

“Primi indirizzi alle Aziende unità sanitarie locali in merito alle articolazioni di governo all’interno delle aziende”

Premessa

Gli indirizzi si rivolgono, in questa prima fase, alle Aziende unità sanitarie locali e si propongono, in particolare, di fornire criteri per la riorganizzazione delle nuove aziende territoriali su base dipartimentale. Il modello dipartimentale, infatti, a seguito della riforma varata con la l.r. 28 dicembre 2015, n. 84 (Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del sistema sanitario regionale. Modifiche alla l.r. n. 40/2005) è divenuto il modello ordinario operativo per l'organizzazione di tutte le attività sanitarie svolte dalle Aziende sanitarie, sia di quelle ospedaliere (articolo 67 della l.r.84/2015 che ha introdotto l'articolo 69 ter) che di quelle territoriali.

Gli indirizzi intendono garantire un profilo omogeneo nell'organizzazione delle nuove Aziende unità sanitarie locali, nel rispetto delle peculiarità locali e salvaguardando il principio dell'autonomia aziendale, che rappresenta uno dei cardini della riforma nazionale del 1992 (d.lgs 30 dicembre 1992, n.502).

E' bene chiarire, comunque, che il riassetto organizzativo delle nuove Aziende unità sanitarie locali potrà essere parzialmente modificato a seguito della revisione degli ambiti territoriali delle zone distretto prevista dall'articolo 91 della l.r.84/2015, al termine di un percorso che prevede:

- l'approvazione della citata legge regionale istitutiva delle nuove zone-distretto;
- l'adozione, da parte della Giunta regionale, di eventuali ulteriori indirizzi sull'organizzazione territoriale delle aziende USL;
- il recepimento negli statuti e negli altri regolamenti interni di organizzazione delle nuove Aziende delle modifiche legislative e degli atti di indirizzo indicati ai punti precedenti.

1. Organizzazione dipartimentale

L'organizzazione delle Aziende unità sanitarie locali si articola in dipartimenti. I dipartimenti aggregano strutture organizzative appartenenti a più discipline che perseguono comuni finalità e che, pur conservando, ciascuna, la propria autonomia ed il proprio livello di responsabilità professionale, interagiscono al fine di soddisfare gli obiettivi negoziati a livello aziendale. I dipartimenti sono costituiti in ambito ospedaliero, in ambito territoriale e in ambito tecnico amministrativo.

Gli Statuti devono inoltre prevedere il Dipartimento del Farmaco, il Dipartimento della Prevenzione, il Dipartimento delle Professioni infermieristico ostetriche, il Dipartimento delle Professioni tecnico sanitarie, della riabilitazione e della prevenzione, il Dipartimento del Servizio Sociale e il Dipartimento della Medicina generale.

Nell'esercizio delle proprie funzioni i dipartimenti ospedalieri, quelli territoriali e quello della prevenzione operano in sinergia e in raccordo con i dipartimenti delle professioni e dei dipartimenti tecnico-amministrativi che devono garantire massima collaborazione e supporto.

Il funzionamento dei dipartimenti è ispirato a logiche di governo collegiale. L'obiettivo fondamentale dell'organizzazione dipartimentale, infatti, è quello di assicurare la partecipazione degli operatori alle decisioni di carattere strategico, organizzativo e gestionale.

L'individuazione dei dipartimenti deve essere effettuata evitando frammentazioni e duplicazione di funzioni, tenendo conto delle peculiarità organizzative e territoriali delle singole Aziende unità

sanitarie locali e delle esigenze di coordinamento e di integrazione a livello intra-zonale e interzonale.

In ambito tecnico amministrativo la costituzione dei dipartimenti dovrà tenere conto:

- a) della necessità di presiedere il governo delle risorse umane o economiche;
- b) della esistenza di procedimenti amministrativi complessi che richiedono l'integrazione dell'attività tra diverse strutture;
- c) della necessità di accentrare in un'unica struttura organizzativa alcune particolari attività specialistiche;
- d) della necessità di presiedere lo svolgimento di processi di supporto logistico e organizzativo, funzionali all'erogazione dei servizi ai cittadini.

Di norma i dipartimenti non possono superare il numero massimo di quattro.

Di norma, gli statuti devono prevedere, in fase di prima attuazione, un numero di Dipartimenti non superiore a otto in ambito ospedaliero, due in ambito territoriale.

All'interno di singoli dipartimenti possono essere costituite Aree omogenee, quali aggregazioni di strutture semplici o complesse, in funzione dell'affinità e dell'omogeneità dei percorsi e della casistica. Le Aree omogenee dipartimentali costituiscono uno strumento operativo del dipartimento volto ad assicurare:

- a. il supporto alle attività organizzativo-professionali al dipartimento di appartenenza, anche in relazione al governo delle attività svolte nei diversi punti di erogazione/produzione;
- b. il coordinamento tecnico-professionale delle strutture afferenti.

Per ciascuna Area omogenea viene nominato, tra i responsabili di strutture complesse aggregate della medesima Area, un Responsabile di Area da parte del Direttore Generale d'intesa con il Direttore di Dipartimento.

2. Le Strutture Organizzative Dipartimentali

Le strutture organizzative, laddove non previste da specifiche disposizioni normative o atti di programmazione regionale, devono essere costituite in presenza di elementi oggettivi che ne rendano necessaria l'attivazione (bacino di utenza, volumi di produzione, complessità della casistica trattata, rilevanza e complessità delle tecnologie utilizzate, contingente di personale assegnato etc.). Le strutture fanno capo ad un solo dipartimento, pur potendo partecipare funzionalmente a percorsi che coinvolgono più dipartimenti.

2.1 Strutture Ospedaliere

La definizione del contingente numerico di strutture ospedaliere assume come criterio di riferimento gli standard previsti dal D.M. n.70/2015 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", punto 3: Standard minimi e massimi di strutture per singola disciplina, ma tiene conto anche della programmazione complessiva regionale e di area vasta.

Per le discipline di rilievo regionale si rinvia a quanto verrà definito nell'ambito dei gruppi di lavoro per la costruzione delle reti regionali, che verranno attivati entro il 31 maggio 2016.

Di seguito si richiamano gli ambiti per i quali si ritiene necessario che, in prima applicazione, venga attivato un gruppo di lavoro di livello regionale:

- Rete dell'emergenza ed urgenza cardiologica
- Rete Ictus
- Rete Grandi Traumi

- Rete pediatrica e percorso nascita.

Per le restanti discipline il Piano di Area Vasta dovrà sviluppare una programmazione che, nel definire gli assetti delle reti cliniche ospedaliere e di continuità ospedale - territorio, tenga conto di aspetti quantitativi e qualitativi, relativamente all'opportunità di individuare modalità allocative di specifiche tipologie di risposta specialistica.

2.2 Strutture territoriali

La definizione del contingente numerico di strutture organizzative professionali territoriali e la definizione delle soglie operative, nelle more dell'adozione del nuovo PSSIR, dovrà avvenire avendo a riferimento livelli ottimali di attività, tenendo conto sia delle peculiarità zonali sia delle scelte programmatiche regionali e di area vasta.

Le strutture organizzative funzionali – unità funzionali - territoriali operano all'interno della Zona-Distretto.

In prima applicazione, nelle more della definizione delle nuove zone-distretto, verrà costituita almeno una unità funzionale in ciascuno dei seguenti ambiti:

- Cure Primarie
- Salute Mentale Adulti
- Salute Mentale Infanzia e Adolescenza
- Dipendenze
- Cure Palliative
- Integrazione Sociosanitaria – Non autosufficienza e Disabilità

Il coordinatore sanitario di zona distretto di cui all'articolo 64.2, comma 4, deve avere comprovata esperienza in materia di cure territoriali.

Le suddette articolazioni organizzative funzionali sono individuate in relazione alla sussistenza di elementi oggettivi che ne giustifichino l'attivazione e in prima applicazione non potranno superare il numero di quelle esistenti.

Il Piano di Area Vasta dovrà sviluppare una programmazione che, definendo gli assetti delle reti cliniche territoriali e di continuità ospedale - territorio, possa individuare modalità allocative per specifiche tipologie di risposta specialistica, sia in riferimento alle prestazioni di primo accesso che nell'ambito dei percorsi per la gestione delle cronicità.

2.3 Strutture organizzative delle professioni

L'organizzazione del Dipartimento delle professioni infermieristiche e ostetriche e del Dipartimento Delle professioni tecnico sanitarie e della riabilitazione e della prevenzione dovrà prevedere articolazioni organizzative semplici e complesse. Nel Dipartimento delle professioni infermieristiche e ostetriche dette strutture sono individuate in relazione alla sussistenza o meno di elementi oggettivi che ne giustifichino l'attivazione (numero di dipendenti gestiti), avendo come parametro di riferimento un rapporto struttura operatori pari a 1/500 (min)-1/400 (max).

Per il Dipartimento delle professioni tecnico sanitarie e della riabilitazione e della prevenzione nonché per il Dipartimento del Servizio Sociale dovranno essere attivate strutture semplici e complesse per gli specifici ambiti professionali in modo da garantirne un'organizzazione adeguata alle caratteristiche dei territori, tenendo conto delle peculiarità dei territori disagiati, montani, insulari e di confine.

Per il dipartimento delle professioni tecnico sanitarie e della riabilitazione e della prevenzione dovrà comunque essere assicurata un'articolazione organizzativa complessa per le aree professionali della prevenzione, della riabilitazione, della tecnico diagnostica di laboratorio e della tecnico diagnostica per immagini. Il Direttore del dipartimento delle professioni infermieristiche e ostetriche e il Direttore del Dipartimento delle professioni tecnico sanitarie, della riabilitazione e della prevenzione conservano la titolarità della UOC di riferimento.

2.4 Dipartimento della Prevenzione

Considerato quanto previsto dalla normativa vigente, i cui riferimenti principali sono: l'articolo 7-quater del d. lgs 502/1992, l'articolo 67 della L.R. 40/2005, come modificato dalla L.R. 84/2015 e la DGRT 1096/2015 (coordinamento Piano Regionale Prevenzione – DGRT 1242/2014, 693/2015, 1314/2015), dovrà essere costituito un dipartimento per ogni Azienda USL, avente strette relazioni con strutture intra ed extra aziendali in considerazione anche del ruolo di coordinamento del Piano Regionale per la Prevenzione.

In linea generale si ritiene opportuno che l'organizzazione del Dipartimento di Prevenzione garantisca:

- in attuazione all'art.7 quater del d- lgs 502/1992, il perseguimento degli obiettivi aziendali e dipartimentali previste dalle disposizioni normative regionali, nazionali e europee in materia;
- omogeneità ed appropriatezza delle azioni a livello aziendale attraverso un livello di responsabilità definito Area funzionale che coordini le UU.OO. e le UU.FF. per specifici ambiti (Igiene, Sanità pubblica e nutrizione, Sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria, Prevenzione e sicurezza nei luoghi di lavoro);
- gestione degli aspetti professionali per le materie individuate dall'articolo 7-quater del d.lgs 502/1992 e per la materia prevenzione e sicurezza (ingegneristica); esercizio degli aspetti gestionali come individuati dal comma 2, dell'articolo 67 della l.r. 40/2005 e che prevedono:
 - a) il livello zonale per le materie igiene pubblica e della nutrizione, sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare, prevenzione, igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro;
 - b) ed il livello aziendale per la medicina dello sport;
- coordinamento a livello zonale per i processi di carattere trasversale;
- gestione degli aspetti professionali/gestionali a livello aziendale, come previsto dall'articolo 67, comma 2, lett. e) della l.r. 40/2005, per ambiti di particolare rilevanza quali: Promozione della salute, Epidemiologia e Igiene Urbana ed eventuali ulteriori ambiti riguardanti attività regionali di interesse strategico.

2.5 Strutture Tecnico – amministrative

Le strutture sono individuate in relazione alla sussistenza di elementi oggettivi che ne giustifichino l'attivazione. Di norma il numero di strutture complesse amministrative/tecniche e di supporto non può superare il 10% del totale delle strutture complesse aziendali.

3. Disposizioni finali

Per evitare una eccessiva frammentazione in articolazioni organizzative, le Aziende sanitarie devono favorire la valorizzazione delle competenze e professionalità, ricorrendo al conferimento di incarichi dirigenziali di natura professionale anche di altissima professionalità e di posizioni organizzative come attribuzione di responsabilità di attività operativo-professionali.

Ferma restando l'applicazione delle specifiche disposizioni normative e contrattuali in materia, alle quali si rinvia, l'affidamento dell'incarico di direzione delle strutture semplici per le dirigenza medica/veterinaria e sanitaria, delle strutture semplici e complesse della dirigenza tecnicoamministrativa e delle professioni sanitarie, viene effettuato, previa definizione di criteri e procedure atte a garantire la massima trasparenza nella valutazione delle candidature dei dirigenti in possesso dei requisiti prescritti.

Nelle more dell'approvazione del Regolamento di organizzazione aziendale è necessaria la preventiva autorizzazione regionale per l'istituzione e la copertura di posizioni di direzione di struttura complessa.