

LA PROGRAMMAZIONE

Ministero della Salute

Piano Sanitario Nazionale

Piano Sanitario Regionale

**Piano Programmatico o
Piano strategico**



Ministero della Salute

Ministero della Salute

è l'organo centrale del Sistema Sanitario Nazionale preposto alla funzione di indirizzo e programmazione in materia sanitaria, alla definizione degli obiettivi da raggiungere per il miglioramento dello stato di salute della popolazione e alla determinazione dei livelli di assistenza da assicurare a tutti i cittadini in condizioni di uniformità sull'intero territorio nazionale (LEA).

LA PROGRAMMAZIONE

Ministero della Salute

Piano Sanitario Nazionale

Piano Sanitario Regionale

**Piano Programmatico o
Piano strategico**



Piano Sanitario Nazionale (PSN)

Il PSN è il principale strumento di programmazione sanitaria attraverso cui in un dato arco temporale vengono definiti gli obiettivi da raggiungere attraverso l'individuazione di attività e di strategia strumentali alla realizzazione delle prestazioni istituzionali del SSN.

Il PSN ha durata triennale ed è predisposto dal governo su proposta del ministro della salute sentite le commissioni parlamentari competenti per materia che si esprimono entro 30 gg dalla trasmissione dell'atto nonché le confederazioni sindacali maggiormente rappresentative le quali comunicano il loro parere entro 20 gg. Nell'ipotesi in cui il Governo si voglia discostare dal parere espresso dalle Commissioni deve darne adeguata motivazione; deve inoltre tenere conto delle proposte di piano formulate dalle Regioni entro il 31 luglio dell'ultimo anno di valenza con riferimento alle esigenze territoriali. Quando è terminato il predetto iter il PSN viene adottato d'intesa con la conferenza unificata entro il 30 novembre dell'ultimo anno di vigenza. Nel corso del triennio il PSN può essere modificato con lo stesso procedimento.

Lo **scopo principale del PSN** è quello di determinare e programmare le priorità in materia di salute traducendole in precisi obiettivi tra cui: (a) le **aree prioritarie di intervento** anche ai fini delle disuguaglianze sociali e territoriali per quel che riguarda la salute (b) la definizione dei **LEA** (sono Essenziali quei livelli che essendo necessari devono rispondere ai bisogni primari della salute) che devono essere dati in condizioni di uniformità su tutto il territorio, all'intera collettività e a parità di condizioni (c) la **quota capitaria** di finanziamento per ciascun anno di validità del piano e la sua disaggregazione per livelli di assistenza (d) gli indirizzi finalizzati ad orientare il SSN verso il miglioramento della qualità dell'assistenza anche con realizzazione di progetti sovraregionali (e) i progetti obiettivo adottati dal ministro (con decreto di natura non regolamentare) di concerto con gli altri ministri competenti per materia, d'intesa con la conferenza unificata da realizzare anche mediante l'integrazione funzionale e operativa dei servizi sanitari e dei servizi socio-assistenziali degli enti locali (f) le finalità generali ed i settori principali della ricerca biomedica e sanitaria prevedendo altresì il relativo programma di ricerca (g) le esigenze relative alla formazione di base e gli indirizzi relativi alla formazione continua del personale nonché al fabbisogno ed alla valorizzazione delle risorse umane (h) le linee guida ed i relativi percorsi diagnostico-terapeutici allo scopo di favorire all'interno di ciascuna struttura sanitaria, lo sviluppo di modalità sistematiche di revisione e valutazione della pratica clinica ed assistenziale e di assicurare l'applicazione dei lea (i) i criteri e gli indicatori per la verifica dei livelli di assistenza assicurati in rapporto a quelli previsti

LA PROGRAMMAZIONE

Ministero della Salute

Piano Sanitario Nazionale

Piano Sanitario Regionale

**Piano Programmatico o
Piano strategico**





7 - II PSR (2.2)

Piano Sanitario Regionale (PSR)

Le finalità che ciascuna regione deve raggiungere in materia sanitaria sono incluse nei PSR, attraverso i quali vengono individuati gli aspetti strategici degli interventi da porre in essere per la tutela della salute nonché per il migliore funzionamento dei servizi.

Il PSR deve essere predisposto tenendo conto degli obiettivi individuati dal PSN; proprio al fine di assicurarne il coordinamento le regioni inviano i progetti di piano al ministro della salute onde acquisirne il parere.

Le regioni entro 150 gg dall'entrata in vigore del PSN devono adottare il proprio PSR la cui predisposizione è di competenza della giunta regionale. Un importante ruolo partecipativo è svolto dalle autonomie locali, dalle formazioni sociali private senza scopo di lucro, impegnate nella assistenza sociale e sanitaria, dalle organizzazioni sindacali degli operatori sanitari pubblici e privati ed infine dalle strutture accreditate dal SSN. Tale collaborazione è garantita anche dalla sottoposizione del progetto del PSR alla Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale. Nell'ipotesi in cui il piano sanitario non venga adottato dalla Regione, si applicano le disposizioni contenute nel PSN (applicazione assicurata da intervento sostitutivo del governo).

IL DLGS 229/99 ha confermato tutti i poteri della regione prevedendo tuttavia che il loro esercizio nella funzione programmatica si realizzi in rapporto più immediato con i comuni.

A tal fine ha previsto la costituzione con legge regionale di una **CONFERENZA PERMANENTE PER LA PROGRAMMAZIONE SANITARIA E SOCIO-SANITARIA REGIONALE** per creare in tal modo un equivalente tra regioni e comuni di quello già operante tra stato e regioni. Fanno parte della conferenza per ciascuna AUSL alcuni rappresentanti delle autonomie locali : il sindaco (o il presidente della conferenza dei sindaci o il presidente di circoscrizione a seconda delle dimensioni dell'azienda stessa) e i rappresentanti delle associazioni regionali delle autonomie locali. La conferenza esamina il progetto di PSR, verifica i Piani Attuativi Metropolitan e delle aziende ospedaliere ed esprime eventuali osservazioni in merito.

Il PSR il cui contenuto deve uniformarsi alle indicazioni del PSN ha la finalità di definire gli obiettivi da realizzare in un arco di tempo triennale (coincidente con il triennio del PSN)



8 - Il Piano attuativo locale (2.5)

LA PROGRAMMAZIONE

Ministero della Salute

Piano Sanitario Nazionale

Piano Sanitario Regionale

**Piano Programmatico o
Piano strategico**



Piano Attuativo Locale o Piano Programmatico o Strategico

Il dlgs 229/99 stabilisce che spetta alla legislazione regionale disciplinare il rapporto tra programmazione regionale e programmazione attuativa locale, definendo l'iter procedurale di adozione del PAL, nonché le modalità di partecipazione ad essa degli enti locali interessati. Il **Programma delle attività territoriali** è un documento col quale viene organizzata la localizzazione ed il funzionamento dei servizi per garantire l'assistenza sanitaria e socio-sanitaria avendo definito gli obiettivi di salute e le risorse per perseguirli.

In caso di mancata attuazione del PAL, il sindaco o la conferenza dei sindaci possono chiedere alla regione la revoca o la non conferma del DG.

Un ruolo fondamentale è svolto quindi dal DG della AUSL e dal Sindaco; quest'ultimo per garantire il soddisfacimento delle esigenze sanitarie della popolazione nell'ambito della programmazione regionale provvede alla definizione delle linee di indirizzo per l'impostazione programmatica dell'attività; ne verifica l'andamento generale e contribuisce alla definizione dei piani programmatici trasmettendo le proprie valutazioni e proposte al DG ed alla Regione.

Sempre alle Regioni è affidato il compito di costituire appositi organi che elaborino per le aree metropolitane il Piano attuativo metropolitano. Nell'ipotesi in cui la Regione non provveda e non istituisca la CPPSSR il Ministro della salute sentita la Regione interessata e l'agenzia per i servizi sanitari regionali fissa un termine per provvedere, decorso il quale il Ministro propone al Consiglio dei Ministri di attuare un intervento sostitutivo anche con un commissario ad acta. L'intervento del governo non impedisce però alle regioni di esercitare le funzioni loro attribuite fino a quando gli organi regionali non abbiano provveduto in materia per quel che riguarda l'attività di programmazione svolta a livello locale.

Nella regione Emilia Romagna invece dei PAL viene adottato il PIANO PROGRAMMATICO (O STRATEGICO).

La declinazione annuale del piano strategico è il piano delle azioni (ambito AUSL) dal quale "nasce"

9 - II FINANZIAMENTO (4.1)



IL FINANZIAMENTO

FSN+TASSE



FSR+TASSE



**Finanziamenti
+entrate proprie
+reinvestimenti patrimoniali**

Fondo Sanitario Nazionale (FSN)+TASSE

Il FSN di parte corrente e in conto capitale è alimentato interamente da stanziamenti a carico del bilancio dello Stato ed il suo importo è annualmente determinato dalla legge finanziaria tenendo conto, limitatamente alla parte corrente del 90% del gettito presunto dell'IRAP (imposta regionale sulle attività produttive) e dell'addizionale regionale sull'IRPEF. Una quota pari al 1% del FSN complessivo prelevata dalla quota iscritta nel bilancio del Ministero dell'Economia e delle Finanze ed utilizzata per il finanziamento di attività di ricerca o sperimentazione nonché per i rimborsi alle Aziende sanitarie per le spese per le prestazioni erogate a cittadini stranieri che si trasferiscono per cure in Italia. Il FSN (al netto della quota di cui sopra) è ripartito annualmente dal CIPE su proposta del Ministero della salute d'intesa con la CPSRPA.

La quota capitaria di finanziamento da assicurare alle Regioni viene determinata sulla base di un sistema di coefficienti parametrici in relazione ai LEA in tutto il territorio nazionale determinati con riferimento ai seguenti elementi:

(a) popolazione residente

(a1) frequenza dei consumi sanitari per sesso ed età'

(a2) tassi di mortalità della popolazione

(a3) indicatori relativi a particolari situazioni territoriali ritenuti idonei al fine di definire i bisogni sanitari delle regione

(a4) indicatori epidemiologici territoriali

(b) mobilità sanitaria per tipologia di prestazioni

(c) consistenza e stato di conservazione delle strutture immobiliari, degli impianti tecnologici e delle dotazioni strumentali.

La ripartizione viene effettuata dal CIPE a titolo di acconto, entro febbraio dell'anno successivo, provvederà all'assegnazione definitiva del FSN effettivamente spettante sulla base del gettito definitivo di IRAP e IRPEF.

IL FINANZIAMENTO

FSN+TASSE



FSR+TASSE



**Finanziamenti
+entrate proprie
+reinvestimenti patrimoniali**

Fondo Sanitario Regionale (FSR)+TASSE

Il d.lgs 56/00 ha cessato tutti i trasferimenti erariali in favore delle Regioni a statuto ordinario, ad eccezione di quelli relativi

- (1) prevenzione e lotta AIDS
- (2) assistenza sanitaria immigrati
- (3) fibrosi cistica
- (4) malattie infettive degli animali
- (5) formazione dei medici specialisti
- (6) investimenti in materia ospedaliera
- (7) finanziamenti per specifici obiettivi del PSN (es tutela salute materno infantile, salute mentale anziani ecc).

A compensazione di quanto tolto, oltre alla già neonata IRAP, l'incremento delle entrate tributarie si è verificato con (1) compartecipazione regionale all'Iva (46,1% del gettito complessivo) (2) aumento aliquota addizionale IRPEF (da 0,9 a 1,4%) (3) aliquota di compartecipazione regionale all'accisa sulle benzine (0,129 per litro).

Per assicurare il rispetto di standard essenziali ed uniformi di assistenza il dlgs 56/00 ha previsto procedure di monitoraggio e verifica dell'assistenza erogata alle regioni.

Lo stesso dlgs 56/00 ha previsto che le regioni facciano fronte con risorse proprie a

- (1) erogazione di lea superiori a quelli previsti dal PSN
- (2) ripercussioni finanziarie conseguenti all'adozione di modelli organizzativi diversi da quelli del PSN
- (3) eventuali disavanzi aziendali.

Le Regioni possono far fronte a tali oneri aumentando le risorse nei seguenti modi:

- (1) prevedere la riduzione dei limiti massimi di spesa per gli esenti previsti dai LEA
- (2) aumentare la quota fissa sulle singole prescrizioni farmaceutiche e sulle ricette relative a prestazioni sanitarie (con eccezione per i farmaci salvavita)
- (3) prevedere forme di partecipazione alla spesa per eventuali altre prestazioni da porre a carico dei cittadini (con esclusione degli esenti).

Si è poi cercato anche di favorire il passaggio graduale dal ricovero ordinario al Dh e da questo alla prestazione ambulatoriale.

IL FINANZIAMENTO

FSN+TASSE



FSR+TASSE



**Finanziamenti
+entrate proprie
+reinvestimenti patrimoniali**

IL FINANZIAMENTO DELLE AUSL

Secondo il dlgs 229/99 spetta alle regioni disciplinare il finanziamento della ausl sulla base di una quota capitaria considerati i caratteri di popolazione e territorio.

Le singole fonti di finanziamento sono: (1) una quota del FSR ripartito annualmente dalla Regione (2) rendite, lasciti, donazioni e quant'altro sia acquisito al patrimonio aziendale per effetto di contratti e convenzioni (3) ricorso a mutui o ad altre forme di credito di durata non superiore a dieci anni per il finanziamento di spese di investimento e previa autorizzazione regionale fino ad un ammontare complessivo delle relative rate (per capitale ed interessi) non superiore al 15% delle entrate proprie correnti ad esclusione della quota di FSN di parte corrente attribuita alla regione, anche se la Regione può autorizzare anche oltre tali limiti previa motivata ed analitica valutazione dell'idoneità dell'azienda stessa a sostenerne i conseguenti oneri (4) anticipazioni da parte del tesoriere che non superi un dodicesimo dell'ammontare annuo del valore dei ricavi, ivi compresi i trasferimenti iscritti nel bilancio preventivo annuale.

Reinvestimenti Patrimoniali: allo scopo di abbreviare i tempi per la realizzazione di progetti di investimento utilizzando i finanziamenti derivanti da alienazioni patrimoniali, è istituito un apposito fondo, con legge di approvazione del bilancio regionale, per provvedere ad anticipazioni finanziarie a favore delle Aziende, con vincolo di reintegro ad avvenuta acquisizione dei proventi conseguenti alle alienazioni medesime.

IL FINANZIAMENTO DELLE AUSL

Le entrate proprie di cui le AUSL possono pienamente disporre sono

- (1) ticket pagati dagli assistiti per le prestazioni specialistiche, di diagnostica strumentale e di laboratorio
- (2) entrate derivanti da lasciti e donazioni
- (3) erogazione di prestazioni tariffabili e servizi a pagamento
- (4) introiti dell'attività ip degli operatori
- (5) eventuali avanzi di gestione.

Per quanto riguarda le AZ.OSP ed i P.O. non costituiti in aziende il loro finanziamento è basato essenzialmente sulla remunerazione a tariffa della prestazione sanitaria erogata attraverso i DRG individuati dalla Regione sulla base di criteri uniformi stabiliti a livello nazionale. Ciascun DRG raggruppa categorie di pazienti ospedalieri definite in modo che presentino caratteristiche cliniche analoghe e richiedano per il loro trattamento volumi omogenei di risorse ospedaliere; l'assegnazione di ciascun paziente ad uno specifico DRG avviene sulla base della scheda di dimissione (diagnosi principale di dimissione, diagnosi secondarie, interventi chirurgici ecc).

A ciascun DRG è stata associata una tariffa (che fa riferimento sia ai costi di natura strettamente clinica che ai costi gestionali) che rappresenta la remunerazione massima da corrispondere ai soggetti erogatori a fronte delle singole prestazioni rese agli assistiti.

LA PROGRAMMAZIONE

IL FINANZIAMENTO

Ministero della Salute

Piano Sanitario Nazionale

Piano Sanitario Regionale

Piano Programmatico o
Piano strategico

FSN+TASSE

FSR+TASSE

Finanziamenti
+entrate proprie
+reinvestimenti patrimoniali



10 - I LEA (2.3)

LEA

Il SSN provvede ad erogare a tutti i cittadini le prestazioni sanitarie comprese nei lea, sono in pratica le garanzie che il SSN si impegna ad assicurare nei confronti dei cittadini al fine di realizzare la coerenza fra l'obiettivo generale di tutela della salute ed il finanziamento a disposizione del SSN.

I lea sono erogati:

- (A) senza oneri a carico dell'utente al momento della fruizione del servizio (es: le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio, i trattamenti erogati nel corso di un ricovero, l'assistenza specialistica ai fini dell'avviamento al lavoro ecc);
- (B) dietro pagamento di una quota limitata per le prestazioni soggette a compartecipazione alla spesa.

LEA

FUNZIONI DELL'AUSL

A) Le regioni provvedono a garantire i livelli uniformi di assistenza definiti nello standard minimo della programmazione nazionale ed eventualmente rielaborati nei PSR.

I lea comprendono le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni garantite dal SSN a tutti i cittadini. Il DPCm 23/04/08 e smi individua le seguenti macroaree

- 1) prevenzione collettiva e sanità pubblica (assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro)**
- 2) assistenza distrettuale**
- 3) assistenza ospedaliera**

La verifica dell'erogazione dei LEA è affidata ad apposito comitato istituito presso il Ministero.

Alle AUSL compete anche L 419/98 art 2 c 1 lett I l'erogazione di servizi e prestazioni contemplati dai livelli aggiuntivi di assistenza previsti dai comuni in coerenza con la programmazione sanitaria regionale e finanziati con risorse proprie del Comune stesso

B) L'integrazione socio-sanitaria considera la globalità della persona in tutte le sue dimensioni e le prestazioni socio-sanitarie sono tutte le attività dirette a soddisfare mediante percorsi assistenziali integrati bisogni di salute che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire anche nel lungo periodo la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione.

LEA

Le prestazioni sociosanitarie a norma del DPCM 14/02/01 comprendono

1) Prestazioni sanitarie a rilevanza sociale cioè le attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite ed acquisite. Dette prestazioni sono di competenza delle AUSL ed a carico delle stesse

2) Prestazioni sociali a rilevanza sanitaria , cioè tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute. Tali attività sono di competenza dei Comuni e sono prestate con partecipazione alla spesa da parte dei cittadini nella misura stabilita dall'amministrazione comunale

3) Prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica ed intensità della componente sanitaria, le quali attengono prevalentemente alle aree di integrazione sociosanitaria, cioè: (a) **materno-infantile**, (b) **anziani**, (c) **handicap**, (d) **patologie psichiatriche** (e) **dipendenze da droga, alcool e farmaci**, (f) patologie per infezioni da HIV (g) patologie in fase terminale. Dette prestazioni sono erogate dalle aziende sanitarie locali e sono a carico del FSN.

L'integrazione sociosanitaria deve essere attuata a tre livelli: (1) istituzionale (si realizza attraverso collaborazioni fra le diverse istituzioni come Ausl Comuni, Regioni ed attuate mediante strumenti giuridici quali convenzioni, accordi di programma ecc, volte al conseguimento di obiettivi comuni nell'ambito della salute); (2) gestionale (che riguarda specificamente le strutture operative nel senso che le stesse devono essere organizzate in modo da garantire l'efficacia delle attività e delle prestazioni); (3) professionale (che riguarda l'adozione di politiche aziendali finalizzate alla produzione di servizi sanitari domiciliari intermedi e residenziali).

LEA

1) PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITA' PUBBLICA

Nel livello assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro rientrano le seguenti prestazioni:

- a) sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali;
- b) tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati;
- c) sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro;
- d) salute animale e igiene urbana veterinaria;
- e) sicurezza alimentare - tutela della salute dei consumatori;
- f) sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening;
- g) Sorveglianza e prevenzione nutrizionale
- h) Valutazione medico legale degli stati di disabilita' e per finalità pubbliche

2) ASSISTENZA DISTRETTUALE

Nell'assistenza distrettuale rientrano le seguenti prestazioni:

a) assistenza sanitaria di base, il Servizio sanitario nazionale garantisce, attraverso i propri servizi ed attraverso i medici ed i pediatri convenzionati, la gestione ambulatoriale e domiciliare delle patologie acute e croniche secondo la migliore pratica ed in accordo con il malato, inclusi gli interventi e le azioni di promozione e di tutela globale della salute;

b) attività di emergenza sanitaria territoriale Il Servizio sanitario nazionale garantisce la continuità assistenziale per assicurare la realizzazione delle prestazioni assistenziali territoriali non differibili anche nelle ore serali e notturne e nei giorni prefestivi e festivi. Nell'ambito della continuità assistenziale, in relazione al quadro clinico prospettato dall'utente o dalla centrale operativa, il

LEA

servizio assicura tutti gli interventi appropriati. **Assistenza ai turisti** Il Servizio sanitario nazionale garantisce nelle località a forte afflusso turistico individuate sulla base di apposite determinazioni regionali, l'assistenza sanitaria rivolta alle persone non residenti nella regione stessa, dietro pagamento della tariffa fissata dalla normativa regionale.

Emergenza sanitaria territoriale Il Servizio sanitario nazionale garantisce l'attività di emergenza sanitaria territoriale nell'arco delle 24 ore per interventi di primo soccorso, per attività di coordinamento operativo e risposta sanitaria nella Centrale Operativa 118, per interventi di soccorso in caso di maxi-emergenze o disastro e, ad integrazione, nelle attività dei D.E.A./Pronto soccorso e aree afferenti. Nell'ambito dell'attività di emergenza sanitaria territoriale sono assicurati in particolare: a) interventi di assistenza e di soccorso avanzato esterno al presidio ospedaliero, con mezzo attrezzato secondo la vigente normativa; b) attività assistenziali e organizzative in occasioni di maxi-emergenze e NBCR; c) trasferimento assistiti a bordo di autoambulanze attrezzate; d) attività presso centrali operative anche nell'ambito dei dipartimenti di emergenza e urgenza.

c) assistenza farmaceutica erogata attraverso le farmacie territoriali Il Servizio sanitario nazionale garantisce attraverso le farmacie convenzionate la fornitura dei medicinali e dei preparati galenici appartenenti alla classe a) di cui all'articolo 8, comma 10, della legge 23 dicembre 1993, n. 537. Il Servizio sanitario nazionale garantisce altresì la fornitura dei medicinali aventi uguale composizione in principi attivi, nonché forma farmaceutica, via di somministrazione, modalità di rilascio e dosaggio unitario uguali, identificati dall'Agenzia Italiana del Farmaco, fino alla concorrenza del prezzo più basso del corrispondente prodotto disponibile nel normale ciclo distributivo regionale. Il Servizio sanitario nazionale garantisce attraverso i propri servizi territoriali e ospedalieri i medicinali necessari al trattamento dei pazienti in assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale nonché i farmaci per il periodo immediatamente successivo alla dimissione dal ricovero ospedaliero o alla visita specialistica ambulatoriale, limitatamente al primo ciclo terapeutico completo, sulla base di direttive regionali. Il Servizio sanitario nazionale garantisce altresì, qualora non esista valida alternativa terapeutica, i medicinali innovativi la cui commercializzazione è

LEA

autorizzata in altri Stati ma non sul territorio nazionale, i medicinali non ancora autorizzati ma sottoposti a sperimentazione clinica e i medicinali da impiegare per un'indicazione terapeutica diversa da quella autorizzata, inseriti in un elenco predisposto e periodicamente aggiornato dall'Agenzia Italiana del Farmaco, conformemente alle procedure ed ai criteri adottati dalla stessa.

d) assistenza integrativa Nell'ambito dell'assistenza integrativa il Servizio sanitario nazionale garantisce le prestazioni che comportano l'erogazione dei dispositivi medici monouso, dei presidi per diabetici e dei prodotti destinati ad un'alimentazione particolare

e) assistenza specialistica ambulatoriale Nell'ambito dell'assistenza specialistica ambulatoriale il Servizio sanitario nazionale garantisce le prestazioni elencate nel nomenclatore. Il nomenclatore riporta, per ciascuna prestazione, il codice identificativo, la definizione, eventuali condizioni di erogabilità in relazione ai requisiti necessari a garantire la sicurezza del paziente, eventuali indicazioni cliniche volte a migliorare l'appropriatezza della prescrizione. Al solo fine di consentire l'applicazione delle disposizioni legislative relative ai limiti di prescrivibilità delle prestazioni per ricetta e di partecipazione al costo da parte dei cittadini, il nomenclatore riporta altresì le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale raggruppate per branche specialistiche.

f) assistenza protesica Il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone di cui all'articolo 18 le prestazioni assistenziali che comportano l'erogazione di protesi, ortesi ed ausili tecnologici nello ambito di un progetto riabilitativo individuale volto alla prevenzione, alla correzione o alla compensazione di menomazioni o disabilità funzionali conseguenti a patologie o lesioni, al potenziamento delle abilità residue nonché alla promozione dell'autonomia dell'assistito. Il nomenclatore di cui all'allegato 5 contiene gli elenchi delle prestazioni e dei dispositivi, inclusi i dispositivi provvisori, temporanei e di riserva di cui all'articolo 18, commi 2 e 3, erogabili dal Servizio sanitario nazionale nei limiti e secondo le indicazioni cliniche e d'uso riportate nel medesimo nomenclatore

g) assistenza termale Il Servizio sanitario nazionale garantisce l'erogazione delle prestazioni di assistenza termale previste dalla normativa vigente ai soggetti affetti dalle patologie che possono trovare reale beneficio da tali prestazioni, identificate con decreto del Ministro della salute, nonché agli assicurati dell'INPS e dell'INAIL

LEA

L'erogazione è garantita nel limite di un ciclo annuo di prestazioni, fatta eccezione per gli invalidi di guerra e di servizio, dei ciechi, dei sordomuti e degli invalidi civili che possono usufruire di un secondo ciclo annuo per il trattamento della patologia invalidante

h) assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale **Percorsi assistenziali integrati** I percorsi assistenziali domiciliari, territoriali, semiresidenziali e residenziali prevedono l'erogazione congiunta di attività e prestazioni afferenti all'area sanitaria e all'area dei servizi sociali.

Nell'ambito delle **cure domiciliari** il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, percorsi assistenziali a domicilio costituiti dall'insieme organizzato di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita.

Le cure domiciliari prestazionali sono attivate dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta o da altri servizi distrettuali; b) cure domiciliari integrate (ADI) di I[^] e II[^] livello: costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico e riabilitativo, assistenza farmaceutica e accertamenti diagnostici a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati articolati sino a 5 giorni (I[^] livello) o su 6 giorni (II[^] livello) in relazione alla criticità e complessità del caso. Le cure domiciliari di primo e secondo livello richiedono la valutazione multidimensionale, la "presa in carico" della persona e la definizione di un "Progetto di assistenza individuale" (PAI), e sono attivate con le modalità definite dalle regioni anche su richiesta dei familiari o dei servizi sociali. Il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta assume la responsabilità clinica dei processi di cura, valorizzando e sostenendo il ruolo della famiglia; cure domiciliari integrate a elevata intensità (III[^] livello): costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico e riabilitativo, assistenza farmaceutica e accertamenti diagnostici a favore di persone con patologie che, presentando elevato livello di complessità, instabilità clinica e sintomi di difficile controllo, richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati articolati sui 7 giorni anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o al care-giver.

LEA

i) assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale Assistenza residenziale extraospedaliera ad elevato impegno sanitario. Il Servizio sanitario nazionale garantisce trattamenti residenziali intensivi di cura, recupero e mantenimento funzionale, ad elevato impegno sanitario ed assistenziale alle persone con patologie non acute, incluse le condizioni di responsività minimale e le gravi patologie neurologiche, caratterizzate da complessità, instabilità clinica e/o gravissima disabilità, che richiedono supporto alle funzioni vitali e continuità assistenziale con pronta disponibilità medica e presenza infermieristica sulle 24h. I trattamenti sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, psicologico, riabilitativo, infermieristico e tutelare, assistenza farmaceutica ed accertamenti diagnostici.

3) ASSISTENZA OSPEDALIERA

Il livello dell'assistenza ospedaliera si articola nelle seguenti aree di attività:

- 1) pronto soccorso;
- 2) degenza ordinaria;
- 3) day surgery;
- 4) day hospital;
- 5) riabilitazione e lungodegenza;
- 6) attività trasfusionali
- 7) attività di trapianto di organi e tessuti

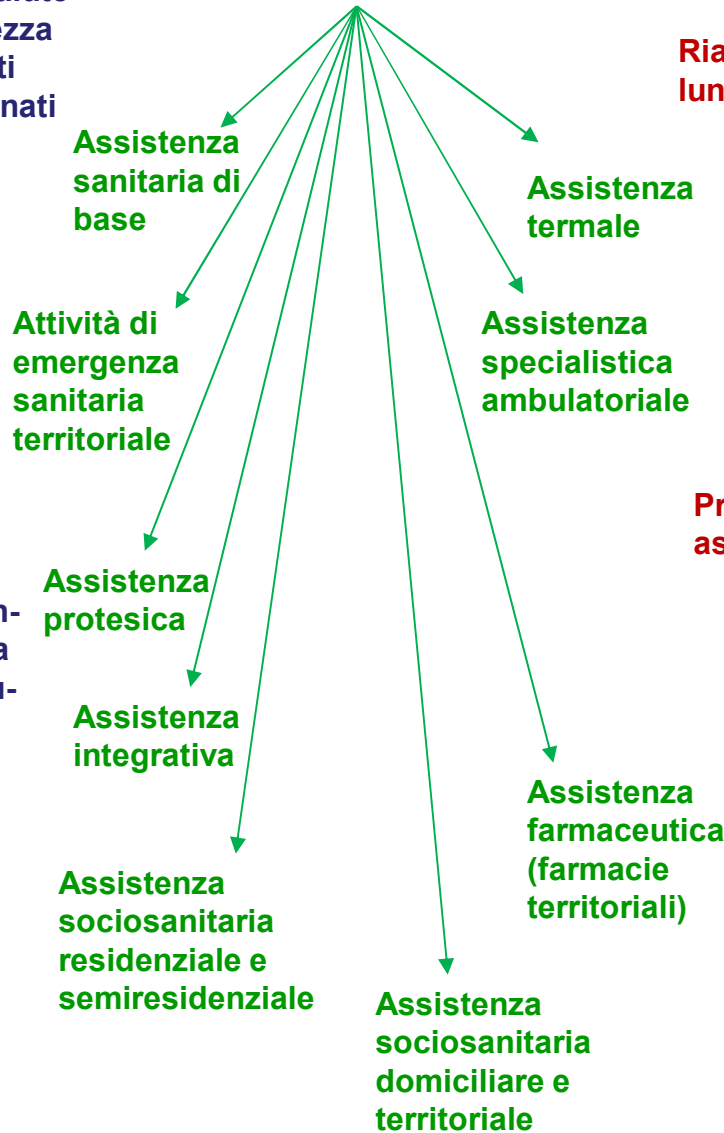
PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITA' PUBBLICA



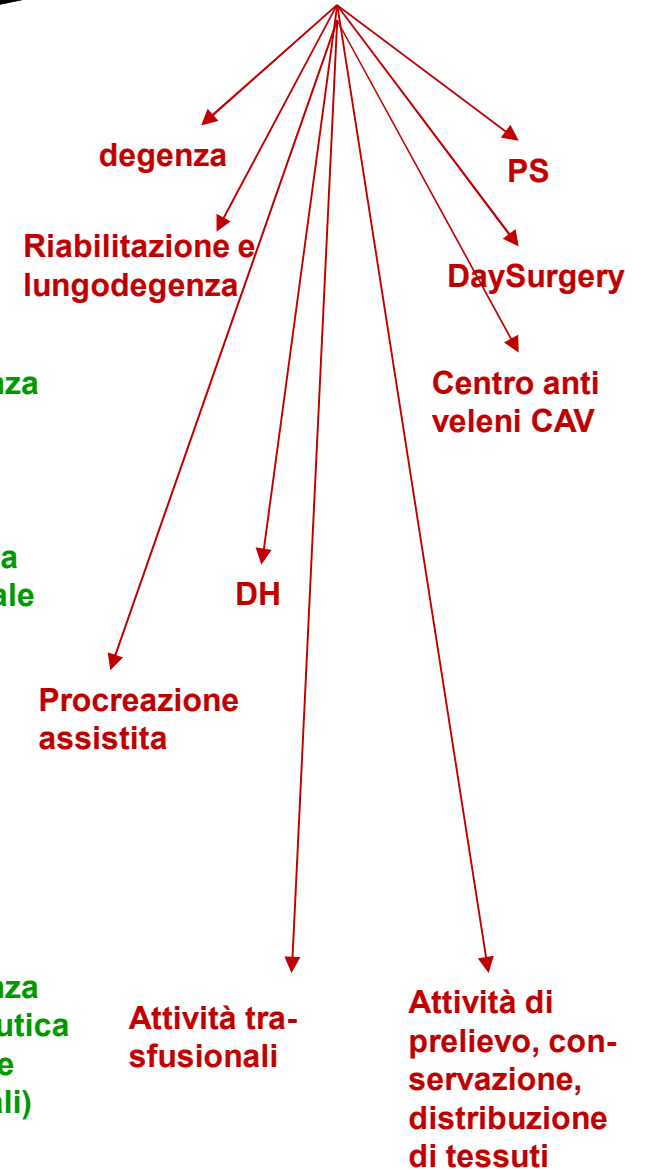
LEA

MACROAREE

ASSISTENZA DISTRETTUALE



ASSISTENZA OSPEDALIERA



LEA

L'AUSL adempie alle sue funzioni di erogatore di prestazioni sanitarie avvalendosi di:

- (a) propri presidi ospedalieri non costituiti in azienda
- (b) aziende ospedaliere
- (c) istituzioni sanitarie pubbliche (es ospedali militari) o private autorizzate e accreditate (acquistando cioè prestazioni)
- (d) presso i distretti anche per il tramite di professionisti in regime di convenzione.

Ministero della Salute

PSN

PSR

**Piano Programmatico
Piano strategico**

**EROGAZIONE
SERVIZI PER SSR**



REGIONE



finanziamento per QUOTA CAPITARIA



AZIENDE SANITARIE LOCALI



finanziamento sulla base delle prestazioni acquistate



**AZIENDE
OSPEDALIERE**



**CASE di CURA
ACCREDITATE**

AO e CdC - PRESTAZIONI EROGABILI

RICOVERI tariffa DRG

PRESTAZIONI AMBULATORIALI tariffa NOMENCLATORE NAZIONALE



11 - Gli organismi nazionali e regionali in materia sanitaria (2.4)

L'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali

è un ente nazionale con personalità giuridica di diritto pubblico che svolge un ruolo di collegamento e di supporto decisionale per il Ministero della Salute e le Regioni sulle strategie di sviluppo del Servizio Sanitario Nazionale. La sua funzione si articola nelle seguenti attività: la valutazione di efficacia dei livelli essenziali di assistenza; la rilevazione e l'analisi dei costi; la formulazione di proposte per l'organizzazione dei servizi sanitari; l'analisi delle innovazioni di sistema, della qualità e dei costi dell'assistenza; lo sviluppo e la diffusione di sistemi per la sicurezza delle cure; il monitoraggio dei tempi di attesa; la gestione delle procedure per l'educazione continua in medicina e in tutti i casi in cui per vari motivi la regione deve nominare un commissario ad acta.

Il direttore dell'Agenzia per i servizi regionali è nominato su proposta del Ministro della salute di intesa con la CPSRPA (Conferenza Permanente Stato Regioni Provincie Autonome)

GLI ORGANISMI NAZIONALI E REGIONALI IN MATERIA SANITARIA

- AGENZIA NAZIONALE PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI
- CONFERENZA PERMANENTE PER LA PROGRAMMAZIONE SANITARIA E SOCIO-SANITARIA REGIONALE
- CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA STATO, REGIONI E PROVINCE AUTONOME
- CONFERENZA UNIFICATA

AGENZIA NAZIONALE PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI

E' un **ente nazionale** con personalità giuridica di diritto pubblico che svolge un ruolo di **collegamento e di supporto decisionale** per il Ministero della Salute e le Regioni **sulle strategie di sviluppo del Servizio Sanitario Nazionale.**

Attività:

- la valutazione di **efficacia dei livelli essenziali di assistenza;**
- la rilevazione e l'analisi dei **costi;**
- la formulazione di **proposte per l'organizzazione** dei servizi sanitari;
- l'analisi delle **innovazioni di sistema**, della **qualità** e dei **costi** dell'assistenza;
- lo sviluppo e la diffusione di **sistemi per la sicurezza** delle cure;
- il monitoraggio dei **tempi di attesa;**
- la gestione delle procedure per l'**educazione continua** in medicina e in tutti i casi in cui per vari motivi la regione deve nominare un **commissario ad acta.**

CONFERENZA PERMANENTE PER LA PROGRAMMAZIONE SANITARIA E SOCIO-SANITARIA REGIONALE

Costituita al fine di realizzare un **rapporto più immediato** tra i Comuni e la Regione. Ne fanno parte, per ciascuna AUSL, il **sindaco** (o il presidente della conferenza dei sindaci o il presidente di circoscrizione a seconda delle dimensioni dell'azienda stessa) ed i **rappresentanti delle associazioni regionali** delle autonomie locali.

Attività:

- esamina il progetto di **PSR**;
- verifica i **Piani Attuativi Metropolitan** e delle **aziende ospedaliere**
- esprime eventuali **osservazioni** in merito.

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA STATO, REGIONI E PROVINCIE AUTONOME

Svolge compiti di **informazione**, **consultazione**, **raccordo** in relazione agli indirizzi di politica generale che incidono nelle singole attribuzioni di competenza regionale.

Esprime parere obbligatorio ma non vincolante in merito a:

- programmi di **prevenzione** anche primaria;
- determinazione dei **livelli** delle prestazioni sanitarie;
- ripartizione degli **stanziamenti**;
- programmazione del **fabbisogno del personale sanitario**;
- attuazione degli **obiettivi del SSN**;
- autorizzazione di programmi di **sperimentazione** aventi ad oggetto nuovi modelli gestionali;
- organizzazione d'intesa con le regioni dei **corsi di formazione manageriali** per i DG;

- stipulazione d'intesa con il Ministero della Salute di **accordi di programma** con le Regioni aventi ad oggetto la **copertura finanziaria** e la **realizzazione di strutture sanitarie** ecc;
- delibera gli indirizzi per l'**uniforme applicazione dei percorsi diagnostici e terapeutici** in ambito locale e le relative **sanzioni** in caso di disapplicazione;
- esprime intesa sulla proposta del Ministro della salute di **nomina del direttore** dell'Agencia per i servizi regionali;
- adozione da parte dello Stato dei piani di settore aventi rilievo ed applicazione nazionale nonché il **riparto delle relative risorse alle regioni**;
- la definizione delle **attività di alta specialità** e dei requisiti necessari al loro esercizio, nonché il **riconoscimento** degli ospedali di rilievo nazionale e di alta specializzazione e la relativa **vigilanza**;
- la programmazione del **fabbisogno per le specializzazioni** mediche e la relativa **formazione**, compresa l'erogazione delle **borse di studio** e la determinazione dei **requisiti di idoneità** delle strutture in cui si è svolta la formazione specialistica;
- il conferimento degli **incarichi dirigenziali**.

CONFERENZA UNIFICATA

Sostituisce (DLGS 112/98) la CPSRPA nell'adozione del PSN, d'intesa col Governo.

12 - Le AUSL (3.1)

The image features a gold gradient background. A blue curved shape, resembling a quarter-circle or a similar arc, is positioned on the right side of the frame. The text "12 - Le AUSL (3.1)" is centered in the middle of the image.

LE AUSL

Sono persone giuridiche che operano attraverso i propri organi

SONO ORGANI DELLA AUSL:

1)Direttore generale: gli competono tutti i poteri di gestione, rappresentanza (anche legale dell'azienda) e verifica della corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate nonché dell'imparzialità e buon andamento. è quindi il responsabile della gestione complessiva e del perseguimento della missione. Viene quindi richiesta una maggior "qualificazione" come l'aver esercitato stabilmente per almeno un quinquennio attività di direzione tecnica ed amministrativa in enti pubblici o privati con autonomia gestionale e diretta responsabilità delle risorse umane (o l'espletamento del mandato di senatore, deputato o consigliere regionale), nonché l'obbligo di produrre entro 18 mesi dalla nomina un certificato di frequenza ad un corso di formazione in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria.

La regione, al momento della nomina assegna al DG gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi da raggiungere, verificandoli poi dopo 18 mesi e se il risultato è negativo sentito il sindaco (o la conferenza) la regione può non confermare l'incarico.

Inoltre quando ricorrano gravi motivi o la gestione presenti una situazione di grave disavanzo o in caso di violazione di leggi o del principio di buon andamento e di imparzialità della amministrazione la regione risolve il contratto dichiarando la decadenza del Dg e provvedendo alla sua sostituzione.

LE AUSL

Costituisce anche grave inadempienza a carico del DG il mancato rispetto dei contenuti e delle tempistiche dei flussi informativi, mentre sono previste 3 ipotesi di decadenza (dove la regione, sentita la CPPSS che si esprime nei 10 gg seguenti salvo casi di particolare gravità ed urgenza dove il parere non è obbligatorio):

- (a) mancata ed incompleta presentazione della certificazione trimestrale della gestione** nei termini stabiliti dalla regione
- (b) mancata presentazione del piano di rientro** nei termini definiti dalla regione
- (c) mancata riconduzione della gestione nei limiti degli obiettivi assegnati.**

Il sindaco (o conferenza dei sindaci nel caso il territorio della AUSL comprenda più comuni) nel caso di manifesta inattuazione del PAL posso chiedere alla regione la revoca del DG o la non riconferma ove il contratto sia già scaduto.

La L 222/07 prevede una ulteriore ipotesi di sostituibilità del DG che si verifica quando nel procedimento di monitoraggio dei singoli piani di rientro si prefigurano da parte delle regioni il mancato rispetto degli adempimenti previsti dai medesimi piani tali da mettere in pericolo la tutela dell'unità economica dei lea, il presidente del consiglio dei ministri può nominare un commissario ad acta che può proporre alla regione la sostituzione del DG.

LE AUSL

La carica di DG è incompatibile con altro rapporto di lavoro dipendente od autonomo. La sua nomina deve essere effettuata nel termine perentorio di 60 gg dalla data di vacanza dell'ufficio, scaduto il quale il Ministro della salute sentite le regioni interessate e l'agenzia per i SSR fissa un congruo termine per provvedervi, decorso inutilmente il quale il ministro sentito nuovamente il parere della agenzia per SSR e previa consultazione con la CPRSR propone al consiglio dei ministri l'intervento sostitutivo anche sottoforma di nomina di commissario ad acta. L'intervento è adottato dal governo e non preclude l'esercizio delle funzioni regionali per le quali si è provveduto in via sostitutiva ed è efficace fino a quando i competenti organi regionali abbiano provveduto.

LE AUSL

Il Direttore Amministrativo e il Direttore Sanitario sono nominati dal Direttore Generale.

Il primo è un laureato in discipline giuridiche od economiche il secondo è un medico.

Devono avere meno di 65 anni (al momento della nomina) ed una esperienza almeno quinquennale di direzione tecnico amministrativa il primo e tecnico sanitaria il secondo in enti pubblici o privati.

Il Direttore Amministrativo dirige i servizi amministrativi dell'Ausl Il Direttore Sanitario dirige i servizi sanitari ai fini organizzativi ed igienico sanitari e partecipano unitamente al Direttore Generale (che ne ha la responsabilità) alla direzione dell'azienda; entrambi assumono diretta responsabilità delle funzioni attribuite alla loro competenza e concorrono con la formulazione di proposte e di pareri alla formazione delle decisioni della direzione generale.

Per il Direttore Amministrativo la regione può stabilire che il conferimento dell'incarico sia subordinato alla frequenza del corso di formazione programmato per il conferimento dell'incarico di Direttore Generale o del corso di formazione manageriale di cui all'art 7 del DPR 484/97 o di altro corso di formazione manageriale appositamente programmato e disciplina altresì le cause di risoluzione del rapporto con il Direttore Amministrativo.

LE AUSL

Il rapporto di lavoro di Direttore Generale Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario è esclusivo e regolato da contratto di diritto privato di durata non inferiore a 3 e non superiore a 5 anni, il trattamento economico è definito anche con riferimento ai trattamenti previsti dalla CCNL per le posizioni apicali delle rispettive dirigenze.

Chi viene nominato Direttore Generale, Amministrativo, Sanitario, è messo in aspettativa senza assegni con diritto al mantenimento del posto (eccezion fatta per il Direttore Generale che non può essere tale e mantenere la dipendenza in aspettativa presso la stessa Ausl), non sono eleggibili e sono incompatibili alla carica di consiglieri (e superiori) salvo che le funzioni non siano cessate almeno 180 gg prima della data di scadenza dei periodi di durata di tali organi. Nell'ipotesi di scioglimento anticipato le funzioni devono essere cessate entro i 7 gg successivi al provvedimento. I 3 Direttori non sono cmq eleggibili nei collegi che ricomprendano il territorio dell'AUSL diretta nei 6 mesi antecedenti l'accettazione della candidatura. IL non eletto non può esercitare x 5 anni le sue funzioni in AUSL ricomprese nel proprio collegio.

LE AUSL IN EMILIA ROMAGNA

IL COLLEGIO SINDACALE dura in carica 3 anni ed è composto da tre membri, di cui uno designato dalla Regione, con funzioni di Presidente, ed uno designato dalla Conferenza territoriale sociale e sanitaria e uno dallo Stato. I componenti sono scelti tra gli iscritti nel registro dei revisori contabili istituito presso il Ministero della giustizia o tra i funzionari del Ministero dell'economia e finanze che abbiano esercitato per almeno 3 anni le funzioni di revisori di conti o di componenti dei collegi sindacali. Tale organo:

- (1) verifica l'amministrazione dell'azienda sotto il profilo economico**
- (2) vigila sull'osservanza della legge**
- (3) 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**
- (4) riferisce almeno trimestralmente alla Regione** anche su richiesta di quest'ultima sui risultati del riscontro eseguito, denunciando immediatamente i fatti se vi è fondato sospetto di gravi irregolarità
- (5) trasmette periodicamente e cmq a cadenza almeno semestrale una propria relazione sull'andamento dell'attività dell'ausl alla conferenza dei sindaci o al sindaco del comune capoluogo della provincia**
- (6) annualmente allo Stato (Ministero dell'economia e finanza) sulla Contrattazione integrativa**

LE AUSL IN EMILIA ROMAGNA

Il *Collegio sindacale* esercita la vigilanza sulla gestione economica, finanziaria e patrimoniale e , su richiesta del Direttore generale, nelle fasi di programmazione e di pianificazione. In particolare:

- a) **esprime un parere sul Piano programmatico, relativamente agli impegni economico-finanziari che ne possono derivare**, sul bilancio economico e sul budget aziendale e redige, a tale scopo, specifica relazione da trasmettere alla Regione;
- b) **può richiedere dati e notizie utili alla verifica della fondatezza delle previsioni contenute nei bilanci e nei budget**;
- c) **predispone trimestralmente una relazione per la Regione**, per il Direttore generale e per il Sindaco o la Conferenza dei Sindaci nella quale sia posto in chiara evidenza l'andamento del bilancio economico e del budget aziendale. Ove necessario, invita il Direttore generale ad assumere le iniziative volte a superare eventuali situazioni patologiche registrate nel corso della gestione.

Nella relazione dell'ultimo trimestre il Collegio esprime una valutazione complessiva sull'andamento della gestione, sotto il profilo dell'efficienza e dei risultati raggiunti.

Il *Collegio sindacale*, con riferimento al bilancio di esercizio, deve esaminare e valutare in apposita relazione:

- a) **l'andamento della gestione dal punto di vista economico e finanziario**, nonché le proposte e gli indirizzi tendenti a conseguire una migliore efficacia, efficienza ed economicità della gestione;
- b) la **regolarità e la correttezza della tenuta della contabilità**, nonché la corrispondenza fra le scritture contabili e le risultanze consuntive;
- c) **l'osservanza ed il rispetto dei principi contabili.**

I *sindaci* possono in qualsiasi momento procedere, anche individualmente, all'esame ed al controllo degli atti dell'Azienda, previa comunicazione al Presidente del collegio. Delle verifiche effettuate deve essere fatta menzione nei verbali del collegio.

Il *Collegio sindacale* può chiedere notizie al Direttore generale o ad altri dirigenti sull'andamento della gestione o su determinate specifiche questioni.

LE AUSL IN EMILIA ROMAGNA

Qualora nell'ambito della propria attività, il *Collegio sindacale* venga a conoscenza di gravi irregolarità nella gestione, è tenuto a darne immediata comunicazione al Direttore generale, alla regione e al Sindaco o alla Conferenza dei Sindaci.

Il *Collegio sindacale* dispone di una sede idonea messa a disposizione dal Direttore generale, per lo svolgimento dei compiti assegnati dalla presente legge.

Non possono essere nominati sindaci-revisori e, se nominati, decadono dall'ufficio:

- a) coloro che ricoprono l'ufficio di direttore generale, direttore sanitario, direttore amministrativo di Azienda sanitaria;
- b) coloro che hanno ascendenti o discendenti, ovvero parenti od affini fino al secondo grado che nella Azienda sanitaria ricoprono l'ufficio di direttore generale, direttore sanitario, direttore amministrativo, oppure svolgano funzioni dirigenziali nell'Istituto di credito tesoriere dell'Azienda sanitaria;
- c) i dipendenti dell'Azienda sanitaria;
- d) i fornitori dell'Azienda sanitaria;
- e) gli amministratori, i dipendenti ed, in generale, chi, a qualsiasi titolo, svolge in modo continuativo un'attività retribuita presso istituzioni sanitarie di carattere privato che abbiano rapporti convenzionali o contrattuali con l'Azienda sanitaria;
- f) coloro che abbiano lite pendente per questioni attinenti all'attività dell'Azienda sanitaria, ovvero, avendo un debito liquido ed esigibile verso di essa, siano stati regolarmente costituiti in mora, ai sensi dell'articolo 1219 del codice civile, oppure si trovino nelle condizioni di cui al comma 2 dello stesso articolo.

LE AUSL IN EMILIA ROMAGNA

IL COLLEGIO DI DIREZIONE: è costituito in ogni azienda e formula proposte e pareri per l'elaborazione delle strategie aziendali, l'organizzazione e lo sviluppo dei servizi, le attività di formazione, ricerca ed innovazione e gli strumenti per la valorizzazione e valutazione delle risorse professionali e per la gestione del rischio.

Il funzionamento e l'articolazione dei compiti del Collegio di Direzione sono definiti da apposito regolamento, adottato dal Direttore Generale, su proposta del Collegio stesso, e, al suo interno può essere prevista l'integrazione sulla base dell'assetto organizzativo di ulteriori componenti (oltre a quelli previsti nell'atto aziendale) del collegio stesso

LE AUSL IN EMILIA ROMAGNA

Il Collegio di Direzione dura in carica tre anni ed è composto dai seguenti membri di diritto: il Direttore Sanitario dell'Azienda, in qualità di Presidente, i Direttori Dipartimento, i Direttori delle Direzioni Tecniche, Responsabili Infermieristici e Tecnici Dipartimentali, un numero massimo complessivo di sei rappresentanti dei Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e Specialisti ambulatoriali (individuati tra i coordinatori dei Nuclei di Cure Primarie e/o specialisti ambulatoriali responsabili di struttura organizzativa, nominati dal Direttore Generale) e il Presidente del Collegio aziendale delle Professioni Sanitarie.

Sono invitati permanenti senza diritto di voto: i Direttori di Distretto, il Direttore delle attività socio-sanitarie, i Direttori di Presidio Ospedaliero, Il Direttore Generale, il Direttore Amministrativo e il Direttore delle Attività Socio - Sanitarie intervengono presso il Collegio per finalità informative, consultive o di rendicontazione sull'andamento gestionale dell'Azienda.

In caso di decisioni del Direttore Generale assunte in difformità rispetto al parere obbligatorio espresso dal Collegio, il Direttore Generale esplicita, all'interno dell'atto deliberativo, le ragioni della diversa valutazione e le trasmette al Collegio stesso.

LE AUSL IN EMILIA ROMAGNA

Il **C.A.P.S.** (Collegio Aziendale delle Professioni Sanitarie), è eletto da tutto il personale, dipendente e convenzionato, dell'Azienda.

Si tratta di un Organismo previsto dalla Legge Regionale 23/12/2004 ("Norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del SSR"). Il Collegio è formato da 50 membri, rappresentanti di tutte le componenti professionali dell'Azienda.

E' un Organismo elettivo con funzioni consuntive, volte a garantire una più efficace partecipazione di tutte le professioni sanitarie operanti in Azienda in ordine alle problematiche di natura professionale.

In particolare svolge le seguenti funzioni:

- 1) contribuisce all'individuazione di criteri per la costruzione di strumenti di riconoscimento e valorizzazione del lavoro professionale e di sviluppo delle competenze professionali degli operatori;
- 2) propone forme di organizzazione del lavoro innovative, volte a promuovere l'integrazione e la collaborazione multidisciplinare e multiprofessionale;
- 3) collabora con il Collegio di Direzione alla elaborazione del programma per la formazione;
- 4) collabora con il Comitato Etico per gli aspetti relativi all'etica delle professioni.

LE AUSL IN VENETO

IL COLLEGIO SINDACALE dura in carica 3 anni ed è composto da **cinque** membri, di cui due designati dalla regione, uno designato dal Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, uno dal Ministro della sanità e uno dalla Conferenza dei sindaci (per l'Azienda Ospedaliera la Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio sanitaria). I componenti del collegio sindacale sono scelti tra gli iscritti nel registro dei **revisori contabili** istituito presso il ministero di Grazia e giustizia, ovvero tra i funzionari del ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica che abbiano esercitato per almeno tre anni le funzioni di revisori dei conti o di componenti dei collegi sindacali. Tale organo:

- (1) verifica l'amministrazione dell'azienda sotto il profilo economico**
- (2) vigila sull'osservanza della legge**
- (3) 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**
- (4) riferisce almeno trimestralmente alla Regione** anche su richiesta di quest'ultima sui risultati del riscontro eseguito, denunciando immediatamente i fatti se vi è fondato sospetto di gravi irregolarità
- (5) trasmette periodicamente e cmq a cadenza almeno semestrale una propria relazione sull'andamento dell'attività dell'ausl alla conferenza dei sindaci** o al sindaco del comune capoluogo della provincia

LE AUSL IN VENETO

(6) annualmente allo Stato (Ministero dell'economia e finanza) sulla Contrattazione integrativa

Il *Collegio sindacale* esercita la vigilanza sulla gestione economica, finanziaria e patrimoniale e , su richiesta del Direttore generale, nelle fasi di programmazione e di pianificazione. In particolare:

a) **esprime un parere sul Piano programmatico, relativamente agli impegni economico-finanziari che ne possono derivare**, sul bilancio economico e sul budget aziendale e redige, a tale scopo, specifica relazione da trasmettere alla Regione;

b) **può richiedere dati e notizie utili alla verifica della fondatezza delle previsioni contenute nei bilanci e nei budget**;

c) **predispone trimestralmente una relazione per la Regione**, per il Direttore generale e per il Sindaco o la Conferenza dei Sindaci nella quale sia posto in chiara evidenza l'andamento del bilancio economico e del budget aziendale. Ove necessario, invita il Direttore generale ad assumere le iniziative volte a superare eventuali situazioni patologiche registrate nel corso della gestione.

Nella relazione dell'ultimo trimestre il Collegio esprime una valutazione complessiva sull'andamento della gestione, sotto il profilo dell'efficienza e dei risultati raggiunti.

Il *Collegio sindacale*, con riferimento al bilancio di esercizio, deve esaminare e valutare in apposita relazione:

a) **l'andamento della gestione dal punto di vista economico e finanziario**, nonché le proposte e gli indirizzi tendenti a conseguire una migliore efficacia, efficienza ed economicità della gestione;

b) la **regolarità e la correttezza della tenuta della contabilità**, nonché la corrispondenza fra le scritture contabili e le risultanze consuntive;

c) **l'osservanza ed il rispetto dei principi contabili.**

LE AUSL IN VENETO

I *sindaci* possono in qualsiasi momento procedere, anche individualmente, all'esame ed al controllo degli atti dell'Azienda, previa comunicazione al Presidente del collegio. Delle verifiche effettuate deve essere fatta menzione nei verbali del collegio.

Il *Collegio sindacale* può chiedere notizie al Direttore generale o ad altri dirigenti sull'andamento della gestione o su determinate specifiche questioni.

Qualora nell'ambito della propria attività, il *Collegio sindacale* venga a conoscenza di gravi irregolarità nella gestione, è tenuto a darne immediata comunicazione al Direttore generale, alla regione e al Sindaco o alla Conferenza dei Sindaci.

Il *Collegio sindacale* dispone di una sede idonea messa a disposizione dal Direttore generale, per lo svolgimento dei compiti assegnati dalla presente legge.

Non possono essere nominati sindaci-revisori e, se nominati, decadono dall'ufficio:

- a) coloro che ricoprono l'ufficio di direttore generale, direttore sanitario, direttore amministrativo di Azienda sanitaria;
- b) coloro che hanno ascendenti o discendenti, ovvero parenti od affini fino al secondo grado che nella Azienda sanitaria ricoprono l'ufficio di direttore generale, direttore sanitario, direttore amministrativo, oppure svolgano funzioni dirigenziali nell'Istituto di credito tesoriere dell'Azienda sanitaria;
- c) i dipendenti dell'Azienda sanitaria;
- d) i fornitori dell'Azienda sanitaria;
- e) gli amministratori, i dipendenti ed, in generale, chi, a qualsiasi titolo, svolge in modo continuativo un'attività retribuita presso istituzioni sanitarie di carattere privato che abbiano rapporti convenzionali o contrattuali con l'Azienda sanitaria;
- f) coloro che abbiano lite pendente per questioni attinenti all'attività dell'Azienda sanitaria, ovvero, avendo un debito liquido ed esigibile verso di essa, siano stati regolarmente costituiti in mora, ai sensi dell'articolo 1219 del codice civile, oppure si trovino nelle condizioni di cui al comma 2 dello stesso articolo.

LE AUSL IN VENETO

IL COLLEGIO DI DIREZIONE: è costituito in ogni azienda e formula proposte e pareri per l'elaborazione delle strategie aziendali, l'organizzazione e lo sviluppo dei servizi, le attività di formazione, ricerca ed innovazione e gli strumenti per la valorizzazione e valutazione delle risorse professionali e per la gestione del rischio.

LE AUSL IN VENETO

Il Collegio di Direzione dura in carica tre anni ed è composto dai seguenti membri: Direttore Generale, Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario, Direttore dei Servizi Sociali e della Funzione Territoriale, i Direttori dei Distretti Socio-Sanitari, Direttore del Dipartimento Funzionale Interaziendale Ospedale-Territorio, Direttore della Funzione Ospedaliera, Direttore del Dipartimento di Prevenzione, un Direttore di Dipartimento strutturale per ciascuna area (medica, chirurgica, materno-infantile e dei servizi di diagnosi e cura), il Direttore del Dipartimento di Emergenza ed Urgenza, Direttore del Dipartimento di Salute Mentale, Direttore del Dipartimento delle Dipendenze, Direttore dell'U.O.C. Medicina Fisica e Riabilitazione, Direttore di Dipartimento strutturale dell'area dei servizi professionali, tecnici e amministrativi, Direttore della Direzione/Servizio Farmaceutico, il responsabile del servizio professioni sanitarie.

È, altresì, invitato a partecipare un rappresentante dei medici convenzionati con il servizio sanitario nazionale membro dell'ufficio di coordinamento delle attività distrettuali (UCAD), indicato congiuntamente dai componenti della parte medica convenzionati per la medicina generale, la pediatria di libera scelta e la specialistica ambulatoriale interna, dei comitati aziendali e zonali previsti dai rispettivi accordi collettivi nazionali.

LE AUSL IN VENETO

Il consiglio dei sanitari è organismo elettivo dell'AUSL con funzioni di consulenza tecnico-sanitaria ed è composto dal DS che lo presiede, da una maggioranza di medici ed altri operatori sanitari laureati ed una rappresentanza di infermieri e tecnici. La regione provvede a definire il numero dei componenti nonché a disciplinare le modalità di elezione e la composizione ed il funzionamento del consiglio.

Fornisce parere obbligatorio ma non vincolante al DG per le attività tecnico sanitarie, anche sotto il profilo organizzativo e per gli investimenti ad esse attinenti. Si esprime altresì sulle attività assistenziali e tale parere è inteso come favorevole ove non formulato entro il termine fissato dalla legge regionale (silenzio assenso)



13 – Funzioni ed assetto organizzativo (3.2)

ASSETTO ORGANIZZATIVO DELL'AUSL

I DIPARTIMENTI : rappresentano la struttura organizzativa fondamentale dell'Azienda preposta alla produzione dei servizi e delle prestazioni assistenziali, dalla prevenzione alla riabilitazione, ed all'organizzazione e gestione delle risorse necessarie alla produzione degli stessi; garantiscono il governo clinico del sistema di produzione dei servizi sanitari assicurando la qualità tecnica delle prestazioni e dei servizi e sviluppando la partecipazione dei professionisti alle decisioni di carattere organizzativo e gestionale che influenzano la qualità dei servizi e il rendimento delle risorse disponibili.

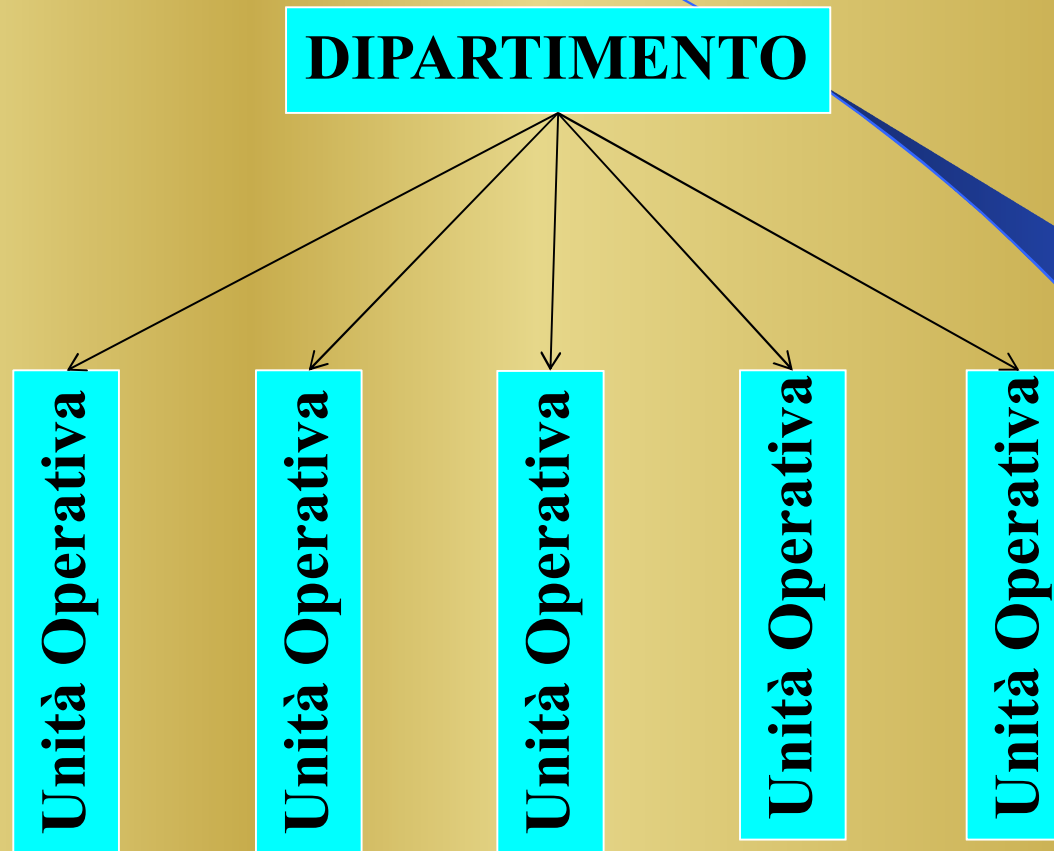
ASSETTO ORGANIZZATIVO DELL'AUSL

I Dipartimenti sono la principale sede operativa di attuazione e di gestione delle attività relative al Governo Clinico e al Programma aziendale di Gestione del Rischio che hanno nel Collegio di Direzione l'organo di governo.

I Dipartimenti aggregano una pluralità di unità operative/servizi di discipline o funzioni assistenziali affini o complementari ed assicurano la gestione unitaria delle risorse al fine di soddisfare gli obiettivi negoziati a livello aziendale, adottando soluzioni organizzative che garantiscano servizi rispondenti alle necessità assistenziali e alle preferenze della persona.

In particolare, i Dipartimenti perseguono l'ottimizzazione dell'uso delle risorse professionali e tecnologiche, nonché la ricerca e la messa in pratica di innovazioni organizzative al fine di migliorare la qualità dei servizi e la loro sostenibilità economica.

I DIPARTIMENTI



**DIPARTIMENTO= due o più U.O.
affini o complementari fra di loro**

ASSETTO ORGANIZZATIVO DELL'AUSL

I Dipartimenti sono strutture complesse di tipo gestionale che accorpano unità organizzative legate da una relazione gerarchica. Dipendono direttamente dalla Direzione Generale. Hanno autonomia tecnico-professionale e gestionale nei limiti degli obiettivi assegnati e delle risorse attribuite ed operano secondo il piano annuale di attività gestendo le risorse negoziate con la Direzione Generale.

Sono inoltre obiettivi della organizzazione dipartimentale: promuovere il mantenimento e lo sviluppo delle conoscenze e delle competenze tecniche e professionali attraverso la predisposizione di programmi di formazione e di ricerca a carattere multidisciplinare; promuovere e garantire il rispetto dei requisiti di qualità previsti dal sistema regionale per l'autorizzazione/accreditamento; attuare la verifica sistematica e continuativa dell'attività svolta e dei risultati raggiunti; garantire una corretta, continua e capillare diffusione delle informazioni all'interno del Dipartimento.

I Dipartimenti hanno di norma estensione intra-aziendale. Al fine di garantire la continuità assistenziale e/o di realizzare economie di gestione possono essere previste forme di integrazione funzionale fra Dipartimenti di Aziende sanitarie diverse (Area Vasta).

Sono organi del dipartimento il Direttore di Dipartimento ed il Comitato di Dipartimento

ASSETTO ORGANIZZATIVO DELL'AUSL

Organizzazione interna al Dipartimento

- **Direttore Dipartimento**
- **Comitato di Dipartimento**
- **Assemblea di Dipartimento**

ASSETTO ORGANIZZATIVO DELL'AUSL

Il Direttore di Dipartimento rappresenta il Dipartimento nei rapporti con gli altri organi dell'azienda e con gli interlocutori esterni. Il Direttore presiede e dirige il Comitato di Dipartimento al fine di perseguire l'integrazione tra le diverse unità organizzative, l'ottimizzazione dell'organizzazione e della gestione delle risorse assegnate, lo sviluppo e l'uniforme applicazione di procedure comuni e il raggiungimento degli obiettivi negoziati con la Direzione generale. Il Direttore di Dipartimento ha la responsabilità gestionale complessiva del Dipartimento e risponde alla Direzione Generale dell'attuazione degli obiettivi e del corretto utilizzo delle risorse assegnate; promuove all'interno del proprio Dipartimento un utilizzo flessibile del personale ed un uso razionale delle risorse assegnandole alle strutture organizzative del Dipartimento stesso anche adottando modelli di integrazione. Egli è responsabile dal punto di vista professionale in ordine al corretto utilizzo dei metodi e strumenti del governo clinico.

Il Direttore di Dipartimento è un Direttore di struttura complessa nominato dal Direttore Generale entro una terna di candidati indicata dal Comitato di Dipartimento, tra i Dirigenti con incarico di direzione di una delle strutture complesse aggregate nel Dipartimento, con scelta motivata e secondo criteri espliciti e predefiniti, tra cui il possesso di particolari attitudini organizzativo-gestionali e capacità di coinvolgimento, valorizzazione e responsabilizzazione dei collaboratori. In caso di dissenso rispetto alla proposta del Comitato di Dipartimento, il Direttore generale ne esplicita le motivazioni.

ASSETTO ORGANIZZATIVO DELL'AUSL

Al Direttore di Dipartimento è conferito il mandato di realizzare il programma dipartimentale su base triennale, annualmente verificato relativamente allo stato di realizzazione. Il Direttore di Dipartimento mantiene la direzione della struttura alla quale appartiene, salvo deroga motivata dal Direttore Generale all'atto della nomina. L'incarico di Direttore di Dipartimento può essere attribuito, qualora l'attività gestionale sia di particolare rilevanza, con l'obbligo dell'impegno esclusivo, sollevando, per la durata di tale incarico, il dirigente dalla responsabilità di direzione dell'unità operativa ad esso affidata e con diritto di essere reintegrato nel posto di responsabilità al termine dell'incarico; nel caso di incarico esclusivo, il Direttore Generale può nominare Direttore del Dipartimento anche un dirigente di struttura complessa non inserirlo nel Dipartimento stesso, in possesso di adeguata competenza e capacità gestionale ed organizzativa. L'incarico di Direttore di Dipartimento può essere revocato quando vengono accertati risultati negativi di gestione e mancato raggiungimento degli obiettivi assegnati. L'incarico di Direttore di Dipartimento è conferito con apposito contratto a tempo determinato che ne disciplina i contenuti, la durata e la retribuzione. Il Direttore di Dipartimento è sovraordinato ai Direttori di unità operativa per gli aspetti di natura gestionale attinenti il Dipartimento.

ASSETTO ORGANIZZATIVO DELL'AUSL

Il Direttore di Dipartimento, per le attività legate alla responsabilità gestionale complessiva del Dipartimento, si avvale di un **ufficio dipartimentale di staff** composto: dal Responsabile dell'attività infermieristica/tecnica del Dipartimento, dal Responsabile dell'assistenza farmaceutica del Dipartimento, dal Responsabile medico di organizzazione e igiene. I componenti dell'ufficio dipartimentale operano organizzativamente in staff al Direttore al fine del raggiungimento degli obiettivi assegnati al Dipartimento stesso e sono in linea con le Direzioni Tecniche aziendali di riferimento. Possono far parte dell'ufficio altre professionalità funzionali a caratteristiche proprie del Dipartimento.

Il **Comitato di Dipartimento** è l'organo collegiale di supporto al Direttore del Dipartimento. Assicura la partecipazione degli operatori ai processi di programmazione delle attività e alla definizione dell'assetto organizzativo-gestionale del Dipartimento. È convocato dal Direttore del Dipartimento secondo le modalità previste dal regolamento elaborato dal Comitato ed approvato dal Direttore Generale.

Il Comitato è composto dai Direttori delle unità operative, dai Coordinatori di area sanitaria/sociale delle unità operative/servizi, dai dirigenti con incarico di responsabilità di gestione di struttura organizzativa semplice, dai dirigenti con incarico professionale di alta specializzazione, dai referenti le funzioni di formazione, qualità, innovazione e ricerca, dai componenti dell'ufficio dipartimentale di staff. Fanno inoltre parte del Comitato dirigenti medici e sanitari ed operatori sanitari del comparto, eletti in rappresentanza degli omologhi operanti nelle unità operative del Dipartimento; la componente elettiva non può comunque superare 50% della componente di diritto.

ASSETTO ORGANIZZATIVO DELL'AUSL

In particolare, il Comitato di Dipartimento:

- propone modelli organizzativi e di gestione delle risorse che siano coerenti e funzionali agli indirizzi aziendali relativamente ad azioni ed interventi necessari alla promozione della salute, alla prevenzione della malattia, alla cura, alla riabilitazioni fisica, sociale e lavorativa,
- promuove altresì il processo di innovazione e di miglioramento della qualità;
- definisce i criteri per la individuazione dei fabbisogni prioritari di formazione e di ricerca e predispose i relativi piani di periodo;
- contribuisce alla formulazione della proposta di piano annuale del Dipartimento e partecipa al processo di budgeting;
- assicura le verifiche trimestrali del piano di produzione negoziato;
- pianifica le iniziative per il miglioramento dell'integrazione tra le unità operative, della diffusione delle informazioni e dello sviluppo di norme di buona pratica professionale fra le unità operative;
- propone l'attivazione di gruppi di miglioramento;
- fornisce tutti gli elementi utili alla predisposizione della relazione d'esercizio semestrale ed annuale.

Le **unità operative** sono strutture organizzative complesse del dipartimento che aggregano risorse professionali di tipo medico, infermieristico, tecnico, amministrativo e finanziario e assicurano la direzione e l'organizzazione delle attività di competenza, nel rispetto degli indirizzi aziendali, degli obiettivi e dei criteri definiti nell'ambito del dipartimento di appartenenza.

Unità operativa complessa

articolazione settoriale del dipartimento, per discipline/funzioni. Comprende diversi livelli assistenziali (degenza ordinaria, DH)

Unità operativa semplice:

articolazione organizzativa dell'U.O. per lo svolgimento di attività specialistiche, ovvero strumento per distinguere l'organizzazione di particolari livelli di erogazione dell'assistenza

LE AUSL

1) DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE: è struttura operativa dell'AUSL istituita ed organizzata da ciascuna regione allo scopo di:

- (a) garantire la tutela della salute collettiva
- (b) perseguire obiettivi di promozione della salute
- (c) agire per la prevenzione delle malattie e delle disabilità
- (d) operare per il miglioramento della qualità della vita.

A tal fine il dipartimento di prevenzione promuove azioni volte ad individuare e rimuovere le cause di nocività e malattia di origine ambientale, umana ed animale garantendo le seguenti funzioni di prevenzione collettiva e sanità pubblica anche a supporto dell'autorità sanitaria locale (art 7 ter dlgs 502/92 con modifica del dlgs 254/00):

- a) Profilassi delle malattie infettive e parassitarie;
- b) Tutela della collettività dei rischi sanitari degli ambienti di vita anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali
- c) Tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi agli ambienti di lavoro;
- d) Sanità pubblica veterinaria che comprende sorveglianza epidemiologica delle popolazioni animali e profilassi delle malattie infettive e parassitarie; farmacovigilanza veterinaria; igiene delle produzioni zootecniche; tutela igienico-sanitaria degli alimenti di origine animale
- e) Tutela igienico-sanitaria degli alimenti
- f) Sorveglianza e prevenzione nutrizionale
- g) Attività di promozione della salute e di prevenzione delle malattie cronico-degenerative
- h) in collaborazione con gli altri servizi e dipartimenti aziendali;
- i) Tutela della salute nelle attività sportive.

LE AUSL

Nello svolgere le sue funzioni il dipartimento di prevenzione promuove iniziative coordinate con i distretti, con i dipartimenti della ASL con le Aziende Ospedaliere con le agenzie regionali per l'ambiente, con gli IZS e con gli altri organismi paritetici previsti dal dlgs 626/94.

Il dipartimento di prevenzione ha autonomia organizzativa e contabile ed è organizzato in centri di costo e di responsabilità. Il direttore di dipartimento è scelto dal DG tra i dirigenti con almeno 5 anni di anzianità di funzione e risponde alla direzione aziendale del perseguimento degli obiettivi aziendali, dell'assetto organizzativo e della gestione, in relazione alle risorse assegnate.

Dal punto di vista strutturale interno le regioni disciplinano l'articolazione dei dipartimenti in strutture organizzative specificamente dedicate a:

- a) Igiene e sanità pubblica
- b) Igiene degli alimenti e della nutrizione
- c) Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro
- d) Sanità animale
- e) Igiene della produzione trasformazione commercializzazione conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati
- f) Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche.

Le strutture organizzative si distinguono in servizio o in U.O. in rapporto all'omogeneità della disciplina di riferimento ed alle funzioni attribuite nonché alle caratteristiche ed alle dimensioni del bacino di utenza.

ASSETTO ORGANIZZATIVO DELL'AUSL

2) I DISTRETTI SANITARI DI BASE: il distretto è una articolazione organizzativo-funzionale dell'AUSL sul territorio concepita allo scopo di garantire un sistema di intervento sanitario di risposta ai bisogni sanitari della popolazione con autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio AUSL.

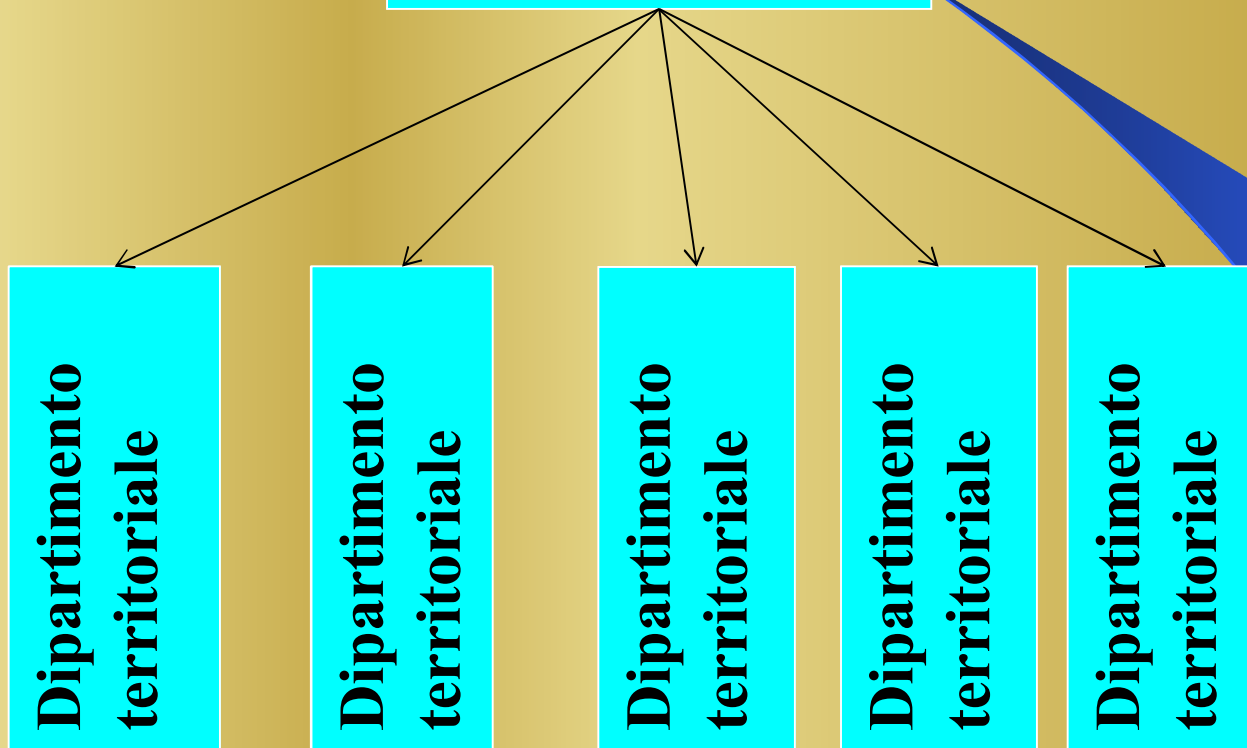
I Distretti rappresentano l'ambito strategico-istituzionale in cui si valutano le necessità assistenziali, si formulano i piani della committenza che esprimono il fabbisogno di assistenza sanitaria, socio-sanitaria e sociale. Nei Distretti si assicura l'accesso ottimale all'assistenza sanitaria primaria e ai servizi socio-sanitari ed ha il ruolo di garante dell'erogazione dei Lea a livello distrettuale.

Al Distretto spetta il compito di:

- (1) promuovere e sviluppare la collaborazione con i comuni, la popolazione e le sue forme associative per la rilevazione dei bisogni della salute e la relativa programmazione degli interventi
- (2) assicurare l'accessibilità ai servizi sanitari e sociali ad alta integrazione sanitaria secondo criteri di equità e di appropriatezza
- (3) garantire l'integrazione tra attività territoriali ed ospedaliere e tra attività sanitarie e sociali.

I DISTRETTI

DISTRETTO



**DIPARTIMENTO= due o più
Dipartimenti territoriali**

ASSETTO ORGANIZZATIVO DELL'AUSL

L'ambito di operatività del distretto è modificato rispetto alla precedente soglia (40.000-80.000) con popolazione minima di almeno 60.000 (salvo che la Regione in considerazione delle caratteristiche geomorfologiche del territorio o della bassa densità della popolazione residente, disponga diversamente) ma l'ambito distrettuale e' determinato dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria.

Il distretto garantisce:

- (a) assistenza specialistica ambulatoriale
- (b) attività o servizi per la prevenzione e la cura delle tossicodipendenze;
- (c) attività o servizi consultoriali per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia;
- (d) attività o servizi rivolti a disabili ed anziani;
- (e) attività o servizi di assistenza domiciliare integrata
- (f) attività o servizi per le patologie da HIV e per le patologie in fase terminale.

Ad apposito atto organizzativo è demandata l'organizzazione complessiva dei servizi territoriali e delle sue articolazioni con particolare riferimento al sistema di integrazione con i Dipartimenti ospedalieri ed i servizi amministrativi, stabilendo i necessari collegamenti per garantire l'efficacia e l'efficienza dei programmi di integrazione. L'Azienda potrà articolare la produzione dei servizi a livello sovradistrettuale qualora esista un migliore rapporto costi/benefici in funzione della tutela della salute dei cittadini.

ASSETTO ORGANIZZATIVO DELL'AUSL

LA PROGRAMMAZIONE DEI SERVIZI

Il Distretto esercita le funzioni di programmazione e valutazione dell'assistenza necessaria alla popolazione di riferimento attraverso i “**piani di committenza**” ai diversi Dipartimenti del Servizio sanitario regionale, strutture organizzative di erogazione di servizi a loro volta organizzate in Unità operative/Servizi deputati a garantire globalità dell'assistenza e ad assicurare il governo clinico.

I Dipartimenti sono territoriali (Dipartimento di cure primarie, Dipartimento di salute mentale e dipendenze patologiche, Dipartimento di sanità pubblica) e ospedalieri.

Il Distretto è anche l'ambito della programmazione sociale e socio-sanitaria: è infatti il luogo elettivo della integrazione socio-sanitaria e del rapporto con i Comuni, titolari della gestione di servizi sociali; è l'ambito ottimale per le Aziende pubbliche di servizi alla persona (nuovi soggetti pubblici che erogano servizi socio-sanitari e sociali che derivano dal piano di trasformazione delle ex Ipab) e per il riparto del Fondo regionale per la non autosufficienza.

Le funzioni di programmazione sono esercitate dal **Comitato di Distretto** (che riunisce i sindaci dei Comuni dell'ambito territoriale distrettuale) di concerto con il direttore di Distretto

ASSETTO ORGANIZZATIVO DELL'AUSL

L'EROGAZIONE DEI SERVIZI

L'organizzazione di tutti i servizi erogati dal Servizio sanitario regionale è basata sulla rete e sulla integrazione al fine di garantire continuità delle cure. L'integrazione riguarda quindi tutti i Dipartimenti, sia territoriali (**Dipartimento di cure primarie, Dipartimento di salute mentale e dipendenze patologiche, Dipartimento di sanità pubblica**) che ospedalieri.

L'integrazione fra le cure primarie e l'ospedale riguarda prioritariamente la dimissione protetta, che richiede lo sviluppo di protocolli clinici e organizzativi per garantire appropriatezza e continuità assistenziale in rapporto con i medici di medicina generale e i familiari del malato; l'assistenza specialistica, che deve prevedere sia gli aspetti organizzativi cercando di concentrare gli accessi, sia gli aspetti clinico-assistenziali. L'integrazione con i Dipartimenti di salute mentale e dipendenze patologiche è finalizzata all'integrazione dei percorsi rivolti ai pazienti cronici e alle consulenze ai medici di famiglia.

Con il Dipartimento di sanità pubblica, si opera per la prevenzione delle malattie e la promozione della salute.

Programmi trasversali interdipartimentali riguardano, ad esempio, il percorso nascita, i programmi di screening per la prevenzione e il trattamento dei tumori, i programmi di cure palliative.

ASSETTO ORGANIZZATIVO DELL'AUSL

Il **Direttore del Distretto** è l'espressione territoriale del decentramento del governo aziendale e soggetto preposto alla rappresentazione delle politiche aziendali a livello locale. Rappresenta la Direzione Generale nel rapporto con gli Enti Locali dell'ambito territoriale di competenza. E' garante della copertura della missione del Distretto e della coerenza tra la programmazione dei servizi da assicurare alla popolazione e il finanziamento nonché del rispetto dei suoi vincoli economico-finanziari. Al Direttore di Distretto sono assegnati compiti di governo del proprio ambito territoriale, curando le relazioni con il Comitato di Distretto, nell'ambito di una programmazione partecipata, e promuovendo e sviluppando la collaborazione con la popolazione e le sue forme associative per la identificazione delle necessità assistenziali e l'elaborazione dei relativi programmi d'intervento.

ASSETTO ORGANIZZATIVO DELL'AUSL

Il direttore di distretto si avvale di un **ufficio di coordinamento** delle attività distrettuali 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 ed uno degli specialisti ambulatoriali convenzionati operanti nel distretto. L'incarico di direttore è attribuito dal DG ad un dirigente dell'azienda che abbia maturato una specifica esperienza nei servizi territoriali e un adeguata formazione nella loro organizzazione oppure ad un medico convenzionato da almeno 10 anni.

Il Direttore di Distretto governa il processo di allocazione delle risorse tra le diverse linee di servizio garantite dai Dipartimenti; presiede e monitorizza la coerenza delle strutture organizzative operanti nel proprio territorio affinché sia assicurata la piena attuazione della Programmazione nonché l'integrazione tra l'insieme dei soggetti che sono chiamati alla sua realizzazione. E responsabile delle attività riconducibili alla integrazione socio-sanitaria. Esercita la funzione di committenza ed assicura il raggiungimento dei livelli di assistenza previsti dalla programmazione aziendale e dai piani annuali di attività, con particolare riferimento ai Dipartimenti Territoriali.

Il Direttore di Distretto gestisce, unitamente al Comitato di distretto, il fondo distrettuale per la non autosufficienza.

Una forma innovativa di articolazione organizzativa è rappresentata dai Nuclei di Cure Primarie che sono le unità organizzative di base del sistema delle cure primarie e costituiscono il luogo privilegiato per perseguire gli obiettivi di continuità assistenziale, integrazione delle attività territoriali e di governo clinico, attraverso l'azione congiunta dei medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, e degli altri operatori territoriali sanitari, sociali e socio-sanitari.