

C) GIUNTA REGIONALE E ASSESSORI

D.g.r. 25 luglio 2012 - n. IX/3822

Aggiornamento delle linee guida regionali per l'adozione dei piani di organizzazione aziendale delle aziende sanitarie e degli IRCCS di diritto pubblico della Regione Lombardia

LA GIUNTA REGIONALE

Visto il d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 «*Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della l. 23 ottobre 1992, n. 421*» ed in particolare:

- l'art. 2, nel quale sono state definite le competenze regionali in materia sanitaria;
- l'art. 3-sexies, comma 4, che rinvia alla legislazione regionale la disciplina di previsioni normative contenute nel medesimo decreto legislativo ed inerenti le caratteristiche e le peculiarità delle aziende sanitarie, i principi cui le stesse devono informare la propria attività, nonché gli organi dell'Azienda e le relative competenze;

Vista la l.r. 30 dicembre 2009, n. 33 «*Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità*», ed in particolare:

- gli articoli 4 e 5, che, rispettivamente, definiscono, in particolare, gli ambiti territoriali delle Aziende Sanitarie Locali e i criteri di organizzazione delle Aziende Ospedaliere;
- l'art. 13, comma 1, ai sensi del quale «*Le ASL, le aziende ospedaliere, gli ospedali classificati senza fini di lucro, gli IRCCS di diritto pubblico e gli IRCCS non trasformati in fondazioni ai sensi del d.lgs. n. 288/2003, adottano il piano di organizzazione e il piano strategico triennale e li sottopongono all'approvazione della Giunta Regionale*»;
- l'art. 13, comma 2, che precisa che i piani predetti costituiscono la disciplina di quanto previsto dall'art. 3-sexies, comma 4, del d.lgs. n. 502/1992. La Giunta regionale definisce i criteri per l'aggiornamento o l'integrazione;
- l'art. 18, comma 6, lettera a), che comprende il piano di organizzazione aziendale tra i provvedimenti delle aziende sanitarie soggetti a controllo preventivo della Giunta regionale nell'ambito delle disposizioni di cui all'art. 4, comma 8, della legge n. 412/1991;

Visto il d.l. 31 maggio 2010, n. 78 «*Misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica*», convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, l. 30 luglio 2010 n. 122;

Visto il d.l. 6 luglio 2012, n. 95 «*Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini*»;

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

- il programma regionale di sviluppo della IX Legislatura di cui alla d.c.r. n. IX/56 del 28 settembre 2010;
- il piano socio-sanitario regionale (PSSR) 2010 - 2014 approvato con d.c.r. n. IX/88 del 17 novembre 2010;
- la d.g.r. n. IX/2633 del 6 dicembre 2011 «*Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2012*»;

Richiamati altresì i seguenti provvedimenti:

- la d.g.r. n. V/19855 del 17 marzo 1992 recante «*Disciplina provvisoria del controllo della Giunta Regionale sugli atti degli Enti Sanitari in attuazione dell'articolo 4, comma 8, della legge n. 412 del 30 dicembre 1991*»;
- la d.g.r. n. VII/14049 del 8 agosto 2003 recante le «*Linee guida regionali per l'adozione del piano di organizzazione e funzionamento aziendale delle aziende sanitarie della Regione Lombardia*» con cui sono state approvate le linee guida per l'organizzazione delle Aziende Sanitarie Locali ed Ospedaliere, per la definizione delle articolazioni organizzative, delle attività funzionali e degli organi aziendali, nonché gli ambiti di autonomia organizzativa aziendale;
- la d.g.r. n. VIII/3848 del 20 dicembre 2006 - Linee di Indirizzo relative al Dipartimento ASSI;
- la d.g.r. n. VIII/7289 del 19 maggio 2008 recante «*Aggiornamento delle linee guida regionali per l'adozione del piano di organizzazione aziendale delle aziende sanitarie della Regione Lombardia*»;
- la d.g.r. n. IX/937 del 1 dicembre 2010- «*Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2011*» ;

Ritenuto di provvedere all'aggiornamento delle Linee Guida di cui alla d.g.r. n. VII/14049 del 8 agosto 2003 ed alla d.g.r. n. VIII/7289 del 19 maggio 2008, tenuto conto in particolare dei nuovi indirizzi programmatici di cui al sopra detto PSSR 2010 - 2014 e delle disposizioni di legge in materia di riduzione della spesa di cui al d.l. 31 maggio 2010, n. 78 «*Misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica*», convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, l. 30 luglio 2010 n. 122 e del recente d.l. 6 luglio 2012, n. 95 «*Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini*»;

Dato atto che le Linee Guida stesse risultano coerenti con le disposizioni di legge sopra richiamate;

Considerato che le aziende sanitarie sono dotate di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica, nell'ambito degli indirizzi programmatici regionali, e che pertanto questi ultimi sono da intendersi quali orientamenti atti a favorire la presentazione di piani di organizzazione conformi ai principi fondamentali della programmazione regionale;

Evidenziato che le linee guida - allegato 1 parte integrante e sostanziale del presente provvedimento - sono da intendersi quali indirizzi che consentano alle aziende sanitarie di realizzare quella reale autonomia che il PSSR in vigore ha voluto confermare, favorendo la presentazione di piani di organizzazione aziendale sostanzialmente «uniformi», coerenti cioè con i principi e criteri della programmazione regionale;

Precisato pertanto che, nell'elaborazione dei Piani di Organizzazione Aziendale, gli enti dovranno tenere in considerazione le indicazioni riportate nelle Linee Guida approvate con d.g.r. n. VII/14049 del 8 agosto 2003 e con d.g.r. n. VIII/7289 del 19 maggio 2008, così come aggiornate dalle Linee Guida di cui al presente provvedimento;

Ritenuto di fissare alla data del 31 dicembre 2013 la scadenza dei suddetti Piani di Organizzazione aziendale;

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

Vagliate ed assunte come proprie le predette valutazioni;

A voti unanimi, espressi nelle forme di legge;

DELIBERA

1. di approvare il documento allegato 1 - parte integrante e sostanziale del presente provvedimento - recante «*Aggiornamento delle linee guida regionali per l'adozione dei piani di organizzazione aziendale delle aziende sanitarie e degli IRCCS della Regione Lombardia*»;

2. di dare atto che le Linee Guida allegate risultano coerenti con le disposizioni di legge in materia di riduzione della spesa di cui al d.l. 31 maggio 2010, n. 78 «*Misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica*», convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, l. 30 luglio 2010 n. 122 e del recente d.l. 6 luglio 2012, n. 95 «*Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini*»;

3. di stabilire nell'elaborazione dei Piani di Organizzazione Aziendale gli enti dovranno tenere in considerazione le indicazioni riportate nelle Linee Guida approvate con d.g.r. n. VII/14049 del 8 agosto 2003 e con d.g.r. n. VIII/7289 del 19 maggio 2008, così come aggiornate dalle Linee Guida di cui al presente provvedimento;

4. di disporre la pubblicazione del presente atto sul BURL e sul sito web della Regione Lombardia.

Il segretario: Marco Pilloni

Aggiornamento delle linee guida regionali per l'adozione dei piani di organizzazione aziendale delle aziende sanitarie e degli IRCCS della Regione Lombardia

Con il presente documento si intendono fornire i criteri per l'aggiornamento e l'integrazione dei Piani di Organizzazione Aziendale triennali (di seguito P.O.A.) con scadenza al 31.12.2013, che, ai sensi dell'art. 13 della legge regionale 33/2009 devono essere definiti dalla Giunta Regionale, a cui inoltre compete valutarli ed approvarli come precisato all'art. 18 della medesima legge regionale.

Osservazioni generali

Ambito sanitario

- 1) Razionalizzazione del numero delle strutture
- 2) Ulteriori disposizioni a carattere organizzativo
- 3) Servizio Ingegneria Clinica
- 4) Le Attività di Promozione della salute, Prevenzione e Tutela sanitaria
- 5) Prevenzione Veterinaria
- 6) Programmazione acquisti e revisione dei servizi amministrativi
- 7) L'acquisizione di beni e servizi
- 8) La funzione di Risk Management
- 9) Reti di patologia

Ambito sociosanitario

- 1) Modello organizzativo della Direzione Sociale
- 2) Ambiti di programmazione strategica e assetto organizzativo
 - 2.1) Semplificazione Organizzativa
 - 2.2) Ricollocazione Organizzativa
 - 2.3) Territorio e Integrazione degli interventi
 - 2.4) Semplificazione e Trasparenza dell'accesso alla rete
 - 2.5) Rimodulazione Organizzativa della unità in staff alla Direzione Sociale

Osservazioni generali

Il P.O.A. è lo strumento strategico per la definizione dell'assetto organizzativo delle Aziende Sanitarie Locali, delle Aziende Ospedaliere e degli IRCCS di diritto pubblico e descrive il modello tendenziale cui l'Azienda prevede di allinearsi nel periodo di validità del Piano stesso. In particolare, il P.O.A., è lo strumento per la completa definizione dell'organizzazione aziendale secondo un'ottica di autonomia del Direttore Generale, nelle scelte e nella sua responsabilità nel perseguire e raggiungere gli obiettivi fissati dalla Regione. Pertanto, il P.O.A. non ha in nessun caso funzione autorizzatoria ma programmatica, e costituisce l'elemento fondamentale sia per la definizione dell'assetto organizzativo aziendale, che per le azioni per il miglioramento della efficienza e della efficacia dei livelli produttivi aziendali. Il P.O.A. è adottato con provvedimento del Direttore Generale dell'Azienda, acquisito il parere del Consiglio dei Sanitari e del Collegio di Direzione, e previo confronto con le organizzazioni sindacali. Per le aziende ospedaliere nelle quali insistono i poli universitari, l'atto è adottato sentito il Rettore dell'Università.

Successivamente l'Azienda provvederà ad inviare la delibera di approvazione della proposta di nuovo P.O.A. o di modifica del P.O.A. vigente, con i relativi allegati, agli uffici regionali competenti che ne effettueranno l'istruttoria necessaria ai fini della definitiva approvazione che avverrà con Delibera di Giunta Regionale ai sensi dell'art. 18 L.R. 33/09 e delle procedure dallo stesso richiamate.

Il P.O.A. delle Aziende Sanitarie Locali dovrà esplicitare, al fine di garantire l'ottimizzazione dei costi e dei servizi offerti, le sinergie/integrazioni tra i settori sanitario e sociosanitario in modo da evitare sovrapposizioni di funzioni e di erogazione di prestazioni o interventi. La proposta dovrà riguardare i dipartimenti o aree funzionali di assistenza sia verticali che trasversali, le strutture complesse, le strutture semplici e le strutture semplici a valenza dipartimentale.

Una volta approvato il nuovo P.O.A. o la modifica del P.O.A. vigente, eventuali ulteriori modifiche potranno essere presentate esclusivamente una volta l'anno.

Dovrà essere previsto un confronto con le OO.SS. in ordine alle proposte di modifica dei P.O.A., per le quali dovranno inoltre essere sempre acquisiti i pareri del Consiglio dei Sanitari e del Collegio di Direzione e, nel caso di aziende ospedaliere nelle quali insistono i poli universitari, il parere dell'Organo di programmazione congiunta (OPC) previsto dall'art. 33 della legge regionale n. 33/09.

Per facilitare l'esame del nuovo P.O.A. triennale e la comprensione delle eventuali modifiche proposte, nella documentazione presentata agli uffici regionali per la necessaria approvazione dovrà essere inclusa:

- una *tabella di confronto* tra l'assetto organizzativo (comprensivo delle modifiche) già approvato dalla Giunta Regionale e quello proposto, nel quale dovranno essere riportate e motivate sinteticamente le variazioni ed un *organigramma* rappresentativo di entrambi gli assetti sopra citati;

- una scheda delle competenze compilata per ogni struttura (dipartimentale - complessa - semplice - semplice a valenza dipartimentale);

Le Direzioni Generali Sanità e Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà sociale forniranno, per quanto di competenza, indicazioni operative in ordine alle modalità di redazione e trasmissione dei P.O.A. e metteranno a disposizione i modelli per la compilazione della documentazione sopra elencata.

Ambito sanitario

1) Razionalizzazione del numero delle strutture

I P.O.A. dovranno prevedere una riduzione entro il 31.12.2013 del 10% del numero complessivo delle strutture sanitarie, sociosanitarie, amministrative e tecniche (semplici, semplici a valenza dipartimentale e complesse), presenti nel POA approvato dalla Giunta Regionale, tenendo conto anche delle previsioni del sottogruppo di lavoro istituito presso la segreteria del Comitato LEA, per la fissazione dei parametri standard per la individuazione di strutture semplici e complesse del SSN ex.art.12, comma 1, lett. B), Patto per la salute 2010-2012, il cui documento finale è stato approvato dal Comitato LEA nella seduta del 02.08.2011.

In particolare, per quanto riguarda le strutture complesse di Aziende Ospedaliere ed IRCCS di diritto pubblico, si dovrà tener conto dei seguenti criteri generali concorrenti a formare l'indicatore:

- volumi lordi di produzione/risorse economiche gestite;
- complessità della casistica trattata;
- contingenti di personale assegnato;
- valenza strategica.

Nella proposta di riduzione delle strutture semplici (comprese quelle a valenza dipartimentale) si dovrà tener conto dei seguenti criteri generali concorrenti a formare l'indicatore:

- volumi lordi di produzione/risorse economiche gestite;
- contingenti di personale assegnato;
- rilevanza e complessità delle tecnologie gestite;
- valenza strategica.

Dovrà essere attuata inoltre una razionalizzazione del numero complessivo dei Dipartimenti Gestionali aziendali - sanitari, amministrativi, tecnici, o aree funzionali di assistenza sia verticali che trasversali; per quanto riguarda l'ambito sanitario l'intervento dovrà interessare le seguenti Aree:

- a. medica
- b. chirurgica
- c. materno-infantile
- d. salute mentale
- e. emergenza urgenza
- f. servizi

Per quanto riguarda l'ambito sociosanitario la revisione dell'organizzazione dovrà interessare la Direzione Sociale con i relativi dipartimenti e tutte le strutture presenti nell'Asl che afferiscono a tale ambito.

Nell'ottica della riduzione della spesa e della razionalizzazione del sistema di offerta nei POA si potranno prevedere progettualità interaziendali sperimentali nelle quali vengano coinvolti i Dipartimenti/Unità Operative, individuando un unico soggetto in capo al quale saranno riconosciute attività di coordinamento funzionale. Nel caso di ricadute sul personale conseguenti a processi di riorganizzazione e riallocazione delle risorse umane, dovrà essere previsto il confronto con le OO.SS.

Saranno oggetto di questa sperimentazione

1. Servizi posti in outsourcing dove l'istituzione di un coordinamento interaziendale riesca ad agire sia in termini di riduzione delle strutture semplici e complesse esistenti sia in termini di riduzione dei costi e di maggiore standardizzazione del servizio offerto (per esempio depositi di farmaci e dispositivi automatizzati).
2. Servizi diagnostici ad elevato contenuto tecnologico (medicines nucleari, emodinamica, radioterapie, laboratori automatizzati) soprattutto dove un investimento già effettuato abbia generato condizioni di offerta superiori a quelle normalmente assorbibili da una sola Azienda.
3. Supporti tecnici ed amministrativi (legale, fiscale, contabile, progettazione) che non rappresentano il core della gestione strategica ma che potrebbero risultare utilizzati solo occasionalmente in una azienda di piccole-medie dimensioni.

L'introduzione di forme di coordinamento interaziendale all'interno dei Piani di organizzazione dovrà essere finalizzata al raggiungimento di condizioni di efficienza ed efficacia, anche con analisi costi benefici.

Le Aziende Sanitarie Locali e l'AREU per le attività connesse alle funzioni di emergenza -urgenza extra ospedaliere, sono, preventivamente, informate in merito ai progetti sperimentali interaziendali ospedalieri.

Dovranno essere valutate con attenzione:

- Economie di scala in relazione alla dimensione della domanda
- Sfruttamento delle potenzialità telematiche in termini di riduzione di ostacoli e costi di natura logistica

Ai fini della prevista riduzione delle strutture le Aziende Sanitarie Locali dovranno valutare con particolare attenzione l'organizzazione a livello distrettuale, nonché mettere in atto misure di razionalizzazione dei Dipartimenti gestionali aziendali o aree funzionali di assistenza sia verticali che trasversali. Tale processo dovrà tener conto dell'obiettivo strategico del PSSR 2010 - 2014, con particolare riferimento al mantenimento dell'adeguatezza delle dotazioni della Prevenzione e della Veterinaria.

La revisione sarà l'occasione inoltre per adeguarsi ai principi di razionalizzazione e di contenimento delle strutture previsti dalle norme nazionali e regionali in materia.

Nel caso in cui la riduzione prevista non potesse essere effettuata immediatamente, il P.O.A. dovrà contenere un apposito cronoprogramma, sottoscritto dalla Direzione Generale, con le decorrenze delle soppressioni delle strutture (entro il 31.12.2013), tenendo conto anche delle cessazioni a vario titolo del personale dirigenziale. Tale cronoprogramma verrà approvato dalla Giunta regionale quale

Serie Ordinaria n. 31 - Venerdì 03 agosto 2012

parte integrante del Piano.

Gli interventi di razionalizzazione dovranno preferenzialmente coinvolgere:

- le strutture che risulteranno non coperte da più di un anno dalla data di approvazione della presente delibera;
- le strutture sanitarie già previste nel vigente POA per cui non risultano ancora perfezionate le procedure di accreditamento.

Il ridisegno dell'assetto organizzativo dell'azienda dovrà avvenire nel rispetto del budget annualmente assegnato sul personale (considerando il costo per l'intero anno) e della capienza dei fondi contrattuali delle dirigenze; potranno essere ricoperte unicamente le strutture previste nel nuovo P.O.A. che verrà approvato dalla Giunta Regionale.

Per quanto concerne le posizioni dirigenziali approvate nell'ambito del P.O.A., le stesse dovranno essere ricomprese nei fabbisogni triennali di personale autorizzati dalla Giunta Regionale e potranno essere coperte unicamente previa autorizzazione della medesima nel Piano di assunzione annuale.

Le aziende, nella revisione dei modelli organizzativi, nella determinazione dei fabbisogni di personale e dei piani di assunzione dovranno, nell'ambito della propria autonomia organizzativa aziendale, valutare la possibilità di valorizzare gli incarichi dirigenziali di natura professionale nel rispetto delle disposizioni contrattuali vigenti (*art. 6, comma 1, CCNL del 17 ottobre 2008*) e sempre nel rispetto dei fondi contrattuali aziendali.

Si conferma l'unicità della qualifica di Dirigente del SITRA che deve essere configurata a livello organizzativo quale struttura a valenza aziendale, così come già previsto nelle Linee guida dei Piani di Organizzazione aziendale approvati con DGR 14049 dell'8 agosto 2003 e nella DGR 09463 del 20.05.2009 e la possibilità per le Aziende Sanitarie, come previsto nella DGR 2633/11 (Regole 2012) di valutare l'istituzione, in relazione a particolari complessità delle Aziende Sanitarie, di Unità Operative Complesse delle professioni sanitarie, senza oneri aggiuntivi, nel rispetto dei vigenti Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro e del citato vincolo di riduzione delle strutture semplici e complesse.

Si precisa inoltre che le proposte delle Aziende per la definizione delle strutture sanitarie complesse o semplici devono essere presentate:

- ricorrendo alle denominazioni e classificazioni attualmente in uso nel sistema di accreditamento, in aderenza ai disposti della DCR 755/97 e s.m.i.;
- nel rispetto del blocco delle attività di accreditamento per le discipline di cardiocirurgia maxillo-facciale, chirurgia toracica, chirurgia vascolare, neurochirurgia e radioterapia come previsto dal PSSR 2002-2004;
- nel rispetto del blocco delle attività di autorizzazione e di accreditamento ambito riabilitativo sanitario di ricovero e cura;
- nel rispetto della prevista riorganizzazione delle attività trasfusionali - come previsto dalla d.g.r.n. IX/2633/2011 e specificato dalla circolare del 20 dicembre 2011, prot. n. H1.2011.0037249, omissis...."

2) Ulteriori disposizioni a carattere organizzativo

Le Aziende nella programmazione delle assunzioni di personale dovranno perseguire politiche di contenimento e razionalizzazione dei costi, nel rispetto dei vincoli derivanti dalle disposizioni nazionali e regionali in materia nonché delle Regole di Gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale annuali.

Le Aziende dovranno effettuare un'attenta ricognizione delle professionalità necessarie per assicurare il soddisfacimento dei propri fini istituzionali, nel rispetto delle disposizioni di cui all'articolo 9 della Legge 122/2010 e del D.L. 6 luglio 2012, n. 95 "Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini." in merito al contenimento della spesa complessiva del personale.

Per quanto concerne l'applicazione della normativa soprarichiamata, si richiamano le Aziende al rispetto delle indicazioni già impartite con la DGR n. IX/2633 del 6 dicembre 2011 e con i documenti approvati in sede di Conferenza delle Regioni il 10.2.2011 e il 13.10.2011, con particolare riferimento al riconoscimento, sia ai fini giuridici che economici, della fascia superiore dell'indennità di esclusività ai dirigenti cui, dopo 5 anni di esperienza professionale e previa valutazione positiva, viene attribuito, nel rispetto delle disposizioni contrattuali, un incarico fra quelli previsti dall'art. 27, comma 1, lett. b) e c) del CCNL 8.6.2000. In merito all'applicazione di quanto sopra, si terrà conto in sede di valutazione del piano di assunzione annuale.

Nella valutazione della proposta sui Piani annuali si terrà conto anche del rispetto degli Accordi regionali sottoscritti con le rappresentanze sindacali e delle successive indicazioni regionali in materia.

Dovrà essere data priorità all'assunzione di personale a tempo indeterminato, ribadendo il principio secondo il quale alla copertura dei posti con contratto di lavoro a tempo indeterminato dovrà corrispondere la contestuale risoluzione dei contratti di lavoro a tempo determinato e degli altri contratti atipici riferiti ai medesimi posti.

Si ribadisce altresì che le Aziende Ospedaliere Polo Universitario potranno coprire i contingenti di personale a tempo indeterminato autorizzati anche con personale universitario convenzionato, che andrà quindi computato all'interno dei fabbisogni complessivi di personale oggetto di autorizzazione da parte della Giunta Regionale, nella misura del 100% per i Dirigenti di Struttura complessa, e del 50% per le altre figure.

Nella programmazione annuale delle assunzioni le Aziende saranno tenute:

- al rispetto delle risorse annualmente assegnate in sede di budget, che rappresentano un tetto invalicabile per il governo delle risorse umane.
Unitamente al Piano assunzioni annuale, dovrà essere presentata apposita certificazione del Direttore Generale, debitamente vistata dal Presidente del Collegio Sindacale, che ne attesti la compatibilità economica. Nella certificazione dovrà essere esplicitato che il Piano Assunzioni è interamente coperto dalle risorse assegnate in sede di budget e pertanto l'attuazione delle azioni ivi previste, qualora autorizzate dalla Regione, non necessita di finanziamenti aggiuntivi e che nella determinazione del medesimo Piano si sia tenuto conto della programmazione annuale delle assunzioni e del loro impatto economico con riferimento all'intero anno (a regime).
- al rispetto delle disposizioni dell'art.9, comma 2 bis, della legge n. 122/10 per la definizione dei fondi contrattuali;
- al rispetto dei nuovi fabbisogni di personale che non potranno essere previsti in aumento rispetto a quanto autorizzato dalla Giunta Regionale nel triennio precedente;

La valutazione del piano annuale per le assunzioni di personale a tempo indeterminato verrà effettuata utilizzando la metodologia che ha portato alla definizione di criteri analitici per le aziende sanitarie pubbliche riferiti ai livelli di produttività attesi, intesi come rapporto tra le risorse umane impiegate, i livelli di produzione ottenuti e la percentuale del costo del personale rispetto alle entrate aziendali, per le Aziende Ospedaliere, le Fondazioni IRCCS e l'AREU e, come rapporto tra le risorse umane impiegate e i livelli di attività attesi per le Aziende Sanitarie Locali.

Nella valutazione del nuovo piano annuale si terrà conto anche del grado di completamento del piano assunzioni deliberato dalla Giunta Regionale per il quale sarà previsto un puntuale monitoraggio.

Prima di procedere ad assunzioni a tempo indeterminato nell'ambito del nuovo Piano assunzioni annuale, dovrà essere formalmente

dimostrato il completamento del precedente.

La copertura delle strutture dovrà avvenire prioritariamente secondo le procedure ordinarie previste dalle vigenti norme di legge; il ricorso a forme contrattuali a tempo determinato dovrà avvenire nel rispetto dei criteri e delle modalità stabiliti dalle stesse.

Gli incarichi esterni, di cui all'art. 7 D.lgs. 165/01, possono essere conferiti solo previa formale rilevazione della carenza interna (che può consistere o nella mancanza della necessaria professionalità o nell'eccessivo carico di lavoro del personale) attestata per iscritto dal dirigente responsabile. Le competenze istituzionali non possono in ogni caso essere esercitate avvalendosi di rapporti di lavoro autonomo, in quanto tali rapporti hanno necessariamente carattere eccezionale e limitato nel tempo.

3) Servizio Ingegneria Clinica

Il Servizio di Ingegneria Clinica, già previsto nelle "Linee guida regionali per l'adozione del Piano di organizzazione e funzionamento aziendale delle Aziende sanitarie della Regione Lombardia" (DGR n. VII/14049 del 08.08.2003) al punto 10.3.3 (Organizzazione delle Aziende Ospedaliere - servizio di Ingegneria Clinica), dovrà avere le seguenti caratteristiche:

1. struttura a valenza aziendale che opera in Staff alla Direzione sanitaria;
2. servizio diretto "da un ingegnere, di norma biomedico o clinico, o ad indirizzo biomedico, secondo quanto indicato dalla Raccomandazione 09.04.2009";
3. dovrà occuparsi "dell'aspetto gestionale e strategico delle tecnologie biomediche (Dispositivi medici: software dispositivo medico, dispositivi medici diagnostici in vitro, dispositivi medici impiantabili attivi), con l'obiettivo primario di garantire l'uso sicuro, appropriato e vantaggioso dal punto di vista economico e della sicurezza di tutte le tecnologie";
4. dovrà svolgere un ruolo di supporto alla Direzione Aziendale, per quanto concerne l'aspetto gestionale e strategico delle tecnologie, attraverso le seguenti attività: programmazione e valutazione acquisti, manutenzione diretta o controllo della manutenzione delle apparecchiature in dotazione all'azienda, valutazioni di Hospital based Health Technology Assessment finalizzate all'introduzione di nuove tecnologie, information technology in ambito sanitario e attività di ricerca.

4) Le Attività di Promozione della salute, Prevenzione e Tutela sanitaria

Con l'adozione della Legge Regionale n. 8 del 02/04/2007 (confluente nel Testo Unico delle leggi regionali in materia di sanità - l.r. 33/09), i successivi atti di indirizzo e con il Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012, l'attività di prevenzione è stata significativamente ripensata e rilanciata sulla base dei principi della semplificazione, responsabilità, efficacia, integrazione e trasversalità, potenziandone l'azione di promozione e tutela della salute della persona e della collettività attraverso l'offerta di attività di dimostrata efficacia e il potenziamento della vigilanza e controllo, valorizzando il ruolo del Dipartimento di Prevenzione Medico quale struttura tecnico operativa e di coordinamento dell'attività di prevenzione, per gli ambiti di competenza.

Ferma restando l'autonomia organizzativa richiamata nei precedenti atti di indirizzo ed il riferimento alla normativa nazionale in merito, ciò significa:

- valorizzare l'apporto peculiare delle differenti professionalità coinvolte, mediche e non mediche, sanitarie e tecniche, attraverso l'individuazione di ambiti di autonomia operativa e responsabilità di struttura, riconoscendo le specializzazioni maturate in ciascuna disciplina ma evitando, nel contempo, duplicazioni e sovrapposizioni di intervento nei medesimi ambiti e strutture oggetto di intervento e controllo;
- incrementare la strategia dell'integrazione interna ed esterna, con particolare riguardo alla realizzazione dei grandi obiettivi di salute della programmazione comunitaria, nazionale e regionale declinati nel Documento di Programmazione Aziendale e nei Piani Integrati di Vigilanza e controllo e di Promozione della salute in cui le competenze specialistiche concorrono, con un metodo comune di valutazione, ad individuare le priorità d'intervento.
- proseguire nell'azione di riqualificazione delle strutture di supporto delle attività di prevenzione operando in una logica di rete interaziendale come ad esempio per quanto riguarda la Rete dei Laboratori di Prevenzione ed il raccordo con le UUOOLM.

Come indicato all'art. 13, comma 7, l.r. 33/09: "In ogni ASL è altresì assicurato il coordinamento funzionale fra le attività comuni del dipartimento di prevenzione medico e del dipartimento di prevenzione veterinario, in particolare per la sicurezza degli alimenti."

5) Prevenzione Veterinaria

Il modello organizzativo della Prevenzione Veterinaria deve prevedere un adeguamento del sistema all'organizzazione territoriale al fine di rendere la gestione del Dipartimento e dei Distretti Veterinari atta a perseguire gli obiettivi istituzionali e aziendali individuati nel Piano Regionale della Prevenzione Veterinaria 2012-2014, con una gestione efficiente ed appropriata delle problematiche sanitarie inerenti il territorio e le materie di competenza.

A tal fine deve essere privilegiata una struttura organizzativa "a matrice" in cui la dimensione tecnico-scientifica rappresentata dal Dipartimento e dai Servizi afferenti, si incrocia e integra con la dimensione operativa-territoriale rappresentata dai Distretti.

Come indicato all'art. 13, comma 7, l.r. 33/09: "In ogni ASL è altresì assicurato il coordinamento funzionale fra le attività comuni del dipartimento di prevenzione medico e del dipartimento di prevenzione veterinario, in particolare per la sicurezza degli alimenti."

6) Programmazione acquisti e revisione dei servizi amministrativi

La revisione dei servizi amministrativi deve essere effettuata nell'ottica di dare pieno adempimento a quanto previsto dalla delibera N° IX/2633 del 06/12/2011 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2012" con particolare riferimento agli allegati 2 e 3.

L'obiettivo di omogeneizzazione e razionalizzazione dei servizi amministrativi presenti sul territorio viene perseguita anche attraverso progetti esecutivi interaziendali sperimentali di ridefinizione dei processi amministrativi e generali specificatamente individuati nell'allegato 3 della citata DGR 2633/2011 ed in particolare con riferimento alle seguenti attività:

Serie Ordinaria n. 31 - Venerdì 03 agosto 2012

- Programmazione degli acquisti in funzione dell'integrazione logistica;
- Gestione logistica dei magazzini, con processo di concentrazione delle funzioni logistiche;
- Implementazione di un sistema informativo di supporto per tutta la rete
- Integrazione dei servizi amministrativi e generali aziendali.

L'organizzazione degli Uffici amministrativi dovrà tener conto, inoltre:

- Nell'ambito della certificabilità dei Bilanci delle Aziende Sanitarie del processo con il quale Regione Lombardia impegnerà le Aziende a pervenire alla piena certificabilità dei Bilanci delle aziende stesse e del Sistema Sanitario della Regione nel suo complesso;
- In attuazione del D.Lgs n. 118/2011 recante norme sull'armonizzazione dei bilanci degli enti e aziende pubbliche del percorso che porterà all'applicazione delle nuove procedure amministrativo-contabili relative al comparto sanità.

7) L'acquisizione di beni e servizi

L'attività di acquisizione di beni e servizi, regolata in via principale dal Codice dei Contratti (Decreto legislativo 163 del 12/04/2006) con relativo regolamento e provvedimenti di modifica ed integrazione successivi, deve tener conto di quanto previsto dalla delibera N° IX/2633 del 06/12/2011 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2012".

In particolare si dovrà tener conto dell'obbligo di aderire alle aggregazioni strategiche della domanda con particolare riferimento alla Centrale Regionale Acquisti e ai Consorzi e unioni formalizzate d'acquisto e definite ed operanti a partire dal Gennaio 2012.

Solo in assenza di specifiche iniziative della Centrale Regionale Acquisti e dei Consorzi/Unioni formalizzate d'acquisto le aziende potranno procedere a gare autonome. Lo sforzo organizzativo dovrà quindi essere rivolto alla standardizzazione dei processi di acquisto al fine di supportare tali attività con una corretta raccolta dati e definizione interaziendale delle necessità d'acquisto nonché di razionalizzare le procedure di gara e standardizzare i contratti di acquisizione.

Quale supporto di tale attività, si rammenta l'importanza di alimentare correttamente il sistema regionale degli Osservatori (Osservatorio acquisti regionale e Osservatorio Regionale Prezzi e Tecnologie), in considerazione della sua rilevanza quale strumento funzionale al monitoraggio delle attività di approvvigionamento ed ai confronti fra le pratiche d'acquisto dei diversi enti.

8) La funzione di Risk Management

Per quanto riguarda le attività tipiche del **Risk Manager** si confermano i contenuti della delibera VIII/007289 del 19/05/2008:

- Definire gli strumenti per l'individuazione e la valutazione dei momenti di rischio e delle situazioni incidentali al fine di prevenire l'accadimento di nuovi eventi avversi;
- Individuare le criticità più o meno latenti;
- Individuare strumenti ed azioni (correttive e preventive), per la riduzione dei danni al paziente, al patrimonio e per la riduzione del contenzioso legale. Definire le strategie per migliorare i rapporti con l'utenza e l'immagine della struttura, sostenere l'attività professionale di operatori sanitari e tecnici e proporre e supportare la Direzione Regionale nel definire piani per contenere i costi assicurativi.

Si ribadiscono, inoltre, le funzioni dei due organismi previsti nella Circolare regionale 46/SAN del 27/12/2004 e linee guida attuative del 16/06/2005 che devono svolgere attività integrate. Il **Gruppo di Coordinamento per l'attività di gestione del rischio** è il riferimento per tutta la gestione del rischio in azienda. Il **Comitato Valutazione Sinistri** è l'organismo di primaria importanza nella gestione dei sinistri.

Il CVS è composto di norma da Risk Manager che avrà quindi una conoscenza diretta di tutta la sinistrosità aziendale, Ufficio Legale-Assicurativo, Avvocato, Medico Legale, Direzione Sanitaria, eventualmente Compagnia Assicurativa e Broker.

Alla luce dei cambiamenti del mercato assicurativo e delle mutate politiche di copertura assicurativa aziendale e regionali con livelli diversi di trasferimento del rischio al mercato assicurativo e di gestione in proprio dei sinistri si richiede particolare attenzione alla strutturazione di uffici competenti nella gestione dei sinistri da responsabilità sanitaria in particolare nelle figure legali e medico legali. La corretta gestione dei sinistri in proprio implica l'espletamento, tra le altre delle seguenti attività:

- Organizzazione della raccolta di informazioni indispensabili alla gestione dei sinistri;
- Pronta valutazione, in presenza di una richiesta di risarcimento danni, delle eventuali responsabilità;
- Valutazione diretta delle tipologie e delle entità dei danni;
- Proposta di definizione del sinistro (reiezione delle domande/tentativo di risoluzione stragiudiziale, ecc);
- Integrazione dei data-base esistenti e corretta quantificazione dell'accantonamento a Bilancio.

Il **Mediatore dei conflitti** aziendale svolge una funzione importante quale "filtro" con i pazienti per ripristinare la comunicazione tra le parti ed accompagnarle ad un riconoscimento reciproco, ad una ricostruzione del rapporto che possa prevenire o limitare l'eventuale contenzioso.

9) Reti di patologia

Le reti di patologia sono state istituite al fine di consentire ai professionisti della sanità sinergie e condivisione collegiale dei protocolli di procedura sulla base delle best practice. Costituiscono un modello di integrazione dell'offerta in grado di contemperare esigenze di specializzazione delle strutture sanitarie e socio sanitarie, diffusione sul territorio di centri di eccellenza e di tecnologie ad elevato standard, sostenibilità economica, fabbisogni della collettività e dei professionisti che operano in ambito sanitario e socio sanitario.

In coerenza con gli atti di programmazione e gli indirizzi assunti da Regione Lombardia (PRS della IX legislatura di cui alla D.c.r.n. 56 del 28 settembre 2010; PSSR 2010-2014 di cui alla D.c.r.n. 88 del 17 novembre 2010; Regole del Sistema socio-sanitario 2011 di cui alla D.g.r.n. 2633 del 6 dicembre 2010) le Reti di Patologia sono state identificate quale strumento fondamentale di governo che costituisce una efficace soluzione organizzativa a garanzia della continuità delle cure nel percorso del cittadino/paziente, dell'individuazione e intercettazione della domanda di salute con la presa in carico globale del paziente ed il governo dei percorsi sanitari, in una rigorosa linea di appropriatezza degli interventi e di sostenibilità economica. La loro organizzazione, articolazione ed evoluzione è definita da Regione Lombardia in risposta alla domanda di salute del cittadino. Per quanto sopra, nell'elaborazione dei POA, le Aziende sanitarie e le Fondazioni IRCCS di diritto pubblico, dovranno dare evidenza dei servizi già in atto e autorizzati nell'alveo delle Reti di Patologia, nonché di quelli che intendono attivare in coerenza con le indicazioni regionali in questo ambito, tenendo presente che nessun nuovo servizio deve essere attivato senza il parere consultivo e valutativo da parte delle reti e preventivo di Regione Lombardia.

In particolare, in coerenza e continuità con le precedenti Linee Guida del 2008, nell'ambito delle Reti di Patologia, le Aziende potranno, nell'ottica della riduzione della spesa e della razionalizzazione del sistema di offerta già argomentata, promuovere e istituire, anche in forma sperimentale, Dipartimenti Interaziendali con attività di coordinamento funzionale (previsione da PSSR 2007-2009), al fine di essere più competitive grazie alla rafforzata capacità negoziale, alla condivisione di servizi di supporto, alla non duplicazione delle unità di offerta che realizzino economie di scala.

L'istituzione di siffatti Dipartimenti Interaziendali può essere favorita nell'introdurre nuovi modelli organizzativi e soluzioni operative sul versante sia di servizi di alta specialità (es. neurochirurgie) sia di Servizi diagnostici/terapeutici ad elevato contenuto tecnologico (es. servizi di telemedicina, emodinamica), anche al fine della partecipazione alla Rete Oncologica, rete nefrologica, rete trasfusionale, rete trapianti, rete stroke, rete IMA, rete Cure palliative ecc.

Ambito sociosanitario

L'aggiornamento e l'integrazione dei Piani di Organizzazione Aziendale delle ASL lombarde relativamente alla Direzione Sociale dovranno avvenire in coerenza con quanto previsto dal PRS, dal PSSR 2010-2014 nonché dalle D.g.r. 2633/2011 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2012", e D.g.r. n.937/2010 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio-sanitario regionale per l'esercizio 2011". Infatti, tali provvedimenti delineano un indirizzo preciso e concreto rispetto alla programmazione strategica di Regione Lombardia sull'assistenza sociosanitaria e sociale, che prevede un sistema in cui al centro ci siano la persona, la famiglia e il suo benessere e dove è importante rispondere a tutti i tipi di bisogno, sia semplici che complessi ed articolati in tutte le fasi d'intensità assistenziale, per consentire una presa in carico integrata e continuativa.

Per raggiungere questo obiettivo, considerando tutto quanto premesso nel documento, relativamente alla riduzione entro il 31.12.2013 del 10% del numero complessivo delle strutture dell'Asl, diventa fondamentale anche la revisione dell'attuale assetto organizzativo della Direzione Sociale, dei Dipartimenti ASSI e Dipendenze, da attuarsi comunque nel rispetto di tutte le disposizioni nazionali e regionali sul personale dipendente nonché dell'ammontare delle risorse annualmente assegnate alle Aziende per il personale.

La revisione e modifica dell'organizzazione dovrà avvenire in un'ottica sia di contenimento e razionalizzazione dei costi che di riduzione delle strutture, anche qualora vi sia riferimento a funzioni e attività da riqualificare e valorizzare.

Pertanto, si individuano i seguenti elementi di strategia organizzativa che dovranno trovare attuazione nei Piani di Organizzazione Aziendale:

- a) semplificazione organizzativa: accorpamento e riduzione delle strutture della Direzione Sociale, riconduzione nella stessa di tutte le funzioni concernenti il sistema sociosanitario e sociale, con particolare riferimento agli organi di staff della Direzione Sociale e di integrazione tra il Dipartimento ASSI e il Dipartimento delle Dipendenze;
- b) riallocazione all'interno della Direzione Sociale delle articolazioni organizzative afferenti alla programmazione, progettazione e realizzazione per quanto di competenza, della rete sociosanitaria e sociale con particolare attenzione all'integrazione degli interventi realizzabili secondo precise e distinte matrici di responsabilità così come per la programmazione e la negoiazione e contrattualizzazione delle unità d'offerta;
- c) focalizzazione dell'organizzazione alla relazione con il territorio;
- d) semplificazione e trasparenza del percorso di accesso alla rete dei servizi;
- e) coordinamento degli interventi in materia di conciliazione, famiglia e lavoro in raccordo con la programmazione territoriale;
- f) innovazione e sviluppo di progetti di welfare.

1. Modello organizzativo della Direzione Sociale

La Direzione Generale della ASL, avvalendosi delle Direzioni Sanitaria, Amministrativa e Sociale svolge il ruolo di regolazione del sistema mantenendo una posizione di equilibrio tra il rispetto delle competenze di ogni soggetto e la "regia" complessiva del sistema.

Il modello organizzativo della Direzione Sociale, condiviso con la Direzione Generale dell'ASL, deve espletare i seguenti compiti:

- presidiare le nuove competenze attribuite alla Direzione Sociale;
- essere allineato ai contenuti della legge regionale n.30 del 27 dicembre 2006 "Disposizioni legislative per l'attuazione del documento di programmazione economico-finanziaria regionale, ai sensi dell'articolo 9 ter della legge regionale 31 marzo 1978, n. 34 (Norme sulle procedure della programmazione, sul bilancio e sulla contabilità della Regione) - collegato 2007" e alle modifiche apportate dalla legge regionale n.14 del 6 agosto 2010 "Interventi di razionalizzazione sul sistema regionale";
- garantire, all'interno dell'azienda, evidenti elementi di efficienza, semplificazione e innovazione;
- dare concreta applicazione al principio di separazione dei compiti di alta amministrazione (programmazione, indirizzo e controllo) dai compiti gestionali dei Dirigenti;
- affermare l'autonomia tecnico funzionale dei Dipartimenti;
- prevedere un forte orientamento al territorio, ai risultati e alla misurabilità degli stessi.

Tale modello organizzativo è dunque improntato ai principi di snellezza organizzativa, di integrazione tra il Dipartimento ASSI e il Dipartimento delle Dipendenze e di differenziazione in officina di servizi rivolti al territorio e ai bisogni emergenti. Le unità di staff alla Direzione Sociale devono essere oggetto di eventuale riqualificazione, valorizzazione e rafforzamento, in un'ottica di programmazione strategica al fine di garantire continuità ai servizi resi ai cittadini.

Obiettivo perseguito a livello organizzativo è mantenere la costante ricerca del miglior equilibrio sistemico possibile tra le dimensioni strutturali, rappresentate nell'organigramma aziendale, e le caratteristiche dei meccanismi operativi che ne determinano il reale funzionamento, nel rispetto di quanto di quanto previsto dal PSSR 2010-2014 e con particolare riferimento alle seguenti funzioni sociosanitarie:

- programmazione strategica;
- pianificazione degli interventi, budgeting e controllo della gestione;
- governo del territorio, della domanda e dell'offerta;
- gestione, valutazione e incentivazione del personale afferente alla Direzione Sociale e ai Dipartimenti ASSI e delle Dipendenze;
- formazione e sviluppo delle professionalità;
- comunicazione interna ed esterna.

Serie Ordinaria n. 31 - Venerdì 03 agosto 2012

2. Ambiti di programmazione strategica e assetto organizzativo

Vengono individuati cinque ambiti di programmazione strategica a cui corrispondono altrettanti interventi / risposte organizzative (v.Tabella 1).

Tabella 1 – Strategia e programmazione / interventi organizzativi

| STRATEGIA E PROGRAMMAZIONE | INTERVENTI ORGANIZZATIVI |
|--|--|
| 1. Semplificazione organizzativa | <p>Accorpamento di strutture organizzative che svolgono funzioni e compiti simili dal punto di vista contenutistico e in termini di interventi ed azioni svolte.</p> <p>Strutturazione della Direzione Sociale in due Dipartimenti: ASSI e delle Dipendenze.</p> <p>Corretto dimensionamento del numero di strutture semplici e complesse.</p> |
| 2. Ricollocazione organizzativa | <p>Ricollocazione organizzativa in capo alla Direzione Sociale di tutte le funzioni e attività afferenti la programmazione territoriale, la progettazione e realizzazione della rete socio-sanitaria e delle unità di offerta sociali e la programmazione acquisto e controllo socio-sanitaria e sociale.</p> |
| 3. Territorio ed integrazione degli interventi | <p>Individuazione e valorizzazione organizzativa delle attività finalizzate all'integrazione e programmazione della rete territoriale.</p> |
| 4. Semplificazione e trasparenza dell'accesso alla rete dei servizi | <p>Orientamento organizzativo delle strutture in <i>line</i> al Dipartimento ASSI in ottica di risposta appropriata alle diverse complessità del bisogno.</p> |
| 5. Rimodulazione organizzativa delle unità in staff della Direzione Sociale | <p>Riqualificazione e valorizzazione e delle funzioni/attività svolte in staff della Direzione Sociale con riferimento :</p> <ul style="list-style-type: none"> • programmazione territoriale; • accreditamento, monitoraggio e controllo; • contrattualizzazione e budget; • flussi informativi; • comunicazione; • progetti e sperimentazioni. |

2.1) Semplificazione Organizzativa

In linea con i cambiamenti in atto da Regione Lombardia, è opportuno che la Direzione Sociale attui una serie di modifiche a livello organizzativo volte a incidere sulla distribuzione di funzioni e compiti e sull'aggregazione e allocazione di funzioni organizzative all'interno della struttura, con la volontà di ottenere la maggiore semplificazione possibile, evitando ridondanze e snellendo i processi decisionali. E' dunque necessario prospettare l'accorpamento di strutture organizzative che svolgono funzioni e compiti simili dal punto di vista contenutistico e in termini di interventi ed azioni attuate. Al principio di accorpamento devono altresì uniformarsi le strutture organizzative che confluiranno all'interno della Direzione Sociale da altre Direzioni e Dipartimenti, perché detengono competenze e svolgono attività socio-sanitarie e sociali.

La semplificazione organizzativa porta, quindi, ad una riduzione di strutture anche con riferimento ai Dipartimenti afferenti alla Direzione Sociale: ASSI e Dipendenze. Di conseguenza, ogni altro eventuale dipartimento deve essere eliminato e le afferenti strutture organizzative sono ricollocate all'interno dei dipartimenti ASSI o Dipendenze oppure in *staff* alla Direzione Sociale a seconda delle funzioni e delle attività svolte.

2.2) Ricollocazione Organizzativa

Al fine di attuare pienamente la *governance* del sistema di *welfare* sociale e socio-sanitario, vanno ricollocate nella Direzione Sociale tutte le attività che afferiscono a tale sistema, in particolare:

- le funzioni di programmazione e raccordo territoriale;
- le funzioni di programmazione, acquisto e controllo di competenza mantenendo una concreta relazione ed un collegamento e coordinamento sinergici con il Dipartimento PAC aziendale.

Per realizzare una rete di servizi e di *partnership* col territorio che ponga al centro il bisogno, la Direzione Sociale è chiamata a focalizzare la propria attività sulla programmazione ed il raccordo territoriale. La Direzione Sociale perfeziona così la funzione di pianificazione e coordinamento territoriale mediante l'azione svolta dalle sue unità di *staff*, in collaborazione con i Comuni associati nella programmazione della rete dei servizi sociali, la partecipazione attiva alle loro scelte ed il raccordo, in forma stabile e continuativa, con il Terzo Settore e con i Piani di Zona.

Con riferimento alle funzioni di programmazione, acquisto e controllo e nel rispetto delle indicazioni previste nell'Allegato 15 della D.g.r. 2633/11, vanno ricollocate nella Direzione Sociale le attività relative a:

- definizione dei budget;
- definizione dei contratti;
- monitoraggio delle attività di budgettizzazione e di contrattualistica, con particolare riferimento alle prestazioni aggiuntive ed ai processi di qualità;
- gestione dei flussi sociosanitari;
- vigilanza e controllo di appropriatezza ed amministrativo.

Tali attività vengono svolte in sinergia col Dipartimento PAC aziendale in modo da mantenere il giusto grado di coordinamento.

2.3) Territorio e Integrazione degli interventi

Per garantire il supporto necessario alla *governance* del sistema di welfare, in continuità con quanto già indicato, è opportuno rafforzare l'integrazione e le sinergie tra tutti i soggetti del territorio che contribuiscono alla programmazione, progettazione, realizzazione, gestione e valutazione degli interventi sociosanitari e sociali, anche mettendo in campo azioni ed iniziative di carattere innovativo.

Le Direzioni sociali devono pertanto procedere ad una organizzazione nuova delle funzioni e delle relazioni territoriali al fine di:

- razionalizzare, semplificare e rendere trasparenti i percorsi di accesso alla rete dei servizi da parte delle persone, della famiglia e della comunità;
- orientare l'organizzazione della Direzione Sociale alla relazione con il territorio;
- integrare gli interventi delle reti sociosanitaria e sociale;
- coordinare gli interventi in materia di conciliazione, famiglia e lavoro in raccordo con la programmazione territoriale.

2.4) Semplificazione e Trasparenza dell'accesso alla rete

La semplificazione e la trasparenza dell'accesso alla rete sociosanitaria e sociale, insieme alla snellezza organizzativa, alla ricollocazione dei servizi e all'integrazione tra i diversi *stakeholder*, ha l'obiettivo di migliorare la capacità di lettura dei bisogni e di presa in carico e di fornire risposte sempre più efficienti, appropriate ed integrate alle esigenze delle persone e delle famiglie.

In tal senso occorre sviluppare e qualificare, pur in presenza di una significativa rete territoriale di assistenza domiciliare sociosanitaria e sociale (che ad oggi costituisce un punto di riferimento sicuro per il cittadino) la rete dell'assistenza domiciliare sinergica, globalmente intesa, nell'intento di rispondere anche ai bisogni complessi ed articolati in tutte le fasi di intensità assistenziale, realizzando una presa in carico integrata e continuativa.

A tal fine, è importante un orientamento organizzativo delle strutture in *linea* al Dipartimento ASSI, attualmente indirizzate alle unità di offerta (es. Consultori, Rsa, Rsd, ecc.) od alla macro tipologia di utenza (es. famiglia, anziani, disabili, ecc.), tendente ad un criterio di progettazione organizzativa in grado di rispondere al bisogno in modo appropriato, semplificato e trasparente.

Il bisogno viene, quindi, considerato in funzione della sua complessità:

- bisogni di tipo sociosanitario e sociali ad elevata complessità assistenziale (stati vegetativi, SLA, stati di minima coscienza, gravi disabilità, ...);
- bisogni correlati all'assistenza territoriale a medio-bassa complessità a valenza sociosanitaria e sociale (bisogni che richiedono un'integrazione delle professionalità sociosanitarie e sociali, ...);
- bisogni correlati ad una "fragilità" prevalentemente sociale (affido, amministratore di sostegno, ...).

2.5) Rimodulazione Organizzativa della unità in staff alla Direzione Sociale

Al fine di garantire che la Direzione dell'ASL disponga tempestivamente degli strumenti e delle informazioni necessari per svolgere il ruolo di programmazione strategica a livello locale, dando piena e concreta attuazione al principio di welfare sussidiario, si intende promuovere una riqualificazione e valorizzazione delle funzioni/attività svolte in staff alla Direzione Sociale in un'ottica di garanzia di coordinamento strategico, amministrativo e territoriale.

In tale contesto deve essere ricercato il miglior equilibrio sistemico tra la dimensione strutturale rappresentata dall'organigramma e le caratteristiche dei meccanismi operativi di reale funzionamento aziendale.

Si prevede pertanto il rafforzamento delle funzioni *in staff* concernenti lo svolgimento delle attività afferenti a:

- Programmazione territoriale;
- Contrattualizzazione, acquisto di prestazioni e budget;
- Vigilanza e controllo;
- Progetti innovativi e sperimentazioni;
- Flussi informativi;
- Comunicazione.

Con specifico riferimento alle funzioni/attività di cui sopra dovranno, in particolare, essere valorizzate quelle afferenti la vigilanza ed il controllo con attinenza anche ai procedimenti amministrativi ed alle fasi istruttorie di messa in esercizio, accreditamento e contratto, alla valutazione del mantenimento dei requisiti di esercizio e accreditamento, al controllo dell'attuazione delle clausole contrattuali sottoscritte dagli erogatori con il SSR e al controllo di appropriatezza per le unità d'offerta.