

Allegato “1” alla DELIBERAZIONE N. del



Azienda ULSS n. 4
“Veneto Orientale”

Atto Aziendale

Ottobre 2017

Con il presente atto aziendale, questa direzione generale individua - attraverso la conoscenza dei fabbisogni di salute e la considerazione delle peculiari condizioni socio economiche tipiche di un territorio a forte impronta turistica - le soluzioni/risposte più appropriate per la salute della popolazione di riferimento, compresa quella dei turisti.

Gli obiettivi da perseguire sono strettamente collegati da un lato al rafforzamento dell'organizzazione ospedaliera basata su un presidio su due sedi ed all'integrazione con il nodo monospecialistico di Jesolo, dall'altro alla riorganizzazione dell'assistenza territoriale, per garantire maggior efficienza, efficacia ed economicità sulla base della riforma introdotta con la L.R. 19/2016 tenendo in debita considerazione l'altro aspetto peculiare dal punto di vista logistico del territorio aziendale, ovvero la sua contiguità con la regione Friuli e Venezia Giulia e le conseguenti connessioni con le dinamiche di fuga/attrazione della mobilità sanitaria.

Ciò comporta una nuova dimensione dei Servizi e delle Attività, in attuazione della programmazione regionale che individua compiti e responsabilità in una dimensione integrata dei livelli di assistenza da erogare.

D'altro canto, l'introduzione nel SSR dell'azienda zero, comporta la revisione parziale dell'assetto tecnico amministrativo che, peraltro, si contraddistingue per una progressiva implementazione del nuovo ente, con correlata flessibilità organizzativa aziendale.

Il Direttore Generale
Dr. Carlo Bramezza

PREMESSA

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

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

Inoltre alcuni recenti interventi normativi (es. Patto per la Salute 204-2012, revisione della spesa pubblica attraverso la "spending review") vanno a ridefinire la cornice istituzionale entro cui deve trovare attuazione la programmazione socio-sanitaria regionale.

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

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

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

L'Atto Aziendale riguarda, infatti, le norme di organizzazione e di funzionamento delle Aziende Sanitarie, in particolare: costituisce e definisce il modello organizzativo e le relative linee strategiche generali; il modello funzionale, cioè gli aspetti dinamici della gestione aziendale.

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

INDICE**CAPO I - La finalità dell'atto aziendale e gli elementi identificativi e caratterizzanti l'azienda**

Art. 1

La finalità dell'atto aziendale

Art. 2

La natura giuridica e la sede legale

Art. 3

Il patrimonio

Art. 4

La missione, valori e visione

Art. 5

La filosofia dell'assistenza

Art. 6

I principi di assistenza

Art. 7

Gli obiettivi dell'azienda

CAPO II - La collaborazione con la comunità locale e il rapporto con il cittadino

Art. 8

La comunità locale e la Conferenza dei Sindaci

Art. 9

I soggetti sociali e la tutela della riservatezza

CAPITOLO III - Gli organi dell'azienda

Art. 10

Gli organi

Art. 11

Il direttore generale

Art. 12

Il collegio sindacale

Art. 13

Il collegio di direzione

CAPO IV - La direzione aziendale

Art. 14

Componenti la Direzione Aziendale

Art. 15

Il direttore sanitario

Art. 16

Il direttore amministrativo

Art. 17

Il direttore dei servizi socio sanitari

Art. 18

Il consiglio dei sanitari

CAPO V - La direzione strategica ed i fondamentali processi gestionali di governance

Art. 19

La direzione strategica e la direzione operativa

Art. 20

Il sistema delle deleghe

Art. 21

I processi di pianificazione, programmazione operativa, di controllo e prevenzione.

Art. 22

La programmazione

Art. 23

La contabilità ed i bilanci

Art. 24

La metodica di budget

Art. 25

La prevenzione della corruzione.

Art. 26

Sistema dei controlli

Art. 27

Il controllo di gestione

Art. 28

Il sistema di controllo interno (internal auditing).

Art. 29

La valutazione della dirigenza

Art. 30

La risorsa umana

Art. 31

La disciplina dei contratti di lavori e fornitura di beni e servizi

CAPO VI - Il livello operativo

Art. 32

L'organizzazione del livello operativo

Art. 33

Le strutture operative

Art. 34

I dipartimenti

I. Composizione del Dipartimento

Art. 35

Le unità operative

Art. 36

Gli incarichi di direzione di struttura operativa e di dipartimento

Art. 37

Direzione delle professioni sanitarie

Art. 38

I servizi professionali, tecnici ed amministrativi

CAPO VII - Le strutture operative ed il loro funzionamento

Art. 39

L'ospedale

- II. Direttore Medico di Ospedale
- III. Direttore della Funzione Ospedaliera

Art. 40

Il dipartimento di prevenzione

- IV. Pianificazione nazionale e regionale in tema di prevenzione e sanità pubblica
- V. Articolazione Organizzativa del Dipartimento di Prevenzione
- VI. Composizione del Dipartimento
- VII. Rete dei Dipartimenti di Prevenzione

Art. 41

Il distretto socio sanitario

- I. Il Direttore della Funzione Territoriale
- II. Il Dipartimento per le Dipendenze
- III. Il Direttore di Distretto
- IV. L'articolazione organizzativa

Art. 42

Il Dipartimento di Salute Mentale

ALLEGATI

Allegato A – schema organizzativo aziendale

Allegato B – funzioni e attività in capo alle strutture afferenti ai servizi professionali tecnici ed amministrativi

Allegato C – regolamento di organizzazione della direzione delle professioni sanitarie

CAPO I

La finalità dell'atto aziendale e gli elementi identificativi e caratterizzanti l'azienda

Art. 1

La finalità dell'atto aziendale

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

L'atto aziendale definisce, quale strumento di autogoverno dell'azienda, i principi ed i criteri generali dell'organizzazione e del funzionamento dell'unità locale socio sanitaria.

Il direttore generale, con separati atti, provvede a dare attuazione ai suddetti principi e criteri generali, assicurando all'organizzazione aziendale la flessibilità necessaria a soddisfare i bisogni di salute espressi dalla comunità, nel rispetto della programmazione regionale e delle risorse a disposizione.

Per quanto non contemplato nell'atto aziendale, deve farsi riferimento alle vigenti disposizioni legislative ed amministrative nazionali e regionali.

Art. 2

La natura giuridica e la sede legale

La denominazione dell'ente viene confermata in azienda unità locale socio sanitaria n. 4 "Veneto Orientale".

L'azienda unità locale socio sanitaria n. 4 "Veneto Orientale" della Regione del Veneto è una azienda dotata di personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale, con sede legale in San Donà di Piave (VE), piazza De Gasperi, n. 5.

L'ambito territoriale di riferimento comprende i comuni di Annone Veneto, Caorle, Ceggia, Cinto Caomaggiore, Concordia Sagittaria, Eraclea, Fossalta di Piave, Fossalta di Portogruaro, Gruaro, Jesolo, Meolo, Musile di Piave, Noventa di Piave, Portogruaro, Pramaggiore, San Michele al Tagliamento, San Donà di Piave, Santo Stino di Livenza, Teglio Veneto, Torre di Mosto.

Dal 1 gennaio 2018 il territorio sarà esteso mediante l'inclusione, prevista dalla LL.RR. 19/2016 e 30/2016, del comune di Cavallino Treponti.

Il logo dell'azienda unità locale socio sanitaria n. 4 è stato definito dall'Amministrazione regionale nella seguente rappresentazione grafica:



Il sito internet istituzionale dell'Azienda è all'indirizzo web www.aulss4.veneto.it. Ai sensi dell'art. 32 della legge 18 giugno 2009, n. 69, così come modificato dall'art. 2, comma 5, del D.L. 30/12/2009 n. 194, convertito con modificazioni dalla L. 26/2/2010 n. 25, l'albo on line costituisce la modalità pubblicazione sia a titolo informativo che di trasparenza amministrativa. L'Azienda pubblica on line tutti i provvedimenti.

Art. 3

Il patrimonio

Il patrimonio dell'Azienda è costituito da tutti i beni mobili ed immobili ad essa appartenenti; tutti i beni acquisiti nell'esercizio delle proprie attività; tutti i beni acquisiti da atti di liberalità.

L'elenco di tali beni risulta registrato nel libro degli inventari.

L'Azienda, ai sensi e per gli effetti dell'art. 5, comma 2, del D.Lgs. 229/99, dispone del proprio patrimonio secondo il regime della proprietà privata. Questo assunto è valido, fermo restando che i beni mobili ed immobili utilizzati per il perseguimento dei propri fini istituzionali costituiscono patrimonio indisponibile e, pertanto, non possano essere sottratti alla loro destinazione se non nei modi stabiliti dalla legge.

L'Azienda riconosce la valenza strategica del patrimonio quale strumento di un'adeguata qualificazione strutturale e tecnologica dell'offerta di servizi e ne assicura la migliore valorizzazione nel rispetto della programmazione regionale in materia.

Art. 4

La missione, valori e visione

L'azienda sanitaria, quale ente strumentale della Regione, ha il compito di realizzare le finalità del Servizio Socio-Sanitario Regionale impiegando nel processo di assistenza le risorse ad esse assegnate in modo efficiente anche al fine di favorire lo sviluppo di modalità operative innovative che, così come già delineato dai documenti di programmazione regionale, permettano una reale svolta nella presa in carico globale della persona (e della sua famiglia/caregiver) nei diversi contesti socio-sanitari. I valori che ispirano l'azione dell'azienda sono la tutela della salute quale bene collettivo ed individuale e l'equità ed universalità di accesso dei cittadini ai servizi socio-sanitari. La visione dell'azienda consiste nell'essere e voler essere parte di un sistema diffusamente orientato al miglioramento continuo della qualità dell'assistenza per soddisfare bisogni sempre più complessi dei cittadini, avvalendosi dell'evoluzione delle tecniche e delle conoscenze. La risposta ai bisogni di salute non può prescindere dalla riprogettazione delle modalità di offerta e di erogazione dei servizi da realizzare attraverso la definizione di percorsi assistenziali innovativi finalizzati a garantire la continuità delle cure, l'integrazione degli operatori e dei servizi e un utilizzo appropriato ed equo delle risorse.

Il territorio dell'azienda ulss n.4 del Veneto Orientale, peraltro, si caratterizza per una forte attrattività turistica nazionale e internazionale che necessariamente richiede l'organizzazione e l'attivazione di risposte di natura sanitaria ai turisti che ne possono beneficiare in caso di bisogno; la domanda di salute cresce in modo sensibile, quindi, in un periodo dell'anno e ciò impone la necessità di garantire costantemente le attività propedeutiche all'organizzazione, avvio e valutazione delle attività assicurate nel periodo di maggior afflusso dei turisti.

Art. 5

La filosofia dell'assistenza

E' compito dell'azienda mantenere elevati livelli di qualità riducendo i costi, perseguire la soddisfazione dei reali bisogni dei singoli e delle comunità, creare un ambiente che favorisca l'espressione del potenziale professionale ed umano degli operatori.

Art. 6

I principi di assistenza

L'assistenza è la competenza fondamentale delle aziende, essa deve essere prestata con continuità e secondo criteri di integrazione organizzativa e multidisciplinare. La centralità della persona e l'umanizzazione dell'assistenza sono principi imprescindibili: l'attenzione ai diritti della persona comprende la valutazione di tutti i bisogni fisici, psicologici, intellettuali e spirituali. La pratica professionale e clinica deve essere guidata dalle più aggiornate tecniche e procedure per le quali si disponga di provata evidenza per assicurare gli standard più elevati e secondo criteri di appropriatezza. La formazione continua del personale è strumento di miglioramento dell'assistenza e deve essere finalizzata all'accrescimento del capitale umano dell'Azienda ed all'incremento/aggiornamento delle conoscenze e competenze.

Art. 7

Gli obiettivi dell'azienda

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

II

La collaborazione con la comunità locale e il rapporto con il cittadino

Art. 8

La comunità locale e la Conferenza dei Sindaci

L'azienda riconosce nella comunità locale non solo la destinataria degli interventi ma anche la realtà capace di esprimere bisogni, di sviluppare risposte, di selezionare le priorità di intervento, nel rispetto delle responsabilità attribuite dal legislatore ad ogni soggetto pubblico.

Nell'ottica di perseguire l'integrazione delle politiche sanitarie e sociali, i luoghi privilegiati per l'incontro tra la comunità locale e l'azienda sono rappresentati dalla conferenza dei sindaci e dal comitato dei sindaci del distretto unico socio sanitario. Tali organismi partecipano, nelle forme previste dalla vigente legislazione, ai processi di programmazione socio-sanitaria e di verifica e valutazione dei risultati raggiunti dall'azienda.

Le amministrazioni locali che afferiscono al territorio aziendale contribuiscono in particolare alle iniziative di integrazione funzionali all'attuazione del modello organizzativo territoriale, anche attraverso la messa a disposizione di strutture, l'attivazione congiunta di programmi ed il coinvolgimento sinergico delle professionalità.

La Conferenza dei Sindaci è composta da tutti i Sindaci dei Comuni, il cui territorio è compreso nell'ambito territoriale dell'Azienda. Le funzioni dei Sindaci nell'ambito della Conferenza sono delegabili ad Assessori e Consiglieri Comunali. La Conferenza dei Sindaci svolge le funzioni previste dall'art. 3, comma 14 D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e dalla normativa regionale. Alla Conferenza sono attribuite, in particolare, le competenze di cui alla L.R. 14 settembre 1994 n. 56 così come modificata dalla L.R. 13 aprile 2001 n. 11.

L'Esecutivo della Conferenza dei Sindaci è l'organismo ristretto mediante il quale la stessa Conferenza esercita le proprie funzioni di indirizzo e di valutazione così come stabilite dalla legislazione vigente in materia. L'Esecutivo è costituito da cinque membri compreso il Presidente della Conferenza ed il Vicepresidente. Il Presidente della Conferenza è membro di diritto dell'Esecutivo e lo presiede, ciò per esigenze di collegamento e coordinamento tra la Conferenza e l'Esecutivo e tra questi e il direttore generale dell'azienda.

Nell'azienda ULSS n.4 la Conferenza dei Sindaci svolge anche la funzione di Comitato dei Sindaci che, in conformità a quanto stabilito dalla L.R. n. 19/2016, deve essere istituito in ogni Distretto e ha le funzioni elencate all'art. 26, comma 5 ed in particolare:

- a) formula al direttore di distretto il parere sulla proposta di Programma delle Attività Territoriali;
- b) formula al direttore generale l'intesa sul Programma delle Attività Territoriali limitatamente alle attività sociosanitarie;
- c) elabora e approva:
 - il bilancio di parte sociale preventivo e consuntivo del distretto
 - il Piano di Zona del distretto
 - il Piano locale per la non autosufficienza del distretto;
- d) esprime parere:

- sulle schede di dotazione territoriale
 - sulla collocazione delle strutture intermedie
 - sull'attivazione della Medicina di Gruppo Integrata;
- e) collabora con l'azienda per la realizzazione delle Medicine di Gruppo Integrate, anche mettendo a disposizione idonee strutture.

Art. 9

I soggetti sociali e la tutela della riservatezza

Conformemente alle indicazioni della programmazione regionale, nella logica di una comunità solidale che produce le condizioni per il proprio sviluppo, l'azienda unità locale socio sanitaria, nella prospettiva di potenziare il sistema dei servizi alla persona, riconosce il valore del concorso, in forma autonoma o collaborativa, degli enti morali, delle organizzazioni di volontariato, della famiglia, delle cooperative sociali, degli enti con finalità religiosa e delle libere associazioni.

Al fine di supportare il coinvolgimento delle associazioni di volontariato e le altre organizzazioni, l'azienda, dando seguito ad uno strumento organizzativo espressamente introdotto dalla legge di riforma, L.R. 19/2016, prevede una unità operativa in staff della direzione dei servizi socio sanitari quale funzione di interfaccia specifica, punto di riferimento per il volontariato, con lo scopo di:

- favorire la reciproca conoscenza, sostenere percorsi formativi integrati;
- diffondere le buone pratiche;
- implementare l'audit civico finalizzato al miglioramento dell'assistenza.

L'azienda riconosce nella carta dei servizi lo strumento fondamentale per garantire agli utenti, per il tramite dell'ufficio relazioni con il pubblico, le funzioni di informazione, accoglienza, tutela e partecipazione e per dichiarare specifici standard di qualità.

La funzione relativa all'informazione deve sviluppare in modo esauriente negli utenti la conoscenza sul sistema delle prestazioni erogate dall'azienda, ivi compresi i relativi standard di qualità, e sulle relative modalità di fruizione delle stesse, nonché sulle procedure di attuazione del diritto di accesso e partecipazione.

La funzione di accoglienza è finalizzata ad instaurare con l'utente una relazione in grado di metterlo nella condizione di esprimere i propri bisogni di salute e di accompagnarlo nella fruizione delle prestazioni. Rientrano, inoltre, nell'ambito di tale funzione gli interventi di educazione dell'utenza ad un corretto utilizzo dei servizi.

Al fine di rendere effettiva la tutela del cittadino, l'azienda individua le procedure da osservare per l'accoglimento e la definizione delle segnalazioni e dei reclami, in qualunque forma essi siano presentati, con l'adozione di uno specifico regolamento di pubblica tutela.

L'azienda tutela la riservatezza dei dati personali e dei dati sensibili dei cittadini.

L'azienda disciplina le modalità del trattamento con lo specifico regolamento sulla privacy, approvato in attuazione del "Progetto privacy delle Aziende Sanitarie della Provincia di Venezia" e dà impulso al diffondersi di una mentalità più rispettosa del diritto alla riservatezza del cittadino.

L'azienda favorisce la presenza e l'attività all'interno delle proprie strutture operative degli organismi di volontariato e di tutela dei diritti dei cittadini, prevedendo anche forme di partecipazione nelle attività relative alla programmazione, alla verifica ed alla valutazione dei servizi a livello aziendale.

L'azienda convoca, di norma una volta l'anno, apposita conferenza dei servizi, quale strumento per verificare l'andamento delle strutture operative e per individuare obiettivi di sviluppo delle attività, anche in relazione al risultato di rilevazioni sistematiche della qualità percepita da parte dei cittadini, con particolare riferimento alla personalizzazione ed umanizzazione dell'assistenza, al diritto all'informazione ed alle prestazioni alberghiere.

CAPITOLO III

Gli organi dell'azienda

Art. 10

Gli organi

Gli organi dell'azienda sono il direttore generale, il collegio sindacale ed il collegio di direzione.

Art. 11

Il direttore generale

Al direttore generale spettano tutti i poteri di gestione, che, quando formalizzati in documenti, assumono la denominazione di deliberazioni, acquisiti i pareri dei Direttori di Area.

E' il legale rappresentante dell'azienda, di cui ha la responsabilità della gestione complessiva. Egli ha il compito di combinare i fattori produttivi in vista del perseguimento degli obiettivi socio-sanitari posti dalla regione in condizioni di massima efficienza ed efficacia .

E' responsabile del raggiungimento degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi assegnati dalla giunta regionale del Veneto ed aggiornati periodicamente, secondo la legislazione vigente.

Al direttore generale compete la nomina dei direttori di area e le funzioni di programmazione e controllo e, in definitiva, la leadership dell'intera azienda. Si differenzia, così, all'interno dell'azienda la funzione di programmazione, allocazione e committenza, propria della direzione generale, dalla funzione di produzione affidata alle strutture tecnico-funzionali.

Il direttore generale è componente del Comitato dei direttori generali dell'azienda zero. Ai sensi dell'art. 3, comma 3, legge regionale n. 19 del 2016, il Comitato determina gli indirizzi e i fabbisogni in materia contabile, per la gestione di attività tecnico – specialistiche e gli indirizzi e il coordinamento degli Uffici Relazioni con il Pubblico in materia sanitaria e socio-sanitaria, previsti dall'art. 2, comma 1, lett. f), g) e h) della legge regionale n. 19 del 2016. Verifica la realizzazione di quanto sopra anche con relazione annuale alla commissione consiliare competente per materia ed esprime parere obbligatorio in relazione agli atti e provvedimenti afferenti alle funzioni relative alle attività tecnico – specialistiche di cui all'art. 2, comma 1, lett. g) della legge regionale n. 19 del 2016.

Art. 12

Il collegio sindacale

Il collegio sindacale esercita il controllo di regolarità amministrativa e contabile, assicurando un ruolo collaborativo a favore della direzione generale dell'azienda.

Il collegio sindacale, in particolare:

- a) verifica l'amministrazione dell'azienda sotto il profilo economico;

- b) vigila sull'osservanza della legge;
- c) accerta la regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili, ed effettua periodicamente verifiche di cassa;
- d) riferisce almeno trimestralmente alla Regione del Veneto, anche su richiesta di quest'ultima, sui risultati del riscontro eseguito, denunciando immediatamente i fatti se vi è fondato sospetto di gravi irregolarità; trasmette periodicamente, e comunque con cadenza almeno semestrale, una propria relazione sull'andamento dell'attività dell'azienda alla conferenza dei sindaci.

I componenti del collegio sindacale possono procedere ad atti di ispezione e controllo, anche individualmente.

Le verifiche di regolarità amministrativa e contabile devono rispettare, in quanto applicabili all'unità locale socio sanitaria, i principi generali della revisione aziendale asseverati dagli ordini e collegi professionali operanti nel settore.

Il controllo di regolarità amministrativa e contabile non comprende verifiche da effettuarsi in via preventiva, se non nei casi espressamente previsti dalla legge e fatto salvo, in ogni caso, il principio secondo cui le definitive determinazioni in ordine all'efficacia dell'atto sono adottate dal direttore generale.

Art. 13

Il collegio di direzione

E' organo dell'azienda, è nominato dal direttore generale e dura in carica per tre anni.

Si riunisce di norma almeno bimestralmente e ogni qualvolta se ne ravvisi la necessità ed è composto come segue:

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

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

Svolge le attività previste dalla L.R. del 29.6.2012 n. 23 e, in particolare, nell'ambito del governo clinico, fornisce supporto alla Direzione Generale, promuovendo e coordinando le azioni finalizzate a migliorare l'efficienza, l'efficacia, l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, ed a garanzia di equità nell'opportunità

di accesso. Per l'esercizio di questa funzione il Collegio di Direzione avrà la responsabilità della messa a punto di un sistema consolidato di audit clinico, potrà definire un programma aziendale di gestione del rischio, potrà programmare un'attività di formazione continua, nonché svolgere attività di ricerca, di innovazione e di miglioramento continuo.

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

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

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

Possono essere individuati come componenti del collegio di direzione anche i coordinatori dei dipartimenti funzionali così come possono, altresì, essere invitati a partecipare altri professionisti dell'azienda, in relazione alla specificità degli argomenti da trattare.

La partecipazione al collegio di direzione non è delegabile.

CAPO IV

La direzione aziendale

Art. 14

Componenti la Direzione Aziendale

I componenti della Direzione Aziendale sono il direttore amministrativo e il direttore sanitario ed il direttore dei servizi socio sanitari, definiti anche “direttori di area”.

Ai sensi dell’art. 3, comma 1-quinquies del D.Lgs. 502/1992, i direttori di area “... partecipano, unitamente al direttore generale, che ne ha la responsabilità, alla direzione dell’azienda, 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”. Sono, quindi, soggetti attori, unitamente al direttore generale, della funzione di programmazione, allocazione e committenza propria della direzione generale.

Essi esercitano le proprie funzioni attraverso il processo di budget, che li vede direttamente coinvolti e responsabili, a partire dalla definizione delle scelte programmatiche aziendali, alla declinazione degli obiettivi di budget ed alla loro negoziazione con i responsabili delle strutture aziendali, al monitoraggio ed all’eventuale revisione dei predetti budget e del budget generale.

Art. 15

Il direttore sanitario

Il direttore sanitario è nominato dal direttore generale per l’espletamento delle funzioni di cui all’art. 14 della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56, e successive modificazioni. Coadiuvato dal direttore generale, che ne ha la responsabilità, nella gestione dell’azienda e partecipa al processo di pianificazione strategica, fornendo i pareri obbligatori sugli atti relativi alle materie di competenza.

Dirige e coordina, in riferimento agli aspetti organizzativi igienico – sanitari e ai programmi di intervento di area specifica a tutela della salute, i responsabili delle strutture operative Ospedale e Dipartimento di Prevenzione dell’azienda. Fornisce le informazioni e realizza le attività necessarie al controllo di gestione dell’azienda ed al controllo di qualità dei servizi e delle prestazioni erogate.

A titolo esemplificativo e non esaustivo, sono di competenza del direttore sanitario:

- la farmaceutica;
- il risk management;
- la qualità;
- l’appropriatezza delle prestazioni;
- la medicina specialistica;
- le cure primarie;
- il Servizio Professioni Sanitarie.

Sono di competenza congiunta con il direttore dei servizi socio sanitari:

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

Laddove previsto, esprime i pareri per il conferimento degli incarichi di direzione o responsabilità e coordinamento relativi ai servizi stessi.

Esercita nei confronti dei dirigenti il potere di impartire direttive sugli atti di loro competenza compresi quelli da attuare nell'ambito dell'esercizio delle deleghe ricevute.

Art. 16

Il direttore amministrativo

Il direttore amministrativo è nominato dal direttore generale per l'espletamento delle funzioni di cui all'art. 15 della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56, e successive modificazioni. Coadiuvato il direttore generale, che ne ha la responsabilità, nella gestione dell'azienda e partecipa al processo di pianificazione strategica, fornendo i pareri obbligatori sugli atti relativi alle materie di competenza.

Dirige e coordina i servizi amministrativi dell'azienda. Fornisce le informazioni e realizza le attività necessarie al controllo di gestione dell'azienda ed al controllo interno dei servizi e delle prestazioni erogate.

Risponde al direttore generale del risultato dell'attività svolta dagli uffici cui è preposto, della realizzazione dei programmi e dei progetti affidatigli, nonché della gestione del personale e delle risorse finanziarie e strumentali assegnategli. Esercita nei confronti dei dirigenti il potere di impartire direttive sugli atti di loro competenza compresi quelli da attuare nell'ambito dell'esercizio delle deleghe ricevute.

Laddove previsto, esprime i pareri per il conferimento degli incarichi di direzione o responsabilità e coordinamento relativi ai servizi stessi.

Art. 17

Il direttore dei servizi socio sanitari

Il direttore dei servizi socio sanitari è nominato dal direttore generale, sentita la rappresentanza della conferenza dei sindaci, per l'espletamento delle funzioni di cui all'art. 16 della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56, e successive modificazioni. Coadiuvato il direttore generale, che ne ha la responsabilità, nella gestione dell'azienda e partecipa al processo di pianificazione strategica, fornendo i pareri obbligatori sugli atti relativi alle materie di competenza.

Dirige e coordina i responsabili delle strutture del Territorio, con riferimento agli aspetti organizzativi dei servizi sociali e socio-sanitari e dei programmi di intervento di area specifica a tutela della salute, avvalendosi dei referenti di cui all'art. 17 della L.R. 14 settembre 1994 n. 56 per le aree di propria competenza ed esercita le altre funzioni delegate dal Direttore Generale esprimendo pareri per gli aspetti di competenza e, laddove previsto, per il conferimento degli incarichi di direzione, responsabilità e coordinamento relativi a Strutture Operative dei servizi socio-sanitari e sociali.

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

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

Sono di competenza congiunta con il direttore sanitario:

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

Esercita nei confronti dei dirigenti il potere di impartire direttive sugli atti di loro competenza compresi quelli da attuare nell'ambito dell'esercizio delle deleghe ricevute.

Costituisce sotto il profilo istituzionale il tramite del Direttore Generale per la realizzazione del sistema integrato degli interventi dei servizi sociali e ad elevata integrazione socio-sanitaria, fornendo al medesimo il supporto per l'elaborazione del Piano di Zona dei servizi alla persona di cui segue l'attuazione.

Garantisce l'interazione sull'intera materia sociale tra Azienda e Comuni, nonché col volontariato e con le altre istituzioni pubbliche e private operanti sul territorio, per le funzioni socio-assistenziali delegate ai sensi della L.R. 15 dicembre 1982 n. 55.

Art. 18

Il consiglio dei sanitari

Il consiglio dei sanitari è un organismo elettivo dell'unità locale socio sanitaria, nel cui seno viene garantita l'equilibrata presenza di tutte le componenti professionali dell'azienda. Presieduto dal direttore sanitario, fornisce parere obbligatorio non vincolante al direttore generale per quanto riguarda le attività tecnico sanitarie, anche sotto il profilo organizzativo e per gli investimenti ad esse attinenti, e di assistenza sanitaria.

Il funzionamento del consiglio è disciplinato da apposito regolamento elaborato dal consiglio stesso.

CAPO V

La direzione strategica ed i fondamentali processi gestionali di governance

Art. 19

La direzione strategica e la direzione operativa

L'Azienda dà attuazione al principio di separazione fra le funzioni di governo (programmazione, indirizzo, committenza, allocazione delle risorse e controllo), proprie della direzione generale, e le funzioni di produzione (organizzazione e gestione) affidate alle strutture, in un quadro di chiara determinazione delle competenze e delle responsabilità della direzione aziendale e di quelle della dirigenza operativa, nella logica della responsabilizzazione e della massima valorizzazione della dirigenza e di tutte le risorse professionali.

Per le attività di programmazione, verifica e rendicontazione delle attività e dei costi, l'Azienda assume come riferimento le strategie, la programmazione, gli indirizzi e i vincoli definiti dalla Regione Veneto.

Il processo di programmazione e controllo è governato dagli atti approvati dal direttore generale, che guidano le funzioni di pianificazione strategica, di programmazione attuativa e del controllo della gestione.

La pianificazione strategica, nell'ambito delle indicazioni fornite dalla Regione, fissa le linee strategiche per il governo dell'Azienda, definendone gli obiettivi generali, le strategie per il loro raggiungimento, gli ambiti di sviluppo dei servizi gestiti per la parte di competenza, nonché l'assetto organizzativo.

La programmazione è esercitata mediante gli strumenti previsti dalla L.R. n. 55/1994.

Il controllo della gestione è volto a guidare l'Azienda verso il conseguimento degli obiettivi stabiliti in sede di programmazione attuativa: l'individuazione di indicatori appropriati di processo e di risultato, il monitoraggio degli stessi, l'analisi dei possibili scostamenti e l'applicazione dei correttivi eventualmente necessari costituiscono i fondamenti del sistema. Costituiscono atti della funzione di controllo i rendiconti trimestrali ed il bilancio di esercizio corredato dalla relazione del direttore generale sulla gestione.

Art. 20

Il sistema delle deleghe

L'attuazione del principio della distinzione tra le funzioni di indirizzo e controllo spettanti alla direzione generale, da un lato, e quelle di attuazione e gestione spettanti alla direzione operativa, dall'altro, richiede un sistema di deleghe, che vede, di norma, permanere in capo alla competenza del direttore generale l'adozione di tutti gli atti di programmazione aziendale e di alta amministrazione, mentre l'esercizio delle attività per la realizzazione degli obiettivi aziendali programmati viene delegato ai direttori di struttura operativa ed ai dirigenti di strutture complesse.

A tale scopo, il direttore generale, in relazione alle esigenze che, in concreto, egli si propone di soddisfare, nonché all'evolversi positivo o negativo dell'attività aziendale, attribuisce:

- ai direttori di area la delega per le funzioni di indirizzo e controllo;

- al singolo dirigente una delega più o meno ampia per l'adozione di atti, provvedimenti e spese che impegnano l'azienda verso l'esterno, nei limiti del budget assegnato.

La delega è conferita con specifico atto, ovvero con il presente atto nel caso dei direttori di struttura operativa.

Con il conferimento dell'incarico di dirigente il direttore generale attribuisce al dirigente stesso l'esercizio dei poteri di gestione ordinaria connessi alle funzioni, per la realizzazione degli obiettivi aziendali.

Con apposito atto del direttore generale sono definite le funzioni assegnate alle singole unità organizzative.

Art. 21

I processi di pianificazione, programmazione operativa, di controllo e prevenzione.

I processi di pianificazione di medio - lungo periodo e di programmazione operativa, di controllo, garanzia e miglioramento continuo della qualità, di budgeting, di controllo di gestione e di valutazione, debbono essere gestiti in forma:

- sistematica, collegandoli anche all'applicazione degli istituti previsti per l'incentivazione del personale dai contratti collettivi nazionali di lavoro;
- non burocratica, evitando di considerarli un mero adempimento formale privo di utilità gestionale;
- partecipata, garantendo la massima diffusione delle relative conoscenze metodologiche a tutti i livelli organizzativi e professionali dell'azienda.

La negoziazione del programma e del budget delle strutture operative e dei relativi centri di responsabilità rappresenta il momento centrale e fondamentale, nel corso dell'anno, nelle relazioni tra direzione strategica e direzione operativa. In questo contesto, viene integrato anche il modello di prevenzione dal rischio di corruzione al fine di dare attuazione concreta alle azioni preventive in particolare per le aree di rischio evidenziate nella pianificazione specifica in materia.

I responsabili delle strutture operative aziendali, dei dipartimenti e delle unità operative collaborano, con modalità che tengano conto dei diversi livelli di responsabilità, con la direzione generale nell'applicazione dei sopraindicati processi, avvalendosi, altresì, degli stessi per l'esercizio delle funzioni di competenza.

Art. 22

La programmazione

L'azienda adotta il metodo della programmazione quale strumento ordinario di gestione.

Le scelte di programmazione dell'azienda si fondano sul piano sanitario nazionale, sul piano socio sanitario regionale e sugli altri atti di programmazione adottati dalla Regione del Veneto e si effettuano attraverso un insieme coordinato e congruente di piani, programmi e progetti.

I principali strumenti di programmazione aziendale, sulla base delle normative di riferimento, sono:

- Piano Attuativo Locale (PAL): è proposto dal direttore generale e, previo parere della Conferenza dei Sindaci, è approvato dalla Regione. Si tratta di un piano pluriennale che si uniforma esplicitamente al

Piano Socio Sanitario Regionale e agli altri atti della programmazione regionale e ha durata e scadenza pari a quella dei piani della programmazione regionale;

- Piano di Zona: è strumento primario di attuazione della rete dei servizi sociali e dell'integrazione socio-sanitaria e si configura come "piano regolatore dei servizi alla persona". È promosso dall'Esecutivo della Conferenza dei Sindaci ed è approvato dalla Conferenza stessa. È coordinato dal direttore dei servizi socio sanitari, recepito con deliberazione dal Direttore Generale ed inviato agli uffici regionali competenti per il visto di congruità. Il Piano di Zona vigente alla data di entrata in vigore della L.R. n. 19/2016 viene trasmesso, per la necessaria armonizzazione connessa all'incorporazione del comune di Cavallino Treporti, alla Conferenza dei Sindaci;
- Programma delle Attività Territoriali (PAT): è strumento operativo di programmazione annuale del Distretto, è basato sulla intersettorialità degli interventi ed è finalizzato alla realizzazione di obiettivi e di indirizzi contenuti nel PAL. Esso contiene la localizzazione dei vari servizi ed interventi sanitari, sociali aziendali e delegati, nonché la determinazione delle risorse per gli interventi erogati, in integrazione con i Comuni ricompresi nel territorio dell'Azienda ULSS. È proposto dal Direttore del Distretto sulla base delle risorse assegnate e delle indicazioni della Direzione aziendale e, previo parere della Conferenza dei Sindaci, viene approvato dal Direttore Generale d'intesa con la Conferenza stessa limitatamente alle attività socio sanitarie.

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

- Il Bilancio Pluriennale di Previsione (art. 5 D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e art. 4 L.R. 14 settembre 1994 n. 55) elaborato con riferimento al piano generale e agli strumenti della programmazione adottati dall'Azienda, ne rappresenta la traduzione in termini economici, finanziari e patrimoniali nell'arco temporale considerato. Ha una durata corrispondente a quella del PAL ed è annualmente aggiornato. Il Bilancio Pluriennale di Previsione è strutturato in modo da consentire la rappresentazione degli equilibri economici, finanziari e patrimoniali in analogia alla struttura e ai contenuti del bilancio economico preventivo e del budget generale.

Art. 23

La contabilità ed i bilanci

Nell'ambito delle aziende sanitarie pubbliche, con la riforma bis e l'emanazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, è stata introdotta la contabilità generale o economico patrimoniale, ossia della partita doppia nella tenuta dei libri contabili, configurando, conseguentemente il bilancio come uno strumento di informazione aziendale verso tutti i soggetti interessati, e della contabilità analitica, finalizzata a dare una rappresentazione economica dell'azienda per processi produttivi ed erogativi.

Nello specifico, l'azienda è tenuta alla redazione dei seguenti strumenti:

a) Programmazione:

- il bilancio pluriennale di previsione: rappresenta la traduzione in termini economici, finanziari e patrimoniali nell'arco temporale di riferimento ed è annualmente aggiornato per scorrimento;

- il piano degli investimenti: riepilogativo degli investimenti programmati di beni mobili ed immobili e delle rispettive fonti di finanziamento nell'arco temporale triennali di riferimento;
- Il bilancio preventivo economico annuale: rappresentativo della programmazione economica annuale. Esso è corredato dalla nota illustrativa e dalla relazione del direttore generale;
- il piano dei flussi di cassa: rappresentativo della situazione finanziaria aziendale annuale.

b) Consuntivo:

- il bilancio d'esercizio è lo strumento di rendicontazione rappresentativo della innanzi citata gestione dell'azienda. In particolare, il bilancio d'esercizio è il documento che ha lo scopo di rappresentare con chiarezza, in modo veritiero e corretto, il risultato economico, la situazione patrimoniale e finanziaria dell'unità locale socio-sanitaria. Il bilancio di esercizio si compone del conto economico, dello stato patrimoniale, del rendiconto finanziario e della nota integrativa ed è corredato dalla relazione del direttore generale.

Art. 24

La metodica di budget

L'azienda adotta la metodica di budget allo scopo di pervenire, su arco annuale e con sistematico riferimento alle scelte della programmazione, alla formulazione di articolate e puntuali previsioni relativamente ai risultati da conseguire, alle attività da realizzare, ai fattori operativi da utilizzare, alle risorse finanziarie da acquisire e da impiegare ed agli investimenti da compiere.

La metodica di budget si sviluppa secondo una struttura che comprende il documento di direttive, il budget generale, i budget delle strutture operative ed i budget di centro di responsabilità.

Art. 25

La prevenzione della corruzione.

La funzione di gestione dell'anticorruzione e trasparenza è in staff alla Direzione Generale.

Il D.Lgs. n. 97/16 ha unificato in capo ad una sola persona fisica l'incarico di responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza – RPCT (v. art. 41, comma 1, lett. f), D.Lgs. n. 97/16), il quale cura:

- a) l'adempimento degli obblighi posti dalla normativa sulla prevenzione della corruzione di cui alla L. 190/12, al D.Lgs. n. 39/13 e alle altre fonti normative rilevanti in materia quali:
- l'elaborazione del Piano triennale aziendale per la prevenzione della corruzione, previa definizione degli indirizzi strategici in materia;
 - la vigilanza sull'osservanza del piano, da attuarsi anche mediante la segnalazione alle strutture interessate, delle misure da adottare in caso di accertata violazione del piano;
 - la segnalazione all'organo di indirizzo e all'organismo indipendente di valutazione delle disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza;
 - l'indicazione agli uffici competenti all'esercizio dell'azione disciplinare dei nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza;
 - l'individuazione del soggetto preposto all'iscrizione all'Anagrafe unica delle stazioni appaltanti-AUSA, l'aggiornamento dei dati e l'indicazione del predetto soggetto preposto, all'interno del PTPC;

- verifica, d'intesa con il dirigente competente, dell'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione;
 - vigilanza sul rispetto delle norme in materia di inconferibilità e incompatibilità, promozione della diffusione della conoscenza del codice di comportamento, monitoraggio annuale della sua attuazione, pubblicazione sul sito istituzionale e comunicazione all'Autorità nazionale anticorruzione;
- b) b) l'adempimento degli obblighi posti dalla normativa in materia di trasparenza e in specie gli adempimenti in materia di pubblicità degli atti e di accesso civico, quali regolati dal D.Lgs. n. 33/13.

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

Art. 26

Sistema dei controlli

L'Azienda è assoggettata a un sistema di controlli volto a garantire il rispetto delle norme di legge anche in tema di verifica dei processi, finalizzato al governo ed al miglioramento degli stessi.

Il sistema dei controlli è così costituito:

1. controllo di regolarità amministrativa e contabile, garantito anche dal Collegio sindacale;
2. controllo strategico, finalizzato ad assicurare la congruenza tra i risultati conseguiti e gli obiettivi prefissati;
3. controllo di gestione, teso ad ottimizzare il rapporto fra costi e risultati attraverso l'analisi delle risorse acquisite e della comparazione tra i costi e la quantità e qualità dei servizi offerti, verificando anche la funzionalità dell'organizzazione, l'efficacia, l'efficienza ed il livello di economicità nell'attività di realizzazione degli obiettivi fissati;
4. valutazione dei dirigenti e del personale del comparto, ai sensi delle norme nazionali regionali e contrattuali in vigore;
5. controllo dei risultati gestionali, finalizzato ad una corretta applicazione del sistema premiante (retribuzione di risultato) ed al quale è preposto l'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.).

Art. 27

Il controllo di gestione

Il controllo di gestione opera in funzione della garanzia dell'efficacia ed efficienza ai processi di acquisizione e di impiego delle risorse.

La struttura organizzativa del controllo di gestione è costituita dall'insieme dei centri di responsabilità e dall'unità operativa di staff preposta allo svolgimento del processo di controllo di gestione.

I centri di responsabilità corrispondono a dipartimenti o unità operative alle quali sono assegnate, mediante la metodica di budget, determinate risorse per lo svolgimento di specifiche attività volte all'ottenimento di individuati risultati. Un dipartimento o una unità operativa è centro di responsabilità quando risponde alle seguenti caratteristiche: a) omogeneità delle attività svolte, b) significatività delle risorse impiegate, c) esistenza di uno specifico responsabile di gestione e di risultato.

L'insieme dei centri di responsabilità costituisce il piano dei centri di responsabilità.

Art. 28

Il sistema di controllo interno (internal auditing).

Svolge un'attività indipendente e obiettiva di garanzia (assurance) e consulenza finalizzata al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'organizzazione assistendo la stessa nel perseguimento dei propri obiettivi tramite un approccio professionale sistematico, che genera valore aggiunto in quanto finalizzato a valutare e migliorare i processi di gestione dei rischi, di controllo e di Corporate Governance.

La funzione si ispira, nello svolgimento delle proprie funzioni, agli standard professionali emanati dall'Institute of Internal Auditors (I.I.A.) ed opera sulla base delle indicazioni contenute in un regolamento organizzativo e di funzionamento predisposto dall'Azienda Zero.

La funzione di Internal auditing collabora e si coordina con il Responsabile della Prevenzione della corruzione e trasparenza aziendale (RPCT).

Art. 29

La valutazione della dirigenza

L'azienda attua i processi di valutazione della dirigenza, previsti dalle disposizioni di legge e dai contratti collettivi nazionali di lavoro, con riferimento alle prestazioni ed ai risultati degli stessi, nonché ai comportamenti relativi allo sviluppo delle risorse professionali, umane ed organizzative ad essi assegnate.

Il procedimento per la valutazione è ispirato ai principi della diretta conoscenza dell'attività del valutato da parte del valutatore di prima istanza, della approvazione o verifica della valutazione da parte del valutatore di seconda istanza e della partecipazione al procedimento del valutato.

Art. 30

La risorsa umana

La gestione della risorsa umana si ispira al riconoscimento della centralità e della responsabilità del personale rispetto all'organizzazione ed ai suoi prodotti.

L'azienda riconosce, nell'ambiente di lavoro, pari dignità ed opportunità tra le persone, costituendo anche appositi comitati rappresentativi.

Fatti salvi i livelli di responsabilità gestionale e di autonomia professionale propri dei diversi livelli organizzativi dell'azienda, l'azienda valorizza, in un contesto di appropriate relazioni sindacali, l'apporto di tutto il personale, indipendentemente dal ruolo e profilo professionale, alla definizione degli obiettivi di sviluppo dei livelli di salute e di garanzia e miglioramento continuo della qualità.

L'azienda assicura un equilibrato rapporto tra il numero di posizioni organizzative dell'area tecnico – amministrativa e il numero di posizioni organizzative e incarichi di coordinamento attribuiti in ambito ospedaliero, territoriale.

Il personale deve possedere, con riferimento alle proprie funzioni e responsabilità, un adeguato grado di istruzione, addestramento, abilità ed esperienza. A tale scopo, l'azienda, nell'ambito di adeguate politiche per la formazione continua:

- definisce la competenza necessaria per il personale;
- fornisce addestramento o intraprende altre azioni per soddisfare queste esigenze, valutando l'efficacia delle iniziative intraprese;
- assicura che il personale sia consapevole della rilevanza e dell'importanza delle proprie attività e di come esse contribuiscano al raggiungimento degli obiettivi dell'organizzazione.

L'azienda garantisce la salute del proprio personale, assicurando per l'ambiente di lavoro condizioni di tutela dal rischio legato a possibili fattori ambientali, con riferimento agli aspetti strutturali, tecnologici ed organizzativi nel rispetto della normativa vigente in materia.

Viene promossa la costante ricerca ed il mantenimento delle condizioni di benessere fisico e psicologico delle persone attraverso l'attenzione oltre che agli ambienti alle relazioni di lavoro che contribuiscono al miglioramento della qualità della vita e delle prestazioni nell'ottica del perseguimento degli obiettivi di efficacia e di produttività.

Art. 31

La disciplina dei contratti di lavori e fornitura di beni e servizi

I contratti dell'azienda relativi a lavori ed alla fornitura di beni e servizi sono regolati dalle vigenti disposizioni legislative statali e regionali.

L'azienda adegua il proprio fabbisogno di beni e servizi sulla base delle competenze assolute in materia dall'azienda zero, la quale svolge le seguenti principali attività:

- la programmazione periodica delle procedure di gara in raccordo con il Comitato dei Direttori;
- l'espletamento delle procedure di gara centralizzata, ai sensi e per gli effetti di cui dell'art. 2, comma 1, lettera g), punto 1, della L.R. n. 19/2016, per l'acquisizione di beni e servizi in funzione di centrale di committenza per gli enti del Servizio Sanitario Regionale;
- l'espletamento delle procedure di gara centralizzata, per l'acquisizione di beni e servizi in funzione di Soggetto Aggregatore regionale;

I contratti pubblici di forniture, servizi e lavori sono disciplinati dal D. Lgs. n. 50/2017 e successive modifiche e integrazioni. Per l'acquisizione di forniture, servizi e lavori l'Azienda informa la propria attività ai principi della programmazione annuale, della coerenza con il sistema budgetario, della trasparenza, della imparzialità e della massima concorrenzialità; essa persegue obiettivi di efficacia, efficienza ed economicità, nel rispetto dei vincoli di spesa definiti a livello di bilancio e degli altri atti di programmazione aziendale e di gestione delle risorse. L'Azienda utilizza, ai sensi di specifici Regolamenti per l'acquisizione di beni, servizi e lavori l'acquisizione sotto soglia.

L'azienda, nei limiti consentiti dalle norme comunitarie, nazionali e regionali, tiene conto della funzione sociale del volontariato, delle associazioni di promozione sociale, del ruolo di promozione umana di integrazione sociale delle persone maggiormente svantaggiate svolto dalle cooperative sociali e privilegia, nella scelta delle procedure di affidamento dei servizi in particolare di quelli socio-sanitari, il ricorso a forme di aggiudicazione e negoziali che consentano ai soggetti del terzo settore, la piena espressione della loro progettualità.

L'azienda promuove le forme più avanzate di commercio elettronico, anche al fine della comparazione delle condizioni contrattuali, e tutte le iniziative connesse con l'evoluzione dei processi di acquisizione, finalizzati alla riduzione dei costi. In tale prospettiva, l'Azienda, nel pieno rispetto di specifici indirizzi, direttive e disposizioni emanati in proposito sia a livello nazionale che regionale, aderisce e collabora ai progetti di acquisti cumulativi promossi e predisposti anche a livello regionale. L'Azienda assume, infine, come ulteriore obiettivo, lo sviluppo, nei rapporti con i propri fornitori, delle strategie di "partnership", innovative nell'ambito delle Aziende Sanitarie, necessarie a riqualificare la programmazione e la gestione dei processi di approvvigionamento.

CAPO VI

Il livello operativo

Art. 32

L'organizzazione del livello operativo

L'organizzazione del livello operativo dell'Azienda si articola in

- Strutture Operative;
- Dipartimenti;
- Unità Operative complesse e semplici.

Alle Strutture Operative dell'Azienda dotate di autonomia gestionale, articolate in Dipartimenti e U.O. Complesse e Semplici, spetta la gestione dell'Azienda.

Nel presente atto aziendale, nel rispetto degli atti di programmazione regionale (DGR n. 1306/2017; schede di dotazione ospedaliera approvate con DGR n. 2122/2013 e successive modifiche e integrazioni) vengono specificamente individuati i dipartimenti di tutte le tipologie, le strutture complesse e le strutture semplici ivi comprese quelle a valenza dipartimentale come rappresentate nello schema organizzativo di cui all'allegato B.

Le strutture semplici - ad esclusione di quelle individuate dalle schede di dotazione ospedaliera e dall'Allegato A1 della DGR n. 1306/2017 -, potranno essere modificate con provvedimento del direttore generale, nel rispetto dello standard di 1,31 strutture semplici per struttura complessa, determinato il 02/08/2011 dal Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) di cui all'art. 9 dell'Intesa Stato-Regioni del 23/03/2005, fermo restando la comunicazione alla Direzione Generale Area Sanità e Sociale.

Art. 33

Le strutture operative

Le strutture operative dell'azienda, deputate alla produzione ed erogazione di tutte le prestazioni previste dai livelli essenziali di assistenza, sono l'ospedale, il distretto socio sanitario ed il dipartimento di prevenzione.

Le unità operative incaricate di supportare la direzione aziendale nei processi di pianificazione strategica, programmazione operativa, controllo, garanzia e miglioramento continuo della qualità, budgeting, controllo di gestione e valutazione, e quelle incaricate dell'acquisizione, organizzazione e gestione delle risorse umane, informative, finanziarie, patrimoniali e materiali necessarie a garantire la funzionalità dell'ospedale, dei distretti socio sanitari e del dipartimento di prevenzione, sono collocate in staff alla direzione generale, alla direzione amministrativa, alla direzione sanitaria o alla direzione sociale, ovvero assegnate a specifici dipartimenti strutturali afferenti ad una delle direzioni predette.

Le strutture operative, benché autonome, attuano procedure per una azione coordinata per assicurare l'integrazione tra le attività assistenziali ospedaliere e quelle territoriali

Art. 34

I dipartimenti

L'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa delle attività aziendali e va inteso come centro di responsabilità.

Il dipartimento costituisce tipologia organizzativa e gestionale volta a dare risposte unitarie flessibili, tempestive, razionali ed esaustive rispetto ai compiti assegnati, nell'ottica di condivisione delle risorse. Il dipartimento aggrega strutture organizzative omologhe, omogenee, affini o complementari che perseguono comuni finalità e, pur conservando ciascuna la propria autonomia clinica e professionale, sono tra loro interdipendenti nel raggiungimento degli obiettivi e nell'utilizzo delle risorse. L'individuazione dei dipartimenti deve essere effettuata evitando la frammentazione o la duplicazione di funzioni.

I dipartimenti possono essere:

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

Ogni Struttura Complessa deve far parte di un solo Dipartimento Strutturale.

L'assetto organizzativo dipartimentale viene esplicitato nello schema organizzativo allegato A al presente atto.

I. Composizione del Dipartimento

La composizione del Dipartimento si articola in:

- il direttore del dipartimento strutturale o il coordinatore del dipartimento funzionale
- il Comitato.

Il direttore o coordinatore del dipartimento ospedaliero viene nominato dal direttore generale, tra i direttori delle strutture complesse afferenti al dipartimento, sentito il direttore medico di ospedale di riferimento e il comitato di dipartimento.

Il direttore o coordinatore del dipartimento trasmurale viene nominato dal direttore generale, tra i direttori delle strutture complesse afferenti al dipartimento, sentito il direttore sanitario e il comitato di dipartimento.

Il coordinatore del dipartimento amministrativo unico viene nominato dal direttore generale, tra i direttori delle strutture complesse afferenti al dipartimento, sentito il direttore amministrativo e il comitato di dipartimento.

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

Al direttore del dipartimento strutturale compete, tra l'altro:

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

Al coordinatore del dipartimento funzionale competono, tra l'altro:

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

Il comitato del dipartimento viene nominato dal direttore generale ed è composto da:

- tutti i direttori delle strutture complesse afferenti al dipartimento;
- i dirigenti responsabili delle unità operative semplici a valenza dipartimentale afferenti al dipartimento, laddove presenti;
- una quota elettiva di dirigenti e di personale del comparto, determinata preliminarmente alle elezioni dal direttore generale in base all'organizzazione dell'azienda.

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

Possono essere eletti i dirigenti con rapporto di lavoro a tempo indeterminato, che non siano i direttori delle strutture complesse afferenti al dipartimento nè i dirigenti responsabili delle unità operative semplici a valenza dipartimentale afferenti al dipartimento.

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

Il comitato di dipartimento dura in carica tre anni.

Il comitato di dipartimento strutturale ha competenza consultiva e propositiva, tra l'altro, in materia di:

- definizione del budget di dipartimento;
- sviluppo di nuove attività e cessazione o riduzione delle attività in essere, secondo la programmazione aziendale;
- predisposizione delle linee guida per l'uso corretto e regolamentato degli strumenti e degli spazi comuni;

- acquisizione di risorse produttive con particolare attenzione ai programmi e progetti per il miglioramento della qualità dei servizi e delle prestazioni e per la razionalizzazione di costi;
- piani di aggiornamento e riqualificazione del personale, di educazione sanitaria e di ricerca finalizzata;
- organizzazione dell'attività libero-professionale intramurale secondo le direttive generali dell'azienda.

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

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

L'Azienda adotta un regolamento che disciplina il funzionamento del Dipartimento, nonché le ulteriori competenze che potranno essere assegnate allo stesso.

Art. 35

Le unità operative

Le unità operative rappresentano l'articolazione organizzativa aziendale elementare di base per l'attribuzione di obiettivi e responsabilità di gestione di risorse umane, tecniche e finanziarie. Il livello qualitativo e quantitativo di tale attribuzione determina, nel rispetto dei vincoli della programmazione regionale, il carattere complesso o semplice dell'unità operativa. L'unità operativa semplice può configurarsi quale articolazione interna di una unità operativa complessa, quale unità operativa a valenza dipartimentale o distrettuale, oppure quale unità operativa di staff al direttore generale, amministrativo, sanitario, servizi sociali e della funzione territoriale o alle direzioni delle strutture operative.

Art. 36

Gli incarichi di direzione di struttura operativa e di dipartimento

Gli incarichi di direzione della funzione ospedaliera, della funzione territoriale, del dipartimento di prevenzione e dei singoli dipartimenti hanno natura fiduciaria e vengono affidati, nel rispetto dei requisiti soggettivi previsti, con provvedimento del direttore generale.

Art. 37

Direzione delle professioni sanitarie

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

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

In particolare le aree di responsabilità della DPS sono:

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

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

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

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

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

Nell'ambito di ciascun presidio ospedaliero possono essere affidati incarichi di natura professionale di dirigente delle professioni sanitarie nel rispetto della programmazione regionale in materia.

Per il Dipartimento funzionale di Riabilitazione ospedale - territorio delle aziende ULSS, è inoltre previsto un livello di responsabilità organizzativo – professionale affidato a dirigenti delle professioni sanitarie afferenti alla classe delle lauree magistrali in scienze delle professioni sanitarie della riabilitazione, con incarico di natura professionale;

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

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

Art. 38

I servizi professionali, tecnici ed amministrativi

Le funzioni ed attività finalizzate a supportare la direzione aziendale nei processi di pianificazione strategica, programmazione operativa, controllo, garanzia e miglioramento continuo della qualità, budgeting, controllo di gestione e valutazione, e quelle necessarie a garantire la funzionalità dell'ospedale, del distretto socio sanitario e del dipartimento di prevenzione, mediante l'acquisizione, organizzazione e gestione delle risorse umane, informative, finanziarie, patrimoniali e materiali sono soggette ad una progressiva revisione delle loro funzioni a livello aziendale, in ragione della progressiva implementazione delle attività presso l'azienda zero, ente di *governance* della sanità regionale.

La finalità di garantire la razionalizzazione, l'integrazione e l'efficientamento dei servizi sanitari, socio – sanitari e tecnico amministrativi delle strutture regionali, impiegando nel processo le risorse ad esse assegnate in modo efficiente ha determinato la riprogrammazione delle strutture collocate presso l'azienda in quanto articolazioni che posseggono i requisiti strutturali e funzionali di rilevante importanza, che necessitano di competenze pluriprofessionali e specialistiche per l'espletamento delle attività ad esse conferite. Le Unità Operative Complesse sono individuate sulla base dell'omogeneità delle prestazioni e dei servizi erogati, dei processi gestiti e delle competenze specialistiche richieste.

I fattori di complessità individuati sono i seguenti:

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

L'assetto organizzativo delle strutture professionali, tecniche ed amministrative viene rappresentato nell'allegato B.

Per ogni struttura sono stati riportati gli ambiti di competenza, attività e procedure operative, ferme restando quelle già stabilite dalla programmazione regionale con la DGR n. 1306/2017.

CAPO VII

Le strutture operative ed il loro funzionamento

Art. 39

L'ospedale

L'Ospedale è la Struttura tecnico-funzionale, dotata di autonomia gestionale, deputata alla cura dell'acuzie e dell'immediata post-acuzie attraverso prestazioni di ricovero. Vengono qui collocate anche attività di riabilitazione nonché attività specialistiche ambulatoriali di secondo livello, volte ad assicurare il monitoraggio del paziente nella logica della presa in carico o per garantire prestazioni diagnostico/terapeutiche di particolare complessità.

L'assistenza erogata in ambito ospedaliero viene ad essere inserita in un sistema di offerta strutturato secondo una logica di integrazione orizzontale tra Ospedale e Territorio, così come di integrazione verticale tra ospedali deputati ad erogare prestazioni a complessità diversificata.

L'Ospedale è quindi parte integrante di un unico sistema aziendale, nel quale attiva tutti gli strumenti che gli sono propri per concorrere al miglioramento continuo della qualità e dell'appropriatezza dell'assistenza così come dell'efficienza organizzativa, partecipando attivamente allo sviluppo dei percorsi di integrazione con le strutture territoriali e con l'ospedalità privata pre accreditata.

L'Ospedale articola le modalità di erogazione dell'assistenza per complessità ed intensità di cure ed assistenza, sviluppando nuovi modelli di organizzazione delle degenze, sviluppando i percorsi di degenza breve diurna e settimanale, così come sviluppa modelli organizzativi specifici per l'erogazione di attività ambulatoriali complesse, quali i moduli di day-service.

Le modifiche organizzative impegnano i professionisti nello sviluppo continuo delle proprie competenze, in un'ottica di specializzazione e di integrazione multidisciplinare e multi professionale, coinvolgendo i diversi profili professionali nei processi di miglioramento ed innovazione dell'organizzazione del lavoro, dei servizi erogati e della loro qualità, tutti concorrendo ad assicurare la migliore risposta al bisogno di salute.

L'Ospedale, pur articolandosi in diverse sedi, rappresenta una struttura unica, è dotato di autonomia economico finanziaria con contabilità propria all'interno del bilancio aziendale, viene diretto da un Direttore Medico, responsabile organizzativo-funzionale dell'intera funzione ospedaliera, che opera in staff al direttore sanitario dell'azienda.

L'Ospedale è organizzato in dipartimenti strutturali che rappresentano il modello ordinario di gestione operativa delle attività e garantiscono l'omogeneità dell'assistenza, la corretta gestione delle risorse assegnate e l'attuazione delle politiche di governo clinico definite in collaborazione con il Direttore della Funzione Ospedaliera e con il direttore sanitario.

Oltre ai dipartimenti strutturali si conferma il ruolo dei dipartimenti funzionali per il perseguimento, attraverso un "mandato forte" della direzione generale e di un apposito progetto, di specifici obiettivi per i quali è richiesta la partecipazione di più servizi. La Direzione Aziendale potrà attivare ulteriori dipartimenti funzionali in relazione ad esigenze emergenti. Le Unità Operative Complesse e le Unità Operative Semplici Dipartimentali costitutive dei dipartimenti sono quelle definite dalla programmazione regionale in materia ospedaliera.

Per quanto riguarda l'organizzazione della Struttura ospedale si rimanda allo schema organizzativo allegato all'atto.

Per le attività diagnostico-terapeutiche non ricomprese tra quelle indicate nelle schede regionali, l'azienda si avvarrà di specifici accordi conclusi con altre realtà aziendali, con eventuale sviluppo di dipartimenti interaziendali, a garanzia della continuità e della qualità assistenziale per l'utenza, sentito il parere dei competenti organismi regionali e sovra-aziendali.

I. Direttore Medico di Ospedale

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

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

Il Direttore Medico coordina i Dipartimenti strutturali.

Al Direttore Medico di Ospedale compete:

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

II. Direttore della Funzione Ospedaliera

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

Art. 40

Il dipartimento di prevenzione

In attuazione del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i, la L.R. n. 56/1994, di riordino del Servizio Sanitario Regionale, all'articolo 23, comma 1, ha individuato nel Dipartimento di Prevenzione la struttura dell'Azienda ULSS

preposta alla promozione, nel territorio di competenza, della tutela della salute della popolazione. Al comma 2 del medesimo articolo sono stati individuati i Servizi nei quali si articola il Dipartimento di Prevenzione; il successivo comma 3 ha trasferito ai Servizi del Dipartimento di Prevenzione le funzioni amministrative in materia di igiene, sanità pubblica e veterinaria, già disciplinate da legge regionali.

In attuazione dell'articolo 31, lett. d) della L.R. n. 56/1994, la Giunta Regionale ha approvato da ultimo con la D.G.R. n. 2271 del 10 dicembre 2013 le direttive relative ai criteri di funzionamento dei Dipartimenti di Prevenzione e dei suoi Servizi.

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

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

Il Piano Socio-Sanitario Regionale (PSSR), approvato con la L.R. n. 23 del 29/06/2012 e s.m.i., ha individuato, per la promozione della salute e la prevenzione delle malattie, le aree emergenti e prioritarie di intervento a livello regionale, già definite dal Piano Regionale Prevenzione (PRP) 2010-2012 approvato con D.G.R. n. 3139 del 14/12/2010, che sviluppa quattro macroaree. Tali macroaree sono: la medicina predittiva, la prevenzione universale, la prevenzione della popolazione a rischio e la prevenzione delle complicanze e recidive di malattia, in relazione agli obiettivi generali di salute definiti dal Piano Nazionale Prevenzione (PNP) 2010-2012. Il medesimo PSSR ha, inoltre, individuato tra le aree prioritarie di intervento la prevenzione delle malattie determinate dagli alimenti, la prevenzione delle zoonosi malattie emergenti, il benessere animale, già definite dal Piano Sanità Animale e Sicurezza Alimentare 2011-2012.

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

La Regione Veneto assicura livelli di assistenza "aggiuntivi", ossia tipologie di assistenza, prestazioni e servizi non inclusi nei L.E.A. nazionali, ovvero prestazioni che si caratterizzano per modalità organizzative e standards ulteriori rispetto a quelli definiti dalle normative nazionali.

All'articolo 1, comma 1 del DPCM 12.01.2017 sono stati individuati i livelli essenziali di assistenza e, nello specifico al comma 1, lettera a), è previsto il livello "Prevenzione Collettiva e sanità pubblica". All'articolo 2 del medesimo D.P.C.M. vi è la classificazione dei L.E.A. del livello, "Prevenzione Collettiva e sanità pubblica" sono previste le relative attività.

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

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

Il Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018, approvato con D.G.R. n. 749/2015, è volto al raggiungimento dei Macro Obiettivi del Piano Nazionale, puntando a sviluppare e sostenere una rete che interconnetta le strutture regionali di governo, le Aziende Ulss, ed in particolare i Dipartimenti di Prevenzione, tutte le istituzioni pubbliche, regionali e locali, protagonisti della società civile e del mondo produttivo nell'ottica della Salute in tutte le politiche.

In questo quadro, il Dipartimento di Prevenzione rappresenta l'asse portante ed il nodo strategico garante di una forte e valida collaborazione tra le Strutture, i Servizi e le Unità Operative, interni ed esterni all'azienda, impegnati nella promozione e nella tutela della salute dei cittadini e conseguentemente nello sviluppo sociale ed economico.

Il Dipartimento di Prevenzione rivestono pertanto un ruolo di regia sia delle funzioni di erogazione diretta delle prestazioni sia di governance di processi che degli interventi non erogati direttamente costruendo e sviluppando una rete di collegamenti fra stakeholders. In particolare, spetta al Dipartimento di Prevenzione:

- a) mantenere le alleanze già attivate o attivare nuove intese, sia con istituzioni regionali e locali, sia con enti del mondo produttivo e della società civile;
- b) favorire il coordinamento e il sistema di sinergie a livello regionale e locale;
- c) monitorare le azioni, programmate ed in parte già attivate, sviluppare e garantire la valutazione del processo e dei risultati.

II. Articolazione Organizzativa del Dipartimento di Prevenzione

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

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

I Servizi indicati si configurano come Unità Operative articolate come rappresentato nello schema organizzativo allegato B.

E' istituito, inoltre, in linea con la programmazione regionale, un Dipartimento funzionale di Sanità Pubblica, veterinaria e sicurezza alimentare. A tale Dipartimento sarà preposto un Coordinatore dirigente con profilo professionale previsto al punto 6.1 dell'allegato A) del presente provvedimento.

III. Composizione del Dipartimento

La composizione del Dipartimento di articola in:

- il Direttore
- il Comitato.

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

Nella scelta del Direttore, saranno tenute in particolare considerazione le seguenti competenze e capacità, attestate dal profilo curricolare:

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

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

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

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

- esercita le funzioni valutative, previste dalla normativa vigente, nei confronti dei direttori/responsabili dei Servizi afferenti al Dipartimento di Prevenzione;
- assume funzioni di coordinamento in ordine a situazioni di emergenza che investono più Servizi del Dipartimento di Prevenzione.

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

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

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

IV. Rete dei Dipartimenti di Prevenzione

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

Art. 41

Il distretto socio sanitario

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

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

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

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

Coerentemente con tale visione, con DGR n.2271/2013 la programmazione regionale ha introdotto alcune importanti innovazioni per potenziare il Distretto, la cui validità viene confermata, sia sul piano clinico che organizzativo, quali la Centrale Operativa Territoriale o Centrale di Continuità, intesa come strumento di raccolta e classificazione del problema/bisogno, di attivazione delle risorse più appropriate, di

pianificazione e coordinamento degli interventi, con il fine di tutelare le transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico/assistenziale all'altro.

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

Sono parti fondamentali ed integranti del Distretto le Medicine di Gruppo Integrate, secondo il modello definito dalla DGR n.751/2016. Peraltro le Medicine di Gruppo Integrate, intese come team multiprofessionali che prendono in carico i bisogni di una Comunità, rappresentano di fatto i luoghi ideali in cui si può sviluppare operativamente l'integrazione socio-sanitaria.

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

1. della competenza sul governo clinico inteso come lo sviluppo e l'applicazione dei percorsi assistenziali per patologie a più elevata prevalenza. Questo richiede peraltro la presenza di elevate competenze tecnico professionali;
2. della dimensione organizzativa al fine di garantire la sintesi compiuta nelle modalità di pianificazione, programmazione, gestione e valutazione dei risultati.

I bacini delle Aziende ULSS esistenti anteriormente alla data di entrata in vigore della L.R. n. 19/2016 si configurano come DISTRETTI delle Aziende ULSS il che, nel caso di questa azienda corrisponde con l'organizzazione già in essere basata sulla presenza di un unico distretto.

il direttore dei servizi socio sanitari e il direttore sanitario, ciascuno per il proprio ambito di competenza, sono responsabili di assicurare i collegamenti funzionali tra il Distretto e il Dipartimento di Prevenzione, il Dipartimento di Salute Mentale, il Dipartimento per le Dipendenze e tutte le strutture aziendali al fine di garantire la continuità ed il coordinamento assistenziale per il paziente.

I. Il Direttore della Funzione Territoriale

In conformità a quanto previsto dalla LR n.23/2012 il Territorio viene diretto da un Direttore, unico responsabile organizzativo-gestionale dell'intera funzione territoriale che:

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

Il Direttore della funzione territoriale coincide con il Direttore di Distretto dell'azienda.

In conformità a quanto stabilito dalla LR n.23/2012 ed alla DGR n.1306/2017 si collocano sotto la direzione del Direttore della funzione territoriale:

- a) una Unità Operativa Semplice delle Professioni Sanitarie Territoriali che ha funzioni di:
 - coordinamento operativo dell'assistenza infermieristica, riabilitativa e tecnico-sanitaria distrettuale e di collegamento funzionale con le attività svolte presso le Medicine di Gruppo Integrate, al fine di favorire

una efficace e razionale organizzazione, gestione ed integrazione degli infermieri nel team multiprofessionale;

- partecipazione alla programmazione delle attività distrettuali;
 - supporto per l'implementazione di modelli assistenziali innovativi coerenti con la metodologia del nursing case management, supportando la definizione di adeguati percorsi di formazione integrata;
 - supporto per le sperimentazioni di nuovi modelli organizzativi assistenziali.
- b) una Unità Operativa Complessa Direzione Amministrativa Territoriale che dipende gerarchicamente dal Direttore della funzione territoriale, per le cui funzioni si rinvia all'allegato A;
- c) il dipartimento per le dipendenze.

II. Il Dipartimento per le Dipendenze

Il Dipartimento per le Dipendenze coordina tutte le unità operative pubbliche e private che direttamente o indirettamente si occupano di dipendenze patologiche, che perseguono comuni finalità e sono quindi tra loro interdipendenti, pur mantenendo la propria autonomia e responsabilità tecnico-funzionale e gestionale.

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

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

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

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

III. Il Direttore di Distretto

Il Direttore del Distretto garantisce la funzione direzionale di tutte le attività del Distretto, operando in stretta collaborazione con i direttori delle UO.

Al Direttore di Distretto competono le funzioni di:

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

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

È dunque in grado di:

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

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

I membri dell'Ufficio di coordinamento sono nominati dal Direttore di distretto.

In mancanza di diverse disposizioni regionali, le modalità di individuazione dei componenti e di funzionamento dell'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali (UCAD) sono disciplinate sulla base di quanto previsto dall'art. 25 ACN 23.03.2005 e dall'allegato “O” del medesimo.

E' previsto, inoltre, un Comitato per le Medicine di Gruppo Integrate, composto dai Referenti delle Medicine di Gruppo Integrate attivate nel territorio distrettuale. Svolge funzioni consultive e propositive al fine di assicurare un collegamento costante tra gli obiettivi e le attività assegnate alle Medicine di Gruppo Integrate e gli obiettivi ed attività aziendali, oltre che fungere da luogo di confronto nella organizzazione delle attività proprie previste nei contratti di esercizio. Le modalità di funzionamento di detto Comitato sono disciplinate da apposito regolamento aziendale.

IV. L'articolazione organizzativa

L'assetto organizzativo distrettuale, come definito dalla L.R. n.19/2016, prevede che le funzioni distrettuali vengano esercitate mediante un set minimo di unità operative complesse:

- Cure primarie;
- Infanzia, Adolescenza, Famiglia e Consultori;
- Cure palliative;
- Attività specialistica;
- Disabilità e Non Autosufficienza.

Nell'allegato A vengono elencate le funzioni principali delle articolazioni previste, unitamente a quelle delle strutture semplici, a valenza dipartimentale e non.

Art. 42

Il Dipartimento di Salute Mentale

Il Dipartimento di Salute Mentale (DSM), istituito in tutte le Aziende ULSS, rappresenta il riferimento ed il garante clinico per la tutela della salute mentale del proprio bacino territoriale di riferimento. Si estrinseca nella organizzazione unitaria e coerente delle varie articolazioni strutturali e funzionali in cui si esprime la presa in carico dei bisogni di salute mentale di una popolazione. Pertanto opera per la prevenzione, la cura e la riabilitazione di ogni forma di disagio mentale associato a patologia psichiatrica concorrendo a promuovere la salute mentale come aspetto della salute generale in ogni fascia di età, in collaborazione con tutte le altre agenzie sanitarie e sociali del territorio. Concorre, inoltre, a tutelare i diritti di effettiva cittadinanza delle persone con disagio psichico e disturbo mentale che rischiano di produrre discriminazioni ed emarginazioni dal tessuto sociale. Privilegia interventi personalizzati ed interviene primariamente sul territorio secondo una logica di psichiatria di comunità, valorizzando come risorsa dei servizi la partecipazione delle Associazioni degli utenti, dei loro familiari, del volontariato e degli Enti locali.

Il DSM è un dipartimento strutturale transmurale (ospedaliero e territoriale), dotato di autonomia tecnico-organizzativa dipendente dal direttore dei servizi socio-sanitari con afferenza funzionale al direttore sanitario, e che si interfaccia con la struttura Distretto.

Il DSM è organizzato come da schema organizzativo allegato B con finalizzazione al completo sviluppo e all'integrazione degli interventi terapeutico-riabilitativi e preventivi in ambito ambulatoriale e domiciliare, semiresidenziale, residenziale ed ospedaliero. Il DSM coordina, pertanto, sotto un'unica direzione le attività territoriali ed ospedaliere, pubbliche e private convenzionate delle UUOO complesse di Psichiatria.

La composizione del Dipartimento di articola in:

- il Direttore;
- il Comitato.

Si applica, salvo le precisazioni di seguito indicate, la disciplina dipartimentale di carattere generale, cui si rimanda.

Il Direttore del Dipartimento viene nominato dal Direttore Generale tra i direttori di UOC che afferiscono al Dipartimento.

Il direttore del DSM, oltre a quanto già previsto nelle predette linee guida, persegue i seguenti obiettivi:

- applicazione delle direttive nazionali e regionali sulla salute mentale, adulti e minori, con particolare riferimento ai Progetti Obiettivo nazionali e regionali;
- coordinamento della rete complessiva dei servizi territoriali ed ospedalieri, pubblici e privati convenzionati dell'assistenza psichiatrica che insistono nel territorio di propria competenza.