazione di numerosi punti di erogazione con forte proiezione e specificità verso le problematiche espresse dalla popolazione afferente all'area materno infantile, la presenza di numerosi Centri di riferimento finalizzati anche alla ricerca e con caratteristiche di eccellenza rendono necessario un modello di integrazione con strumenti che consentano e governino una integrazione di grado elevato. Un modello organizzativo finalizzato al mantenimento ed alla accentuazione delle eccellenze e che al contempo, eviti gli sprechi derivanti da inutile ripetizione nell'offerta dei servizi territoriali e ospedalieri. Un modello che sappia cogliere al livello maggiore possibile l'opportunità d' integrazione con la ricca componente professionale dell'assistenza esistente sul Territorio della città di Milano.

RIMMI e RIMI due acronimi simili che sottendono problematiche simili con substrato ambientale diverso e con necessità di proposte organizzative diversificate ma non assolutamente divergenti.