

ALLEGATO 1.1

**LINEE GUIDA PER L'ADOZIONE DEGLI ATTI AZIENDALI
DELLE AZIENDE SANITARIE LOCALI E DELLE AZIENDE OSPEDALIERO-
UNIVERSITARIE DELLA REGIONE PUGLIA**

Sommario_

PARTE I - Ruolo, contenuti e modalità di approvazione dell'atto aziendale.

1. Il contesto normativo di riferimento
2. Principi generali
3. Natura e contenuti dell'atto aziendale
4. Procedure di adozione, approvazione e modifica

PARTE II - Organizzazione e funzionamento delle Aziende Sanitarie regionali.

5. Il modello organizzativo
6. Gli organi dell'Azienda
 - 6.1. Il Direttore generale
 - 6.1.1. La Direzione strategica: Direttore sanitario e Direttore amministrativo
 - 6.1.2. Staff della Direzione generale
 - 6.1.3. Il Consiglio dei Sanitari
 - 6.2. Il Collegio sindacale
 - 6.3. Il Collegio di direzione
 - 6.4. L'Organo di Indirizzo
7. Le articolazioni operative dell'Azienda
 - 7.1. Il Dipartimento di Prevenzione
 - 7.2. Il Distretto Socio-Sanitario
 - 7.3. Il Dipartimento di Salute Mentale
 - 7.4. Il Dipartimento delle Dipendenze Patologiche
 - 7.5. Il Dipartimento Farmaceutico
 - 7.6. Il Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione
 - 7.7. I Servizi aziendali delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetriche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione ed il Servizio professionale sociale
 - 7.8. L'ospedale

PARTE I

Ruolo, contenuti e modalità di approvazione dell'atto aziendale

1. Il contesto normativo di riferimento.

La programmazione sanitaria regionale, definita dal "Piano Regionale di Salute" approvato con Legge Regionale n. 23 del 19 settembre 2008, successivamente integrata con le previsioni del "Piano di rientro e di riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale 2010-2012" approvato con Legge Regionale n. 2 del 9 febbraio 2011, ha ridefinito i modelli assistenziali, puntando al miglioramento dello stato di salute della popolazione ma anche, al tempo stesso, alla garanzia dell'efficienza, efficacia e sostenibilità del sistema.

La **Legge regionale n. 23/2008** aveva definito gli obiettivi di sistema e le azioni prioritarie del Servizio Sanitario Regionale, con specifica attenzione ai modelli di riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale ed all'integrazione ospedale-territorio, ed aveva disciplinato l'articolazione organizzativa delle Aziende Sanitarie e delle relative Unità operative e Servizi in ambito ospedaliero e territoriale, sancendo la centralità dell'organizzazione dipartimentale, distinguendo le strutture organizzative dell'Azienda in 3 diverse tipologie – Unità operative complesse (con o senza posti letto); Unità operative semplici a valenza dipartimentale (con o senza posti letto); Unità operative semplici (con o senza posti letto) – e definendo il numero di posti letto minimi dei moduli/UU.OO. per singola disciplina.

L'Intesa Stato-Regioni del 3/12/2009 (**Patto per la Salute 2010-2012**), convertita in **Legge n. 191/2009 (Finanziaria 2010)**, ha previsto all'art. 12, co. 1, lett. b), l'impegno delle Regioni, nell'ambito del contenimento della spesa di personale degli Enti del Servizio Sanitario Nazionale, alla *"fissazione di parametri standard per l'individuazione delle strutture semplici e complesse, nonché delle posizioni organizzative e di coordinamento rispettivamente delle aree della dirigenza e del personale del comparto del Servizio Sanitario Nazionale, nel rispetto comunque delle disponibilità dei fondi per il finanziamento della contrattazione integrativa"*.

La Regione Puglia, ai fini del contenimento dei costi del Servizio Sanitario Regionale, ha avviato l'adeguamento della propria normativa al disposto della predetta L. 191/2009 con l'approvazione della **Legge Regionale n. 4 del 25/2/2010** ad oggetto "Norme urgenti in materia di sanità e servizi sociali".

L'art. 19, comma 9 della predetta L.R. 4/2010 ha in particolare stabilito che i Direttori generali delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale sono tenuti ad istituire – mediante apposito atto aziendale – i dipartimenti, le unità operative complesse, le unità operative semplici a valenza dipartimentale, le unità operative semplici e le strutture di staff nel rispetto delle disposizioni vigenti in materia, adeguando l'articolazione organizzativa aziendale alla normativa nazionale e regionale e garantendo il rispetto dei criteri e dei parametri standard definiti dalla Giunta Regionale per l'individuazione delle strutture semplici, semplici dipartimentali e complesse, delle posizioni organizzative e di coordinamento in ottemperanza al disposto dell'art. 2, co. 71 e 72, della L. 191/2009. Le previsioni dell'atto aziendale, peraltro, devono essere adeguatamente motivate *"in relazione alla tipologia delle strutture di cui è prevista l'istituzione e alla coerenza della spesa derivante dall'articolazione organizzativa con i vincoli previsti dalle norme nazionali e regionali in materia di patto di stabilità, spesa sanitaria e costi del personale del SSR"*.

Con successiva **Legge Regionale n. 2 del 9/2/2011** recante "**Approvazione del Piano di Rientro della Regione Puglia 2010-2012**" è stata espressamente prevista – tra gli interventi con effetti sulla riduzione della spesa finalizzati al risanamento finanziario ed alla riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale di cui al punto B.3.5 del relativo Allegato operativo – la revisione dei parametri minimi per l'individuazione delle strutture organizzative (semplici, complesse, dipartimentali), da porre in essere attraverso l'approvazione di apposite Linee guida regionali.

Tali Linee guida sono state quindi approvate con **D.G.R. n. 1388 del 21/6/2011** e successivamente confermate con **D.G.R. n. 3008 del 27/12/2012**, provvedendo in tal modo alla definizione dei parametri standard regionali per l'individuazione di strutture semplici e complesse, posizioni organizzative e coordinamenti per il personale delle Aziende ed Enti del SSR ex art. 12, co. 1, lett. b) Patto per la Salute 2010-2012.

Il "Programma Operativo della Regione Puglia 2013-2015", approvato con D.G.R. n. 1403 del 4/7/2014 in applicazione dell'art. 15, co. 20 del D.L. 95/2012 convertito in L. 135/2012, ha quindi confermato l'obiettivo di contenimento della spesa di personale del S.S.R. già posto con il precedente Piano di Rientro, attribuendo rilevanza a tale fine all'aggiornamento delle Linee guida regionali per la predisposizione degli atti aziendali delle Aziende ed Enti del SSR ed alla conseguente adozione di atti aziendali coerenti con la programmazione regionale.

L'Intesa Stato-Regioni del 10/7/2014 (Patto per la Salute 2014-2016), recepita dall'art. 1, commi 555 e 574, della Legge 190 del 23/12/2014 (Legge di Stabilità 2015), ha da ultimo ribadito l'impostazione della precedente Intesa del 3/12/2009, attribuendo particolare rilevanza al potenziamento del sistema di *governance* della sanità, alla revisione degli assetti organizzativi ed alla complessiva razionalizzazione e riduzione dei costi dei Servizi Sanitari Regionali.

Alla luce delle disposizioni innanzi citate e della *ratio* di semplificazione e razionalizzazione organizzativa che vi è sottesa vanno revisionati, dunque, i modelli organizzativi delle Aziende sanitarie locali ed ospedaliero-universitarie del Servizio Sanitario Regionale.

2. Principi generali.

Le Aziende del Servizio Sanitario Regionale, ai sensi dell'art. 8, co. 1 della L.R. 25/2006, sono "sistemi orientati al cittadino" ed alla soddisfazione dei relativi bisogni in termini di assistenza sanitaria e di integrazione socio-sanitaria che "promuovano e garantiscono la qualità delle cure e delle attività di prevenzione, l'ottimale e razionale utilizzazione delle risorse e la responsabilizzazione di tutti gli attori che interagiscono nel sistema", articolandosi in Presidi, Distretti, Dipartimenti e aree di attività che "governano i processi sequenziali interni con cicli continui di pianificazione e controllo per il miglioramento delle proprie attività/prestazioni/servizi".

Pertanto, in ossequio al medesimo art. 8, co. 3 della L.R. 25/2006, i valori che devono conformare l'azione della direzione aziendale e quindi la stessa organizzazione dell'Azienda sono i seguenti:

- a) la responsabilità, a tutti i livelli interni, valutata attraverso lo strumento della verifica dell'operato in termini di risultato;
- b) l'autonomia, intesa come facoltà di porre in essere decisioni ai vari livelli;
- c) la trasparenza amministrativa;
- d) l'economicità, intesa come perseguimento dell'equilibrio economico-finanziario teso alla valorizzazione e al miglior uso delle risorse, anche attraverso il controllo dell'appropriatezza delle prestazioni.

A tal fine, risultano fondamentali:

- Lo sviluppo delle funzioni di pianificazione strategica e di responsabilizzazione sugli obiettivi e sui risultati;
- L'impiego e l'implementazione di sistemi informativi e di controllo interno in stretta connessione con i sistemi informativi e di controllo regionali e ministeriali;
- Una flessibilità organizzativa e procedurale che consenta il raggiungimento di adeguati livelli di qualità ed efficienza delle attività, l'uso appropriato delle risorse disponibili, il miglioramento continuo della qualità dei processi di erogazione dei servizi e delle prestazioni, l'appropriatezza e l'umanizzazione dell'assistenza, anche favorendo risposte alternative al ricovero ospedaliero (day hospital, day surgery, day service, assistenza ambulatoriale e/o domiciliare) nonché risposte idonee a fronteggiare le situazioni di emergenza/urgenza.
- La partecipazione dei cittadini-utenti – in forma organizzata – alla programmazione e valutazione dei servizi sanitari e socio-sanitari erogati dall'Azienda, secondo i principi stabiliti dagli artt. 6 e 7 della Legge Regionale n. 25/2006 e dal Regolamento regionale n. 4/2014 in materia di Comitati Consultivi Misti (C.C.M.) delle Aziende Sanitarie della Puglia.

3. Natura e contenuti dell'atto aziendale.

L'atto aziendale, ai sensi dall'articolo 3, comma 1-bis del D.Lgs n. 502/1992 s.m.i., costituisce lo strumento giuridico mediante il quale le Aziende Sanitarie definiscono la propria organizzazione ed il proprio funzionamento nel rispetto dei principi e criteri emanati dalla Regione.

Tale atto aziendale, in quanto espressione della funzione organizzativa e di autogoverno dell'azienda sanitaria, definisce:

- il modello organizzativo dell'azienda e le relative linee strategiche generali, con l'individuazione delle strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico-professionale, soggette a rendicontazione analitica;
- il modello funzionale dell'azienda ovvero gli aspetti dinamici della gestione aziendale.

I Direttori generali delle Aziende Sanitarie dunque, a norma dell'art. 19 della Legge Regionale n. 4 del 25/2/2010, istituiscono - mediante apposito atto aziendale - i dipartimenti, le unità operative complesse, le unità operative semplici a valenza dipartimentale, le unità operative semplici e le strutture di staff nel rispetto delle disposizioni vigenti in materia.

Nell'atto aziendale devono essere necessariamente indicati:

- 1) Gli elementi identificativi e caratterizzanti dell'Azienda (denominazione; sede legale; logo; patrimonio; sito web).
- 2) La mission dell'Azienda Sanitaria nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale, che consiste essenzialmente nella realizzazione delle finalità del Servizio Sanitario Regionale impiegando nel processo di assistenza le risorse assegnate in modo efficiente.
- 3) L'assetto istituzionale ed organizzativo dell'Azienda:
 - Organi ed organismi aziendali, con indicazione della relativa composizione e funzioni, nonché delle modalità per il conferimento di eventuali deleghe;
 - Articolazione ospedaliera e, nel caso delle ASL, articolazione territoriale (distretti, dipartimenti territoriali);
 - Articolazione strutture organizzative: dipartimenti, aree amministrative, strutture complesse, semplici, semplici dipartimentali e di staff, con indicazione dei livelli gerarchici o dell'eventuale autonomia gestionale/tecnico-professionale e delle relative connessioni organizzative.
- 4) Il sistema di controllo interno ;
- 5) L'attività dell'Organismo Interno di Valutazione;
- 6) La tipologia e le modalità di interazione e collaborazione dell'Azienda con le altre Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale nonché con gli Enti locali.

Per le Aziende Ospedaliero-Universitarie l'atto aziendale disciplina espressamente – sulla base dei principi e criteri stabiliti nei Protocolli d'intesa tra Regione ed Università di riferimento – la costituzione, l'organizzazione ed il funzionamento dei Dipartimenti ad attività integrata (DAI) ed individua le strutture complesse che li compongono, evidenziandone l'eventuale direzione universitaria, in ossequio al disposto dell'art. 3, co. 2, del D.Lgs. 517/1999. In particolare, le strutture complesse che compongono i singoli Dipartimenti ad attività integrata – ai sensi del successivo co. 6 del medesimo art. 3 D.Lgs. 517/1999 – sono istituite, modificate o soppresse tramite l'atto aziendale *"nei limiti dei volumi e delle tipologie della produzione annua assistenziale prevista, nonché delle disponibilità di bilancio"*.

L'atto aziendale individua inoltre le strutture semplici ed i programmi infradipartimentali che costituiscono i Dipartimenti ad attività integrata dell'A.O.U., oltre ad eventuali programmi interdipartimentali, ai sensi dell'art. 4, co. 7, lett. d) ed e) del D.P.C.M. 24/5/2001.

4. Procedure di adozione, approvazione e modifica.

L'atto aziendale, adottato con provvedimento del Direttore generale dell'Azienda Sanitaria Locale o dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria, deve essere *"adeguatamente motivato in relazione alla tipologia delle strutture di cui è prevista l'istituzione e alla coerenza della spesa derivante dall'articolazione organizzativa con i vincoli previsti dalle norme nazionali e regionali in materia di patto di stabilità, spesa sanitaria e costi del personale del SSR"* per espressa previsione dell'art. 19, comma 9 della L.R. 4/2010.

Sull'atto aziendale adottato dal Direttore generale, limitatamente alla parte relativa all'organizzazione delle attività cliniche, esprime parere obbligatorio – entro 30 giorni dalla richiesta – il Collegio di Direzione dell'Azienda ai sensi degli artt. 2 e 4 della L.R. n. 43/2014.

Una volta acquisito il parere favorevole del Collegio di Direzione ovvero inutilmente decorso il termine per l'espressione di tale parere, il provvedimento di adozione dell'atto aziendale – secondo quanto previsto dal successivo comma 10 dell'art. 19 L.R. 4/2010 – viene quindi sottoposto alle valutazioni della Giunta Regionale che, dopo averlo analizzato anche in ragione della complessità dell'Azienda proponente, provvede alla sua approvazione.

Ogni eventuale modifica o integrazione dell'atto aziendale, adottata con provvedimento del Direttore generale dell'Azienda previo parere del Collegio di Direzione come innanzi indicato, dovrà essere anch'essa approvata dalla Giunta Regionale. In tal caso, al fine di agevolare la lettura e comprensione delle modifiche/integrazioni rispetto all'assetto organizzativo vigente, la documentazione presentata ai competenti uffici assessorili per l'approvazione della Giunta Regionale dovrà includere una tabella di confronto tra l'assetto organizzativo vigente e le modifiche proposte nella quale dovranno essere esplicitate e sinteticamente motivate le variazioni.

L'articolazione organizzativa di ciascuna Azienda sanitaria come risultante dell'atto aziendale approvato dalla Giunta regionale, inoltre, in base al disposto dell'art. 19, comma 11 della stessa L.R. 4/2010, deve essere registrata nel Sistema Informativo Sanitario Regionale.

Nel caso delle Aziende Ospedaliero-Universitarie l'atto aziendale, ai sensi dell'art. 3, co. 3, del D.Lgs. 517/1999, è adottato dal Direttore generale dell'Azienda previa intesa con il Rettore dell'Università limitatamente ai dipartimenti ad attività integrata ed alle strutture che li compongono.

Occorre precisare, inoltre, che l'art. 2, co. 4 e 5, del predetto D.Lgs. 517/1999 s.m.i. prevede espressamente che qualora nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di riferimento "non siano disponibili specifiche strutture essenziali per l'attività didattica, l'Università concorda con la Regione, nell'ambito dei protocolli d'intesa, l'utilizzazione di altre strutture pubbliche" e che "le università concordano altresì con la regione, nell'ambito dei protocolli d'intesa, ogni eventuale utilizzazione, tramite l'azienda di riferimento, di specifiche strutture assistenziali private, purché già accreditate e qualora non siano disponibili strutture nell'azienda di riferimento e, in via subordinata, nelle altre strutture pubbliche di cui al comma 4".

Pertanto, laddove i vigenti Protocolli d'Intesa stipulati fra Regione ed Università degli Studi di Bari e Foggia in relazione alla disciplina dell'integrazione fra attività didattiche, scientifiche ed assistenziali nelle rispettive Facoltà di Medicina e Chirurgia prevedano l'utilizzo - ai fini dello svolgimento delle funzioni universitarie istituzionali di didattica e ricerca - di strutture organizzative proprie delle Aziende Sanitarie Locali, il Direttore generale dell'ASL interessata è tenuto a garantire la previsione ed il mantenimento, all'interno dell'atto aziendale, delle strutture organizzative ove si svolga attività universitaria.

L'atto aziendale deve essere automaticamente modificato, con le procedure di cui innanzi, ogni qual volta intervengano modifiche della normativa nazionale o regionale di riferimento ovvero, nel caso di Aziende Ospedaliero-Universitarie, dei protocolli d'intesa Regione-Università.

PARTE II

Organizzazione e funzionamento delle Aziende Sanitarie Regionali

5. Il modello organizzativo.

L'organizzazione dipartimentale, ai sensi dell'art. 17-bis del D.Lgs. 502/1992 s.m.i., è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle Aziende Sanitarie.

Il Piano Regionale di Salute della Puglia (Legge Regionale n. 23/2008) ha sancito la centralità dell'organizzazione dipartimentale, con l'obiettivo di garantire il miglioramento della qualità delle prestazioni, l'efficienza dei servizi, la produttività ed il contenimento della spesa sanitaria.

Il Dipartimento è una aggregazione di Unità Operative omogenee, affini o complementari fra loro e collegabili sul piano operativo, le quali perseguono comuni finalità e sono tra loro interdipendenti, pur mantenendo la propria autonomia e responsabilità organizzativa, gestionale e professionale.

Si possono definire due tipologie fondamentali di Dipartimento:

- Il Dipartimento strutturale, che aggrega le UU.OO. al fine di razionalizzare l'utilizzo delle risorse umane, finanziarie e tecnologiche assegnate;
- Il Dipartimento funzionale, che aggrega le UU.OO. al fine di ottimizzare i percorsi assistenziali, garantire un approccio multidisciplinare ed una continuità delle cure, con particolare riguardo alle patologie complesse.

A tali tipologie si aggiunge, limitatamente alle Aziende Ospedaliero-Universitarie, il Dipartimento ad attività integrata (D.A.I.) finalizzato ad assicurare l'esercizio integrato delle attività assistenziali, didattiche e di ricerca.

La Legge regionale n. 23/2008 ha altresì definito l'articolazione organizzativa delle Unità Operative e dei Servizi in ambito ospedaliero e territoriale ed i criteri nel rispetto dei quali il Direttore generale dell'Azienda Sanitaria dovrà provvedere ad individuare - con l'atto aziendale - le strutture complesse e semplici dell'Azienda, nel rispetto del seguente schema di riferimento:

- Unità operativa complessa (con o senza posti letto): Articolazione organizzativa e strutturale con una propria area di degenza riservata o spazi dedicati, dotata di autonomia organizzativa. Tale articolazione è posta sotto la responsabilità di un direttore ed è collocata all'interno di più ampie strutture dipartimentali.
- Unità operativa semplice a valenza dipartimentale (con o senza posti letto): Articolazione organizzativa che, pur in presenza di spazi, tecnologie e personale specificamente dedicati, e quindi di una propria autonomia organizzativa, utilizza posti letto o spazi indistinti dipartimentali. Tale articolazione è diretta da un dirigente responsabile.
- Unità operativa semplice (con o senza posti letto): Articolazione che, pur in presenza di spazi, tecnologie e personale specificatamente dedicati, non possiede una propria autonomia organizzativa. Tale articolazione è diretta da un dirigente responsabile.

Inoltre, al fine di avviare a soluzione il problema della ridondanza del numero di strutture complesse presenti in alcuni ospedali e la presenza di "duplicati" di strutture organizzative nell'ambito di presidi della stessa Azienda, la L.R. n. 23/2008 ha definito il numero di posti letto minimi dei moduli/UU.OO. per singola disciplina, prevedendo espressamente che *"la presenza di più UU.OO. della stessa disciplina in una struttura dovrà essere giustificata sia dai volumi di attività che dalla specializzazione e differenziazione delle attività svolte nel rispetto del minimo di posti letto definiti nel presente piano"*.

Successivamente la Giunta Regionale, a seguito del confronto con le Organizzazioni Sindacali, ha individuato con D.G.R. n. 468 del 23/2/2010 i criteri organizzativi delle strutture complesse, semplici e semplici dipartimentali della Dirigenza di Area Medico-Veterinaria, prevedendo quanto segue:

- *"Le strutture complesse devono essere dotate di un numero minimo di posti letto non inferiore agli standard previsti dal Piano Regionale di Salute (L.R. n. 23/2008), salvo diversa specifica determinazione della Regione;*
- *Le strutture semplici devono essere individuate all'interno delle strutture complesse sulla base di comprovato fabbisogno assistenziale (dati epidemiologici, dati relativi alle liste di attesa), devono svolgere un'attività specifica e non coincidere con l'omologa struttura complessa di riferimento, devono disporre di un budget finalizzato alla gestione di risorse umane, finanziarie e strumentali;*
- *Le strutture semplici a valenza dipartimentale devono svolgere attività e funzioni specifiche nell'ambito del Dipartimento di riferimento, e non possono essere previste in numero superiore ad uno per medesime discipline e funzioni;*
- *Il finanziamento delle strutture complesse, semplici e semplici dipartimentali deve trovare specifica copertura nell'ambito dei fondi aziendali di riferimento: l'istituzione di nuove strutture o il mantenimento di strutture preesistenti, pertanto, può avvenire unicamente in presenza di adeguato finanziamento dei fondi aziendali, nei limiti di disponibilità del bilancio dell'Azienda Sanitaria e nel rispetto delle disposizioni in materia di spesa del personale"*.

Si ritiene utile precisare, al riguardo, che l'art. 27 dei C.C.N.L. 8/6/2000 della Dirigenza Medica e Veterinaria e della Dirigenza SPTA del Servizio Sanitario Nazionale, tuttora vigenti, aveva già contribuito a delineare le tipologie di incarico conferibili – rispettivamente – ai dirigenti medici e veterinari ed ai dirigenti sanitari, professionali, tecnici ed amministrativi, unitamente alle relative relazioni, come di seguito:

- Le tipologie di incarico conferibili sono le seguenti:
 - a) Incarichi di direzione di struttura complessa;
 - b) Incarichi di direzione di struttura semplice;
 - c) Incarichi di natura professionale anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio, e ricerca, ispettivi, di verifica e di controllo;
 - d) Incarichi di natura professionale, conferibili ai dirigenti con meno di cinque anni di attività.
- La definizione della tipologia degli incarichi di cui alle lettere b) e c) è una *"mera elencazione che non configura rapporti di sovra o sotto ordinazione degli incarichi, la quale discende esclusivamente dall'assetto organizzativo aziendale e dalla graduazione delle funzioni"*.
- Per "struttura" si intende l'articolazione interna dell'azienda alla quale è attribuita con l'atto aziendale la responsabilità di gestione di risorse umane, tecniche o finanziarie.
- I Dipartimenti aziendali, comunque definiti (strutturali, integrati, funzionali, trasversali, etc.), rappresentano il modello operativo delle Aziende e ad essi sono assegnate le risorse necessarie all'assolvimento delle funzioni attribuite. I Dipartimenti sono articolati al loro interno in strutture complesse e strutture semplici a valenza dipartimentale.
- Per strutture semplici si intendono *"sia le articolazioni interne delle strutture complesse sia quelle a valenza dipartimentale o distrettuale"*.
- Per incarichi professionali di alta specializzazione si intendono *"articolazioni funzionali della struttura connesse alla presenza di elevate competenze tecnico professionali, che producono prestazioni quali-quantitative complesse riferite alla disciplina ed organizzazione interna della struttura di riferimento"*.
- Per incarichi professionali si intendono gli incarichi che *"si caratterizzano per lo sviluppo di attività omogenee che richiedono una competenza specialistico-funzionale di base nella disciplina di appartenenza"*.

6. Gli organi dell'Azienda

Sono organi dell'Azienda Sanitaria Locale, ai sensi dell'art. 3, co. 1-quater del D.Lgs. 502/1992 s.m.i., il direttore generale, il collegio sindacale ed il collegio di direzione.

Sono organi dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria, ai sensi dell'art. 4, co. 1 e 5, del D.Lgs. 517/1999 s.m.i., il direttore generale, il collegio sindacale, l'organo di indirizzo ed il collegio di direzione.

6.1 - Il Direttore generale

Il Direttore generale, ai sensi dell'art. 3, co. 1-*quater* e 6, del D.Lgs. 502/1992 s.m.i., è responsabile della gestione complessiva dell'Azienda, di cui detiene la legale rappresentanza, e nomina i responsabili delle strutture operative. Ad esso compete inoltre la verifica della corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate - anche attraverso appositi sistemi di controllo interno che consentano valutazioni comparative dei costi, rendimenti e risultati - nonché la verifica dell'imparzialità e del buon andamento dell'azione amministrativa.

Il Direttore generale, a norma del combinato disposto dell'art. 3-bis, comma 8 del D.Lgs. 502/1992 s.m.i. e dell'art. 1 del D.P.C.M. 502/1995 s.m.i., sottoscrive apposito contratto di diritto privato con il Presidente della Regione Puglia secondo lo schema contrattuale approvato dalla Giunta Regionale della Puglia, rispettivamente, per le Aziende Sanitarie Locali e per le Aziende Ospedaliero-Universitarie.

Con la sottoscrizione di tale contratto, il Direttore generale si obbliga al rispetto degli obiettivi di mandato individuati dalla Giunta regionale con l'atto di nomina e degli obiettivi gestionali annuali di carattere economico-finanziario e di salute individuati dalla Giunta Regionale con appositi provvedimenti, oltre che degli obiettivi vincolanti a pena di decadenza previsti da leggi nazionali o regionali ed allegati al contratto medesimo.

Ferma restando al riguardo la responsabilità di ultima istanza del Direttore generale, gli obiettivi ad esso assegnati dalla Giunta Regionale vengono dallo stesso Direttore generale attribuiti - declinandoli per competenza - al direttore amministrativo, al direttore sanitario, ai direttori di presidio, di distretto, di dipartimento e ai dirigenti responsabili di struttura, i quali concorrono alla loro realizzazione ed anche in relazione a tale contributo vengono valutati annualmente dal Direttore generale.

Ai fini dell'attuazione degli obiettivi aziendali annuali e pluriennali, pertanto, l'atto aziendale disciplina - come disposto dall'art. 15-bis del D.Lgs. 502/1992 s.m.i. - l'attribuzione dei compiti *"al direttore amministrativo, al direttore sanitario, nonché ai direttori di presidio, di distretto, di dipartimento e ai dirigenti responsabili di struttura, ivi comprese, per i dirigenti di struttura complessa, le decisioni che impegnano l'azienda verso l'esterno"*.

Si fa presente a tale proposito che - come conferma il prevalente orientamento giurisprudenziale in materia - al Direttore generale delle Aziende sanitarie fa capo, ai sensi del citato art. 3, co. 6 del D.Lgs. 502/1992, una competenza di ordine generale, che esclude attribuzioni esterne di altri organi o uffici del medesimo apparato organizzativo, a meno che a questi non venga espressamente delegato l'esercizio di determinate funzioni (delegabile esclusivamente al direttore amministrativo ed al direttore sanitario) o la sottoscrizione di specifiche tipologie di atti attraverso la c.d. *delega di firma*, che senza alterare l'ordine delle competenze attribuisce al soggetto titolare dell'ufficio delegato il potere di sottoscrivere atti, i quali però continuano ad essere sostanzialmente atti dell'autorità delegante e non di quella delegata (cfr. TAR Campania, Sez. I, sent. 28 luglio 2008 n. 9480; TAR Piemonte, Sez. II, sent. 17 marzo 2000 n. 309. Nella stessa direzione, Cons. giust. amm. sic. 30 maggio 1995 n. 182).

In linea generale, dunque, devono ritenersi di esclusiva competenza del Direttore generale le attività di programmazione, di controllo, di alta amministrazione e di gestione complessiva aziendale (livello macro) nonché le attività allo stesso espressamente attribuite da fonti normative nazionali o regionali, mentre risultano delegabili le funzioni di gestione ordinaria settoriale (livello micro) ai vari livelli della dirigenza per le materie di rispettiva competenza (ad es. l'adozione degli atti di gestione ordinaria del personale; l'approvazione degli atti di gara per lavori, servizi e forniture; l'approvazione di provvedimenti di spesa entro limiti prestabiliti).

La delega, conferita in forma scritta assumendo la veste tipica degli atti di competenza dell'organo o del soggetto delegante - dunque attraverso Deliberazione del Direttore generale - deve contenere indicazione dei limiti temporali e di esercizio della stessa, ivi compresi i vincoli di bilancio nel rispetto dei quali ciascuna delega va esercitata.

Eventuali provvedimenti illegittimi o inopportuni del delegato possono essere annullati d'ufficio o revocati, con adeguata motivazione, dal Direttore generale.

6.1.1 - La Direzione strategica: Direttore sanitario e Direttore amministrativo

In base al combinato disposto dell'art. 3, commi 1-*quater*, 1-*quinqües* e 7 del D.Lgs. 502/1992 s.m.i. e dell'art. 9 della L.R. 25/2006 s.m.i., il Direttore generale viene coadiuvato nell'esercizio delle proprie funzioni dal Direttore sanitario e dal Direttore amministrativo dell'Azienda, i quali sono nominati dallo stesso Direttore generale e *"partecipano, unitamente al direttore generale, che ne ha la responsabilità, alla direzione dell'azienda, assumono diretta responsabilità delle funzioni attribuite alla loro competenza e concorrono, con la formulazione di proposte e di pareri, alla formazione delle decisioni della direzione generale"*.

In particolare, il Direttore sanitario *"dirige i servizi sanitari ai fini organizzativi ed igienico-sanitari e fornisce parere obbligatorio al Direttore generale sugli atti relativi alle materie di competenza"*, mentre il Direttore amministrativo *"dirige i servizi amministrativi dell'Unità sanitaria locale"*.

I Direttori amministrativo e sanitario collaborano dunque, in base alle specifiche responsabilità, con il Direttore generale per assicurare la direzione strategica dell'Azienda attraverso le funzioni di programmazione, indirizzo e controllo.

La L.R. 36/1994, agli artt. 17, co. 2, e 18, co. 2, disciplina nel dettaglio i compiti – rispettivamente – del Direttore sanitario e del Direttore amministrativo delle Aziende sanitarie regionali.

In particolare, il Direttore sanitario *"coadiuva il Direttore generale nel governo dell'Unità sanitaria locale, fornendo pareri obbligatori sugli atti relativi alle materie di competenza, svolgendo attività di indirizzo, coordinamento e supporto nei confronti dei responsabili delle strutture dell'Unità sanitaria locale, con riferimento agli aspetti organizzativi e igienico-sanitari e ai programmi di intervento di area specifica a tutela della salute, nonché collaborando al controllo di gestione dell'Azienda e al controllo di qualità dei servizi e delle prestazioni erogate. Il Direttore sanitario, in particolare, assicura l'integrazione tra servizi ambulatoriali ospedalieri e territoriali"*.

Il Direttore sanitario promuove dunque l'accesso tempestivo ed appropriato ai servizi e garantisce la continuità dell'assistenza, integrando i percorsi assistenziali fra i presidi e con i servizi territoriali, in collaborazione con le direzioni di distretto. Lo stesso Direttore sanitario, inoltre, cura l'organizzazione ed assicura la verifica dei volumi e della qualità dell'assistenza nell'ambito degli indirizzi strategici generali dell'Azienda ed in relazione ai servizi che devono essere messi a disposizione della popolazione di riferimento.

Il Direttore amministrativo, per parte sua, coadiuva il Direttore generale nel governo dell'Unità sanitaria locale, fornendo parere *"sugli atti relativi alle materie di competenza, svolgendo attività di indirizzo, coordinamento e supporto nei confronti dei responsabili delle strutture dell'Unità sanitaria locale, con riferimento agli aspetti gestionali amministrativi, nonché collaborando al controllo di gestione dell'Azienda"*.

Il Direttore amministrativo assicura quindi l'attuazione del sistema di governo economico-finanziario aziendale e garantisce che i sistemi di supporto all'erogazione dell'assistenza sanitaria siano orientati all'efficienza ed efficacia, soprattutto con riferimento alle funzioni-chiave di gestione del personale e di acquisizione di beni e servizi.

Inoltre, ai sensi dell'art. 3, comma 7 del citato D.Lgs. 502/1992 s.m.i., nelle Aziende ospedaliero-universitarie e negli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici costituiti da un unico presidio *"le funzioni e i compiti del direttore sanitario (...) e del dirigente medico (...) del presidio ospedaliero sono svolti da un unico soggetto avente i requisiti di legge"*.

6.1.2 - Staff della Direzione generale

Alle dirette dipendenze del Direttore generale operano, a norma dell'art. 21, co. 1 e 4 della L.R. 36/1994 s.m.i. le seguenti Unità operative:

- l'Unità controllo di gestione, cui *"compete l'applicazione della metodica di budget in stretta integrazione con il controllo di gestione al fine di garantire efficacia ed efficienza ai processi di acquisizione e di impiego delle risorse e di evidenziare il principio di responsabilità economica"*;
- la Struttura burocratico-legale per l'assunzione del patrocinio e la consulenza legale, autonoma ai sensi della legislazione professionale forense;
- l'Unità operativa per le attività di statistica e di epidemiologia.

Inoltre:

- A livello di staff della Direzione generale, secondo le previsioni del Regolamento di organizzazione delle Aziende UU.SS.LL. allegato alla Deliberazione di Giunta Regionale n. 229 del 16/2/1996 ad oggetto *"Regolamento organizzazione generale art. 14 L.R. 28-12-1994, n. 36"*, è collocato l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP), che funzionalmente fa capo al Direttore amministrativo;
- In funzione di staff alla Direzione generale, in base all'art. 11, co. 3 della L.R. 25/2006, sono attivati presso la Direzione sanitaria aziendale gli Uffici per la qualità e per la formazione;
- Presso ciascuna azienda, istituto o ente pubblico del S.S.R. è istituita, a norma dell'art. 39, co. 13 della L.R. 4/2010, una struttura di staff alla direzione aziendale denominata *"Servizio sistemi informativi"*, deputata alle attività di cui alla Delibera di Giunta Regionale n. 2005/2006 e successive modificazioni ed all'attuazione degli interventi, di propria competenza, di cui al predetto art. 39 L.R. 4/2010.

Tali Unità operative, tuttavia, viste le previsioni dell'art. 4 del D.Lgs. 165/2001 s.m.i. in materia di separazione fra indirizzo politico-amministrativo e gestione nonché alla luce delle disposizioni normative in materia di valutazione della dirigenza di cui al D.Lgs. 150/2009 s.m.i., potrebbero utilmente essere attivate - a seconda della tipologia - presso la Direzione Amministrativa o la Direzione Sanitaria dell'Azienda.

6.1.3 - Il Consiglio dei Sanitari

Il Direttore generale è coadiuvato inoltre dal Consiglio dei Sanitari, organismo con funzioni di consulenza tecnico-sanitaria presieduto dal Direttore sanitario dell'Azienda, i cui compiti, la cui composizione ed il cui funzionamento sono disciplinati dall'art. 3, co. 12 del D.Lgs. n. 502/1992 s.m.i. e dagli artt. 16 e 20 della L.R. n. 36/1994 s.m.i., e dettagliatamente articolati dalla successiva D.G.R. n. 5081 del 9/11/1995.

Il Consiglio dei Sanitari, composto da medici ed altri operatori sanitari laureati secondo quanto stabilito dalle disposizioni normative ed amministrative regionali di cui innanzi, fornisce parere obbligatorio al Direttore generale per le attività tecnico-sanitarie, anche sotto il profilo organizzativo, e per gli investimenti ad esse attinenti, e si esprime altresì sulle attività di assistenza sanitaria. Il parere richiesto al Consiglio dei Sanitari è da intendersi favorevolmente espresso ove non formulato entro 15 giorni dalla richiesta del Direttore generale.

6.2 - Il Collegio sindacale.

Il Collegio sindacale, disciplinato dal combinato disposto dell'art. 3-ter del D.Lgs. 502/1992 s.m.i., dell'art. 19 del D.Lgs. 123/2011, dell'art. 12 della L.R. 36/1994 s.m.i. e dell'art. 28 della L.R. 4/2010, viene nominato dal Direttore generale dell'Azienda, il quale ne convoca la prima riunione entro dieci giorni dal provvedimento di nomina.

Per quanto concerne la composizione del Collegio Sindacale, la normativa innanzi citata va letta alla luce delle previsioni dell'art. 13, co. 1 dell'Intesa Stato-Regioni del 10/7/2014 (*Patto per la Salute 2014-2016*) come recepita dall'art. 1, commi 555 e 574, della Legge 190 del 23/12/2014 (*Legge di Stabilità 2015*), la quale ha stabilito che *"in linea con quanto previsto dall'art. 6, co. 5 del Decreto-Legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito con modificazioni dalla Legge 30 luglio 2010, n. 122, ed al fine di rafforzare il ruolo dei Collegi Sindacali delle Aziende Sanitarie e garantirne una composizione coerente con le disposizioni del presente Patto, Governo e Regioni convengono che detti Collegi siano composti da 3 componenti, di cui uno designato dal Presidente della Giunta Regionale, uno dal Ministro dell'Economia e Finanze ed uno dal Ministro della Salute"*.

L'Intesa Stato-Regioni fa dunque espresso rinvio anche per le Aziende Sanitarie all'art. 6, co. 5 del D.L. 78/2010 convertito in Legge 122/2010, il quale aveva già disposto che *"tutti gli enti pubblici, anche economici, e gli organismi pubblici, anche con personalità giuridica di diritto privato, provvedono all'adeguamento dei rispettivi statuti al fine di assicurare che, a decorrere dal primo rinnovo successivo alla data di entrata in vigore del presente decreto, gli organi di amministrazione e quelli di controllo, ove non già costituiti in forma monocratica, nonché il collegio dei revisori, siano costituiti da un numero non superiore, rispettivamente, a cinque e a tre componenti"*, pur precisando - al successivo comma 20 - che *"le disposizioni del presente articolo non si applicano in via diretta alle regioni, alle province autonome e agli enti del Servizio sanitario nazionale, per i quali costituiscono disposizioni di principio ai fini del coordinamento della finanza pubblica"*.

Conseguentemente la Regione Puglia ha predisposto il Disegno di Legge n. 29 del 28/11/2014 - "Norme in materia di composizione dei Collegi sindacali delle aziende ed enti del Servizio sanitario regionale", approvato dal Consiglio regionale con Deliberazione n. 311 del 26/3/2015 ed in attesa di promulgazione e pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia, in base al quale :

- I Collegi sindacali delle Aziende Sanitarie Locali e degli IRCCS del Servizio Sanitario della Regione Puglia, in applicazione dell'articolo 1, commi 555 e 574, della Legge 23 dicembre 2014, n. 190, sono composti - a decorrere dal primo rinnovo successivo all'entrata in vigore della presente legge - da tre membri, dei quali uno designato dal Presidente della Giunta Regionale, uno designato dal Ministro dell'Economia e Finanze, uno designato dal Ministro della Salute.
- I Collegi Sindacali delle Aziende Ospedaliero-Universitarie del Servizio Sanitario della Regione Puglia sono composti - a decorrere dal primo rinnovo successivo all'entrata in vigore della presente legge - da tre membri, dei quali uno designato dal Presidente della Regione Puglia, uno designato dal Ministro dell'Economia e Finanze, uno designato dall'Università interessata.

Il Collegio sindacale, in base al combinato disposto dell'art. 3-ter del D.Lgs. 502/1992 s.m.i., dell'art. 20, co. 1, 2, 3, 5, 6, 7 ed 8 del D.Lgs. 123/2011 per quanto applicabili, dell'art. 12 della L.R. 36/1994 s.m.i. e degli artt. 42, 43, 44 e 45 della L.R. 38/1994 s.m.i., svolge le seguenti funzioni:

- a) Vigila sull'osservanza della legge, sulla regolarità amministrativa e contabile, sulla gestione economico-finanziaria e patrimoniale dell'Azienda;
- b) Accerta la regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili, ed effettua almeno trimestralmente verifiche di cassa;
- c) Controlla in particolare il bilancio di esercizio e la relazione annuale, esprimendo parere su tali documenti e sui criteri di formazione degli stessi;

- d) 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;
- e) Trasmette periodicamente, e comunque con cadenza almeno semestrale, una propria relazione sull'andamento dell'attività dell'unità sanitaria locale o dell'azienda ospedaliera rispettivamente alla Conferenza dei sindaci o al sindaco del comune capoluogo della provincia dove è situata l'azienda stessa;
- f) I componenti del Collegio sindacale possono procedere ad atti di ispezione e controllo, anche individualmente. Di ogni verifica, ispezione e controllo, anche individuale, nonché delle risultanze dell'esame collegiale dei bilanci preventivi e relative variazioni e dei conti consuntivi o bilanci d'esercizio e' redatto apposito verbale.

Per l'esercizio delle funzioni proprie del Collegio Sindacale si fa presente che, in base all'art. 12, co. 5 della L.R. 36/1994 s.m.i. ed all'art. 45 della L.R. 38/1994 s.m.i., *"tutti gli atti adottati dal Direttore generale sono notificati al Collegio dei revisori all'atto della pubblicazione nell'albo dell'Azienda"* ed *"entro quindici giorni dal ricevimento dell'atto, il Collegio dei revisori notifica al Direttore generale gli eventuali rilievi"*.

L'attività dei Collegi sindacali, inoltre, deve conformarsi ai principi della continuità, del campionamento e della programmazione dei controlli ai sensi dell'art. 12, co. 4, lett. a) della L.R. 36/1994 s.m.i. nonché dell'art. 20, co 4, del D.Lgs. 123/2011.

6.3 - Il Collegio di direzione.

Il Collegio di direzione è organo dell'Azienda sanitaria ai sensi dell'art. 17 del D.Lgs. 502/1992 s.m.i. e concorre, in particolare, al governo delle attività cliniche dell'Azienda, alla pianificazione delle relative attività - ivi comprese la ricerca, la didattica, i programmi di formazione e le soluzioni organizzative per l'attuazione dell'attività libero-professionale intramuraria - ed alla valutazione interna dei risultati conseguiti in relazione agli obiettivi prefissati.

Ai componenti del Collegio di Direzione, ai sensi del medesimo art. 17 del D.Lgs. 502/1992 s.m.i., non spetta alcun emolumento, compenso, indennità o rimborso spese.

L'istituzione del Collegio di Direzione quale organo delle Aziende ed Enti del Servizio sanitario regionale è stata inoltre disciplinata nel dettaglio dalla Legge Regionale n. 43/2014 (*"Norme in materia di costituzione, composizione e funzionamento del Collegio di direzione delle aziende ed enti del Servizio sanitario regionale ai sensi degli articoli 3, comma 1-quater e 17 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i."*), definendone competenze, composizione e modalità di costituzione e funzionamento.

In particolare, l'art. 2 della predetta Legge Regionale n. 43/2014 ha individuato le competenze del Collegio di Direzione delle ASL come di seguito:

- "a) concorre al governo delle attività cliniche dell'azienda, formulando proposte ed esprimendo pareri dietro obbligatoria consultazione del Direttore generale in merito a tutte le questioni attinenti il governo delle attività cliniche;*
- b) concorre alla pianificazione delle attività dell'azienda, ivi comprese la didattica e la ricerca, e allo sviluppo organizzativo e gestionale dell'azienda, con particolare riferimento all'organizzazione dei servizi, alla valorizzazione delle risorse umane, alle attività di formazione continua degli operatori sanitari, alle soluzioni organizzative per l'attuazione dell'attività libero-professionale intramuraria;*
- c) esprime parere obbligatorio sull'atto aziendale per la parte relativa all'organizzazione delle attività cliniche;*
- d) esprime parere obbligatorio sul piano aziendale annuale della formazione, tenendo conto degli obiettivi formativi nazionali e regionali, nonché degli specifici bisogni formativi espressi dalle Aree e dai Dipartimenti aziendali e dalle categorie di operatori, ai fini della successiva approvazione da parte del Direttore generale;*
- e) esprime parere obbligatorio sul piano aziendale annuale per la gestione del rischio clinico ai fini della successiva approvazione da parte del Direttore generale;*
- f) partecipa alla definizione dei requisiti di appropriatezza e qualità delle prestazioni, nonché degli indicatori di risultato clinico-assistenziale, e concorre alla conseguente valutazione interna dei risultati conseguiti in relazione agli obiettivi prefissati.*

Il Collegio di direzione delle Aziende ospedaliero-universitarie, oltre ai compiti attribuiti ai Collegi di Direzione delle ASL, *"contribuisce alla programmazione e alla valutazione delle attività tecnico-sanitarie e di quelle ad alta integrazione sanitaria, partecipa alla programmazione delle attività di ricerca e didattica nell'ambito di quanto definito dai Protocolli d'intesa Regione-Università ed esprime parere sulla coerenza fra l'attività assistenziale e l'attività di didattica, ricerca e innovazione"*.

Il successivo art. 3 della medesima Legge Regionale n. 43/2014 ha inoltre definito la composizione dei Collegi di Direzione delle Aziende Sanitarie Locali ed Aziende Ospedaliero-Universitarie del S.S.R.

Il Collegio di Direzione delle Aziende Sanitarie Locali del S.S.R. è composto da:

- a) i dirigenti delle aree amministrative e professionali;
- b) il dirigente responsabile dell'Unità gestione del rischio clinico/risk management o equivalenti;

- c) il responsabile dell'Unità prevenzione e protezione del rischio o equivalenti;
- d) un delegato dei dirigenti delle professioni sanitarie;
- e) un direttore di Dipartimento strutturale per ciascuna area (medica, chirurgica, materno-infantile, emergenza-urgenza, dei servizi di diagnosi e cura);
- f) il direttore del Dipartimento di prevenzione;
- g) il direttore del Dipartimento di salute mentale;
- h) il direttore del Dipartimento delle dipendenze patologiche;
- i) il direttore del Dipartimento di riabilitazione;
- j) i direttori dei distretti socio-sanitari;
- k) i direttori degli ospedali a gestione diretta dell'ASL;
- l) il medico di medicina generale responsabile dell'Ufficio di coordinamento aziendale delle cure primarie (UACP);
- m) il pediatra di libera scelta responsabile dell'Ufficio di coordinamento aziendale delle cure primarie pediatriche (UACPP);
- n) lo specialista di medicina ambulatoriale interna che ricopre il ruolo di Coordinatore dei responsabili di branca specialistica ambulatoriale o equivalenti.

Il Collegio di Direzione delle Aziende Ospedaliere-Universitarie del S.S.R. è invece composto da:

- a) il dirigente responsabile dell'Unità gestione del rischio clinico/risk management o equivalenti;
- b) il responsabile dell'Unità prevenzione e protezione del rischio o equivalenti;
- c) un delegato dei dirigenti delle professioni sanitarie;
- d) i direttori di presidio ospedaliero, qualora l'AOU non sia costituita da un unico presidio;
- e) i direttori dei Dipartimenti ad attività integrata; f) i direttori dei dipartimenti assistenziali di cui all'articolo 3, comma 7, del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517 (Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed università, a norma dell'art. 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419).

L'atto aziendale deve indicare dunque le modalità operative del Collegio di direzione, anche facendo riferimento ad un eventuale Regolamento interno del suddetto Collegio, nonché le forme e le modalità di interazione tra il Collegio di direzione e gli altri organi dell'Azienda.

6.4 - L'Organo di indirizzo.

L'Organo di indirizzo è organo collegiale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria la cui composizione ed il cui funzionamento sono disciplinati dall'art. 4 del D.Lgs. 517/1999 s.m.i., dall'art. 6 del R.R. 13/2008 e dal Protocollo d'intesa stipulato fra Regione ed Università di riferimento.

Tale Organo di indirizzo ha il compito di proporre iniziative e misure per assicurare la coerenza della programmazione generale dell'attività assistenziale dell'Azienda con la programmazione didattica e scientifica dell'Università di riferimento e di verificare la corretta attuazione della programmazione.

7. Le articolazioni operative dell'Azienda.

La Legge Regionale n. 25/2006, recante "Principi ed Organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale", all'art. 8, co. 1 e 2, ha stabilito che "le Aziende e gli IRCCS del S.S.R. sono sistemi orientati al cittadino e articolati in Presidi, Distretti, Dipartimenti e Aree di attività che governano i processi sequenziali interni con cicli continui di pianificazione e controllo per il miglioramento delle proprie attività/prestazioni/servizi", rimandando all'atto aziendale di ciascuna Azienda sanitaria il compito di definirne l'articolazione "con le modalità e i processi di consultazione previsti dalle leggi e dai contratti vigenti".

Le articolazioni (o Direzioni) operative dell'Azienda Sanitaria – in base all'espressa previsione dell'art. 15, co. 3 della Legge Regionale n. 36/1994 s.m.i. – sono rappresentate dalle aree e dalle strutture sanitarie e socio-sanitarie.

Il medesimo art. 15 della L.R. 36/1994, tuttavia, al successivo comma 4 interviene espressamente nella definizione della tipologia di alcune strutture da prevedersi obbligatoriamente all'interno delle Aziende Sanitarie, prevedendo nello specifico quanto segue:

"Nell'azienda USL e nell'azienda ospedaliera sono previste obbligatoriamente le seguenti strutture complesse:

- a) struttura burocratico-legale;*
- b) gestione tecnica;*
- c) gestione del personale;*
- d) gestione delle risorse finanziarie;*
- e) gestione del patrimonio;*
- f) unità operativa per le attività di statistica ed epidemiologia;*

- g) unità controllo di gestione;
- h) centrale operativa provinciale del sistema di emergenza "118";
- i) servizi di radiologia territoriali, uno per ciascuna AUSL, purché dotati di TAC, Risonanza magnetica nucleare e Senologia presenti nella stessa struttura poliambulatoriale;
- l) servizi di pneumotisiologia, istituiti, alla data del 31 dicembre 2003, dalle aziende sanitarie sulla base delle direttive regionali emanate con Delib.G.R. 23 luglio 1996, n. 3227 e con Delib.G.R. 16 maggio 2000, n. 614, a seguito della soppressione dei Consorzi provinciali antitubercolari (CPA).

Nell'azienda USL sono previste obbligatoriamente le seguenti strutture complesse e dipartimentali:

- a) il dipartimento di prevenzione;
- b) i distretti;
- c) la struttura complessa farmaceutica territoriale;
- d) il dipartimento di salute mentale;
- e) la struttura complessa servizio socio-sanitario;
- f) i presidi ospedalieri.

Pertanto, fino ad eventuale modifica della predetta legge regionale, tali strutture dovranno essere obbligatoriamente previste negli organigrammi aziendali secondo la tipologia normativamente prescritta.

Con Legge Regionale n. 2 del 9/2/2011 è stato approvato il "Piano di Rientro della Regione Puglia 2010-2012" che ha previsto - tra gli interventi con effetti sulla riduzione della spesa finalizzati al risanamento finanziario ed alla riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale - la revisione dei parametri minimi per l'identificazione delle strutture organizzative (semplici, complesse, dipartimentali) in attuazione dell'art. 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 3/12/2009 ("Patto per la Salute 2010-2012") come successivamente recepito dall'art. 2, co. 71 e 72, della L. 191/2009 (Legge Finanziaria 2010), da porre in essere attraverso l'approvazione di apposite Linee guida regionali ed il successivo recepimento delle stesse da parte delle Aziende ed Enti del S.S.R. all'interno dei rispettivi atti aziendali e regolamenti di organizzazione.

Tale revisione dei parametri minimi per la costituzione di strutture organizzative risulta di estrema rilevanza in quanto - come si evince dalla relazione tecnica relativa alla situazione economica programmata ed ai risultati attesi in termini di risparmio dall'intervento in questione (All. operativo L.R. 2/2011 - punto B.3.5) - la stessa "comporterà una razionalizzazione organizzativa, con conseguente riduzione degli incarichi di direzione di struttura complessa, semplice, dipartimentale, e di posizioni organizzative e di coordinamento. In tal senso, come facilmente rilevabile, i provvedimenti attuativi (...) comporteranno una riduzione della spesa complessiva per il personale. Detta riduzione è strettamente collegata a quanto previsto al paragrafo B3.1, nell'ambito del quale vengono esplicitate le iniziative operative inerenti la rideterminazione delle dotazioni organiche, e nel paragrafo A2.1, nel quale vengono identificate le unità operative soppresse nell'ambito del Piano di Riordino della rete ospedaliera e con il blocco del turnover".

L'obiettivo di contenimento della spesa del personale, peraltro, è stato di recente pienamente confermato dal "Programma Operativo della Regione Puglia 2013-2015", approvato con D.G.R. n. 1403 del 4/7/2014 in applicazione dell'art. 15, co. 20 del D.L. 95/2012 convertito in L. 135/2012.

In attuazione della Legge Regionale n. 2/2011 sono stati quindi approvati con D.G.R. n. 1388 del 21/6/2011 - e successivamente confermati con D.G.R. n. 3008 del 27/12/2012 - i parametri standard regionali per l'individuazione di strutture semplici e complesse, posizioni organizzative e coordinamenti per il personale delle Aziende ed Enti del SSR ex art. 12, co. 1, lett. b) Patto per la Salute 2010-2012.

Con i predetti atti deliberativi nn. 1388/2011 e 3008/2012 la Giunta Regionale, oltre ad approvare i parametri standard di cui sopra, ha inteso confermare i criteri organizzativi delle strutture della Dirigenza di Area Medico-Veterinaria di cui alla citata D.G.R. n. 468 del 23/2/2010 (cfr. par. 5 - "Il modello organizzativo") ed ha altresì definito le modalità applicative dei predetti parametri standard, anche con riferimento al riordino della rete ospedaliera regionale, disponendo che il finanziamento delle strutture complesse e semplici, delle posizioni organizzative e dei coordinamenti debba trovare specifica copertura nell'ambito dei fondi aziendali di riferimento rideterminati in applicazione dell'art. 72, lett. a) della L. 191/2009, debba rientrare nei limiti di disponibilità del bilancio dell'Azienda Sanitaria e debba garantire il rispetto delle disposizioni normative vigenti in materia di spesa del personale.

La D.G.R. n. 3008/2012 ha infine espressamente stabilito che i parametri standard in oggetto, nonché ogni loro eventuale integrazione o rettifica, "vengano recepiti dalle Aziende ed Enti del S.S.R. all'interno dei rispettivi atti aziendali e regolamenti di organizzazione".

Dunque, nel rispetto della vigente normativa nazionale e regionale di settore nonché della programmazione sanitaria regionale e degli indirizzi innanzi richiamati, i Direttori generali delle Aziende Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere-Universitarie sono tenuti a rivedere i propri modelli organizzativi, aggiornando opportunamente i rispettivi atti aziendali e stabilendo all'interno dei predetti atti aziendali la tipologia (struttura complessa, semplice, dipartimentale).

dipartimentale, di staff) delle strutture organizzative aziendali, con opportuna motivazione, in base alle priorità strategiche dell'Azienda, anche disponendo eventuali declassamenti, potenziamenti o accorpamenti di strutture già esistenti.

Si fa presente che l'assetto organizzativo previsto dai predetti atti aziendali deve essere coerente con i parametri standard regionali per l'individuazione di strutture organizzative semplici e complesse, posizioni organizzative e coordinamenti ex art. 12, co. 1, lett. b) Patto per la Salute 2010-2012, approvati dalla Giunta Regionale con Deliberazione n. 1388 del 21/6/2011 e successivamente confermati con Deliberazione n. 3008 del 27/12/2012 in attuazione della Legge Regionale n. 2/2011. Tali parametri standard, infatti, sono configurabili come "tetto massimo invalicabile" del numero di strutture organizzative aziendali.

Vale la pena di precisare, al riguardo, che la citata L.R. n. 2/2011 si configura come fonte di pari rango rispetto a precedenti leggi regionali istitutive di strutture organizzative specifiche e, pertanto, le previsioni della L.R. n. 2/2011 in termini di contenimento del numero di strutture semplici e complesse, peraltro connesse a norme di finanza pubblica, risultano prevalenti.

L'assetto strutturale e funzionale delle Aziende Sanitarie dovrà essere schematizzato, all'interno dell'atto aziendale, in organigrammi contenenti precisa indicazione della tipologia delle strutture organizzative previste (struttura complessa, struttura semplice, struttura semplice dipartimentale, struttura di staff) e delle reciproche relazioni.

7.1 - Il Dipartimento di prevenzione

Il Dipartimento di prevenzione, istituito ed organizzato dalle Regioni ai sensi degli artt. 7-bis, 7-ter e 7-quater del D.Lgs. 502/1992 s.m.i., è una struttura operativa dell'Azienda Sanitaria Locale che garantisce la tutela della salute collettiva, perseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e delle disabilità, miglioramento della qualità della vita.

Il D.Lgs. 502/1992 s.m.i., all'art. 7-quater, fornisce alle Regioni le indicazioni di massima in materia di organizzazione del Dipartimento di Prevenzione, disponendo quanto segue:

"(...) 2. Le regioni disciplinano l'articolazione delle aree dipartimentali di sanità pubblica, della tutela della salute negli ambienti di lavoro e della sanità pubblica veterinaria, prevedendo 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.*

3. Le strutture organizzative si distinguono in servizi o in unità operative, in rapporto all'omogeneità della disciplina di riferimento e alle funzioni attribuite, nonché alle caratteristiche e alle dimensioni del bacino di utenza.

4. Le strutture organizzative dell'area di sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare operano quali centri di responsabilità, dotati di autonomia tecnico-funzionale e organizzativa nell'ambito della struttura dipartimentale, e rispondono del perseguimento degli obiettivi dipartimentali e aziendali, dell'attuazione delle disposizioni normative e regolamentari regionali, nazionali e internazionali, nonché della gestione delle risorse economiche attribuite".

La L.R. n. 36/1994, all'art. 24, co. 3, ha definito l'articolazione del Dipartimento di Prevenzione delle Aziende sanitarie locali pugliesi come segue:

"Il Dipartimento di prevenzione è articolato almeno nei seguenti Servizi:

- a) igiene e sanità pubblica;*
- b) prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro;*
- c) igiene degli alimenti e della nutrizione;*
- d) veterinari, articolati distintamente nelle tre aree funzionali della sanità animale, dell'igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati e dell'igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche".*

Successivamente la L.R. n. 25/2006, all'art. 13, ha più dettagliatamente definito l'articolazione del Dipartimento di Prevenzione (DP), prevedendo al comma 3 che *"il DP è organizzato in Direzione dipartimentale, costituita dal Direttore del dipartimento e dal Comitato di dipartimento, Servizi e Unità operative, distinte in Unità operative centrali, in posizione di staff rispetto alla Direzione di Dipartimento o alla Direzione dei Servizi e in Unità operative territoriali, di norma coincidenti con gli ambiti territoriali dei Distretti socio-sanitari".*

Il medesimo art. 13 della L.R. 25/2006, ai commi 6 e 7, identifica inoltre la tipologia organizzativa dei Servizi del Dipartimento di Prevenzione quali strutture complesse e delle Unità Operative del Dipartimento quali strutture semplici, stabilendo che *"i Direttori dei servizi del DP sono dirigenti del ruolo sanitario che assumono l'incarico di Direttore di struttura complessa e svolgono, nell'ambito delle competenze istituzionali del Servizio diretto, le funzioni gestionale, tecnica e di supervisione"* e che *"ciascuna delle Unità operative è diretta da un Dirigente del ruolo sanitario, nominato dal Direttore generale dell'AUSL su proposta del responsabile del Dipartimento e del responsabile del Servizio, che assume pertanto l'incarico di responsabile di struttura semplice"*.

La L.R. n. 23/2008 (Piano Regionale di Salute) ha dedicato poi una grande attenzione al Dipartimento di Prevenzione, nella cui attività si declina la tutela e la promozione della salute collettiva all'interno del Servizio Sanitario Regionale, e ne ha ulteriormente dettagliato l'articolazione in uno con l'indicazione delle relative funzioni principali, come di seguito:

- Direzione del Dipartimento.
- Servizio di Igiene e Sanità Pubblica: Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali; Tutela della collettività dai rischi sanitari degli ambienti di vita anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali.
- Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione: Sorveglianza e tutela delle acque destinate al consumo umano; Igiene e sicurezza alimentare - tutela della salute dei consumatori; Sorveglianza e prevenzione nutrizionale.
- Servizio di Prevenzione e Sicurezza sui Luoghi di Lavoro: Sorveglianza epidemiologica del territorio per la prevenzione ed il controllo dei rischi e danni da lavoro; Programmi di controllo e vigilanza nei luoghi di lavoro; Tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi agli ambienti di lavoro.
- Servizio di Sanità Animale (SIAV area A): Vigilanza e controllo degli allevamenti e delle produzioni zootecniche, igiene urbana veterinaria.
- Servizio di Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati (SIAV area B): Igiene e sicurezza alimentare - tutela della salute dei consumatori.
- Servizio di Igiene degli Allevamenti e delle produzioni zootecniche (SIAV area C): Vigilanza e controllo degli allevamenti e delle produzioni zootecniche, igiene urbana veterinaria; Igiene e sicurezza alimentare - tutela della salute dei consumatori.
- Struttura di staff per l'educazione e la promozione della salute: Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening.
- Struttura di staff per l'epidemiologia e i flussi informativi (malattie infettive, flussi vaccinali, sistema informativo degli infortuni e delle malattie professionali, sistema informativo del servizio di medicina legale e del servizio veterinario, Registro Nominativo delle Cause di Morte).

La L.R. 23/2008, inoltre, individua come specifico obiettivo del sistema regionale di prevenzione la realizzazione di un modello organizzativo-gestionale che preveda *"una stretta relazione tra la struttura del sistema deputata alla programmazione e realizzazione degli interventi - il Dipartimento di Prevenzione - e la struttura dedicata alla produzione e alla elaborazione dei dati del sistema - l'Unità di Statistica ed Epidemiologia delle Aziende Sanitarie Locali - ai fini di un'efficace azione di supporto alla Direzione strategica, attraverso la restituzione di un quadro completo dei bisogni e dell'offerta di salute sul territorio di competenza"*, sollecitando il dialogo di tale modello organizzativo-gestionale, attraverso uno scambio biunivoco di dati e procedure, con l'Osservatorio Epidemiologico Regionale e con le altre strutture regionali impegnate sul tema della prevenzione.

Risulta altresì fondamentale l'integrazione del Dipartimento di Prevenzione con gli altri Servizi dell'Azienda, in particolare con i Distretti Socio-Sanitari che - essendo espressione dell'assistenza sanitaria primaria - costituiscono lo snodo principale dell'integrazione sociosanitaria. Non è un caso infatti che, ai sensi dell'art. 3-quinquies, co. 3 del D.Lgs. 502/1992 s.m.i., trovano *"collocazione funzionale nel distretto le articolazioni organizzative (...) del dipartimento di prevenzione, con particolare riferimento ai servizi alla persona"*.

Il Regolamento regionale n. 13/2009 - *"Organizzazione del Dipartimento di Prevenzione"*, come da ultimo modificato dal Regolamento regionale n. 22/2012, ha quindi definito nel dettaglio, all'art. 1, l'articolazione organizzativa del Dipartimento di Prevenzione, esplicitando la tipologia delle varie strutture organizzative costitutive (complesse, semplici, di staff) come di seguito:

- La direzione del Dipartimento di Prevenzione è assicurata da:
 - a) Direttore del Dipartimento;
 - b) Comitato di Direzione del Dipartimento.
- Il Dipartimento di Prevenzione è articolato in Aree Territoriali composte dalle Unità Operative Complesse di:
 - a) Igiene e Sanità Pubblica (SISP);
 - b) Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPESAL);

- c) Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN);
 - d) Sanità animale (SIAV AREA A);
 - e) Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati (SIAV AREA B);
 - f) Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche (SIAV AREA C).
- I territori delle varie Aziende Sanitarie Locali, tenendo conto della peculiarità di ciascun territorio, degli insediamenti produttivi, del radicamento territoriale dei servizi ed in considerazione della entità numerica della popolazione, delle caratteristiche orografiche del territorio, della viabilità e dei collegamenti, sono articolati in una o più aree territoriali. In particolare, i territori delle ASL di Bari, Lecce e Foggia sono divisi in 2 Aree Territoriali, mentre quelli di Taranto, Brindisi e BT in un'unica Area Territoriale.
 - In staff alla Direzione del Dipartimento di Prevenzione sono istituite tre strutture semplici con funzioni tecnico-sanitarie:
 1. Epidemiologia e flussi informativi;
 2. Qualità, comunicazione, formazione, educazione sanitaria;
 3. Servizio Tecnico della Prevenzione ai sensi dell'art. 34 della L.R. 26/2006.
 I Direttori Generali delle ASL, su proposta del Direttore del Dipartimento di Prevenzione, possono ricomprendere le funzioni e le attività delle strutture semplici di cui al punto 1 e 2 in un'unica struttura organizzativa.
 - È prevista, inoltre, una struttura amministrativa con funzioni di segreteria, gestione del personale, collaborazione nella gestione del budget assegnato al Dipartimento, collaborazione nel controllo di gestione, predisposizione di atti amministrativi.

Stante quanto sopra, nei singoli atti aziendali i Direttori generali potranno individuare la tipologia delle strutture organizzative aziendali del Dipartimento di Prevenzione (complesse, semplici, semplici dipartimentali, di staff), dandone opportuna motivazione in base alle priorità strategiche dell'Azienda ed eventualmente disponendo declassamenti, potenziamenti o accorpamenti delle strutture già esistenti qualora ciò sia funzionale al contenimento dei costi del personale dell'Azienda, nel rispetto delle disposizioni normative vigenti nonché secondo le modalità operative richiamate al precedente paragrafo 7.

L'Atto aziendale dovrà inoltre evidenziare le modalità di integrazione tra il Dipartimento di Prevenzione e le altre strutture operative dell'Azienda Sanitaria Locale (Ospedale, Distretto, Dipartimento di Salute Mentale, Dipartimento di Riabilitazione, ecc.).

7.2 - Il Distretto Socio-Sanitario

Il Distretto Socio-Sanitario, individuato dall'atto aziendale nel rispetto dell'articolazione in distretti dell'unità sanitaria locale ai sensi dell'art. 3-*quater*, co. 1 e 2 del D.Lgs. 502/1992 s.m.i. e dell'art. 14 della L.R. 25/2006, è una struttura operativa complessa dell'Azienda Sanitaria Locale volta a garantire il coordinamento e l'integrazione di tutte le attività sanitarie e sociosanitarie a livello territoriale al fine di assicurare la presa in carico globale dell'utente, attraverso l'erogazione dei servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie di cui all'articolo 3-*quinquies* del D.Lgs. 502/1992 ed attraverso il coordinamento con le attività dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri.

La Legge regionale n. 25/2006, all'art. 14, ha disciplinato il Distretto Socio-sanitario, individuandone al comma 5 le funzioni che al suo interno sono assicurate come di seguito :

- a) Assistenza primaria comprendente assistenza socio-sanitaria di base, continuità assistenziale, assistenza di emergenza territoriale, assistenza infermieristica, assistenza domiciliare, ospedale di comunità;
- b) Assistenza specialistica comprendente assistenza specialistica ambulatoriale, assistenza riabilitativa, assistenza protesica, assistenza termale nonché specialistico - riabilitativa neuropsichiatrica infantile;
- c) Assistenza consultoriale;
- d) Assistenza nelle strutture residenziali e semiresidenziali territoriali;
- 1e) Assistenza psicologica;
- f) Assistenza socio sanitaria .

Il medesimo art. 14 della L.R. 25/2006, ai successivi commi 6, 7, 8, 10, 13 e 15, definisce in linea generale l'organizzazione ed il funzionamento del Distretto Socio-Sanitario, rinviando a successivo Regolamento regionale l'individuazione e la qualificazione delle Unità operative.

Nello specifico:

- L'art. 14, co. 7 dispone che "*operano nei Distretti, integrandosi funzionalmente con la struttura di assistenza primaria, articolazioni della struttura complessa farmaceutica territoriale. Nel Distretto si integrano*



- livello funzionale, le strutture del Dipartimento di salute mentale, delle dipendenze patologiche e del DP con particolare riferimento ai servizi alla persona. Sono svolte a livello distrettuale le attività di riabilitazione rivolte alla disabilità fisica, psichica e neurosensoriale tramite articolazioni periferiche della struttura sovra distrettuale della riabilitazione. Nel Distretto è assicurata anche l'attività di medicina dello sport".*
- L'art. 14, co. 8 e 10, prevede che *"presso ogni Distretto è istituita un'Unità operativa complessa per l'organizzazione di tutte le funzioni di assistenza primaria e intermedia e il coordinamento delle cure primarie"* e, nelle more dell'istituzione di tale Unità operativa complessa delle cure primarie e intermedie, *"è istituita in ciascun Distretto socio-sanitario, in posizione di staff rispetto al Direttore del Distretto, la struttura semplice denominata "U.O. cure primarie", diretta da un dirigente medico, con compiti di raccordo operativo a livello distrettuale tra assistenza primaria e specialistica, assistenza consultoriale, assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale"*.
 - L'art. 14, co. 13, individua i livelli organizzativi del Distretto:
 - a) la Direzione del Distretto;
 - b) la Direzione amministrativa del Distretto;
 - c) la Direzione delle Cure primarie;
 - d) l'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali;
 - e) l'Ufficio per la programmazione e il monitoraggio in medicina generale;
 - f) l'Ufficio per la programmazione e monitoraggio in pediatria di libera scelta.
 - L'art. 14, co. 14, indica inoltre gli uffici, i servizi e gli organismi di cui si avvale il Direttore di Distretto, che sono i seguenti:
 - Ufficio di segreteria;
 - Operatori del Servizio aziendale delle professioni tecnico-sanitarie, di diagnostica per immagini e di diagnostica chimico-clinica, delle professioni infermieristiche e ostetriche, delle professioni riabilitative e della prevenzione;
 - Servizio sociale professionale, quale struttura per il raccordo operativo a livello distrettuale delle U.O. e dei Servizi sovradistrettuali in materia socio-sanitaria che collabora con il Coordinatore socio-sanitario per la programmazione distrettuale in materia socio-sanitaria, per l'elaborazione del PAT e del PSZ, per la progettazione di interventi socio-sanitari, per la promozione della cooperazione inter-istituzionale, per il monitoraggio e la valutazione delle attività promosse in ambito socio-sanitario;
 - Coordinamento socio-sanitario, a livello distrettuale, di tutte le attività a elevata integrazione socio-sanitaria.
 - L'art. 14, co. 15, dispone infine che *"le funzioni amministrative proprie del Distretto nonché quelle delegate dalle Aree di livello aziendale sono espletate dalla struttura semplice Direzione amministrativa di Distretto, diretta da un dirigente amministrativo, nominato dal Direttore generale"*.

La L.R. n. 23/2008 (Piano Regionale di Salute) ha evidenziato la centralità del Distretto Socio-Sanitario nell'ambito del sistema sanitario regionale, richiamando l'esigenza di superare una visione che individua nel macrolivello ospedaliero la sede pressoché esclusiva della risposta alla malattia e non - in modo appropriato - la sola gestione delle acuzie, e sollecitando un ripensamento culturale ed organizzativo-gestionale dell'intero sistema delle cure territoriali, che passi attraverso *"la costruzione di una rete integrata ospedale-territorio che sia caratterizzata da maglie di grandezza variabile e aderenti, quanto più possibile, alla realtà sanitaria locale ed alle caratteristiche sociopolitiche ed orografiche del territorio di riferimento"*.

Il Piano Regionale di Salute introduce altresì il principio della valorizzazione del Distretto Socio-Sanitario come *"ambito territoriale in cui convergono e si integrano interventi e politiche per la promozione della salute e nell'interazione socio-sanitaria, anche sperimentando forme innovative di governo e di gestione dei sistemi sociosanitari di offerta di prestazioni (forme consortili ASL-Comuni, ecc.)"* e richiama il ruolo chiave della programmazione integrata fra Distretto ed Ambito territoriale dei Comuni di cui alla L.R. n. 19/2006 al fine di consentire una programmazione condivisa e coerente in relazione ai bisogni socio-sanitari del territorio, raccordando in particolare gli aspetti sociali del Piano di Zona con gli aspetti socio-sanitari del Programma delle Attività Territoriali del Distretto (PAT).

La predetta L.R. 23/2008, nel definire i fondamentali obiettivi di sistema per il miglioramento delle modalità di erogazione delle prestazioni territoriali (ambulatoriali, residenziali, semiresidenziali e domiciliari), ha stabilito la necessità di implementare il macrolivello territoriale lungo le seguenti direttrici strategiche:

- Accessibilità alla rete dei servizi;
- Domiciliarità delle prestazioni.

Il Regolamento regionale n. 6/2011 s.m.i. - "Regolamento di organizzazione del "Distretto Socio Sanitario" (D.S.S.)" - ha quindi definito, all'art. 6, co. 2 e 3, l'articolazione organizzativa del Distretto in strutture complesse e semplici come di seguito riportato:

" La Struttura Complessa "Direzione di Distretto" ricomprende le seguenti Strutture Semplici:

- a) Struttura Semplice Direzione Amministrativa;
- b) Struttura Semplice Assistenza Consultoriale;
- c) Struttura Semplice Assistenza Psicologica;
- d) Struttura Semplice Assistenza Penitenziaria, laddove si verifichi la coincidenza territoriale.

La Struttura Complessa "Cure Primarie ed Intermedie" ricomprende le seguenti strutture semplici:

- a) Struttura Semplice Assistenza Specialistica;
- b) Struttura Semplice Cure Domiciliari e Assistenza Intermedia;
- c) Struttura Semplice Assistenza Sanitaria di base, continuità assistenziale e emergenza territoriale".

Il medesimo art. 6 del R.R. n. 6/2011 ha previsto tuttavia espressamente, al comma 4, la possibilità di articolazioni organizzative diverse su scala aziendale e distrettuale, le quali devono però "essere esplicitamente autorizzate dalla Giunta Regionale, preliminarmente alla adozione dell'Atto aziendale, previa attestazione e verifica della maggiore efficienza organizzativa e della sostenibilità economica".

Stante quanto sopra, nei singoli atti aziendali i Direttori generali potranno stabilire la tipologia delle strutture organizzative del Distretto Socio-Sanitario (complesse, semplici, semplici dipartimentali, di staff), dandone opportuna motivazione in base alle priorità strategiche dell'Azienda ed eventualmente disponendo declassamenti, potenziamenti o accorpamenti delle strutture già esistenti qualora ciò sia funzionale al contenimento dei costi del personale dell'Azienda, nel rispetto delle disposizioni normative vigenti nonché secondo le modalità operative richiamate al precedente paragrafo 7.

L'Atto aziendale dovrà inoltre evidenziare le modalità di integrazione tra il Distretto e le altre strutture operative dell'Azienda Sanitaria Locale (Ospedale, Dipartimento di Prevenzione, Dipartimento di Salute Mentale, Dipartimento di Riabilitazione, ecc.).

In particolare, con riferimento al rapporto Distretto-Ospedale l'integrazione si realizza nella definizione dei percorsi assistenziali che garantiscano continuità assistenziale nella presa in carico dei pazienti.

Per quanto attiene al rapporto tra Distretto e Dipartimento di Prevenzione, l'area di integrazione riguarda i programmi e le iniziative di prevenzione primaria e di promozione di stili di vita salutari. A questo livello occorre definire le modalità di coordinamento tra il DP, che detiene la responsabilità tecnica delle stesse, ed il Distretto, che con la sua organizzazione ed i suoi operatori - in particolare i medici di medicina generale - deve contribuire a realizzarle.

Per il rapporto tra Distretto e Dipartimento di Salute Mentale, la modalità di integrazione professionale va individuata prioritariamente nella PUA e nella UVM di cui innanzi, con particolare riferimento alla valutazione e definizione dei piani di intervento dei pazienti complessi per i quali deve essere prevista una presa in carico congiunta.

7.3 - Il Dipartimento di Salute Mentale

Il Dipartimento di Salute Mentale (DSM), disciplinato dalle Leggi Regionali n. 36/1994 e n. 30/1998, è una struttura operativa dell'Azienda Sanitaria Locale che svolge attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione nel campo della salute mentale a livello ambulatoriale, domiciliare ed ospedaliero.

La L.R. n. 36/1994 s.m.i., dopo aver inserito all'art. 15, co. 4, il Dipartimento di Salute Mentale fra le strutture complesse e dipartimentali da prevedersi obbligatoriamente all'interno delle Aziende Sanitarie Locali, ne ha disciplinato natura, funzioni ed organizzazione all'art. 25, prevedendo in particolare al co. 4 che "ogni Dipartimento è dotato delle seguenti unità operative:

- a) Centro salute mentale;
- b) Servizio psichiatrico di diagnosi e cura".

L'organizzazione del Dipartimento di Salute Mentale è stata più dettagliatamente definita dagli artt. 2 e seguenti della L.R. n. 30/1998 s.m.i., attraverso le seguenti Unità operative:

- Centri Salute Mentale (CSM), allocati in sede extraospedaliera, riferiti ciascuno ad un bacino di utenza correlato alla concentrazione demografica del territorio e comunque compreso fra 75.000 e 120.000 abitanti, diretti ciascuno da un medico psichiatra di II livello dirigenziale.
- Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC), ubicati nelle Aziende ospedaliere, nei Policlinici universitari e nei Presidi ospedalieri di AUSL con Pronto soccorso funzionante H/24, diretti ciascuno da un medico psichiatra di II livello dirigenziale, dotati di un numero di posti letto non superiore a 15. Nello specifico ogni DSM, nel proprio ambito territoriale, deve disporre di un numero di posti letto in SPDC proporzionato alla popolazione residente e la cui dislocazione è demandata al piano regionale di riordino della rete ospedaliera.
- Servizio di Psicologia Clinica, diretto da uno psicologo di II livello dirigenziale.

- Servizio di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, diretto da un neuropsichiatra infantile di II livello dirigenziale.

La normativa di riferimento definisce pertanto, sia pure solo indirettamente attraverso l'indicazione della relativa figura apicale (dirigente medico di II livello - direttore), la tipologia delle predette Unità operative (CSM, SPDC, Psicologia clinica, Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza), tutte configurate quali strutture complesse ai sensi dell'art. 2 della L.R. n. 30/1998.

Stante quanto sopra, nei singoli atti aziendali i Direttori generali potranno stabilire la tipologia delle strutture organizzative del Dipartimento di Salute Mentale (complesse, semplici, semplici dipartimentali, di staff), dandone opportuna motivazione in base alle priorità strategiche dell'Azienda ed eventualmente disponendo declassamenti, potenziamenti o accorpamenti delle strutture già esistenti qualora ciò sia funzionale al contenimento dei costi del personale dell'Azienda, nel rispetto delle disposizioni normative vigenti nonché secondo le modalità operative richiamate al precedente paragrafo 7.

7.4 – Il Dipartimento delle Dipendenze Patologiche

Il Dipartimento delle Dipendenze Patologiche (DDP) è una struttura operativa dipartimentale dell'Azienda Sanitaria Locale che - a norma del combinato disposto dell'art. 15, co. 4 della L.R. 36/1994 e dell'art. 1 della Legge regionale n. 27/1999 - svolge "attività di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale, a livello ambulatoriale, territoriale, domiciliare, semiresidenziale e residenziale, di strada, inerenti le tossicodipendenze, l'alcolismo e altre dipendenze patologiche".

La Legge regionale n. 27 del 6/9/1999 - "Istituzione e disciplina del dipartimento delle dipendenze patologiche nelle Aziende USL", come integrata dalla successiva L.R. n. 26/2006, disciplina l'articolazione del Dipartimento delle Dipendenze Patologiche agli artt. 2, 5, 6 e 7 come di seguito:

- L'art. 2 stabilisce che il Dipartimento si articola in Sezioni dipartimentali (SER.T.), con funzioni operative e gestionali, riferite a un ambito territoriale costituito da tre Distretti Socio-sanitari o multiplo di tre. Nel caso di ASL con numero di Distretti superiore a tre o multiplo di tre è istituita un'ulteriore Sezione dipartimentale in presenza di frazione di multiplo non inferiore a due.
- L'art. 5 prevede che ciascuna Sezione dipartimentale sia diretta da un dirigente medico di 2° livello che, "nell'ambito della programmazione del Dipartimento, organizza, coordina e controlla le attività di propria competenza, promuove e dirige, individuandone la collocazione ottimale, tutte le attività specialistiche".
- L'art. 6 prevede che il Direttore del Dipartimento, sentito i responsabili delle Sezioni dipartimentali, in relazione alle esigenze del territorio, individua le seguenti Unità operative :
 - U.O. per gli interventi preventivi, di riduzione del danno e di promozione della salute;
 - U.O. epidemiologica;
 - U.O. per gli interventi in strutture penitenziarie, per le problematiche e gli interventi HIV correlati;
 - U.O. per le problematiche alcol/droga correlate;
 - U.O. doppia diagnosi psichiatrica.
- L'art. 7 introduce il Consiglio del Dipartimento delle Dipendenze Patologiche quale organo collegiale consultivo, di cui fanno parte il Direttore del Dipartimento, i responsabili delle Sezioni dipartimentali, i referenti delle UU.OO. del Dipartimento, i responsabili degli enti ausiliari iscritti all'Albo e del Volontariato.

Successivamente la Legge regionale n. 26/2006, all'art. 6, è intervenuta a definire ulteriori norme in materia di contrasto alle dipendenze patologiche individuando, al fine di garantire la piena operatività dei SERT e dei Dipartimenti per le dipendenze patologiche, in considerazione della espansione e nuova articolazione del consumo di droghe tra i giovani e gli adolescenti nonché della cronicizzazione ed esclusione sociale di soggetti tossicodipendenti in trattamento, i seguenti principi organizzativi e di indirizzo:

- I Servizi per la prevenzione, la cura e la riabilitazione degli stati di dipendenza patologica (SERT), all'interno delle AUSL, "devono necessariamente avere una corretta collocazione territoriale nell'ambito di una organizzazione dipartimentale che svolga funzioni di programmazione, controllo e verifica delle attività e delle azioni concretamente articolate a livello distrettuale";
- L'integrazione del privato sociale accreditato, del volontariato e delle cooperative sociali, nell'ambito di una organizzazione dipartimentale, deve consentire di "organizzare offerte di servizio che tengano conto delle risorse e dei bisogni emergenti nel territorio per meglio rispondere alle esigenze di prevenzione primaria, cura e riabilitazione della popolazione in generale e, in particolare, di gruppi di popolazione specifica. Le aree di integrazione oggettiva possono investire oltre alla residenzialità, la semiresidenzialità e specifici moduli organizzativi, gruppi progetto/lavoro nonché unità di strada ed eventuali altri moduli (tabagismo, gaming e

altre dipendenze comportamentali, inserimenti lavorativi e altro) che si rendessero necessari e utili a rispondere a bisogni territoriali";

- L'integrazione e collaborazione nell'ambito del Consiglio dipartimentale con i Comuni e con gli enti istituzionali concorrenti (scuola, servizi sociali di tribunale adulti e minori, prefettura, forze dell'ordine, sindacati, associazioni industriali e imprenditoriali) per lo svolgimento dei compiti previsti di prevenzione e riabilitazione in riferimento ai piani di zona in base alla Legge 8 novembre 2000, n. 328 (Legge-quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali) e alla Legge regionale 10 luglio 2006, n. 19 (Disciplina del sistema integrato dei servizi sociali per la dignità e il benessere delle donne e degli uomini in Puglia).

La normativa di riferimento definisce pertanto, sia pure solo indirettamente attraverso l'indicazione della relativa figura apicale (dirigente medico di II livello - direttore), esclusivamente la tipologia delle Sezioni dipartimentali (SER.T.), configurate quali strutture complesse ai sensi dell'art. 5 della L.R. 27/1999.

La normativa non definisce viceversa la tipologia delle Unità operative componenti il Dipartimento delle Dipendenze Patologiche, che potranno pertanto essere definite a livello aziendale.

Stante quanto sopra, nei singoli atti aziendali i Direttori generali potranno stabilire la tipologia delle strutture organizzative del Dipartimento delle Dipendenze Patologiche (complesse, semplici, semplici dipartimentali, di staff), dandone opportuna motivazione in base alle priorità strategiche dell'Azienda ed eventualmente disponendo declassamenti, potenziamenti o accorpamenti delle strutture già esistenti qualora ciò sia funzionale al contenimento dei costi del personale dell'Azienda, nel rispetto delle disposizioni normative vigenti nonché secondo le modalità operative richiamate al precedente paragrafo 7.

7.5 – Il Dipartimento Farmaceutico

Il Dipartimento Farmaceutico è istituito con Regolamento regionale n. 10/2015, recante modifiche al Regolamento attuativo in materia di organizzazione generale delle Aziende UU.SS.LL. ex art. 14 L.R. 36/1994, quale struttura delle Aziende Sanitarie Locali deputata al governo del processo di assistenza farmaceutica territoriale ed ospedaliera nel rispetto degli indirizzi di politica del farmaco regionali.

A norma del predetto Regolamento, il Dipartimento farmaceutico delle ASL si articola in:

- a) U.O.C. Area Gestione Servizio Farmaceutico, con competenze in materia di assistenza farmaceutica territoriale;
- b) U.O.C. Farmacia Ospedaliera, con competenze in materia di assistenza farmaceutica ospedaliera, allocata presso il presidio ospedaliero di riferimento provinciale definito con l'atto aziendale.

La U.O.C. Area Gestione Servizio Farmaceutico è deputata allo svolgimento delle seguenti macro-attività:

- 1) Farmacovigilanza;
- 2) Vigilanza Ispettiva su Farmacie Pubbliche e Private;
- 3) Farmaco-epidemiologia;
- 4) Assistenza Farmaceutica Territoriale.

Ciascuna delle macro-attività di cui innanzi si declina, a sua volta, nelle attività espressamente indicate dal Regolamento regionale n. 10/2015.

La U.O.C. Farmacia Ospedaliera è deputata allo svolgimento delle attività dettagliatamente dichiarate dal Regolamento regionale n. 10/2015.

7.6 – Il Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione

Il Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione è una struttura dipartimentale funzionale delle Aziende Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliero-Universitarie che assume funzioni di coordinamento clinico-funzionale di tutte le attività di riabilitazione svolte all'interno dell'Azienda.

La Legge Regionale n. 25/2006, all'art. 14, comma 7, ha previsto che *"sono svolte a livello distrettuale le attività di riabilitazione rivolte alla disabilità fisica, psichica e neurosensoriale tramite articolazioni periferiche della struttura sovra distrettuale della riabilitazione"*.

Il "Piano di Indirizzo per la Riabilitazione", approvato in Conferenza Stato-Regioni il 10 Febbraio 2011 e recepito dalla Regione Puglia con Deliberazione di Giunta regionale n. 933 del 10 maggio 2011, ha ribadito l'importanza

dell'attuazione di un coordinamento dipartimentale, quindi sovra-distrettuale e sovra-ospedaliero, delle attività di Medicina Riabilitativa, confermando dunque quanto già previsto dalla citata L.R. n. 25/2006.

Il Regolamento regionale n. 6 del 4/3/2013 ha pertanto introdotto e disciplinato il Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione quale *"articolazione organizzativa che, secondo i principi del "Governo Clinico", garantisce il coordinamento di tutte le attività ambulatoriali e residenziali delle strutture pubbliche ospedaliere e territoriali e delle strutture accreditate"*. A tale Dipartimento è affidata infatti l'ottimizzazione della funzione riabilitativa, che passa attraverso la garanzia della continuità delle cure e la contestuale individuazione del *setting* assistenziale più appropriato nelle diverse fasi di cura, mirando al più rapido e completo reinserimento del paziente nel contesto individuale, familiare, ambientale e sociale.

Per sua stessa natura (dipartimento funzionale) il Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione, ai sensi degli artt. 3 e 4 del Regolamento in oggetto, *"negozia le risorse attraverso le Direzioni dei Distretti Socio-Sanitari, nonché le Direzioni Mediche di Presidio Ospedaliero al cui interno siano presenti le unità operative di medicina fisica e riabilitazione"* ed è connotato, fra l'altro, dalla transmuralità, dall'integrazione delle attività sanitarie e sociali di riabilitazione e dalla continuità ospedale-territorio.

Tale Regolamento n. 6/2013 disciplina, all'art. 5, l'articolazione del Dipartimento funzionale di Medicina Fisica e Riabilitazione, che si integra nella rete complessiva dell'assistenza ospedaliero-territoriale operando attraverso le seguenti strutture e servizi a valenza sovradistrettuale e/o aziendale pubblici:

- Unità operative di alta specialità (Unità Spinali Unipolari; Unità per le Gravi Cerebrolesioni acquisite e i Grandi Traumi Cranio-encefalici; Unità per le disabilità gravi in età evolutiva; Unità per la riabilitazione delle turbe neuropsicologiche acquisite);
- Unità operative di Medicina Fisica e Riabilitazione ospedaliere (DRG cod. 056 - 075 - 028);
- Unità operative di Lungodegenza ospedaliere (DRG cod. 060);
- Unità operative di Pneumologia riabilitativa territoriali ed ospedaliere;
- Unità operative di Cardiologia riabilitativa territoriali ed ospedaliere;
- Strutture di riabilitazione extraospedaliera_Centro Risvegli;
- Presidi e/o Centri di Riabilitazione extraospedaliera ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale;
- Presidi ambulatoriali di recupero e rieducazione funzionale territoriali e ospedalieri;
- Servizio delle professioni sanitarie della riabilitazione.

Il successivo art. 6 del predetto R.R. n. 6/2013 individua i livelli organizzativi del Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione, ovvero:

- il Direttore del Dipartimento, con funzione direzionale;
- il Comitato di Dipartimento, con funzioni di indirizzo, programmazione e gestione delle attività del Dipartimento;
- i Dirigenti delle Strutture (Complesse e Semplici) di Medicina Fisica e Riabilitazione, con funzione collegiale di programmazione ed organizzazione.

L'Atto aziendale deve quindi definire, nel rispetto della normativa di cui innanzi, l'organizzazione ed il funzionamento del Dipartimento aziendale di Medicina Fisica e Riabilitazione nonché le modalità di integrazione dello stesso con le altre strutture operative aziendali ed extra-aziendali, tenendo conto in particolare delle disposizioni dell'art. 10 del citato R.R. n. 6/2013, in base al quale il Dipartimento deve *"assicurare rapporti di collaborazione con le seguenti strutture aziendali, di concerto con i Distretti Socio-Sanitari e con i Presidi ospedalieri"*:

- *Aree Aziendali di supporto Tecnico e Amministrativo;*
- *Servizi di statistica ed Epidemiologia;*
- *Controllo di Gestione"*.

Inoltre, sempre in base al medesimo art. 10 del R.R. n. 6/2013, gli interventi del Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione *"vanno integrati con gli Enti Locali nel settore dell'integrazione, con le modalità e i contenuti nei Piani di Zona gestiti dai singoli Distretti Socio-Sanitari, in modo da orientare gli stessi piani alla più ampia omogeneità"* e *"vanno altresì istituiti rapporti di collaborazione con tutte le associazioni di volontariato nel campo dell'assistenza ai disabili esplicate nel territorio aziendale"*.

7.7 – I Servizi aziendali delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetriche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione ed il Servizio professionale sociale.

La Legge Regionale n. 26/2006, all'art. 34, disciplina la costituzione - all'interno delle Aziende del S.S.R. - del Servizio infermieristico-ostetrico (ospedaliero e territoriale), del Servizio delle professioni tecnico-sanitarie, del Servizio della prevenzione, del Servizio della riabilitazione e del Servizio professionale sociale, al fine di promuovere la valorizzazione e responsabilizzazione delle professioni sanitarie e l'attribuzione ad esse della diretta responsabilità e gestione delle attività assistenziali e delle funzioni connesse, incentivando la revisione dell'organizzazione del lavoro attraverso modelli di assistenza personalizzata ai sensi dell'articolo 7 della Legge n. 251/2000 e successive modificazioni.

Al riguardo, il predetto art. 34 espressamente prevede che:

"1. (...) presso ogni AUSL e ogni Azienda ospedaliera è istituito il Servizio infermieristico e ostetrico ospedaliero con competenza riferita ai Presidi ospedalieri come individuati dal PSR e, presso le AUSL, il Servizio infermieristico e ostetrico distrettuale e territoriale con competenza riferita alle attività sanitarie svolte dai Distretti sanitari.

2. Sono altresì istituiti in ogni AUSL i Servizi delle professioni tecnico-sanitarie, della prevenzione e della riabilitazione nonché il Servizio professionale sociale. Il Servizio delle professioni tecnico-sanitarie e quello della riabilitazione sono istituiti anche nelle Aziende ospedaliere.

3. I Servizi di cui ai commi 1 e 2 operano in autonomia tecnico-professionale nel rispetto dei decreti ministeriali d'individuazione delle figure e dei relativi profili professionali delle professioni sanitarie non mediche, nonché nel rispetto della legge 26 febbraio 1999, n. 42 (Disposizioni in materia di professioni sanitarie)".

Gli atti aziendali dovranno pertanto prevedere tali Servizi, indicandone la tipologia, la collocazione nell'organigramma aziendale e i rapporti con le altre strutture organizzative aziendali.

7.8 - L'ospedale.

L'ospedale (o Presidio ospedaliero) è una macrostruttura dell'Azienda Sanitaria cui, a norma dell'art. 4, co. 9 del D.Lgs. 502/1992, è attribuita autonomia economico-finanziaria con contabilità separata all'interno del bilancio dell'Azienda.

La Deliberazione di Giunta Regionale n. 427 dell'11/3/2015, recante adozione del "Regolamento per la definizione dei criteri di riordino della rete ospedaliera della Regione Puglia e dei modelli di riconversione dell'assistenza ospedaliera in applicazione dell'Intesa Stato-Regioni del 10/7/2014 – Patto per la Salute 2014-2016", ha classificato le strutture ospedaliere nei seguenti tre livelli a complessità crescente.

- a) **Presidi ospedalieri di base:** sono strutture dotate di Pronto Soccorso, con posti letto tecnici di Osservazione Breve Intensiva, e almeno delle seguenti discipline: Medicina Generale, Chirurgia Generale, Ortopedia e Traumatologia, Anestesia e servizi di supporto di guardia attiva e/o in regime di pronta disponibilità H24 di Cardiologia, Radiologia, un'articolazione della rete dei Laboratori e un'articolazione della rete dei Servizi Trasfusionali (ai sensi dei Regolamenti Regionali n. 15 del 2 luglio 2013 e n. 14 del 25 giugno 2014).
- b) **Presidi ospedalieri di I livello:** sono strutture dotate delle seguenti specialità: Medicina Generale, Chirurgia Generale, Anestesia e Rianimazione, Ortopedia e Traumatologia, Ostetricia e Ginecologia (se prevista, in funzione della soglia per volumi di parto superiori a n. 500/anno), Pediatria, Cardiologia con UTIC, Neurologia, Psichiatria, Oncologia, Oculistica, Otorinolaringoiatria, Urologia, con servizio medico di guardia attiva e/o reperibilità in rete per le patologie che lo prevedono. Devono essere presenti i Servizi di radiologia almeno con TAC ed Ecografia, un'articolazione della rete dei Laboratori e un'articolazione della rete dei Servizi Trasfusionali in base alla complessità dell'attività svolta ai sensi dei Regolamenti regionali n. 15 del 2 luglio 2013 e n. 14 del 25/06/2014. Per le patologie complesse e tempo-dipendenti devono essere attivati protocolli di consultazione e trasferimento presso i presidi ospedalieri di II livello. Sono dotati di posti letto tecnici per l'osservazione breve intensiva e la terapia sub-intensiva multidisciplinare.
- c) **Presidi ospedalieri di II livello:** tali presidi sono strutture dotate di tutte le specialità previste per l'Ospedale di I livello, nonché, a titolo indicativo e nel rispetto del criterio prevalente del fabbisogno territoriale in funzione dei bacini di utenza: Cardiologia con emodinamica interventistica H24, Neurochirurgia, Cardiochirurgia, Chirurgia Vascolare, Chirurgia Toracica, Chirurgia Maxillo-facciale, Chirurgia plastica, Endoscopia digestiva ad alta complessità, Broncoscopia interventistica, Radiologia interventistica, Rianimazione pediatrica e neonatale, Medicina nucleare e altre eventuali discipline di alta specialità; devono essere presenti H24 i servizi di radiologia con almeno TAC ed Ecografia (con presenza medica), Laboratorio, Servizio Immunotrasfusionale ai sensi del Regolamento regionale n. 15/2013.

La modulazione delle unità operative complesse sanitarie ed amministrative ospedaliere delle Aziende Sanitarie, oltre, ai sensi del Regolamento regionale n. 20/2012, deve prevedere:

- a) L'istituzione di una struttura complessa di Direzione Medica di Presidio per ogni ospedale;
- b) L'istituzione di una unità operativa complessa amministrativa negli ospedali dotati di almeno 600 p.l. ovvero per l'espletamento delle funzioni proprie in riferimento a più ospedali la cui aggregazione comporti il raggiungimento di almeno 600 p.l.

La D.G.R. n. 427/2015 innanzi citata ha peraltro definito alcuni specifici aspetti organizzativi delle strutture ospedaliere, come di seguito riportato:

"10. Negli stabilimenti che risultano aggregati funzionalmente in un'unica struttura di ricovero, è prevista una unica direzione medica ed un'unica direzione amministrativa di presidio, nonché l'accorpamento di tutte le unità operative e servizi (...).

11. All'interno delle U.O. complesse di Medicina Interna e Chirurgia Generale possono essere destinati posti letto ad attività specialistiche compatibili con le discipline di base, la cui responsabilità deve essere affidato a personale medico in possesso dei requisiti specifici, incardinato nell'organico (...).

12. Le Unità Operative di Lungodegenza sono articolazioni funzionali delle Unità Operative di Medicina Interna.

(...) 14. In relazione alla rete dei laboratori di analisi pubblici, si prevede la costituzione di una Unità Operativa complessa di Patologia Clinica per ciascuna Azienda ed Istituto, preferenzialmente collocata nell'ambito degli ospedali di II livello, che rappresenta l'Hub del territorio di pertinenza; nei restanti ospedali, i laboratori sono qualificati come spoke della rete (...) Nell'ambito dei PTA è istituito un centro prelievi, raccordato funzionalmente con i laboratori spoke e Hub del territorio di riferimento (...)

15. In relazione alla rete dei servizi di Anatomia patologica, si prevede la costituzione di una Unità Operativa complessa per ciascuna Azienda ed Istituto, preferenzialmente collocata nell'ambito degli ospedali di II livello, che rappresenta l'Hub del territorio di pertinenza; nei restanti ospedali, i servizi sono qualificati come spoke della rete".

Il sistema ospedaliero aziendale per alcune discipline può essere efficacemente organizzato (ed integrato, nel caso delle ASL, con il sistema territoriale) secondo un modello di tipo "Hub and Spoke", che prevede com'è noto la presenza di centri principali (*Hub*) e di centri periferici (*Spoke*), concentrando l'assistenza di maggiore complessità nei "centri di riferimento/eccellenza" ed organizzando l'invio a questi "*Hub*" da parte dei centri periferici dei pazienti che superano la soglia dei complessità degli interventi effettuabili a livello periferico.

Si rinvia, a tale proposito, alle previsioni del Piano Regionale di Salute approvato con L.R. n. 23/2008 e della citata D.G.R. n. 427/2015.

Stante quanto sopra, gli atti aziendali dovranno pertanto definire la tipologia delle strutture organizzative ospedaliere (complesse, semplici, semplici dipartimentali, di staff), dandone opportuna motivazione in base alle priorità strategiche dell'Azienda ed eventualmente disponendo declassamenti, potenziamenti o accorpamenti delle strutture già esistenti qualora ciò sia funzionale al contenimento dei costi del personale, nel rispetto delle disposizioni normative vigenti, della rete ospedaliera regionale e dell'eventuale organizzazione secondo modelli "Hub and Spoke" nonché secondo le modalità operative richiamate al precedente paragrafo 7.

L'Atto aziendale dovrà altresì evidenziare le modalità di integrazione tra le strutture ospedaliere e le altre strutture operative dell'Azienda (Distretti Socio-Sanitari, Dipartimento di Prevenzione, Dipartimento di Salute Mentale, Dipartimento di Riabilitazione, ecc.).