

Avvertenze: il testo vigente qui pubblicato è stato redatto dall'ufficio legislativo del Presidente della Giunta regionale al solo fine di facilitare la lettura delle disposizioni della legge, integrata con le modifiche apportate dalle leggi regionali 21 aprile 1997, n. 13, 5 agosto 1999, n. 5, 13 agosto 1998, n. 12, 6 dicembre 2000, n. 18, 2 marzo 2006, n. 3, 28 novembre 2008, n. 16, 15 marzo 2011, n. 4, 5 maggio 2011, n. 7, 27 gennaio 2012, n. 1, 10 maggio 2012, n. 11, 6 luglio 2012, n. 18, 21 luglio 2012, n. 23, 6 maggio 2013, n. 5, 7 agosto 2014, n. 16, 23 dicembre 2015, n. 20, 5 aprile 2016, n. 6 e 8 giugno 2016, n. 15.

Restano invariati il valore e l'efficacia degli atti legislativi qui riportati.

Le modifiche apportate sono stampate con caratteri corsivi.

Testo vigente della Legge Regionale 3 novembre 1994, n. 32.

“Decreto legislativo 30.12.1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni, riordino del Servizio sanitario regionale”.

IL CONSIGLIO REGIONALE
ha approvato

SONO DECORSI I TERMINI
per il visto

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE
PROMULGA

la seguente legge:

TITOLO I LINEE GUIDA ED OBIETTIVI

Art. 1 Finalità.

1. La presente legge, in adesione alle disposizioni di cui al decreto legislativo 30.12.1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni, disciplina il riordino del servizio sanitario regionale finalizzato alla tutela e alla promozione della salute psico-fisica, alla semplificazione delle modalità di accesso dei cittadini alle prestazioni sanitarie, all'integrazione operativa dei servizi sanitari con quelli socio - assistenziali, all'introduzione di modalità di gestione dei servizi sanitari capaci di assicurare un utilizzo efficiente delle risorse. Essa, pertanto:

- a. delinea il profilo del servizio sanitario regionale nei diversi livelli istituzionali impegnati nella realizzazione delle rispettive finalità;
- b. disciplina l'ordinamento e l'attivazione delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e dei Distretti sanitari;
- c. prevede le modalità di integrazione tra le attività sanitarie e quelle socio-assistenziali;
- d. stabilisce norme transitorie per la prima applicazione delle disposizioni della presente legge.

Art. 2

Il Servizio sanitario regionale.

1. Il servizio sanitario regionale è l'insieme organizzato e coordinato delle funzioni, delle risorse, delle strutture e delle attività che concorrono a rispondere ai bisogni sanitari ed assistenziali espressi dai cittadini sul territorio regionale, promuovendo lo stato di benessere del singolo e della collettività, operando in maniera integrata ed uniforme anche con altri Enti ed Istituzioni.

TITOLO II I SOGGETTI ISTITUZIONALI E LE AZIENDE

Art. 3

I soggetti istituzionali.

1. I soggetti istituzionali cui è affidata la realizzazione delle finalità e degli obiettivi, secondo le competenze e con le modalità previste dalla presente legge sono:

- a. La Regione, alla quale sono riservati tutti i poteri legislativi ed amministrativi previsti dalla Costituzione, dallo statuto della Regione e dalla legislazione statale e regionale; essa assicura i livelli di assistenza fissati dal piano sanitario regionale tramite le aziende sanitarie locali e le aziende ospedaliere di cui alla presente legge;
 - b. i comuni, che nell'ambito territoriale di ciascuna Azienda sanitaria locale, esercitano le attribuzioni di cui alla presente legge tramite il sindaco o la conferenza dei sindaci;
 - c. le province, che sono sentite in occasione della definizione degli ambiti territoriali delle aziende sanitarie locali;
 - d. le aziende del servizio sanitario regionale, che gestiscono i servizi sanitari e, su delega dei singoli enti locali, quelli socio - assistenziali;
2. Concorrono alle finalità del servizio sanitario regionale:
- a. gli organismi sanitari pubblici e privati che esercitano attività sul territorio regionale;
 - b. gli enti assistenziali pubblici, le associazioni di volontariato e le altre organizzazioni assistenziali non a scopo di lucro, che erogano le prestazioni individuate nell'ambito dei piani regionali, tramite apposite convenzioni;
 - c. le associazioni di autotutela dei cittadini con le modalità e le garanzie previste dalla normativa vigente;
 - d. le università, ferma restando la loro autonomia, per la parte di loro competenza, secondo le modalità previste dal D. Lgs 30.12.1992, n. 502, e successive modifiche e integrazioni;
 - e. gli enti di ricerca, i cui organi svolgano attività finalizzata ai medesimi obiettivi del Servizio sanitario regionale.

Art. 4

Le aziende del Servizio sanitario regionale.

1. Le aziende del Servizio sanitario regionale sono le aziende sanitarie locali e le aziende ospedaliere.
2. Le aziende sanitarie locali e le aziende ospedaliere:
 - a. hanno personalità giuridica pubblica;
 - b. sono dotate di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica;
 - c. svolgono le loro funzioni in osservanza della legislazione statale e regionale, nonché, secondo il proprio statuto ed i regolamenti interni che ne disciplinano l'attività.
3. Le aziende sanitarie locali esercitano le funzioni previste dall'art. 5 e seguenti della presente legge.
4. Le funzioni ospedaliere, non confluite nelle aziende sanitarie locali sono esercitate dalle aziende ospedaliere, così come disciplinate dall'art. 14 e seguenti della presente legge.

Art. 5

L'Azienda sanitaria locale.

1. La Regione definisce gli ambiti territoriali delle Aziende sanitarie locali in ragione delle caratteristiche geo-morfologiche del territorio e prevedendo comunque un'azienda per provincia.

Sono, pertanto, previste le seguenti Aziende sanitarie locali:

- 1) Azienda sanitaria locale Avellino;*
- 2) Azienda sanitaria locale Benevento;*
- 3) Azienda sanitari a locale Caserta;*
- 4) Azienda sanitaria locale Napoli 1;*
- 5) Azienda sanitaria locale Napoli 2;*
- 6) Azienda sanitaria locale Napoli 3;*
- 7) Azienda sanitaria locale Salerno. (1)*

2. Entro novanta giorni dalla entrata in vigore della presente legge, la Giunta regionale, acquisito nel merito il parere obbligatorio della commissione consiliare regionale competente, definisce le procedure per l'attuazione del processo di razionalizzazione delle Aziende sanitarie locali che deve completarsi entro il 30 giugno 2009. La sede legale dell'Azienda sanitaria locale è definita dalla Giunta regionale sulla base del criterio del baricentro della popolazione e sulla base della preesistenza di adeguate strutture sanitarie affinché non vi siano costi aggiuntivi. (2)

3. L'Azienda sanitaria locale provvede alla gestione dei servizi sanitari e di quelli socio - assistenziali secondo quanto previsto dalla presente legge.

(1) Comma così sostituito dall'articolo 2, comma 1, lettera a) della legge regionale 28 novembre 2008, n. 16.

(2) Comma così sostituito dall'articolo 2, comma 1, lettera b) della legge regionale 28 novembre 2008, n. 16.

Art. 5 bis

Razionalizzazione della gestione contabile delle ASL e AO

1. I direttori generali delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere attuano le disposizioni di cui all'articolo 1, comma 5, del decreto-legge 18 gennaio 1993, n. 9 (Disposizioni urgenti in materia sanitaria e socio-assistenziale), convertito con modificazioni dalla legge 18 marzo 1993, n. 67, e, a tal fine, adottano:

a) sistemi informativi idonei a conseguire l'ordine cronologico delle fatture così come pervenute per il pagamento o, se non è prescritta fattura, delle deliberazioni di impegno;

b) la deliberazione, da adottare per ogni trimestre, che quantifichi preventivamente gli importi delle somme corrispondenti agli stipendi e alle competenze comunque spettanti al personale dipendente o convenzionato, nonché gli importi delle somme nella misura dei fondi a destinazione vincolata essenziali ai fini dell'erogazione dei servizi sanitari definiti con decreto del ministro della sanità del 15 ottobre 1993, pubblicato in gazzetta ufficiale 20 ottobre 1993, n. 247.

2. Dalla adozione della deliberazione di cui al comma 1, lettera b), non sono emessi mandati a titoli diversi da quelli vincolati, se non seguendo l'ordine cronologico delle fatture così come pervenute per il pagamento o, se non è prescritta fattura, dalla data della deliberazione di impegno.

3. In caso di mancata attuazione dei commi 1 e 2, verificata ai sensi dei commi 5 e 6, si applica la disposizione prevista dall'articolo 18, comma 7, lett. c), della legge regionale 32/1994.

4. In caso di mancata attuazione dei commi 1 e 2, verificata ai sensi dei commi 5 e 6, si applicano le disposizioni dell'ultimo periodo dell'articolo 21, comma 1, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 (Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche).

5. Non oltre i dieci giorni precedenti l'inizio di ciascun trimestre di riferimento i direttori generali delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere trasmettono alla Giunta regionale, ai fini della verifica della attuazione dei commi 1 e 2, la deliberazione trimestrale di cui al comma 1, lettera b), nonché la certificazione dell'avvenuto rispetto, nel trimestre precedente, delle prescrizioni di cui al comma 2.

6. Ai fini della applicazione dei commi da 1 a 5 ciascun trimestre decorre, rispettivamente, dal giorno 1 dei mesi di gennaio, aprile, luglio, ottobre.

(1) Comma aggiunto dall'articolo 1, comma 232 della legge regionale 15 marzo 2011, n. 4.

Art. 6

I livelli di assistenza.

1. L'Azienda sanitaria locale assicura i livelli uniformi di assistenza sanitaria di cui al comma 4 dell'art. 1 del D.Lgs. 30.12.1992, n. 502, e successive modifiche ed integrazioni, indicati nel piano sanitario nazionale e nel piano sanitario regionale.

Per il triennio 1994/96 i livelli uniformi di assistenza sanitaria sono individuati in:

- a. assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro;
- b. assistenza sanitaria di base;
- c. assistenza specialistica semiresidenziale e territoriale;
- d. assistenza sanitaria residenziale a non autosufficienti e lungo degenti stabilizzati;
- e. assistenza ospedaliera.

2. Il piano sanitario regionale definisce le modalità di integrazione tra gli obiettivi dei livelli uniformi di assistenza sanitaria e quelli definiti dalle leggi regionali in materia, per quanto compatibili con la presente legge, tenendo conto anche delle diverse densità abitative e delle caratteristiche geomorfologiche del territorio delle aziende sanitarie locali.

3. Obiettivo del livello di assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro è quello di promuovere la salute della popolazione mediante la profilassi delle malattie infettive e diffuse; il controllo dei fattori di rischio per la salute psico-fisica presenti nel territorio; il controllo dei fattori di rischio collettivi ed individuali presenti negli ambienti di vita e di lavoro; la profilassi veterinaria necessaria per la tutela del patrimonio zootecnico delle malattie infettive e diffuse e per la tutela della popolazione umana dalle antropozoonosi; il controllo degli alimenti e delle bevande sia di origine animale che vegetale, nei momenti di produzione, lavorazione, deposito, trasporto e distribuzione degli stessi.

4. Il livello è realizzato attraverso il complesso delle attività e prestazioni di prevenzione collettiva di seguito elencate:

- a. tutela della collettività dai rischi connessi alle malattie infettive e cronico degenerative:
 1. sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive e diffuse;
 2. prevenzione e controllo delle malattie infettive e diffuse;
 3. vaccinazioni obbligatorie e raccomandate;
 4. profilassi internazionale;
 5. sorveglianza attiva e controllo di eventi epidemici, anche in collegamento con le strutture della protezione civile;
 6. gestione del registro nominativo delle cause di morte e sorveglianza sui principali fattori di rischio delle malattie croniche e degenerative;
 7. epidemiologia e prevenzione delle malattie croniche e degenerative;
 8. educazione sanitaria collettiva;
 9. pubblicazione e diffusione di informazioni epidemiologiche;
- b. tutela della collettività e dei singoli dai rischi sanitari connessi agli ambienti di vita e di lavoro:
 1. attività di accertamento, vigilanza e controllo dei fattori di rischio negli ambienti di vita;
 2. attività di accertamento, vigilanza e controllo dei fattori di rischio negli ambienti di lavoro;
 3. controllo sulla qualità delle acque destinate al consumo umano:
 4. controllo sulle acque di balneazione;
 5. controllo sul commercio, la vendita e l'impiego dei fitofarmaci e dei presidi sanitari;
 6. controllo sulle attività agricole, forestali e della pesca;
 7. controllo della salute dei lavoratori;
 8. promozione della salute dei minori in ambiente scolastico;
 9. certificazioni sanitarie, ai fini preventivi e di tutela della salute pubblica;
 10. espletamento dei compiti di polizia mortuaria;
- c. sanità pubblica veterinaria:
 1. controllo dell'igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche;
 2. sorveglianza epidemiologica e profilassi ai fini della eradicazione delle malattie infettive, ed in particolare di quelle esotiche;
 3. vigilanza e lotta al randagismo per il controllo della popolazione canina;
 4. vigilanza sulla utilizzazione degli animali da esperimento;
 5. vigilanza e controllo sulla preparazione, commercializzazione ed impiego dei mangimi e degli integratori per mangimi;
- d. tutela igienico - sanitaria degli alimenti:
 1. controllo igienico - sanitario nei settori della produzione, trasformazione, conservazione, commercializzazione, trasporto, deposito, distribuzione e somministrazione degli alimenti e delle bevande, con verifica dell'adeguamento delle strutture di macellazione alle normative comunitarie;
 2. ricerca di residui di farmaci o sostanze farmacologicamente attive e di contaminanti ambientali negli alimenti;
 3. controllo sulla produzione e sul commercio dei prodotti dietetici e degli alimenti della prima infanzia;
 4. campionamento ed esecuzione dei controlli analitici secondo tipologia degli alimenti e delle bevande.

5. Obiettivo dell'assistenza sanitaria di base è quello di promuovere la salute fisica e psichica, mediante attività di educazione sanitaria e medicina preventiva, individuale, diagnosi, cura e riabilitazione di primo livello di pronto intervento.

6. L'assistenza sanitaria di base si articola nei livelli analitici di seguito elencati:

a. il livello di medicina generale, costituito dal complesso delle seguenti attività e prestazioni:

1. visita medica generica e pediatrica, ambulatoriale e domiciliare, anche con carattere di urgenza, con rilascio, quando richiesto, di certificazioni mediche obbligatorie ai sensi della vigente legislazione;
2. eventuali prescrizioni di farmaci, di prestazioni di assistenza integrativa, di diagnostica strumentale e di laboratorio e di altre prestazioni specialistiche in regime ambulatoriale, proposta di invio a cure termali;

3. richiesta di visite specialistiche, anche per eventuale consulto, al fini del rispetto della continuità terapeutica;
4. proposta di ricovero in strutture di degenza, anche a ciclo diurno;
5. partecipazione alla definizione e gestione del piano di trattamento individuale domiciliare in pazienti non deambulanti ed anziani;
6. sostegno psico-fisico alla popolazione;

b. il livello di assistenza farmaceutica, costituito dall'erogazione dei farmaci, nel rispetto della normativa nazionale e regionale vigente;

c. il livello di assistenza territoriale domiciliare, costituito dal trattamento individuale domiciliare a pazienti non deambulanti ed anziani.

7. Obiettivo dell'assistenza specialistica semiresidenziale e territoriale è quello di accertare e trattare in sede ambulatoriale, domiciliare e semiresidenziale le condizioni morbose e le inabilità mediante interventi specialistici di tipo diagnostico, terapeutico e riabilitativo in favore dei cittadini, ivi compresi quelli rivolti alla tutela della salute materno - infantile, nonché, alla prevenzione, diagnosi e terapia del disagio psichico e degli stati di tossicodipendenza. Al perseguimento dell'obiettivo sono finalizzati gli specifici interventi di cui al comma successivo integrati dalle attività e dalle prestazioni di tipo socio - sanitario di competenza del servizio sanitario nazionale, utili ed efficaci nella promozione della salute e nei programmi di riduzione del danno rivolti a singoli o a gruppi di popolazione a rischio.

8. L'assistenza specialistica semiresidenziale e territoriale si articola nei livelli di seguito elencati:

a. livello di assistenza specialistica, realizzato attraverso il complesso delle seguenti attività e prestazioni:

1. visite, prestazioni specialistiche e di diagnostica strumentale e di laboratorio, nonché, le altre prestazioni previste dal nomenclatore delle prestazioni specialistiche;
2. attività di consultorio materno - infantile;

b. livello di assistenza ai tossicodipendenti costituito da visite, prestazioni specialistiche diagnostico - terapeutiche e riabilitative erogate mediante i Servizi tossicodipendenze e in regime semiresidenziale;

c. livello di assistenza psichiatrica territoriale costituito dal complesso degli interventi specialistici multidisciplinari in particolare di natura psichiatrica e psicologica erogati mediante i servizi territoriali psichiatrici;

d. livello di assistenza riabilitativa territoriale costituito dal complesso delle attività di seguito elencate:

1. prestazioni di cui all'art. 26, comma 1, della legge 23.12.78, n. 833, in regime ambulatoriale e semiresidenziale anche a favore degli anziani;
2. assistenza protesica attraverso la fornitura delle protesi e degli ausili tecnici inclusi nel nomenclatore delle protesi con i limiti e con le modalità previste dalla normativa vigente;
3. prestazioni idrotermali, limitatamente al solo aspetto terapeutico, con i limiti e le modalità previste dalla normativa vigente;

e. assistenza integrativa realizzata mediante l'erogazione dei prodotti dietetici e dei presidi sanitari, con i limiti e le modalità previsti dalla normativa vigente;

f. livello di assistenza psicologica integrata, costituito dal complesso degli interventi specialistici psicologici individuali e di gruppo, erogati mediante i dipartimenti e le Unità operative di psicologia clinica.

9. Obiettivo dell'assistenza sanitaria residenziale a non autosufficienti e lungo degenti stabilizzati è quello di promuovere, mediante trattamenti sanitari in regime residenziale, il recupero di autonomia dei soggetti non autosufficienti, il recupero ed il reinserimento sociale dei soggetti dipendenti da sostanze stupefacenti o psicotrope, degli anziani, nonché, la prevenzione dell'aggravamento del danno funzionale per le patologie croniche.

10. L'assistenza sanitaria residenziale a non autosufficienti e lungo degenti stabilizzati si articola nei livelli analitici di seguito elencati:

a. livello di assistenza psichiatrica residua realizzato attraverso visite mediche, assistenza infermieristica ed ogni atto e procedura diagnostica, terapeutica e riabilitativa in favore di pazienti psichiatrici attualmente ancora degenti negli ex ospedali psichiatrici;

b. livello di assistenza residenziale agli anziani realizzato attraverso assistenza sanitaria di base ad anziani degenti in strutture residenziali;

- c. livello di assistenza residenziale ai tossicodipendenti realizzato attraverso assistenza sanitaria riabilitativa a tossicodipendenti in comunità terapeutiche;
- d. livello di assistenza residenziale ai disabili psichici erogato attraverso assistenza sanitaria di base a disabili in regime residenziale;
- e. livello di assistenza residenziale ai disabili fisici erogato attraverso assistenza sanitaria di base a disabili fisici in regime residenziale;
- f. livello di assistenza riabilitativa residenziale ex art. 26 della legge 23.12.78, n. 833, erogato attraverso assistenza riabilitativa ai disabili fisici, psichici e sensoriali in regime residenziale presso appositi centri di riabilitazione.

11. Obiettivo dell'assistenza ospedaliera è quello di garantire a tutti i soggetti assistiti dal servizio sanitario nazionale l'accesso ai ricoveri ospedalieri necessari per trattare: condizioni patologiche indifferibili che necessitino di interventi diagnostico - terapeutici in emergenza o di urgenza, patologie acute non gestibili in ambito ambulatoriale e/o domiciliare, nonché, condizioni patologiche di lunga durata che richiedano un trattamento diagnostico - terapeutico non erogabile in forma extra ospedaliera.

12. Il livello uniforme di assistenza ospedaliera è realizzato attraverso l'insieme di prestazioni ed attività di seguito elencati:

- a. visite mediche, assistenza infermieristica ed ogni atto e procedura diagnostica, terapeutica e riabilitativa necessari per risolvere i problemi di salute del paziente degente e compatibili con il livello di dotazione tecnologica delle singole strutture;
- b. interventi di soccorso nei confronti di malati o infortunati in situazioni di urgenza od emergenza medica ed eventuale trasporto in ospedale, anche coordinato da centrale operativa collegata al sistema del numero telefonico unico 118, compresi gli interventi di assistenza psicologica rivolti all'umanizzazione dell'organizzazione, alle problematiche psicologiche dei pazienti, con particolare riguardo ai soggetti in età evolutiva, ai cronici e, ai pazienti terminali.

13. L'assistenza ospedaliera è erogata secondo le seguenti modalità di accesso:

- a. in forma di ricovero di urgenza ed emergenza;
- b. in forma di ricovero ordinario programmato anche a ciclo diurno - day hospital - e in altre forme previste da norme e da regolamenti vigenti;
- c. in forma di ospedalizzazione domiciliare;
- d. in trattamento sanitario obbligatorio, attuato nei casi e con le modalità espressamente previste dalle leggi dello stato.

14. La Giunta Regionale, avvalendosi dei propri settori e servizi anche in collaborazione con le Aziende Sanitarie Locali, le Aziende Ospedaliere, le Università ed altri enti riconosciuti per legge e presenti nel territorio regionale, definisce linee di indirizzo tecnico per una uniforme ed omogenea attuazione di quanto previsto dai livelli di assistenza di cui al presente articolo, in riferimento anche alla legge regionale 11.1.94, n. 2, istitutiva del Sistema Integrato Regionale Emergenza Sanitaria - SIRES -. *La Giunta regionale adotta, sentite le associazioni maggiormente rappresentative, senza oneri aggiuntivi, il Piano Trauma Campania. (1)*

14 bis. Allo scopo di garantire interventi tempestivi ed efficaci a persone colpite da arresto cardiaco, le aziende sono obbligate a dotarsi almeno di un defibrillatore semiautomatico esterno nei luoghi di grande affluenza, così come definito dall'allegato A del decreto del Ministro della salute del 18 marzo 2011 (Determinazione dei criteri e delle modalità di diffusione dei defibrillatori automatici esterni di cui all'articolo 2, comma 46, della legge n. 191/2009). La mancata osservanza di tale disposizione è sanzionata con la chiusura di almeno 15 giorni dell'attività esercitata. (2)

(1) Periodo aggiunto dall'articolo 1, comma 1, lettera a) della legge regionale 21 luglio 2012, n. 23.

(2) Comma aggiunto dall'articolo 1, comma 1, lettera b) della legge regionale 21 luglio 2012, n. 23.

Art. 7

Attività e servizi socio - assistenziali.

1. La Regione promuove l'integrazione delle attività socio - assistenziali di competenza degli Enti locali con le attività delle aziende sanitarie locali, anche nell'ambito più generali accordi di programma, ferme restando le competenze delle attività di rilievo sanitario di cui ai progetti obiettivo nazionali.

2. L'Azienda sanitaria locale può assumere la gestione di attività e/o servizi socio - assistenziali su delega degli enti locali mediante appositi atti di intesa.

3. Oggetto dell'intesa è la specificazione delle singole attività e/o servizi che l'ente locale intende affidare all'azienda, delle modalità delle prestazioni e di ogni altra condizione.

4. Gli oneri della gestione sono a totale carico degli enti locali compresi quelli relativi al personale e richiedono specifica contabilizzazione.

5. Gli enti locali prevedono specifici stanziamenti di bilancio per le somme da trasferire all'Azienda sanitaria locale che può procedere all'erogazione delle prestazioni solo dopo l'effettiva acquisizione delle disponibilità finanziarie.

Art. 8

Strutture di erogazione dell'assistenza sanitaria.

1. L'Azienda sanitaria locale assicura l'erogazione delle prestazioni e le attività di cui all'articolo 6 della presente legge attraverso:

- a. i distretti sanitari;
- b. i presidi ospedalieri;
- c. il dipartimento di prevenzione.

2. Il regolamento dell'Azienda sanitaria locale può prevedere ulteriori configurazioni tecnico - strutturali dei centri deputati all'erogazione dell'assistenza sanitaria, con prioritario riferimento ai progetti - obiettivo ed alle azioni programmate previsti nel piano sanitario nazionale e regionale.

Art. 9

Attività di supporto alla organizzazione assistenziale delle aziende sanitarie locali.

1. L'Azienda sanitaria locale assicura l'erogazione delle prestazioni e delle attività contemplate dai livelli di assistenza anche attraverso l'organizzazione di servizi generali e di management.

2. I regolamenti interni, da formularsi entro 60 giorni dall'approvazione della pianta organica di cui all'art. 37 della presente legge, devono prevedere, nell'ambito dei servizi generali, articolazioni funzionali per gli affari generali, per gli affari legali, per la gestione del personale, per la raccolta ed elaborazione dati di ogni livello assistenziale, per la gestione economico - finanziaria, per il provveditorato ed economato nonché, per le attività tecniche e manutentive.

3. L'Azienda sanitaria locale è tenuta, altresì, a prevedere, nell'ambito della propria organizzazione, ai sensi dell'art. 12 del D. Lgs. 3.2.93, n. 29 e successive modifiche ed integrazioni, un ufficio per le relazioni con il pubblico con adeguate articolazioni periferiche, con la relativa raccolta ed elaborazione dati, di cui al precedente comma 2, come supporto indispensabile per l'attività di valutazione del grado di soddisfazione dell'utenza, di controllo di qualità dell'assistenza erogata.

4. All'ufficio di cui al precedente comma 3 sono affidati i compiti di cui all'art. 14, comma 4, comma 7 e comma 8 del D. Lgs. 30.12.1992, n. 502, e successive modifiche ed integrazioni.

5. Per la verifica della corretta ed economica gestione delle risorse, l'Azienda sanitaria locale istituisce un ufficio di controllo interno ai sensi dell'art. 20 del D.Lgs. 3.2.93, n. 29, e successive modifiche ed integrazioni.

6. Il controllo della qualità dell'assistenza attraverso l'adozione, in via ordinaria, del metodo della verifica e revisione della qualità e quantità delle prestazioni delle aziende è disciplinato dal successivo art. 34 della presente legge.

Art. 10

I distretti sanitari.

1. Le aziende sanitarie locali sono articolate in distretti sanitari.

2. Il distretto sanitario, quale area sistema di integrazione operativa, struttura decentrata ed articolazione territoriale e funzionale dell'Azienda sanitaria locale, è dotato di autonomia organizzativa ed assicura le prestazioni sanitarie di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione organizzando l'accesso dei cittadini verso presidi accreditati a gestione diretta o con i quali intrattiene apposite convenzioni, fermo restando la facoltà di libera scelta da parte dell'assistito delle suddette strutture o dei professionisti eroganti.

3. Il distretto sanitario è finalizzato a realizzare l'integrazione tra i diversi servizi che erogano le prestazioni sanitarie in modo da consentire una risposta coordinata e continuativa ai bisogni sanitari della popolazione.

4. Il distretto sanitario svolge, altresì, le attività socio - assistenziali gestite dall'Azienda sanitaria locale per - conto degli Enti locali nell'ambito territoriale di sua pertinenza, ai sensi dell'art. 7 della presente legge, assicurandone l'integrazione con le attività di assistenza sanitaria.

5. Il regolamento interno dell'Azienda sanitaria locale definisce l'organizzazione e l'articolazione del distretto sanitario, in adesione alle direttive di cui all'allegato D della presente legge, che ne forma parte integrante.

6. Ad ogni distretto sanitario è preposto un dirigente medico, denominato direttore responsabile di distretto come responsabile delle funzioni sanitario - organizzative coadiuvato da un dirigente amministrativo per l'esercizio delle funzioni di coordinamento amministrativo).

7. *L'incarico di dirigente di distretto è conferito dal direttore generale secondo le medesime procedure previste dall'articolo 15, comma 7bis, del decreto legislativo 502/1992, e dall'articolo 36 bis, per il conferimento di incarichi di struttura complessa.* (1)

8. L'incarico del dirigente medico del distretto è disciplinato dal comma 3 dell'art. 15 del D. Lgs. 30.12.92, n. 502, e successive modifiche ed integrazioni.

9. Fino all'espletamento degli esami previsti dal primo bando nazionale di cui all'art. 17, comma 6 del D. Lgs. 30.12.92, n. 502, e successive modifiche ed integrazioni, è valida, al fine del conferimento dell'incarico, l'idoneità nazionale conseguita nella disciplina "Organizzazione dei servizi sanitari di base" o in discipline equipollenti.

10. Sono fatte salve, comunque, le posizioni del personale di cui ai commi 4 e 5 dell'art. 15 del D. Lgs. 30.12.92, n. 502, e successive modifiche ed integrazioni.

11. Al dirigente medico, responsabile del distretto sanitario è assegnato un budget, determinato dal direttore generale, nel quale sono contabilizzate tutte le prestazioni richieste o comunque erogate a favore dei residenti nell'ambito territoriale di competenza.

12. Nel distretto sanitario viene promossa l'effettiva attuazione del diritto di accesso del cittadino al complesso dei servizi dell'azienda anche tramite le dovute forme di partecipazione ed è attivato un efficace sistema di informazione sulle prestazioni erogabili dal servizio sanitario nazionale e dal servizio sanitario regionale, sulle relative tariffe e sulle eventuali quote di partecipazione alla spesa.

[13. L'ambito territoriale provvisorio di ciascun distretto è definito nell'allegato C della presente legge, che ne forma parte integrante.] (2)

14. Entro sessanta giorni dalla nomina del direttore generale su proposta dello stesso, sentiti il sindaco o il comitato di rappresentanza della conferenza dei sindaci di cui all'art. 20 della presente legge, con decreto del Presidente della Giunta regionale, su conforme deliberazione della Giunta, sono individuati in via definitiva i distretti sanitari.

15. Le modifiche degli ambiti distrettuali di cui al precedente comma 13 devono uniformarsi ai criteri di cui al successivo comma.

16. *Ciascun distretto deve, di norma, coincidere con ogni ambito avente una popolazione non inferiore a 50.000 abitanti e non superiore a 120.000 abitanti. Nella definizione degli ambiti distrettuali va tenuto conto delle aree montuose, delle isole e dei territori a bassa densità abitativa. L'attuale articolazione distrettuale resta in vigore fino alla definizione del processo di razionalizzazione di cui all'articolo 5, comma 2, della legge regionale n. 32/94, come modificato dalla presente legge, in ogni caso, fino alla definizione del procedimento di cui all'articolo 10, comma 14, della legge regionale n. 32/94.* (3)

17. Eventuali deroghe ai criteri di cui al precedente comma possono essere consentite in considerazione:

- a. della contiguità spaziale dei comuni afferenti lo stesso distretto, evitando l'interposizione di distretti diversi.
- b. della necessità di contenere i confini territoriali di ciascun distretto entro i pertinenti ambiti provinciali, evitando di avere comuni all'interno di uno stesso distretto ma afferenti a capoluoghi di provincia diversa;
- c. della necessità di contenere i confini territoriali di ciascun distretto entro gli ambiti territoriali delle aziende sanitarie locali;
- d. della presenza di relazioni cinematiche favorevoli tra i comuni che compongono lo stesso distretto.

[18. In fase di prima applicazione gli ambiti territoriali dei distretti dell'Azienda sanitaria locale Napoli 1 coincidono con quelli delle preesistenti UU.SS.LL. cittadine, con l'attribuzione dei comuni di Capri ed Anacapri, già ricompresi nell'ambito territoriale della U.S.L. n. 37 di Napoli, ad uno dei distretti dell'Azienda sanitaria locale Napoli 5.] (4)

(1) Comma così sostituito dall'articolo 22, comma 1, lettera a) della legge regionale 5 aprile 2016, n. 6.

(2) Comma abrogato dall'articolo 3, comma 1, lettera a) della legge regionale 28 novembre 2008, n. 16.

(3) Comma così sostituito dall'articolo 3, comma 1, lettera b) della legge regionale 28 novembre 2008, n. 16.

(4) Comma abrogato dall'articolo 3, comma 1, lettera c) della legge regionale 28 novembre 2008, n. 16.

Art. 11

Presidi ospedalieri.

1. Tenuto conto della legge regionale 11 gennaio 1994, n. 2, con il Piano regionale ospedaliero sarà riorganizzata la rete dei presidi ospedalieri sulla base delle disposizioni di cui all'art. 4, comma 3, della legge 30.12.91, n. 412, all'art. 4, commi 9 e 10, del D.Lgs. 30.12.92, n. 502, e successive modifiche ed integrazioni e dell'art. 8, comma 18, della L. 24.12.93 n. 537.

2. I presidi ospedalieri esercitano, in relazione alle proprie strutture, le funzioni loro attribuite dal piano sanitario regionale, dal piano regionale ospedaliero, e dal S.I.R.E.S. di cui alla legge regionale 11 gennaio 1994, n. 2.

3. Ai presidi ospedalieri è attribuita autonomia economico - finanziaria con contabilità separata all'interno del bilancio dell'Azienda sanitaria locale di appartenenza; tale autonomia è disciplinata con il provvedimento della Giunta regionale di cui al successivo art. 29, comma 7, della presente legge.

4. All'interno di ciascun presidio ospedaliero, a seguito della riorganizzazione di cui al precedente comma 1, il direttore generale, ai sensi dell'art. 4, comma 10, del D.Lgs. 30.12.92, n. 502, e successive modifiche ed integrazioni definisce spazi adeguati da riservare all'esercizio della libera professione intramuraria e una quota non inferiore al 5% e non superiore al 10% dei posti letto per l'istituzione di camere a pagamento.

5. Il ricovero in camere con posti letto a pagamento comporta l'esborso da parte del ricoverato di una retta giornaliera stabilita in relazione al livello di qualità alberghiera della stessa, nonché, se trattasi di ricovero richiesto in regime libero professionale, di una somma forfettaria comprensiva di tutti gli interventi medici e chirurgici, delle prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio strettamente connesse ai singoli interventi, differenziata in relazione al tipo di interventi stessi, sulla base di apposito tariffario da adottarsi dal direttore generale.

6. L'accesso alle attività ed alle prestazioni dei presidi ospedalieri, così come definite dal piano regionale ospedaliero, ha luogo attraverso modalità disciplinate da regolamenti interni che devono prevedere che l'accesso alle prestazioni è di norma subordinato all'apposita prescrizione, proposta o richiesta, compilata sul modulario del servizio sanitario nazionale. La Regione promuove l'integrazione funzionale dei centri unici di prenotazione di cui all'art. 25 della legge regionale 11 gennaio 1994, n. 2.

7. Ad ogni presidio ospedaliero sono preposti un dirigente medico, denominato direttore sanitario, quale responsabile delle funzioni igienico - organizzative ed un dirigente amministrativo per l'esercizio delle funzioni di coordinamento amministrativo. Il dirigente medico e quello amministrativo concorrono, secondo le rispettive competenze, al conseguimento degli obiettivi fissati dal direttore generale.

8. L'incarico di dirigente del presidio ospedaliero è conferito dal direttore generale, con le procedure previste dall'art. 15, comma 3, del D.Lgs. 30.12.92, n. 502, e successive modifiche ed integrazioni ad un dirigente medico in possesso dell'idoneità nazionale di cui all'art. 17 del predetto decreto.

9. L'incarico del dirigente medico del presidio ospedaliero è disciplinato dal comma 3, dell'art. 15 del D.Lgs. 30.12.92, n. 502, e successive modifiche ed integrazioni.

10. Fino all'espletamento degli esami previsti dal primo bando nazionale di cui all'art. 17, comma 6, del D.Lgs. 30.12.92, n. 502, e successive modifiche ed integrazioni, è valida, al fine del conferimento dell'incarico, l'idoneità conseguita nella disciplina "Igiene e organizzazione dei servizi ospedalieri" o in discipline equipollenti.

11. Sono fatte salve, comunque, le posizioni del personale di cui ai commi 4 e 5 dell'art. 15 del D.Lgs. 30.12.92, n. 502, e successive modifiche ed integrazioni.

12. L'incarico di dirigente amministrativo è conferito dal direttore generale secondo quanto previsto dall'art. 26 del D.Lgs. 3.2.93, n. 29, e successive modifiche ed integrazioni.

13. Ciascun presidio ospedaliero, in conformità al piano regionale ospedaliero, è organizzato in dipartimenti funzionali. La responsabilità organizzativa del dipartimento è affidata a rotazione con cadenza biennale dal direttore generale ad uno dei dirigenti delle unità operative afferenti allo stesso dipartimento fatto salvo quanto previsto dalla legge regionale 11 gennaio 1994, n. 2.

14. I regolamenti dell'Azienda sanitaria locale prevedono l'organizzazione interna ed il funzionamento dei presidi ospedalieri e dei loro dipartimenti secondo le indicazioni del Piano regionale ospedaliero e della L.R. 11 gennaio 1994, n. 2. Disciplinano, altresì, le modalità operative e gli strumenti per il raccordo funzionale tra i presidi ospedalieri ed i distretti.

Art. 12

Dipartimenti di prevenzione.

1. Presso ciascuna Azienda sanitaria locale è istituito un dipartimento di prevenzione cui sono attribuite le funzioni attualmente svolte dai servizi delle UU.SS.LL. ai sensi degli artt. 16, 20, 21, della legge 23.12.78, n. 833 ed in attuazione del D.Lgs. 30.12.92, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni.

2. Il dipartimento di prevenzione presiede alle attività ed alle prestazioni previste nel livello di assistenza sanitaria collettiva di cui al precedente art. 6, commi 3 e 4. Esso svolge attività di consulenza e supporto ai comuni, province ed altre amministrazioni pubbliche, nonché, attività di analisi sulla base dei programmi regionali e/o a richiesta dei comuni, province ed altre amministrazioni pubbliche della Regione nonché, a pagamento, di enti o istituzioni private.

3. Il dipartimento di prevenzione è dotato di autonomia organizzativa, nei limiti previsti dai regolamenti interni.

4. Il responsabile del dipartimento viene scelto secondo il regolamento del dipartimento stesso. Al responsabile del dipartimento è assegnato un budget determinato dal direttore generale nel quale sono contabilizzate le attività e le prestazioni comunque assicurate dal dipartimento.

5. Le funzioni centrali del dipartimento sono svolte dai servizi di cui al successivo comma 7, quelle territoriali sono svolte dai distretti di cui all'art. 10.

6. Le funzioni centrali del dipartimento comportano compiti di programmazione, di coordinamento tecnico e di controllo delle funzioni svolte in sede distrettuale.

7. Ogni dipartimento riporta ad unità operativa e funzionale tutti gli interventi di prevenzione comunque realizzati nell'ambito territoriale di pertinenza ed è articolato nei servizi di seguito elencati:

- a. igiene e sanità pubblica;
- b. prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro;
- c. igiene e medicina del lavoro;
- d. igiene degli alimenti e della nutrizione;
- e. epidemiologia e prevenzione;
- f. servizi veterinari articolati distintamente in:
 1. servizio veterinario della sanità animale;
 2. servizio veterinario dell'igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione e trasporto degli alimenti di origine animale;
 3. servizio veterinario dell'igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche;

8. In sede di piano sanitario regionale saranno individuate e definite le modalità di raccordo funzionale tra i servizi veterinari e gli istituti zooprofilattici sperimentali, delle cui prestazioni e collaborazioni tecnico - scientifiche i primi si avvalgono, al fine del coordinamento tecnico delle attività di pubblica sanità veterinaria.

9. La Regione, attraverso l'Osservatorio epidemiologico regionale, cura le modalità per l'acquisizione da parte dei dipartimenti di prevenzione di ogni informazione utile ai fini della conoscenza dei rischi per la tutela della salute e per la sicurezza degli ambienti di vita e di lavoro, nonché, per i collegamenti con l'Istituto superiore della sanità, con l'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro e con l'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni su lavoro.

10. Il dipartimento di prevenzione si coordina con l'agenzia regionale di cui al successivo art. 13 secondo le disposizioni contenute nella relativa legge istitutiva e con gli indirizzi della Giunta regionale per quanto attiene l'organizzazione funzionale.

Art. 13

Agenzia regionale per la prevenzione, vigilanza, e controllo ambientale.

1. Con la legge regionale di istituzione dell'agenzia regionale di cui alla legge 21 gennaio 1994, n. 61, oltre alla disciplina dell'organizzazione e delle modalità gestionali dell'agenzia, si procederà a definire le modalità di integrazione della stessa con i dipartimenti di prevenzione delle aziende sanitarie locali, al fine di conseguire:

- a. un coordinato ed omogeneo svolgimento delle attività connesse:
 1. alla prevenzione collettiva ed ai controlli ambientali;

2. all'erogazione di prestazioni di rilievo sia ambientale che sanitario ed in particolare di prestazioni laboratoristiche di supporto tecnico-specialistico per le funzioni proprie della Regione, delle province, dei comuni e delle strutture del servizio sanitario nazionale:

3. a compiti di supporto tecnico per le funzioni di programmazione ed indirizzo della Regione in materia ambientale e sanitaria:

b. la definizione di una struttura organizzativa unitaria per tutto il territorio regionale articolata per ambiti di attività operativi, anche a livello territoriale aziendale.

c. la partecipazione degli enti locali titolari di funzioni amministrative in materia ambientale e sanitaria all'attività di programmazione dell'agenzia.

2. Con la medesima legge regionale saranno disciplinati, inoltre, le modalità ed i criteri per il trasferimento alla agenzia del personale, delle strutture operative e delle attrezzature di cui all'art. 1, comma 3, della legge 21 gennaio 1994, n. 61.

3. Fino all'entrata in vigore della legge regionale di cui al comma 1, ed all'effettiva costituzione dell'agenzia, le aziende sanitarie locali assicurano la disponibilità del personale, delle strutture operative e delle attrezzature necessarie a garantire l'esercizio da parte degli enti locali delle funzioni amministrative in materia ambientale.

Art. 14

L'Azienda ospedaliera.

1. Ciascuno degli ospedali individuati e riconosciuti di rilievo nazionale e di alta specializzazione con il D.P.C.M. 8.4.93 e con il D.P.C.M. 23.4.93 e riportati nell'allegato B della presente legge, che ne forma parte integrante, è costituito, con il numero dei posti letto ivi indicati, in azienda ospedaliera dotata di personalità giuridica pubblica con autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica, strutturata per dipartimenti. Il Piano regionale ospedaliero, di cui al successivo art. 32, preciserà dettagliatamente le funzioni assegnate a regime a ciascuna Azienda ospedaliera, armonizzandole, con l'intera rete ospedaliera regionale, con le previsioni di cui alla legge regionale 11 gennaio 1994, n. 2, e con le aggiornate disposizioni legislative nazionali.

2. Le aziende ospedaliere esercitano, di norma, ed in relazione alle proprie strutture, le funzioni di assistenza ospedaliera loro attribuite dal piano regionale ospedaliero e dalla legge regionale 11 febbraio 1994, n. 2, nonché, le altre funzioni assegnate dal piano sanitario regionale.

3. In sede di piano regionale ospedaliero, con le procedure di cui all'art. 4 del D. Lgs. 30.12.92, n. 502, e successive modifiche ed integrazioni, potranno essere indicati, per la costituzione in azienda ospedaliera, altri ospedali di rilievo nazionale e di alta specializzazione, nonché, i presidi ospedalieri in cui insisterà la prevalenza del corso formativo del triennio clinico delle Facoltà di medicina.

4. Alla costituzione delle aziende ospedaliere di cui ai commi precedenti nonché, di quelle previste dall'art. 31 della legge regionale 11 gennaio 1994, n. 2, si provvede con decreto del Presidente della Giunta regionale su conforme deliberazione della Giunta.

5. La perdita delle caratteristiche strutturali e di attività prescritte per il riconoscimento dell'autonomia aziendale degli ospedali di cui al presente articolo comporta la revoca di tale autonomia e conseguentemente il confluire dell'attività degli stessi, quali presidi ospedalieri, nell'Azienda sanitaria locale nel cui ambito territoriale insistono.

Art. 15

L'organizzazione della Azienda ospedaliera.

1. Il Piano regionale ospedaliero detta norme per la organizzazione dipartimentale delle aziende ospedaliere. I dipartimenti di emergenza ed accettazione sono organizzati secondo quanto previsto dalla L.R. 11 gennaio 1994, n. 2. I regolamenti dell'Azienda ospedaliera da emanarsi entro 120 giorni dalla immissione nelle funzioni del direttore generale, prevedono la organizzazione interna ed il funzionamento dei dipartimenti ospedalieri secondo le indicazioni del Piano regionale ospedaliero.

2. I regolamenti interni devono prevedere, nell'ambito dell'organizzazione dei servizi generali, articolazioni funzionali per gli affari generali, per gli affari legali, per la gestione giuridico - amministrativa del personale, per la raccolta ed elaborazione dati, per la gestione economico - finanziaria, per il provveditorato ed economato nonché, per le attività tecniche e manutentive.

3. L'Azienda ospedaliera è tenuta, altresì, a prevedere nell'ambito della propria organizzazione, ai sensi dell'art. 12 del D. Lgs. 3.2.93, n. 29, e successive modifiche ed integrazioni, un ufficio per le relazioni con il pubblico, con la relativa raccolta ed elaborazione dati, come supporto indispensabile per l'attività di

valutazione del grado di soddisfazione dell'utenza, di controllo di qualità dell'assistenza erogata e di marketing sanitario.

4. All'ufficio di cui al precedente comma 3 sono affidati i compiti di cui all'art. 14, comma 4, del D. Lgs. n. 502 del 1992 e successive modifiche ed integrazioni.

5. Per la verifica della corretta ed economica gestione delle risorse l'azienda ospedaliera istituisce un ufficio di controllo interno ai sensi del D. Lgs. 3.2.93, n. 29.

6. Il controllo della qualità dell'assistenza attraverso l'adozione, in via ordinaria, del metodo della verifica e revisione della qualità e quantità delle prestazioni delle aziende è disciplinato dal successivo art. 34 della presente legge.

7. Per la disciplina dell'esercizio della libera professione intramuraria, nonché, per l'istituzione di posti letto a pagamento, si applicano le disposizioni di cui al precedente art. 11, commi 4 e 5, ivi previste per i presidi ospedalieri.

8. Il piano regionale ospedaliero fissa i principi di integrazione operativa e funzionale tra le aziende ospedaliere e le aziende sanitarie locali.

9. Le aziende ospedaliere partecipano all'attività di emergenza sanitaria secondo quanto stabilito dalla L.R. n. 2 del 1994.

Art. 16

Le Università.

1. La Regione, nell'ambito della programmazione regionale, stipula specifici protocolli d'intesa con le Università della Campania per regolamentare l'apporto delle attività assistenziali osservando il rispetto delle reciproche finalità istituzionali.

Analoghi protocolli d'intesa sono stipulati con gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico - I.R.C.C.S. - di diritto pubblico.

2. Le università della Campania contribuiscono, per quanto di loro competenza, all'elaborazione dei Piani sanitari regionali.

3. La programmazione sanitaria, ai fini dell'individuazione della dislocazione delle strutture sanitarie, tiene conto della presenza programmata delle strutture universitarie e degli I.R.C.C.S. di diritto pubblico.

4. Il Presidente della Giunta regionale, sulla base di conforme deliberazione della Giunta, sentita la Commissione consiliare competente, stipula con i rettori delle Università della Campania, ai sensi dell'art. 6 del D.Lgs. n. 502 del 1992 e successive modifiche ed integrazioni, i protocolli di intesa per regolamentare la materia di cui al primo comma del presente articolo, nonché, per:

a. disciplinare le modalità di collaborazione al fine di soddisfare le esigenze derivanti dalla formazione pre - laurea e post - laurea anche nell'ambito della formazione del medico di medicina generale;

b. disciplinare le modalità di collaborazione per la formazione del personale sanitario infermieristico, tecnico e della riabilitazione di cui all'art. 2 della legge 19 novembre 1990, n. 341;

c. disciplinare le modalità di collaborazione, al fine di soddisfare le specifiche esigenze del servizio sanitario nazionale connesse alla formazione degli specializzandi;

d. definire i criteri in base ai quali le università possono convenzionarsi con le aziende ospedaliere e con le aziende sanitarie locali della Regione.

5. I presidi ospedalieri in cui si determina una condizione di prevalenza del corso formativo del triennio clinico della facoltà di medicina sono costituiti in azienda ospedaliera e si dotano del modello gestionale previsto dall'art. 15 della presente legge.

6. La Regione, nel rispetto dell'autonomia dell'Università e sulla base delle esigenze della programmazione sanitaria regionale, finanzia l'assegnazione di borse di studio, per le scuole di specializzazione delle facoltà di medicina e chirurgia dell'ateneo Federico II e II Ateneo di Napoli.

7. Agli oneri derivanti dall'attuazione degli interventi di cui al comma precedente, si provvede con appositi stanziamenti di bilancio, non a carico del fondo sanitario regionale, fissati nella legge regionale di approvazione del bilancio annuale.

TITOLO III
GLI ORGANI DELLE AZIENDE

Art. 17 (Organi) (1)

1. Sono organi delle Aziende Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere:

- a) il Direttore generale;
- b) il Collegio sindacale;
- c) il Collegio di direzione.

(1) Articolo così sostituito dall'articolo 3, comma 1 della legge regionale 23 dicembre 2015, n. 20.

Art. 18

Direttore generale.

1. Il direttore generale:

- a. ha la rappresentanza legale dell'azienda;
- b. esercita tutti i poteri di gestione di cui al comma 6 dell'art. 3 del D.Lgs. n. 502 del 1992 e successive modifiche ed integrazioni e adotta tutti i provvedimenti necessari;
- c. adotta, in particolare, lo statuto dell'azienda entro 60 giorni dalla data di immissione nelle proprie funzioni, recependo gli indirizzi determinati in uno schema tipo deliberato della Giunta regionale entro 30 giorni dall'entrata in vigore della presente legge, i regolamenti, i bilanci pluriennali di previsione, i bilanci di esercizio, i conti consuntivi, i piani ed i progetti di attività;
- d. adotta la nomina, la sospensione o la decadenza del direttore amministrativo, del direttore sanitario e del coordinatore dei servizi sociali;
- e. verifica, attraverso l'istituzione di un servizio di controllo interno previsto dall'art. 20 del decreto legislativo n. 29 del 1993 e successive modifiche ed integrazioni, mediante valutazioni comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati, la corretta ed economica gestione delle risorse attribuite anche ai fini dell'individuazione delle responsabilità del personale dirigenziale, nonché, di altro personale responsabile;
- f. verifica, altresì il risultato dell'attività svolta dagli uffici, reparti, servizi, dipartimenti, distretti, presidi o altra struttura e la realizzazione dei programmi e dei progetti affidati a ciascun dirigente in relazione agli obiettivi dei rendimenti e dei risultati della gestione finanziaria, tecnica, amministrativa e sanitaria;
- g. controlla e verifica, altresì, l'imparzialità ed il buon andamento dell'azione amministrativa;
- h. sente le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative in tutte le materie previste dagli accordi di lavoro del personale del servizio sanitario regionale.

2. Il direttore generale è nominato con decreto del Presidente della Giunta Regionale su conforme deliberazione della stessa, nei modi e nei termini previsti *dall'articolo 18-bis*. (1)

3. La verifica delle condizioni di incompatibilità di cui ai commi 9 e 11 dell'art. 3 del D.Lgs. n. 502 del 1993, e successive modifiche ed integrazioni, è effettuata al momento della nomina. L'accertamento, anche successivo, delle condizioni di incompatibilità comporta, comunque, la decadenza dall'incarico e la risoluzione del rapporto di cui al comma successivo.

3-bis. I direttori generali, oltre i requisiti previsti dal decreto legislativo 30.12.92, n. 502, devono:

- a) *non aver svolto lo stesso incarico per due quinquenni consecutivi nella medesima azienda sanitaria locale o azienda ospedaliera;*
- b) *non aver occupato tale incarico in azienda sanitaria locale o azienda ospedaliera incorsa nelle sanzioni previste all'articolo 3 della legge regionale 29 dicembre 2005, n. 24. (2)*
- b bis) *oltre ai requisiti professionali di cui all'articolo 3-bis, comma 3 del decreto legislativo 502/1992, gli aspiranti alla nomina debbono essere in possesso, all'atto della partecipazione all'avviso di cui all'articolo 18 bis, comma 4 dell'ulteriore requisito costituito dall'attestazione di idonea valutazione positiva in ordine al raggiungimento degli obiettivi assegnati nell'ultimo triennio nelle funzioni svolte. (3)*

4. Il rapporto di lavoro del direttore generale è a tempo pieno e di diritto privato; si instaura con un contratto di durata triennale, disciplinato dall'articolo 3 bis, comma 8, del decreto legislativo 502/92 ed è rinnovabile. (4)

4 bis. L'incarico di direttore generale delle aziende sanitarie, delle aziende ospedaliere e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico ha durata triennale ed è rinnovabile. (5)

5. Il contratto di cui al precedente comma è sottoscritto sulla base di uno schema approvato dalla Giunta regionale e conforme ai contenuti fissati dal D.P.C.M. di cui all'art. 3, comma 6, del D. Lgs. n. 502 del 1992 e successive modifiche ed integrazioni.

6. In caso di vacanza dell'ufficio o nei casi di assenza o impedimento del direttore generale, le relative funzioni sono svolte dal direttore amministrativo o dal direttore sanitario su delega del direttore generale, o, in mancanza di delega, dal direttore più anziano. Ove l'assenza o l'impedimento del direttore generale si protragga oltre sei mesi, il Presidente della Giunta regionale, su conforme deliberazione della Giunta, procede alla sua sostituzione.

7. Il direttore generale decade dall'incarico:

- a. qualora la gestione presenti grave, ingiustificato disavanzo;
- b. in caso di gravi violazioni di legge o dei principi di buon andamento e di imparzialità dell'amministrazione;
- c. per altri gravi motivi;

8. Il direttore generale adotta i provvedimenti di sua competenza sentito il parere del direttore sanitario, del direttore amministrativo, del consiglio dei sanitari, ove richiesto, nonché, del coordinatore dei servizi sociali ove presente. Qualora ritenga di adottare tali provvedimenti in difformità dei pareri come innanzi espressi, è tenuto a darne motivazione.

9. I provvedimenti del direttore generale e qualsiasi altro atto venti rilevanza esterna vanno conservati in originale e regolarmente registrati in ordine progressivo e cronologico secondo le norme del regolamento interno, e, fino all'adozione di detto regolamento, secondo le norme previste per gli atti deliberativi del comune e trasmessi, entro una settimana dalla loro adozione, alla Commissione consiliare permanente in materia di sanità e sicurezza sociale. (6)

10. Per il supporto delle funzioni di alta direzione, cui non può far fronte con personale in servizio, il direttore generale può conferire incarichi individuali ad esperti di provata competenza, ai sensi e con i limiti di cui all'art. 7 del D.Lgs. n. 29 del 1993.

10 bis. La Commissione nominata con decreto del Presidente della giunta regionale del 25 giugno 2012, n. 179 è incaricata inoltre di procedere alla valutazione dei requisiti dei direttori generali delle Aziende sanitarie locali e delle Aziende ospedaliere, in attuazione dell'articolo 2 della legge regionale 15 giugno 2012, n. 14 (Interpretazione autentica dell'articolo 23, comma 10 della legge regionale 1/2012 e dell'articolo 18, comma 2 della legge regionale 32/1994). (7)

(1) Comma così sostituito dall'articolo 1, comma 1, lettera a) della legge regionale 6 luglio 2012, n. 18.

(2) Comma aggiunto dall'articolo 3, comma 1 della legge regionale 2 marzo 2006, n. 3.

(3) Lettera aggiunta dall'articolo 3, comma 2 della legge regionale 23 dicembre 2015, n. 20.

(4) Comma dapprima modificato dall'articolo 1, comma 6, lettera a) della legge regionale 5 maggio 2011, n. 7 successivamente dall'articolo 44, comma 7 della legge regionale 27 gennaio 2012, n. 1 ed infine dall'articolo 1, comma 1, lettera c) della legge regionale 21 luglio 2012, n. 23.

(5) Comma aggiunto dall'articolo 1, comma 1, lettera d) della legge regionale 21 luglio 2012, n. 23.

(6) Comma così sostituito dall'articolo 1, comma 1, lettera e) della legge regionale 21 luglio 2012, n. 23.

(7) Comma aggiunto dall'articolo 1, comma 1, lettera f) della legge regionale 21 luglio 2012, n. 23.

Art. 18 bis (1)

(Norme in materia di nomina dei Direttori generali delle Aziende ed Enti del Servizio sanitario regionale)

1. All'aggiornamento dell'elenco regionale degli idonei alla nomina di direttore generale delle Aziende ed Enti del Servizio sanitario regionale provvede, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, secondo i criteri delineati nel comma 3 dell'articolo 3 bis del decreto legislativo 502/1992, una commissione composta da:

a) un esperto designato dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS); (2)

b) un dirigente appartenente all'Avvocatura regionale;

c) un esperto individuato nell'ambito di una rosa di cinque nomi proposta dalla Conferenza dei rettori delle Università degli studi della Campania tra docenti ordinari di diritto, economia aziendale, economia e management.

2. Al fine di garantire l'applicazione dei principi stabiliti dalla legge 7 agosto 2015, n. 124 (Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche), non può essere nominato

componente della commissione di cui al comma 1, chi sia stato condannato con sentenza, anche non definitiva, da parte della Corte dei Conti, al risarcimento del danno erariale per condotte dolose.

3. La commissione dura in carica tre anni ed è nominata con decreto del Presidente della Giunta regionale, che individua il componente con funzioni di Presidente.

4. L'aggiornamento, a seguito di selezione degli interessati all'inserimento nell'elenco regionale degli idonei alla nomina di direttore generale, è effettuato almeno ogni tre mesi.

[5. Entro il sessantesimo giorno antecedente la data di scadenza dell'incarico di Direttore generale delle Aziende sanitarie locali, delle Aziende ospedaliere e degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), la Regione, salva la possibilità del rinnovo per una sola volta del Direttore generale uscente in possesso dei requisiti professionali previsti dal presente comma e iscritto nell'elenco degli idonei, emette un avviso pubblico, pubblicato anche sul proprio sito internet, per acquisire le candidature dei soggetti in possesso dei requisiti professionali di cui all' articolo 3-bis, comma 3, del decreto legislativo 502/1992, iscritti nell'elenco regionale degli idonei alla nomina di direttore generale, oppure negli analoghi elenchi delle altre regioni.] (3)

6. Il Presidente della Giunta regionale, su conforme deliberazione della Giunta regionale, nomina il direttore generale scelto tra i soggetti in possesso dei requisiti professionali di cui all'articolo 3 bis, comma 3 del decreto legislativo 502/1992, iscritti nell'elenco regionale degli idonei alla nomina di direttore generale oppure negli analoghi elenchi delle altre regioni. (4)

6 bis. Il direttore generale degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico è nominato secondo la procedura di cui alla presente legge dal Presidente della Regione, sentito il Ministero della salute ai sensi di quanto disposto dall'Intesa stipulata in sede di Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 1 luglio 2004 in attuazione dell'articolo 5 del decreto legislativo 288/2003. (5)

7. Fermo restando quanto previsto dall'articolo 3, comma 1 del decreto legislativo 6 settembre 2011, n. 149 (Meccanismi sanzionatori e premiali relativi a regioni, province e comuni, a norma degli articolo 2, 17 e 26 della legge 5 maggio 2009, n. 42) e in coerenza e attuazione di quanto previsto dall'articolo 11, comma 1, lettera q) della legge 124/2015, non può essere nominato Direttore generale chi sia stato condannato con sentenza, anche non definitiva, da parte della Corte dei Conti, al risarcimento del danno erariale per condotte dolose.

[8. Per le valutazioni di cui al comma 6, ai fini del conferimento dell'incarico di Direttore generale di Azienda o Ente del Servizio sanitario regionale, il Presidente della Giunta regionale con proprio decreto nomina, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, una commissione costituita secondo i criteri, modalità e durata di cui ai commi 1 e 3. La commissione compie le valutazioni con riferimento a tutte le nomine da effettuare nel periodo della sua operatività.] (6)

9. La Giunta regionale, con deliberazione, regola le modalità di aggiornamento dell'elenco di cui al presente articolo, fermo restando, per le Aziende ospedaliere individuate nell'articolo 2 del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517 (Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed università, a norma dell'articolo 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419), quanto previsto dall'articolo 1, comma 1, e dall'articolo 4, comma 2 del medesimo decreto, nel rispetto del principio di leale collaborazione. (7)

10. Tutti gli atti della Commissione di cui al presente articolo sono pubblici e sono pubblicati, entro dieci giorni dalla adozione, sul sito internet istituzionale della Regione Campania in una sezione dedicata e facilmente accessibile. (8)

(1) Articolo aggiunto dall'articolo 1, comma 1, lettera b) della legge regionale 6 luglio 2012, n. 18 successivamente sostituito dall'articolo 1, comma 41 della legge regionale 6 maggio 2013, n. 5, dall'articolo 1, commi 138, 139, 140 e 141 della legge regionale 7 agosto 2014, n. 16 ed infine così integralmente sostituito dall'articolo 3, comma 3 della legge regionale 23 dicembre 2015, n. 20.

(2) Lettera così sostituita dall'articolo 22, comma 1, lettera b) della legge regionale 5 aprile 2016, n. 6.

(3) Comma dapprima sostituito dall'articolo 22, comma 1, lettera c) della legge regionale 5 aprile 2016, n. 6 e successivamente abrogato dall'articolo 1, comma 1, lettera a) della legge regionale 8 giugno 2016, n. 15.

(4) Comma dapprima sostituito dall'articolo 22, comma 1, lettera d) della legge regionale 5 aprile 2016, n. 6 e successivamente sostituito dall'articolo 1, comma 1, lettera b) della legge regionale 8 giugno 2016, n. 15.

(5) Comma aggiunto dall'articolo 22, comma 1, lettera e) della legge regionale 5 aprile 2016, n. 6.

(6) Comma abrogato dall'articolo 1, comma 1, lettera c) della legge regionale 8 giugno 2016, n. 15.

(7) Comma così sostituito dall'articolo 1, comma 1, lettera d) della legge regionale 8 giugno 2016, n. 15.

(8) Comma così sostituito dall'articolo 1, comma 1, lettera e) della legge regionale 8 giugno 2016, n. 15.

Art. 19 (1)
(Collegio sindacale)

1. Il Collegio sindacale:

- a) verifica l'amministrazione dell'Azienda sotto il profilo economico;
- b) vigila sull'osservanza della legge;
- c) accerta la regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili ed effettua periodicamente verifiche di cassa;
- d) riferisce almeno trimestralmente alla Regione, anche su richiesta di quest'ultima, sui risultati del riscontro eseguito, denunciando immediatamente i fatti in caso di fondato sospetto di gravi irregolarità;
- e) trasmette periodicamente, e comunque con cadenza almeno semestrale, una propria relazione sull'andamento dell'attività dell'Azienda 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.

2. Le comunicazioni ed i referti di cui al comma 1 lettere d) ed e) sono comunicati per conoscenza anche al Consiglio regionale per la trasmissione alla commissione consiliare permanente competente in materia.

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

4. Il Collegio sindacale dura in carica tre anni ed è composto da tre membri, di cui uno designato dal Presidente della Giunta regionale, uno designato dal Ministro dell'economia e finanze e uno dal Ministro della salute. I componenti del Collegio sindacale sono scelti tra gli iscritti nel registro dei revisori contabili, istituito presso il Ministero di grazia e giustizia, ovvero tra i funzionari del Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, che abbiano esercitato per almeno tre anni le funzioni di revisori dei conti o di componenti dei collegi sindacali.

5. I riferimenti contenuti nella presente legge al Collegio dei revisori si intendono applicabili al Collegio sindacale del presente articolo.

6. Le Aziende che, alla data di entrata in vigore della presente legge, non hanno ancora provveduto alla nomina del Collegio Sindacale secondo le modalità del presente articolo provvedono nel termine di trenta giorni.

(1) Articolo integralmente sostituito dall'articolo 3, comma 4 della legge regionale 23 dicembre 2015, n. 20.

Art. 19 bis
(Collegio di direzione)

1. Ferme le competenze del Direttore generale e degli altri organi delle Aziende, il Collegio di direzione:

- a) concorre al governo delle attività cliniche dell'Azienda, formulando proposte ed esprimendo pareri su richiesta del Direttore generale, la consultazione è obbligatoria in merito alle questioni attinenti il governo delle attività cliniche;
- b) concorre alla pianificazione delle attività dell'Azienda, inclusa la didattica e la ricerca, nonché allo sviluppo organizzativo e gestionale dell'Azienda, con particolare riferimento agli aspetti relativi all'organizzazione dei servizi, al migliore impiego delle risorse umane, alle attività di formazione continua degli operatori sanitari, alla migliore organizzazione per l'attuazione dell'attività libero professionale intramuraria;
- c) 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, secondo modalità che saranno stabilite con atto di indirizzo della Giunta.

2. Nello svolgimento dei compiti previsti dal comma 1, il Collegio esprime parere obbligatorio sui seguenti atti:

- a) Atto aziendale per la parte relativa all'organizzazione delle attività cliniche;
- b) Piano aziendale annuale della formazione, nel rispetto degli obiettivi formativi nazionali e regionali, nonché dei bisogni formativi specifici espressi dalle Aree e dai Dipartimenti aziendali e dalle categorie di operatori, ai fini della successiva approvazione da parte del Direttore generale;
- c) Piano aziendale annuale per la gestione del rischio clinico ai fini della successiva approvazione da parte del Direttore generale.

3. Il Collegio di direzione delle Aziende ospedaliero - Universitarie (AOU) oltre ai compiti di cui al comma 1, contribuisce secondo modalità che sono determinate dal Direttore generale, 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.

4. In aggiunta ai compiti di cui al comma 1, il Collegio di Direzione degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) del SSR, esprime parere sulla coerenza fra l'attività assistenziale e l'attività di ricerca e innovazione.

5. Il Collegio di direzione delle Aziende sanitarie locali 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, maternoinfantile, emergenza d'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;
- l) i direttori dei distretti socio - sanitari;
- m) i direttori degli ospedali a gestione diretta dell'ASL;
- n) il medico di medicina generale responsabile dell'Ufficio di coordinamento aziendale delle cure primarie (UACP);
- o) il pediatra di libera scelta responsabile dell'Ufficio di coordinamento aziendale delle cure primarie pediatriche (UACPP);
- p) lo specialista di medicina ambulatoriale interna che ricopre il ruolo di Coordinatore dei responsabili di branca specialistica ambulatoriale o equivalenti.

6. Il collegio di direzione delle AOU è composto dal direttore sanitario, dal direttore amministrativo, dai direttori dei dipartimenti ad attività integrata e dai direttori dei dipartimenti di cui all'articolo 3, comma 7, del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517. (2)

7. Il Collegio di direzione degli IRCCS del SSR è 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'IRCCS non sia costituito da un unico Presidio;
- e) i direttori dei Dipartimenti.

8. Il Presidente del Collegio di direzione, in relazione alle materie in trattazione, può estendere la partecipazione alle singole sedute del Collegio ai dirigenti responsabili delle strutture organizzative aziendali di volta in volta interessate, i quali possono essere sentiti senza diritto di voto.

9. Il Collegio di direzione è nominato con deliberazione del Direttore generale, che ne è il Presidente, e dura in carica tre anni.

10. Il Collegio di direzione adotta il proprio Regolamento di funzionamento nel rispetto dei seguenti principi di funzionamento:

- a) previsione di un Vice Presidente vicario eletto dal Collegio tra i membri di diritto;
- b) previsione di un calendario annuale delle riunioni, con riunioni ordinarie almeno mensili, convocate dal Presidente che ne fissa l'ordine del giorno e previsione di riunioni straordinarie, in caso di urgenza, ovvero su richiesta motivata della metà più uno dei componenti;
- c) le funzioni di segreteria del Collegio di direzione sono svolte da unità addette alla segreteria della Direzione generale, sanitaria o amministrativa, ovvero nell'ambito di altra struttura dell'azienda;
- d) le sedute del Collegio sono verbalizzate ed è istituito un archivio delle deliberazioni;
- e) le assenze dei componenti alle riunioni del Collegio sono debitamente giustificate previa comunicazione scritta e con contestuale delega ad un componente di diritto del Collegio;

f) presenza di un quorum minimo per la validità delle riunioni del Collegio di direzione non inferiore alla metà più uno;

g) necessità della maggioranza semplice per la validità delle deliberazioni, ad eccezione dell'elezione del Vice - Presidente del Collegio, nonché dell'espressione dei pareri obbligatori, che sono adottati a maggioranza assoluta, e dell'approvazione del regolamento interno di funzionamento del Collegio, che è adottato a maggioranza qualificata dei due terzi dei componenti.

11. In caso di mancata approvazione del Regolamento entro un mese dall'insediamento provvede la Giunta Regionale con proprio atto.

12. I verbali di ciascuna riunione sono resi disponibili ai componenti del Collegio di direzione nonché al Direttore generale e ai Collegi sindacali dell'Azienda di riferimento nonché, nel caso delle A.O. e IRCSS, agli organi di indirizzo, vigilanza e verifica. I pareri del Collegio di direzione sono espressi entro trenta giorni dalla richiesta del Direttore generale. Se tali pareri non vengono espressi nel predetto termine, gli stessi si intendono favorevolmente espressi. Il Direttore generale che intende adottare atti o provvedimenti di propria competenza in difformità al parere espresso dal Collegio è tenuto ad indicarne le ragioni in apposita relazione da trasmettere al Collegio nonché alla Giunta Regionale ed al Consiglio regionale, attraverso la Commissione competente.

13. Entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, i Direttori generali ovvero i Commissari straordinari provvedono alla nomina e prima convocazione del Collegio di direzione, ponendo all'ordine del giorno la costituzione dell'Organo e l'approvazione del Regolamento di funzionamento; e adottano ogni atto di propria competenza volto all'adeguamento delle previsioni in materia dei relativi atti aziendali, qualora adottati.

14. La qualità di componenti del Collegio di direzione e le relative funzioni rientrano nei compiti istituzionali di ciascun soggetto e, pertanto, ad essi non spetta alcun compenso né può essere corrisposta alcuna indennità o rimborso spese.

(1) Articolo aggiunto dall'articolo 3, comma 5 della legge regionale 23 dicembre 2015, n. 20.

(2) Comma così sostituito dall'articolo 22, comma 1, lettera f) della legge regionale 5 aprile 2016, n. 6.

Art. 20

Il Sindaco, la Conferenza dei Sindaci e il Comitato di rappresentanza.

1. Gli organi rappresentativi dei comuni esprimono, nell'ambito territoriale di ciascuna Azienda sanitaria locale, i bisogni socio - sanitari delle rispettive comunità locali.

2. Nelle aziende sanitarie locali il cui ambito territoriale coincide con quello del comune spetta al sindaco e a un suo delegato la rappresentanza del comune per le seguenti funzioni:

a. provvedere alla definizione, nell'ambito della programmazione regionale delle linee di indirizzo per l'impostazione programmatica delle attività dell'azienda;

b. esaminare il bilancio pluriennale di previsione ed il bilancio di esercizio e rimettere alla Giunta regionale le relative osservazioni;

c. verificare l'andamento generale dell'attività segnalando al direttore generale ed alla Giunta regionale valutazioni e proposte anche con la finalità di assicurare l'adeguata erogazione delle prestazioni previste dai livelli uniformi di assistenza;

d. contribuire alla definizione dei piani attuativi programmatici dell'Azienda sanitaria locale trasmettendo al direttore generale ed alla Giunta regionale valutazioni e proposte.

3. Nelle Aziende sanitarie locali il cui ambito territoriale non coincide con il territorio del comune, le funzioni del sindaco previste al comma 2 sono svolte dalla conferenza dei sindaci dei comuni ricompresi nell'ambito territoriale di ciascuna Azienda sanitaria locale, costituita nel suo seno da cinque componenti nominati dalla stessa conferenza. (1)

4. I nominativi dei componenti del comitato di rappresentanza sono comunicati, nei successivi dieci giorni dalla loro designazione da parte della conferenza dei sindaci, alla Regione che provvede, con decreto del Presidente della giunta regionale, alla istituzione del comitato di rappresentanza per ciascuna Azienda sanitaria locale ed alla notifica del decreto al Direttore generale e ai nominati componenti. (2)

5. Il comitato di rappresentanza, così costituito, è convocato e presieduto dal sindaco o un suo delegato del comune che ha il maggior numero di abitanti. (3)

6. Fermo restando quanto previsto dal comma 5, per la disciplina delle modalità di convocazione della conferenza, della validità della seduta, della procedura di voto, si applicano le disposizioni statutarie e regolamentari del consiglio comunale con il maggior numero di abitanti. (4)

[7. Le risultanze della votazione vengono comunicate entro 10 giorni alla Regione che provvede con decreto del Presidente della Giunta regionale, alla istituzione del comitato di rappresentanza per ciascuna Azienda sanitaria locale ed alla notifica del decreto al direttore generale.] (5)

7 bis. In caso di mancata elezione del comitato di rappresentanza dopo tre convocazioni successive, il Presidente della Giunta regionale assegna, con lettera notificata ai sindaci dei comuni ricadenti nell'ambito territoriale dell'azienda, un termine non superiore a venti giorni per provvedere. Decorso inutilmente detto termine, il Presidente adotta i provvedimenti necessari e procede, con proprio decreto, all'istituzione del comitato di rappresentanza, formato da cinque componenti scelti tra i sindaci dei comuni che, nell'ambito territoriale e di riferimento, contano il maggior numero di abitanti. (6)

[8. Il comitato di rappresentanza è convocato, nella prima seduta, dal sindaco che, tra i componenti eletti rappresenta il comune con maggior numero di abitanti, entro 15 gg. dalla data di istituzione.] (5)

[9. Nel corso della prima seduta si procede all'elezione del presidente ed alla designazione del segretario, scelto tra i dirigenti amministrativi dei comuni dell'Azienda sanitaria locale. Tale seduta è presieduta dal sindaco di cui al comma precedente, mentre le funzioni di segretario sono svolte dal componente più giovane.] (5)

10. I componenti delegati del comitato di rappresentanza decadono allorché decade il sindaco del rispettivo comune. Il comitato di rappresentanza è interamente rinnovato se, per dimissioni o altre cause, venga a mancare la metà dei suoi membri elettivi. (7)

11. Restano ferme le attribuzioni dei sindaci di cui all'art. 3 della legge regionale 8 marzo 1985, n. 13, in materia di igiene e sanità pubblica nonché, le competenze della Regione di cui all'art. 4 della stessa legge regionale.

11 bis. Il comitato dei sindaci di distretto si riunisce e valuta preliminarmente gli argomenti all'ordine del giorno del comitato di rappresentanza insieme ai propri rappresentanti che sono così vincolati al rispetto delle decisioni adottate. (8)

11 ter. Su richiesta della maggioranza, o di un terzo dei componenti del comitato di rappresentanza dei sindaci dei comuni rientranti nell'ambito territoriale dell'Azienda sanitaria locale, su problemi a forte impatto (mancato rispetto dei Livelli essenziali di assistenza, apertura o chiusura di macrostrutture con ricadute sui livelli di occupazione o sui consumi di risorse economiche), il Presidente del comitato di rappresentanza convoca i sindaci o loro delegati di tutti i comuni rientranti negli ambiti territoriali delle aziende sanitarie locali. (8)

(1) Comma così sostituito dall'articolo 1, comma 1, lettera g) della legge regionale 21 luglio 2012, n. 23.

(2) Comma così sostituito dall'articolo 1, comma 1, lettera h) della legge regionale 21 luglio 2012, n. 23.

(3) Comma così sostituito dall'articolo 1, comma 1, lettera i) della legge regionale 21 luglio 2012, n. 23.

(4) Comma così sostituito dall'articolo 1, comma 1, lettera l) della legge regionale 21 luglio 2012, n. 23.

(5) Comma abrogato dall'articolo 1, comma 1, lettera m) della legge regionale 21 luglio 2012, n. 23.

(6) Comma aggiunto dall'articolo 1, comma 6, lettera b) della legge regionale 5 maggio 2011, n. 7.

(7) Comma così sostituito dall'articolo 1, comma 1, lettera n) della legge regionale 21 luglio 2012, n. 23.

(8) Comma aggiunto dall'articolo 1, comma 1, lettera o) della legge regionale 21 luglio 2012, n. 23.

Art. 21

Rapporti tra aziende sanitarie locali e organi rappresentativi dei comuni.

1. Il direttore generale di ciascuna azienda sanitaria locale orienta la propria attività programmatica sulle linee di indirizzo fornite dal sindaco o dal comitato di rappresentanza.

2. Copia degli atti adottati dal direttore generale in materia di programmazione, bilancio pluriennale di previsione, bilancio di esercizio, sono trasmessi al sindaco o al comitato di rappresentanza per il relativo esame nonché, per le relative osservazioni e proposte.

3. Al fine di consentire l'esercizio della funzione di verifica dell'andamento generale dell'azienda sanitaria locale il direttore generale provvede a redigere relazioni annuali da inviarsi al sindaco o al comitato di rappresentanza.

Art. 22

Direttore amministrativo e direttore sanitario.

1. I servizi amministrativi delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere sono diretti dal direttore amministrativo. I servizi sanitari, ai fini organizzativi ed igienico sanitari, sono diretti dal direttore sanitario.

2. Il direttore amministrativo e il direttore sanitario sono nominati con provvedimento motivato del direttore generale, con particolare riferimento alle capacità professionali in relazione alle funzioni da svolgere.

3. Per la nomina a direttore amministrativo sono richiesti i seguenti requisiti:

- a. essere in possesso dell'età prevista dalle norme vigenti;
- b. laurea in discipline giuridiche o economiche;
- c. qualificata attività di direzione tecnica o amministrativa per almeno 5 anni in enti o strutture sanitarie pubbliche o private di media o grande dimensione.

4. Per la nomina a direttore sanitario *fatta salva l'applicazione delle disposizioni di cui all'articolo 3, comma 7 penultimo periodo del decreto legislativo 502/1992* sono richiesti i seguenti requisiti: (1)

- a. età non superiore ai limiti di legge;
- b. laurea in medicina e chirurgia;
- c. idoneità nazionale di cui all'articolo 17, commi 1 e seguenti, del D. Lgs. n. 502 del 1992 e successive modifiche ed integrazioni, fatto salvo quanto previsto dal comma 11 del medesimo art. 17;
- d. qualificata attività di direzione tecnico - sanitaria per almeno 5 anni in enti o strutture sanitarie pubbliche o private di grande o media dimensione.

5. Il rapporto di lavoro del direttore amministrativo e del direttore sanitario è a tempo pieno e di diritto privato; si instaura con contratto rinnovabile al quale si applica la disciplina prevista dal precedente articolo 18, comma 4, per il direttore generale. (2)

6. Il contratto di cui al precedente comma è stipulato dal direttore generale con il direttore amministrativo e con il direttore sanitario sulla base di uno schema approvato dalla Giunta regionale e conforme ai contenuti fissati dal D.P.C.M. di cui all'art. 3, comma 6, del D.Lgs. n. 502 del 1992 e successive modifiche ed integrazioni.

7. Il direttore amministrativo e il direttore sanitario cessano dall'incarico entro tre mesi dalla data di nomina del nuovo direttore generale e possono essere riconfermati.

8. Il direttore generale, con provvedimento motivato, dichiara la decadenza del direttore amministrativo o del direttore sanitario nei casi di sopravvenienza di una delle cause di incompatibilità previste dall'art. 3, commi 9 e 11, del D.Lgs. n. 502 del 1992 e successive modifiche ed integrazioni, nonché, in caso di assenza o impedimento superiore a sei mesi. Il direttore generale, con provvedimento motivato, può sospendere o dichiarare decaduti il direttore amministrativo ed il direttore sanitario qualora ricorrano gravi motivi.

(1) Alinea così sostituito dall'articolo 3, comma 6 della legge regionale 23 dicembre 2015, n. 20.

(2) Comma così sostituito dall'articolo 1, comma 6, lettera c) della legge regionale 5 maggio 2011, n. 7.

Articolo 22-bis (1)

Elenchi degli aspiranti alla nomina a direttore amministrativo e a direttore sanitario di aziende sanitarie locali e di aziende ospedaliere.

1. *Presso l'assessorato alla sanità della regione Campania sono istituiti l'elenco degli aspiranti alla nomina a direttore amministrativo e l'elenco degli aspiranti alla nomina a direttore sanitario di aziende sanitarie locali e di aziende ospedaliere.*

2. *L'iscrizione agli elenchi di cui al comma 1 avviene a domanda degli interessati. Gli uffici regionali competenti verificano la sussistenza dei requisiti richiesti dalla legge per la nomina nonché la regolarità formale della domanda di iscrizione.*

3. *La domanda è inviata all'assessorato alla sanità esclusivamente a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno; sulla stessa è apposta, in modo evidente, la dicitura: "Domanda di iscrizione negli elenchi degli aspiranti alla nomina di direttore amministrativo e di direttore sanitario". Gli aspiranti alla nomina di direttore amministrativo e di direttore sanitario allegano alla domanda il "curriculum vitae" e tutti i titoli scientifici e professionali ritenuti pertinenti, ivi comprese le pubblicazioni a stampa.*

4. *La domanda per ottenere l'iscrizione negli elenchi può essere inoltrata dall'1 al 31 dicembre di ciascun anno. Al fine della verifica della presentazione della domanda entro i termini prescritti, fa fede il timbro dell'ufficio postale accettante.*

5. *La domanda di iscrizione si considera accolta decorsi novanta giorni dalla sua ricezione, in assenza di diversa comunicazione.*

L'assenza dei requisiti non è sanabile.

6. *I competenti uffici regionali dispongono gli opportuni controlli per la verifica della veridicità delle dichiarazioni relative ai titoli autocertificati dagli aspiranti. Dichiarazioni non conformi alle risultanze dei*

controlli determinano la cancellazione dell'aspirante dall'elenco, l'immediata decadenza dall'incarico eventualmente ricevuto, nonché l'inibizione a presentare domanda di iscrizione nei successivi cinque anni, salva l'applicazione delle sanzioni penali previste dalla legislazione statale.

(1) Articolo aggiunto dall'articolo 1, comma 1 della legge regionale 2 marzo 2006, n. 3.

Articolo 22-ter (1)

Nomina del direttore sanitario e del direttore amministrativo

1. I direttori amministrativi e sanitari sono nominati dal direttore generale, con provvedimento motivato fra gli iscritti negli elenchi di cui all'articolo 22-bis.

1 bis. La nomina a direttore sanitario e a direttore amministrativo è subordinata al possesso di idonea valutazione positiva dei risultati e degli obiettivi raggiunti nell'ultimo triennio nelle funzioni svolte. (2)

2. I provvedimenti di nomina del direttore sanitario e del direttore amministrativo sono pubblicati nel Bollettino Ufficiale della Regione Campania.

3. Contestualmente alla pubblicazione di cui al comma 2, i provvedimenti di nomina, corredati del relativo "curriculum vitae", sono pubblicati sul sito web della Giunta regionale, in apposita sezione dedicata all'elenco. Nella stessa sezione sono, altresì, pubblicati tutti i nominativi degli aspiranti alle cariche di direttore amministrativo e di direttore sanitario inseriti nell'elenco, nonché i relativi "curricula".

4. La Giunta regionale adotta i provvedimenti necessari all'attuazione delle disposizioni di cui al presente articolo.

(1) Articolo aggiunto dall'articolo 1, comma 1 della legge regionale 2 marzo 2006, n. 3.

(2) Comma aggiunto dall'articolo 22, comma 1, lettera g) della legge regionale 5 aprile 2016, n. 6.

Art. 23

Funzioni del direttore sanitario e del direttore amministrativo.

1. Il direttore sanitario e il direttore amministrativo svolgono le seguenti funzioni:

- a. esprimono, per quanto di competenza, parere obbligatorio al direttore generale sugli atti dello stesso, nonché, su ogni altra questione che venga loro sottoposta;*
- b. svolgono le funzioni e adottano gli atti ad essi delegati dal direttore generale;*
- c. formulano, per le materie di competenza, proposte al direttore generale, ai fini dell'elaborazione di piani e programmi nonché di progetti di attività;*
- d. curano, per quanto di competenza, l'attuazione dei programmi e dei piani dell'azienda attraverso uffici e servizi alle proprie dipendenze;*
- e. determinano, informandone le organizzazioni sindacali, i criteri generali di organizzazione dei servizi di rispettiva competenza, nell'ambito delle direttive ricevute dal direttore generale;*
- f. verificano e controllano l'attività dei dirigenti riferendone al direttore generale, anche ai fini del controllo interno di cui all'art. 18, comma 1, lettera e) della presente legge;*
- g. svolgono ogni altra funzione attribuita loro dalle leggi e dai regolamenti.*

Art. 24

Il coordinatore dei servizi sociali.

1. Nelle aziende sanitarie locali che abbiano assunto, ai sensi dell'art. 7 della presente legge, la gestione di attività e/o di servizi socio - assistenziali su delega degli enti locali, il direttore generale nomina, con provvedimento motivato, un coordinatore dei servizi sociali per la direzione di tali attività e/o servizi.

2. Il coordinatore dei servizi sociali è scelto tra laureati in Sociologia o in Psicologia con comprovate competenze che non abbiano compiuto il 65° anno di età e che abbiano svolto una qualificata attività tecnica in servizi sociali o sanitari in enti o strutture pubbliche o private di media o grande dimensione.

3. Al coordinatore dei servizi sociali si applicano tutte le altre norme previste per il rapporto di lavoro del direttore amministrativo e del direttore sanitario, per quanto compatibili.

Il trattamento economico dovrà comunque essere rapportato alla entità della popolazione effettivamente sentita. Il coordinatore cessa dall'incarico anche prima della scadenza del contratto, in caso di mancato rinnovo dell'intesa tra la Azienda sanitaria locale e l'ente locale.

Art. 25
Consiglio dei sanitari.

1. Il consiglio dei sanitari dell'azienda sanitaria locale è composto da 15 membri e precisamente:
 - a. il direttore sanitario con funzioni di presidente;
 - b) *otto medici di cui cinque ospedalieri, un medico veterinario e due medici convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale, ex articolo 48 della legge 23.12.78, n. 833, dei quali uno di medicina generale e pediatrica di libera scelta ed uno specialista ambulatoriale; (1)*
 - c. 2 operatori sanitari laureati non medici di cui 1 ospedaliero;
 - d. 2 unità del personale infermieristico di cui 1 ospedaliero;
 - e. 2 unità del personale tecnico - sanitario di cui 1 ospedaliero.

2. Nella azienda ospedaliera la composizione del consiglio dei sanitari è identica a quella prevista al comma precedente ed è interamente rappresentata da personale ospedaliero; va garantita, in ogni caso, la presenza dei responsabili dei dipartimenti ospedalieri che si aggiungono ai componenti elettivi del consiglio, senza diritto di voto.

3. I membri sono eletti, entro 45 giorni dalla data di immissione nelle funzioni del direttore generale, a scrutinio segreto dei dipendenti appartenenti alle rispettive categorie con l'espressione di non più di una, due o tre preferenze se gli eligendi sono fino a 2, fino a 3 o fino a 4 e di 4 preferenze se gli eligendi sono più di 5.

4. I regolamenti interni fissano le altre modalità ed i termini per gli scrutini e per la proclamazione degli eletti.

5. Il consiglio dei sanitari svolge funzioni di consulenza tecnico - sanitaria ed esprime parere obbligatorio su atti e provvedimenti che sono ad esso sottoposti dal direttore generale per le attività tecnico - sanitarie, anche sotto il profilo organizzativo, e per gli investimenti ad esse attinenti.

6. Il consiglio si esprime, inoltre, sulle attività di assistenza sanitaria e può formulare osservazioni e proposte sui piani pluriennali, sui programmi annuali e sui programmi per specifiche attività di assistenza.

7. I pareri del consiglio s'intendono acquisiti come favorevoli se non formulati entro dieci giorni dalla richiesta; in casi urgenti e motivati i pareri vanno formulati entro i più brevi termini indicati nella richiesta. 8. Le sedute sono valide con la presenza della maggioranza dei componenti, e le decisioni sono adottate con la maggioranza dei votanti. In caso di parità di voti prevale il voto del presidente.

9. Alle sedute del consiglio partecipano il responsabile del dipartimento di prevenzione ed il coordinatore dei servizi sociali, limitatamente alla trattazione degli argomenti iscritti all'ordine del giorno di rispettiva competenza.

(1) Lettera così sostituita dall'articolo 1 della legge regionale 13 agosto 1998, n. 12.

TITOLO IV
PATRIMONIO, FINANZIAMENTO E CONTABILITÀ

Art. 26
Patrimonio delle aziende.

1. Tutti i beni mobili, immobili, ivi compresi quelli da reddito, le attrezzature che alla data di entrata in vigore del D.Lgs. n. 502 del 1992 facevano parte del patrimonio dei comuni con vincolo di destinazione alle UU.SS.LL., sono trasferiti al patrimonio delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere. Sono parimenti trasferiti al patrimonio delle aziende sanitarie locali i beni di cui all'art. 65, comma 1, della legge 23.12.78, n. 833, così come sostituito dall'art. 21 del D.L. 12.9.93, n. 463, convertito con modificazioni nella legge 11.11.93, n. 638.

2. I beni di cui al comma 1 sono classificati in:
 - a. beni destinati all'erogazione dei servizi sanitari;
 - b. beni destinati a fornire rendite patrimoniali nonché, beni culturali ed artistico monumentali.

3. La Giunta regionale individua, con apposito provvedimento le modalità per il trasferimento dei suddetti beni alle aziende sanitarie locali ed alle aziende ospedaliere adottando tutte le misure e gli atti necessari.

4. Il trasferimento dei beni di cui al presente articolo è effettuato, al termine delle operazioni di cui al comma 3, con decreto del Presidente della Giunta regionale che costituisce titolo per l'apposita trascrizione dei beni.

Art. 27

Il finanziamento del Servizio sanitario regionale.

1. Il finanziamento del Servizio sanitario regionale è assicurato da:
 - a. i contributi di malattia attribuiti direttamente alla Regione ai sensi dell'articolo 11 del D.Lgs. n. 502 del 1992 e successive modifiche ed integrazioni;
 - b. la quota del fondo sanitario nazionale assegnata alla Regione ai sensi dell'articolo 12 del D.Lgs. n. 502 del 1992 e successive modifiche e integrazioni;
 - c. le entrate derivanti dalla mobilità sanitaria interregionale;
 - d. le entrate dirette delle aziende;
 - e. gli apporti aggiuntivi a carico del bilancio regionale diretti ad assicurare il finanziamento di livelli di assistenza stabiliti dalla Regione con il piano sanitario regionale;
 - f. i trasferimenti alla Regione per il finanziamento di spese in conto capitale, nonché, gli eventuali apporti aggiuntivi a carico del bilancio regionale per spese di investimento.
2. Le somme di cui alle lettere a), b), c), e) del precedente comma costituiscono il fondo sanitario regionale di parte corrente e quelle di cui alla lettera f) costituiscono il fondo sanitario regionale in conto capitale.
3. Le entrate dirette di cui al precedente comma 1, lettera d), che costituiscono fonti finanziarie per le aziende sanitarie locali e aziende ospedaliere, sono:
 - a. le quote di partecipazione alla spesa eventualmente dovute da parte dei cittadini;
 - b. i ricavi derivanti dall'esercizio delle attività libero professionali;
 - c. i ricavi derivanti dalla cessione di prestazioni e di servizi integrativi a pagamento, valorizzati sulla base dei tariffari vigenti;
 - d. i proventi derivanti da contratti e convenzioni;
 - e. le sopravvenienze connesse a lasciti e donazioni, nonché, i profitti derivanti dall'utilizzo del patrimonio dell'azienda.
4. Oltre a quanto previsto dal precedente comma, le aziende sanitarie locali e le aziende ospedaliere possono, previa autorizzazione della Giunta regionale, contrarre mutui o accedere ad altre forme di credito ai sensi di quanto previsto dall'art. 3, comma 5, lettera f) del D.Lgs. n. 502 del 1992 e successive modifiche ed integrazioni.
5. Le aziende possono contrarre anticipazioni di cassa presso il proprio tesoriere nella misura massima di un dodicesimo dell'ammontare annuo delle entrate previste nel bilancio di competenza, al netto delle partite di giro.

Art. 28

Ripartizione del fondo sanitario regionale.

1. Le risorse di cui all'articolo precedente sono destinate al finanziamento:
 - a. dei livelli uniformi di assistenza assicurati dalle aziende sanitarie locali ivi comprese le funzioni istituzionali assicurate dalle aziende ospedaliere nei limiti di cui all'articolo 4, comma 7 del D.Lgs. n. 502 del 1992 e successive modifiche ed integrazioni;
 - b. di interventi e attività sanitarie attuate mediante una gestione accentrata regionale in nome e per conto delle aziende sanitarie locali ed ospedaliere;
 - c. degli investimenti delle aziende, finalizzati alla salvaguardia e all'incremento del patrimonio.
2. La Giunta regionale, con proprio atto, provvede annualmente alla assegnazione del finanziamento di cui alle lettere a) e b) del precedente comma, stabilendo la ripartizione dello stesso tra le aziende sanitarie locali e le aziende ospedaliere.
3. La ripartizione alle aziende sanitarie locali si effettua sulla base dei seguenti criteri:
 - a. la quota capitaria riferita alla popolazione residente nell'ambito territoriale di ciascuna azienda calcolata al netto della stima delle entrate dirette e della mobilità sanitaria interregionale;
 - b. le prestazioni che ciascuna Azienda sanitaria locale ha assicurato nell'esercizio precedente ed è tenuta ad assicurare nel nuovo esercizio, al fine del conseguimento dei livelli uniformi di assistenza, anche in relazione ad eventuali, necessarie compensazioni delle mobilità interaziendali nell'ambito della Regione.
4. La erogazione dei finanziamenti alle aziende ospedaliere è finalizzata alla assegnazione di una quota integrativa degli introiti derivanti all'azienda dalle entrate dirette relative a:

- a. il pagamento delle prestazioni erogate sulla base di tariffe definite dalla Regione ai sensi dell'art 4, comma 7, lettera b) e dell'art. 8, comma 6, del D.Lgs. n. 502 del 1992 e successive modifiche ed integrazioni;
- b. le quote di partecipazione alla spesa, eventualmente dovute da parte dei cittadini;
- c. gli introiti connessi all'esercizio dell'attività libero - professionale dei diversi operatori ed i corrispettivi relativi a servizi integrativi a pagamento;
- d. i lasciti, le donazioni e le vendite derivanti dall'utilizzo del patrimonio dell'azienda ed eventuali altre risorse acquisite per contratti e convenzioni.

5. La quota integrativa di cui al comma 4 non può in ogni caso superare l'80% dei costi complessivi delle prestazioni che l'Azienda ospedaliera è nelle condizioni di erogare, rilevabili sulla base della contabilità.

6. In sede di ripartizione del finanziamento di cui ai precedenti commi viene accantonata una quota di riserva per le spese impreviste, nonché, per favorire il graduale conseguimento dell'equilibrio finanziario delle aziende sanitarie locali e aziende ospedaliere.

7. La Giunta regionale, entro 90 giorni dall'entrata in vigore della presente legge, emana le direttive per la determinazione e l'utilizzo delle tariffe nonché, per la regolazione dei rapporti inerenti l'acquisizione delle prestazioni previste dai livelli uniformi di assistenza, in coerenza con criteri e modalità di accreditamento delle strutture sanitarie ex art. 8, comma 4, del D.Lgs. n. 502 del 1992 e successive modifiche ed integrazioni, nonché, altri enti, ordini e strutture riconosciuti per legge e presenti sul territorio regionale, definiti dalla Giunta regionale entro lo stesso termine.

8. Al riparto del finanziamento di cui al comma 1, lettera C), del presente articolo provvede la Giunta regionale con proprio atto sulla base delle indicazioni contenute nel piano sanitario regionale e nel piano regionale ospedaliero.

9. Gli eventuali avanzi di amministrazione *nel rispetto dell'articolo 2430 c.c.* sono utilizzati dalle aziende sanitarie locali e dalle aziende ospedaliere per gli investimenti in conto capitale, per oneri di parte corrente nonché per eventuali forme di incentivazione al personale da definire in sede di contrattazione sindacale, secondo modalità e limiti previsti dagli accordi regionali decentrati. (1)

10. Le risorse derivanti da alienazioni patrimoniali delle aziende, autorizzate dalla Giunta regionale, sono destinate a spese di investimento per finalità coerenti con la programmazione sanitaria regionale.

10 bis. E' consentita l'alienazione del patrimonio strumentale, con le procedure di cui all'articolo 13 della legge regionale 1/2012, qualora l'intero ricavato sia reinvestito in analogo investimento strumentale più rispondente alle esigenze aziendali economiche. (2)

(1) Comma così sostituito dall'articolo 1, comma 1, lettera p) della legge regionale 21 luglio 2012, n. 23.

(2) Comma aggiunto dall'articolo 1, comma 1, lettera q) della legge regionale 21 luglio 2012, n. 23.

Art. 29

Sistema informativo e contabile delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere.

1. A decorrere dall'esercizio 1995, le aziende sanitarie locali e le aziende ospedaliere adottano obbligatoriamente i seguenti documenti contabili:

- a. bilancio pluriennale di previsione;
- b. bilancio preventivo economico annuale;
- c. conto consuntivo annuale.

2. Il bilancio pluriennale è elaborato con riferimento al piano pluriennale e agli altri strumenti della programmazione adottati dalle aziende e ne rappresenta l'attuazione in termini economici, finanziari e patrimoniali nell'arco considerato; il suo contenuto è articolato per anno ed è annualmente aggiornato per scorrimento.

3. Il bilancio preventivo economico annuale fornisce la dimostrazione analitica del previsto risultato economico complessivo finale dell'azienda per l'anno considerato.

Il bilancio pluriennale ed il bilancio economico preventivo sono deliberati dal direttore generale entro il 30 novembre di ciascun anno e trasmessi entro quindici giorni alla Giunta regionale.

4. Il conto consuntivo annuale rappresenta il risultato economico e la situazione patrimoniale e finanziaria dell'azienda; il conto economico è articolato altresì secondo i centri di responsabilità dell'azienda, con l'evidenziazione, in apposito allegato, dei conti della gestione socio - assistenziale.

5. Il conto consuntivo annuale è deliberato dal direttore generale entro il 30 aprile dell'anno successivo a quello cui si riferisce.

6. Le aziende devono tenere le seguenti scritture obbligatorie:

- a. il libro giornale;
- b. il libro degli inventari;
- c. il libro delle deliberazioni del direttore generale;
- d. il libro delle adunanze e dei verbali del collegio dei revisori.

Le aziende devono, altresì, tenere le altre scritture contabili previste dalle norme vigenti.

7. Entro 120 giorni dall'entrata in vigore della presente legge, la Giunta regionale provvede ad emanare direttive per la regolamentazione della gestione contabile e della valorizzazione del patrimonio delle aziende, nonché, per la definizione del piano dei conti e degli schemi obbligatori.

8. Le aziende adottano sistemi organici di controllo di gestione allo scopo di assicurare efficacia ed efficienza ai processi di acquisizione e di utilizzo delle risorse.

Le aziende sono tenute a rendere pubbliche annualmente le proprie analisi dei costi, dei rendimenti e dei risultati per centri di responsabilità.

9. Le aziende applicano obbligatoriamente la contabilità analitica e la metodologia del budget allo scopo di pervenire, su base temporale certa e con riferimento alle scelte programmatiche, alla formulazione di articolate e puntuali previsioni relativamente ai risultati da conseguire, alle attività da realizzare, alle risorse da acquisire ed utilizzare e agli investimenti da effettuare.

10. Entro 180 giorni dalla entrata in vigore della presente legge, la Giunta regionale emana direttive e criteri per lo sviluppo del sistema informativo, per l'applicazione della contabilità analitica e della metodica del budget, quali strumenti del controllo di gestione.

11. La Giunta regionale adotta le necessarie iniziative dirette a favorire lo sviluppo sistematico dell'informatica nelle aziende.

TITOLO V LA PROGRAMMAZIONE

Art. 30

I piani regionali.

1. Il piano sanitario regionale è lo strumento di programmazione complessiva di settore con il quale il Consiglio regionale, in adeguamento al piano sanitario nazionale, nell'ambito della programmazione regionale e delle relative politiche generali di bilancio, definisce gli obiettivi e le linee di governo del servizio sanitario regionale. Il piano sanitario regionale detta inoltre norme di indirizzo per la organizzazione dipartimentale delle aziende sanitarie.

2. Il piano sanitario regionale ha durata biennale ed è approvato dal Consiglio regionale su proposta della Giunta regionale entro il 31 dicembre dell'anno antecedente al triennio al quale si riferisce la programmazione.

3. Il piano sanitario regionale, sulla base di una rilevazione sistematica dei dati relativi a le strutture sanitarie pubbliche e private presenti sul territorio regionale nonché, di una stima del fabbisogno di servizi sanitari necessari a soddisfare la domanda di salute emergente dalla popolazione residente, definisce per il triennio di riferimento:

- a. le priorità di intervento ai fini del riequilibrio territoriale dei presidi e servizi sanitari, nonché, ai fini di un miglioramento della qualità delle prestazioni e dell'accessibilità alle stesse da parte dei cittadini, anche per il superamento di condizioni critiche evidenziate dagli indicatori epidemiologici;
- b. i livelli di assistenza, da assicurare in condizioni uniformi sul territorio regionale, con la specificazione delle prestazioni da garantire a tutti i soggetti assistibili, rapportata al volume delle risorse disponibili;
- c. le risorse finanziarie necessarie ad assicurare per ciascun anno del triennio i livelli di assistenza;
- d. i vincoli finanziari relativi a ciascun macrolivello di assistenza;
- e. gli standard generali di dotazione, sulla base dei profili organizzativi e funzionali delle aziende e dei criteri per l'accreditamento delle strutture sanitarie di cui all'art. 28, comma 7, della presente legge;
- f. gli indicatori di verifica della qualità delle prestazioni e dell'efficienza dei servizi delle aziende;
- g. gli ambiti entro i quali le istituzioni sanitarie private operano in maniera integrata con le aziende regionali;

h. i progetti obiettivo da realizzare tramite l'integrazione operativa ed il coordinamento funzionale dei servizi di competenza delle aziende;

i. le aziende programmate di rilievo regionale.

4. All'aggiornamento e/o alla modifica del piano sanitario regionale provvede il Consiglio regionale, su conforme proposta della Giunta regionale.

5. Per il triennio 1994-96 il piano sanitario regionale è approvato entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, recependo i livelli uniformi di assistenza di cui all'art. 6 della presente legge.

Art. 31

L'attuazione del piano sanitario regionale.

1. La Giunta regionale sovrintende all'attuazione del piano sanitario regionale e, a tal fine:
 - a. promuove ed indirizza la formulazione da parte delle aziende dei piani attuativi, attraverso l'emanazione di linee guida a carattere tecnico - operativo e di schemi tipo per la redazione degli elaborati;
 - b. supporta l'attività delle aziende attraverso i propri competenti settori;
 - c. controlla la conformità dei piani attuativi delle aziende e la congruenza delle attività programmate con le disposizioni in vigore, dettando eventuali prescrizioni di adeguamento;
 - d. sovrintende alle verifiche di gestione ed ai sistemi di Verifica e revisione della qualità - V.R.Q. - delle prestazioni e dei servizi erogati;
 - e. vigila sull'ordinato sviluppo dei programmi di attività previsti dai piani attuativi;
 - f. recepisce osservazioni e valutazioni dei sindaci o dei comitati di rappresentanza delle conferenze dei sindaci.

Art. 32

Piano regionale ospedaliero.

1. Ai sensi del combinato disposto degli artt. 4, comma 10 del D.Lgs. n. 502 del 1992 e successive modifiche ed integrazioni, 4, comma 3, della legge 30.12.91, n. 412, 8, comma 18 della legge 24.12.93, n. 537, e della legge regionale 11 gennaio 1994, n. 2, il Consiglio regionale, su proposta della Giunta regionale, approva, a stralcio del piano sanitario regionale 1994-96, il piano regionale ospedaliero entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge.

2. Il piano regionale ospedaliero provvede alla ridefinizione della rete ospedaliera regionale, specificando il dimensionamento e le funzioni delle strutture ospedaliere della regione, a completamento della riorganizzazione ospedaliera operata dalla legge regionale 11 gennaio 1994, n. 2.

3. Per i trienni successivi la pianificazione ospedaliera viene definiti nell'ambito del piano sanitario regionale.

TITOLO VI LE SPERIMENTAZIONI

Art. 33

Le sperimentazioni gestionali.

1. La Regione aderisce alle iniziative di sperimentazioni gestionali, sia regionali che interregionali. A tal fine individua e propone in sede di conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, quali delle aziende sanitarie e/o aziende ospedaliere possano essere destinate ad effettuare le predette sperimentazioni, ai sensi dell'art. 9 bis del D. Lgs. n. 502 del 1992 e successive modifiche ed integrazioni.

2. In conformità all'art. 4, comma 6, della legge 412 del 1991, in deroga alla normativa vigente, l'azienda o le aziende prescelte possono essere autorizzate, secondo gli indirizzi deliberati dalla Giunta regionale, ad attuare sperimentazioni gestionali attraverso convenzioni con organismi pubblici o privati per lo svolgimento, in forma integrata, sia di opere che di servizi, motivate da ragioni di convenienza e di miglioramento della qualità dell'assistenza.

3. Le sperimentazioni gestionali, nel rispetto dei livelli uniformi di assistenza e dei rispettivi finanziamenti, sono consentite nello spirito, con i criteri e per gli obiettivi di cui all'Atto d'intesa sottoscritto

tra Stato, regione e province autonome il 25 novembre 1993, pubblicato sulla Gazzetta ufficiale 12 gennaio 1994, supplemento ordinario n. 8. Esse comprendono anche le sperimentazioni riguardanti le modalità di pagamento e di remunerazione dei servizi nonché, quelle riguardanti servizi e prestazioni forniti da soggetti singoli, istituzioni ed associazioni volontarie di mutua assistenza aventi personalità giuridica, consorzi e società di servizi.

4. A tal fine la Regione con apposita legge promuove e realizza società miste a capitale pubblico e privato.

5. Le sperimentazioni autorizzate sono soggette a verifica annuale condotta in accordo con la conferenza permanente tra lo Stato, le regioni e le province autonome. Al termine del primo triennio di sperimentazione la Regione, di concerto con il Governo, adotta i provvedimenti conseguenti.

TITOLO VII I CONTROLLI

Art. 34

Controllo di qualità.

1. La qualità dell'assistenza nei confronti della generalità dei cittadini è assicurata attraverso l'adozione, in via ordinaria, del metodo della verifica e revisione della qualità e della quantità delle prestazioni delle aziende.

2. A tal fine il direttore generale dell'azienda definisce un sistema di indicatori così costituito:

- a. indicatori di governo, sulla base di disposizioni statali e regionali;
- b. indicatori del grado di soddisfazione dell'utenza, sulla base dei dati forniti dagli uffici di cui agli artt. 9 e 15 commi 3 e 4, della presente legge nonché, sulla base della consultazione degli organismi di cui al successivo art. 39;
- c. indicatori relativi alla qualità degli interventi e delle procedure diagnostico - terapeutiche adottate nelle strutture di erogazione dell'assistenza;
- d. indicatori sui risultati delle attività preventive, curative e riabilitative.

3. Il direttore generale dell'azienda programma studi di V.R.Q., costituendo apposite commissioni professionali, secondo le norme vigenti in materia, avvalendosi anche dell'apporto del direttore amministrativo, del direttore sanitario e del consiglio dei sanitari e del coordinatore dei servizi sociali ove presente, può programmare altresì, sentiti i predetti organismi, attività di formazione e aggiornamento del personale.

4. In fase di prima applicazione le commissioni di cui al precedente comma sono costituite dal direttore generale secondo quanto previsto ai commi; 7 degli artt. 69 e 135 del D.P.R. 28.11.90, n. 384, in quanto applicabili.

Art. 35

Vigilanza e controllo regionale sugli atti delle aziende.

1. La Giunta regionale esercita la vigilanza ed il controllo sull'attività delle aziende mediante:

- a. la permanente attività ispettiva svolta dai propri servizi ispettivi anche ai sensi del comma 2 dell'art. 10 del D.Lgs. n. 502 del 1992 e successive modifiche ed integrazioni;
- b. il controllo preventivo, mediante approvazione degli atti del direttore generale inerenti:
 1. lo statuto ed i regolamenti;
 2. i piani attuativi del piano sanitario regionale;
 3. il bilancio pluriennale di previsione;
 4. il bilancio preventivo economico annuale;
 5. il conto consuntivo;
 6. la destinazione dell'eventuale avanzo di esercizio nonché, le modalità di copertura degli eventuali disavanzi;
 7. le convenzioni con l'Università;
 8. gli atti previsti dall'art. 4, comma 8, della legge n. 412 del 1991.

2. Gli atti di cui a, precedente comma, limitatamente ai numeri 2, 3 e 4, sono inviati preventivamente ai sensi dell'art. 21 della presente legge al sindaco o al comitato di rappresentanza della conferenza dei sindaci

che esprime le proprie osservazioni entro i termini di 15 giorni dalla trasmissione. Alla scadenza del suddetto termine gli atti sono comunque sottoposti all'approvazione della Giunta regionale.

3. Gli atti di cui ai numeri 3, 4, 5 e 6 del precedente comma 1 devono essere inviati alla Giunta regionale corredati dal parere del collegio dei revisori.

4. Tutti gli atti di cui al precedente comma 1 si intendono approvati dalla Giunta regionale, decorso il termine di 40 giorni dal loro ricevimento. Tale termine può essere interrotto una sola volta a seguito di chiarimenti o elementi integrativi richiesti dalla Giunta regionale.

5. I chiarimenti e gli elementi integrativi di cui al comma precedente devono pervenire, a pena decadenza, entro i successivi 15 giorni e da tale data decorre nuovamente il termine di 20 giorni.

6. Gli atti del direttore generale non soggetti al controllo preventivo della Giunta regionale sono efficaci trascorsi 10 giorni dalla pubblicazione nell'albo della sede dell'azienda.

7. Nei casi previsti dalla normativa vigente la Giunta Regionale esercita il controllo sostitutivo mediante la nomina di commissari per l'adozione degli atti. *Il commissariamento delle Aziende sanitarie locali, se non effettuato con atto del governo nazionale, è atto straordinario di amministrazione e non rinnovabile. Al fine di garantire trasparenza ed informazione sugli atti adottati, è istituita, d'intesa con la Commissione consiliare competente in materia di sanità e su disposizione dell'Ufficio di Presidenza del Consiglio regionale, una Commissione paritetica di monitoraggio e controllo sugli atti adottati.* (1)

7 bis. Il commissariamento delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere non può protrarsi per un periodo superiore a dodici mesi non rinnovabile. (2)

7 ter. La Giunta regionale relaziona il Consiglio, con cadenza annuale, sullo stato di attuazione dei programmi, sul conseguimento degli obiettivi di salute, assistenziali ed economici delle Aziende sanitarie locali e delle Aziende ospedaliere, con particolare riferimento agli indicatori relativi all'andamento del deficit, dei contenziosi, della migrazione sanitaria e dei tempi di attesa per l'erogazione delle prestazioni sanitarie e ospedaliere. (3)

(1) Periodo aggiunto dall'articolo 2, comma 5 della legge regionale 10 maggio 2012, n. 11.

(2) Comma aggiunto dall'articolo 1, comma 1, lettera r) della legge regionale 21 luglio 2012, n. 23.

(3) Comma aggiunto dall'articolo 2, comma 2 della legge regionale 8 giugno 2016, n. 15.

Art. 35 bis (1)

(Sistemi di controllo e sanzioni per i direttori generali delle Aziende sanitarie)

1. I direttori generali delle Aziende sanitarie e ospedaliere della Campania esercitano i poteri di gestione e di controllo rispetto alle attività delle stesse Aziende nonché agli atti di programmazione e agli atti amministrativi di indirizzo emanati dalla Giunta regionale.

2. La Giunta regionale esercita i poteri di controllo sui bilanci preventivi e consuntivi, sul rispetto dell'equilibrio economico-finanziario attraverso i flussi informativi previsti dalla normativa vigente e l'esame delle relazioni trimestrali dei Collegi dei revisori dei conti delle singole Aziende sanitarie e ospedaliere.

3. In caso di mancato rispetto dell'equilibrio economico-finanziario, o in caso di omessa o incompleta trasmissione, nei tempi stabiliti dalle normative statali e regionali di riferimento, dei flussi informativi obbligatori, delle informazioni relative alla mobilità sanitaria e dei bilanci preventivi, trimestrali e consuntivi, la Giunta regionale è autorizzata a disporre la non corresponsione dell'incentivo di cui all'articolo 3bis, comma 6 del decreto legislativo 502/1992 previsto per gli organi delle Aziende sanitarie: direttore generale, direttore sanitario e direttore amministrativo, nella misura complessiva di tale compenso.

4. Le misure sanzionatorie di cui al comma 3 ed il mancato rispetto delle disposizioni di cui alla presente legge sono segnalate dalla amministrazione regionale alla sezione giurisdizionale della Corte dei conti per l'applicazione delle sanzioni previste dalla normativa vigente.

5. La Giunta regionale provvede, se applica per due volte le misure sanzionatorie di cui al comma 3, alla contestuale revoca dei direttori interessati.

(1) Articolo aggiunto dall'articolo 2, comma 3 della legge regionale 8 giugno 2016, n. 15.

TITOLO VIII IL PERSONALE

Art. 36

Rapporto d'impiego.

1. Il rapporto d'impiego del personale delle aziende è disciplinato dalla normativa statale di cui al D.Lgs. n. 29 del 1993 e successive modifiche ed integrazioni, dal D.Lgs. n. 502 del 1992 e successive modifiche ed integrazioni, dal D.P.R. 20.12.79, n. 761 per la parte ancora vigente, nonché, dal regolamento del personale adottato dal direttore generale dell'azienda.

2. Il personale in servizio presso le preesistenti UU.SS.LL. alla data di costituzione delle aziende transita alle medesime senza soluzione di continuità nel rapporto di impiego e conserva la posizione e lo status giuridico acquisiti fino all'adozione dei provvedimenti di inquadramento nelle piante organiche di cui al successivo art. 37.

3. Lo stesso personale mantiene altresì il trattamento economico in godimento fino alla data di entrata in vigore del nuovo contratto collettivo di lavoro per l'area di pertinenza.

4. Il personale in servizio presso le preesistenti UU.SS.LL. alla data di costituzione delle aziende da destinare all'agenzia regionale di cui all'art. 13, comma 2, della presente legge transita provvisoriamente nei dipartimenti di prevenzione di cui al precedente art. 12 e fino alla costituzione dell'agenzia, conservando posizione, status giuridico e trattamento economico già in godimento.

Articolo 36-bis (1)

Conferimento dell'incarico dirigenziale di direttore di struttura complessa di aziende sanitarie ed ospedaliere

1. *L'incarico di direzione di struttura complessa è conferito dal direttore generale dell'azienda sanitaria locale competente, previa pubblicazione di un avviso nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana almeno trenta giorni prima della valutazione, sulla base di una rosa di tre candidati in possesso dei requisiti previsti dall'articolo 15, comma 7, del decreto legislativo 30.12.92, n. 502, redatta dalla commissione di valutazione tecnica di cui al comma 3. (2)*

[2. La graduatoria è formata sulla base di punteggi attribuiti in relazione ai criteri fissati dall'articolo 15, comma 7, del decreto legislativo n. 502/92 e dal decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484, con la seguente proporzione: fino a 25 punti per il colloquio, fino a 50 punti per titoli attinenti le attività professionali e direzionali-organizzative, fino a 25 punti per titoli di studio, attività scientifica e pubblicazioni, per un totale massimo di 100 punti.] (3)

3. *La commissione è costituita dopo la scadenza dei termini per la presentazione delle domande, ai sensi del comma 7 bis dell'articolo 15, del decreto legislativo 30.12.92, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421), che ne disciplina la composizione e le modalità di nomina. (4)*

4. *L'elenco, di cui al comma 3, è formato entro novanta giorni dalla data di pubblicazione della presente legge ed è suddiviso per sezioni corrispondenti ciascuna alle diverse discipline che possono formare oggetto di incarico. L'elenco è pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana al fine di consentire, entro trenta giorni, l'integrazione, su domanda, dei dirigenti di struttura complessa erroneamente omessi ed è soggetto a revisione annuale. In esso sono inseriti i dirigenti delle strutture complesse presenti nel territorio nazionale.*

5. *Il rapporto del direttore di struttura complessa con l'azienda sanitaria locale è regolamentato mediante contratto di diritto privato.*

L'incarico di direzione della struttura complessa ha durata minima di cinque e massima di sette anni ed è rinnovabile per lo stesso periodo o per un periodo più breve sulla base di un provvedimento motivato, che tenga conto, fra l'altro, dei risultati di gestione, valutati secondo le modalità individuate dall'articolo 36-ter.

6. *Il direttore generale, all'atto della nomina della commissione, provvede alla fissazione di un termine, che comunque non può essere superiore a sessanta giorni tranne che per disposizione della Giunta regionale o per oggettive cause di forza maggiore, entro il quale la Commissione stessa, a pena di decadenza, deve concludere i propri lavori e stabilisce, altresì, il compenso spettante ai componenti non dipendenti dal servizio sanitario della regione Campania. Ai commissari spetta, inoltre, il rimborso delle spese, debitamente documentate, sostenute per vitto, alloggio e viaggio. Il pagamento dei compensi ai commissari*

ed il rimborso delle relative spese competono all'azienda sanitaria locale che si avvale dell'opera della commissione di valutazione tecnica. (5)

6 bis. Al fine di evitare ulteriore aggravio di spesa al bilancio regionale e garantire livelli qualitativi dell'assistenza sanitaria qualora, a seguito di mobilità intra regionale, i dirigenti del ruolo sanitario medico trovino nell'Azienda o Asl di arrivo adeguati criteri di formulazione della griglia di incarichi dirigenziali, in accordo con l'atto aziendale, possono conservare il diritto alla retribuzione del trattamento accessorio legato alla retribuzione di posizione. (6)

(1) Articolo aggiunto dall'articolo 2, comma 1 della legge regionale 2 marzo 2006, n. 3.

(2) Comma successivamente modificato dall'articolo 1, comma 234 della legge regionale 15 marzo 2011, n. 4.

(3) Comma abrogato dall'articolo 1, comma 235 della legge regionale 15 marzo 2011, n. 4.

(4) Comma dapprima modificato dall'articolo 1, comma 236 della legge regionale 15 marzo 2011, n. 4 successivamente dall'articolo 22, comma 1, lettera h) della legge regionale 5 aprile 2016, n. 6.

(5) Comma successivamente modificato dall'articolo 1, comma 237 della legge regionale 15 marzo 2011, n. 4.

(6) Comma aggiunto dall'articolo 1, comma 1, lettera s) della legge regionale 21 luglio 2012, n. 23.

Articolo 36-ter

Funzioni del responsabile di struttura complessa e risultati di gestione

1. Ai dirigenti cui vengono affidati gli incarichi di cui all'articolo 36-bis, sono attribuite, oltre a quelle derivanti da specifiche competenze professionali, funzioni di direzione ed organizzazione della struttura, da attuarsi, nell'ambito degli indirizzi operativi e gestionali del dipartimento di appartenenza, anche mediante direttive a tutto il personale operante nella stessa.

2. Per il perseguimento dei fini di cui al comma 1, il responsabile di struttura complessa adotta ogni provvedimento necessario al corretto espletamento del servizio e funzionale a garantire l'appropriatezza degli interventi, in relazione alla natura dell'attività demandata alla struttura cui è preposto.

3. Il dirigente, al quale è affidato l'incarico di cui all'articolo 36-bis, è responsabile dell'efficace ed efficiente gestione delle risorse attribuite.

4. I risultati della gestione sono sottoposti a verifica da parte dell'organismo di valutazione della dirigenza.

5. La verifica di cui al comma 4 può condurre, limitatamente al primo anno di servizio, all'esercizio da parte del direttore generale della facoltà di recesso unilaterale del contratto di diritto privato.

6. Per quanto non previsto dalla presente legge, agli incarichi di direzione di struttura complessa si applicano le norme statali vigenti.

(1) Articolo aggiunto dall'articolo 2, comma 1 della legge regionale 2 marzo 2006, n. 3.

Articolo 36-quater

Procedure concorsuali

1. Tutte le procedure concorsuali e paraconcorsuali poste in essere dalle aziende del servizio sanitario regionale devono essere concluse, tranne che per diverse disposizioni di legge o per oggettive cause di forza maggiore o per esplicita disposizione della Giunta regionale, entro tre mesi dalla data di costituzione della Commissione.

La costituzione deve essere formalizzata dai competenti uffici della struttura aziendale entro quindici giorni dal completamento delle designazioni dei componenti.

(1) Articolo aggiunto dall'articolo 2, comma 1 della legge regionale 2 marzo 2006, n. 3.

Art. 37

Piante organiche.

1. Entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, i direttori generali definiscono l'assetto organizzativo delle aziende e le relative piante organiche con riferimento agli artt. 5 e 3 del D.Lgs. n. 29 del 1993 e successive modifiche ed integrazioni, 3, comma 5, della legge 24.12.93, n. 537, nonché, agli standard indicati nella presente legge, nel piano regionale ospedaliero e nel piano sanitario regionale. In particolare verificano lo stato di attuazione, nell'ambito delle strutture e dei presidi dell'azienda sanitaria ospedaliera, delle prescrizioni della L.R. n. 2 del 1994, adottando gli atti di propria competenza necessari all'attuazione della legge, compatibilmente con la normativa nazionale.

2. È demandato alla Giunta regionale, previo accordo con le confederazioni e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative del comparto del personale del servizio sanitario, definire criteri, ai sensi

dell'art. 35 del D.Lgs. n. 29 del 1993 e successive modifiche ed integrazioni, per l'attuazione della mobilità del personale eventualmente risultato in esubero, a seguito della definizione delle piante organiche.

Art. 38

Piante organiche provvisorie.

1. Fino all'approvazione delle piante organiche di cui al precedente art. 37, la consistenza delle piante organiche delle aziende ospedaliere e delle aziende sanitarie locali è provvisoriamente determinata sulla base della confluenza delle piante organiche fissate dalle preesistenti UU.SS.LL. alla data del 1° gennaio 1994 in conformità dell'art. 3, comma 6, della legge 24.12.93, n. 537, e dei relativi indirizzi regionali.

2. La determinazione provvisoria delle piante organiche di cui al precedente comma si effettua con le seguenti modalità:

a. le piante organiche provvisorie delle aziende ospedaliere sono costituite dai posti organici dei presidi ospedalieri di cui all'allegato B) della presente legge, confluiti nelle rispettive aziende ospedaliere;

b. nell'Azienda sanitaria locale di Napoli 1 le piante organiche provvisorie sono costituite dalla sommatoria delle piante organiche delle UU.SS.LL. confluite, ad esclusione dei posti organici dei presidi ospedalieri costituiti in aziende ospedaliere nonché, di quelli relativi ai presidi ed ai servizi ubicati nei comuni di Capri ed Anacapri che confluiscono nella pianta organica provvisoria dell'Azienda sanitaria locale Napoli 5;

c. nelle aziende sanitarie locali delle province di Avellino, Benevento, Caserta, Napoli e Salerno, le piante organiche provvisorie sono costituite dalla sommatoria delle piante organiche delle UU.SS.LL. confluite, nei rispettivi ambiti territoriali ad esclusione dei posti organici dei presidi ospedalieri costituiti in aziende ospedaliere. Vanno, altresì, esclusi i posti delle piante organiche di presidi e servizi ubicati in comuni ricadenti in altra provincia o nell'ambito territoriale di altra Azienda sanitaria locale nonché, in carenza di specifiche piante organiche, i posti organici del personale operante presso tali servizi e presidi che saranno conseguentemente computati nella pianta organica provvisoria della Azienda sanitaria locale sul cui ambito territoriale è ubicato il presidio o servizio così come riportato nell'allegato C della presente legge;

3. I direttori generali delle aziende ospedaliere e delle aziende sanitarie locali adottano il provvedimento ricognitivo delle piante organiche provvisorie, attenendosi alle disposizioni di cui ai precedenti commi 1 e 2, entro 10 gg. dalla data di costituzione delle aziende.

TITOLO IX

PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI

Art. 39

Diritti dei cittadini.

1. La Regione promuove il costante adeguamento delle strutture e delle prestazioni del Servizio sanitario regionale alle esigenze dei cittadini utenti.

2. A tal fine il rilievo sistematico del grado di soddisfazione degli utenti costituisce elemento di riferimento nella programmazione sanitaria regionale.

3. La Regione si avvale, a questo scopo, ai sensi dell'art. 14 del D.Lgs. n. 502 del 1992 e successive modifiche ed integrazioni, di un sistema di indicatori per la verifica della qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie, comprese quelle preventive, in relazione alla personalizzazione ed umanizzazione dell'assistenza, nonché, al diritto all'informazione.

4. Ai cittadini, alle loro organizzazioni anche sindacali ed, in particolare, agli organismi di volontariato e di tutela dei diritti è garantito un adeguato spazio propositivo nella fase di impostazione delle linee programmatiche regionali, anche attraverso l'utilizzazione delle informazioni raccolte da tali soggetti sull'organizzazione dei servizi.

5. Al sindaco o al comitato di rappresentanza della conferenza dei sindaci è affidata la vigilanza sul buon andamento dei servizi e sulla accessibilità e fruibilità degli stessi; in particolare il sindaco o il comitato di rappresentanza dei sindaci verificano l'attuazione delle disposizioni di cui all'art. 14, comma 5, del D.Lgs. n. 502 del 1992 e successive modifiche ed integrazioni, attraverso l'ufficio di cui agli artt. 9, comma 3, e 15, comma 3.

6. Per le finalità di cui al settimo comma dell'art. 14 del D.Lgs. n. 502 del 1992 e successive modifiche ed integrazioni, le aziende sanitarie locali e le aziende ospedaliere si attengono a quanto previsto dalla L.R. 8 febbraio 1993, n. 9.

TITOLO X NORME TRANSITORIE

Art. 40

Costituzione delle aziende.

1. Entro il 30.9.1994 il Presidente della Giunta regionale con separati decreti, su conformi deliberazioni della Giunta, costituisce le aziende di cui agli artt. 5 e 14 della presente legge e nomina i rispettivi direttori generali.

2. Entro il medesimo termine il Presidente della Giunta regionale, con separati decreti, costituisce in aziende ospedaliere di rilievo regionale gli ospedali di cui all'art. 31 della legge regionale 11.1.1994, n. 2, in possesso dei requisiti previsti al titolo V della legge medesima, previa verifica dell'attestazione deliberata dalla Giunta regionale, sentita la V commissione consiliare permanente. Con le medesime modalità si provvederà in coerenza con il piano regionale ospedaliero a costituire le ulteriori aziende ospedaliere di rilievo regionale di cui all'art. 31 della L.R. n. 2 del 1994, ad avvenuta acquisizione dei requisiti prescritti dal titolo V della legge medesima.

3. Con i medesimi decreti o con successivi, su conformi deliberazioni della Giunta, il Presidente provvede all'immissione nelle funzioni dei direttori generali, previa sottoscrizione del contratto di cui al precedente art. 18, comma 5, nonché:

- a. al trasferimento provvisorio del personale in servizio alla data di costituzione delle aziende presso le preesistenti UU.SS.LL. secondo quanto previsto dal successivo art. 41;
- b. all'assegnazione provvisoria, fino agli adempimenti di cui al precedente art. 26, comma 3, dei beni, dei presidi e dei servizi afferenti alle preesistenti UU.SS.LL. alle aziende sanitarie locali e alle aziende ospedaliere secondo la loro collocazione territoriale e le loro attività;
- c. all'assegnazione provvisoria della quota del fondo sanitario regionale ai fini dell'adozione da parte di ciascuna azienda del bilancio di previsione.

Art. 41

Personale.

1. Il personale in servizio alla data di costituzione delle aziende ospedaliere e delle aziende sanitarie locali è trasferito alle medesime ed è provvisoriamente utilizzato presso i presidi servizi ed uffici di appartenenza per essere inquadrato, fino all'adozione delle piante organiche definitive da parte dei direttori generali, nelle piante organiche provvisorie di cui al precedente art. 38. Il personale in posizione di comando, su propria richiesta può optare per l'assegnazione provvisoria all'Azienda sanitaria o ospedaliera in cui è confluito il presidio di provenienza.

2. Con successivi decreti, su richiesta dei direttori generali, sentito il consiglio dei sanitari, il Presidente della Giunta regionale, su conformi delibere della Giunta, dispone ulteriori assegnazioni provvisorie di personale dalle aziende ospedaliere alle aziende sanitarie locali e viceversa sulla base di emergenti necessità di ridimensionamento o potenziamento di presidi e servizi delle aziende.

3. In ragione delle ulteriori assegnazioni di cui al comma precedente le piante organiche delle aziende ospedaliere e aziende sanitarie locali dovranno conseguentemente essere incrementate o ridimensionate.

3 bis. La Giunta Regionale definisce le linee guida per la determinazione omogenea di unità di personale da assegnare ai Servizi ospedalieri e territoriali, per la definizione delle dotazioni organiche delle Aziende sanitarie previste negli Atti aziendali. (1)

(1) Comma aggiunto dall'articolo 3, comma 7 della legge regionale 23 dicembre 2015, n. 20.

Art. 42

Finanziamenti, contabilità, contratti e convenzioni.

1. La quota parte del fondo sanitario regionale di parte corrente dell'anno 1994, non ancora erogata alla data di costituzione delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, costituisce il fondo di avvio del nuovo ordinamento sanitario regionale. Il riparto di tale fondo alle aziende sarà effettuato con i criteri previsti dal precedente art. 28, per quanto applicabili.

2. Le assegnazioni dei fondi in conto capitale alle preesistenti UU.SS.LL., per l'utilizzazione dei quali, alla data di entrata in vigore della presente legge non risultino attivate le gare per l'acquisizione di beni o

esecuzione di opere, sono revocate dalla Giunta regionale che provvede a ridistribuire tali risorse alle aziende sanitarie locali e alle aziende ospedaliere.

3. La contabilità finanziaria, così come normata dalla legge regionale 11.11.80, n. 63, viene mantenuta, in via provvisoria, fino ad un esercizio successivo a quello dell'effettiva adozione, da parte delle aziende, delle norme previste dalla presente legge in materia di contabilità economica.

4. I contratti per la fornitura di beni e servizi stipulati dalle preesistenti UU.SS.LL. ed ancora in essere all'atto della costituzione delle aziende sanitarie locali possono essere prorogati a tutto il 1994, salvo rinegoziazione di quelli concernenti il medesimo oggetto, allo scopo di unificare le condizioni contrattuali al livello più favorevole, nell'osservanza, comunque, di quanto previsto dall'art. 6 della legge 24.12.93, n. 537.

5. I direttori generali delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere definiscono intese per il subentro delle aziende ospedaliere nei contratti in essere stipulati dalle preesistenti UU.SS.LL., per la fornitura di beni e servizi destinati ai presidi ospedalieri costituiti in azienda.

6. Fermo restando quanto previsto dall'art. 4, comma 2, della legge 30.12.91, n. 412, i rapporti di cui al comma 7 dell'art. 8 del D.Lgs. n. 502 del 1992 e successive modifiche ed integrazioni, vigenti alla data di entrata in vigore della presente legge, ivi compresi quelli operanti nel regime di proroga, sono mantenuti fino all'adozione dei provvedimenti di cui all'art. 28, comma 7, della presente legge e, comunque, non oltre il termine di cui al comma 7 dell'art. 8 del D.Lgs. n. 502 del 1992.

Art. 43

Servizio di tesoreria.

1. Entro e non oltre il 31 dicembre 1994 le aziende sanitarie locali e le aziende ospedaliere devono espletare le procedure per l'affidamento del servizio di tesoreria unica per ciascuna azienda.

2. Dalla data di immissione delle funzioni dei direttori generali e fino alla data di espletamento delle procedure di cui al comma precedente il servizio di tesoreria deve essere affidato al tesoriere della U.S.L. confluita nella Azienda sanitaria locale che nell'anno 1993 ha gestito il maggior volume di risorse di parte corrente.

3. Le aziende ospedaliere, in via transitoria e fino all'espletamento delle procedure di cui al comma 1, affidano il servizio tesoreria al tesoriere della preesistente U.S.L. dalla quale sono state scorporate.

Art. 44

Collegi dei revisori.

1. Fino alla nomina del collegio dei revisori dei conti di cui all'art. 19 della presente legge, le funzioni del collegio dei revisori delle aziende ospedaliere sono svolte dal collegio dei revisori della U.S.L., dalla quale l'azienda è stata scorporata.

2. Le funzioni di cui al primo comma per le aziende sanitarie locali sono svolte dal collegio dei revisori della U.S.L. che, tra quelle confluite nell'azienda, ha amministrato nell'anno 1993 il maggior volume di risorse finanziarie di parte corrente. Nel caso in cui detto collegio, ai sensi del comma 1, sia chiamato a svolgere le funzioni provvisorie per l'Azienda ospedaliera, le funzioni provvisorie per l'Azienda sanitaria locale sono affidate al collegio della U.S.L. che, esclusa la prima, ha amministrato il maggior volume di risorse.

TITOLO XI NORME FINALI

Art. 45

Norma abrogativa.

1. Sono abrogate le disposizioni contenute in altre leggi regionali in contrasto o non compatibili con quelle della presente legge.

Art. 46

Norma finanziaria.

1. All'onere derivante dall'attuazione della presente legge per l'anno 1994, si fa fronte con la quota del fondo sanitario nazionale assegnata alla Regione per il corrente anno.

Art. 47

1. La presente legge è dichiarata urgente ai sensi del 2° comma dell'articolo 127 della Costituzione ed entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nel Bollettino Ufficiale della Regione Campania.

La presente legge sarà pubblicata nel Bollettino Ufficiale della Regione Campania.

E' fatto obbligo, a chiunque spetti, di osservarla e farla osservare come legge della Regione Campania.

3 novembre 1994

Grasso

LE AZIENDE SANITARIE LOCALI

<i>Aziende Sanitarie Locali</i>	<i>Comuni afferenti</i>	<i>Abitanti</i>
<i>Avellino 1 (AV 1)</i>	<i>Tutti i comuni degli ambiti territoriale delle UU.SS.LL. 1 e 2</i>	<i>177949</i>
<i>Avellino 2 (AV 2)</i>	<i>Tutti i comuni degli ambiti territoriale delle UU.SS.LL. 3 e 4 compresi i comuni di Cervinara, Rotondi, Roccabascerana, San Martino Valle Caudina, (già dell' ambito territoriale della USL 6)</i>	<i>260.616</i>
<i>Benevento 1 (BN 1)</i>	<i>Tutti i comuni degli ambiti territoriale delle UU.SS.LL. 5, 6, 7, 8 e 9 ad eccezione dei comuni di Cervinara, Rotondi, Roccabascerana, San Martino Valle Caudina.</i>	<i>333.721</i>
<i>Caserta 1 (CE 1)</i>	<i>Tutti i comuni degli ambiti territoriali delle UU.SS.LL. 10, 11, 12, 15, 16 e 17 ad eccezione dei comuni di Rocchetta e Croce, Sparanise e Calvi Risorta.</i>	<i>394.465</i>
<i>Caserta 2 (CE 2)</i>	<i>Tutti i comuni degli ambiti territoriali delle UU.SS.LL. 13, 14, 18, 19 e 20 compresi: Rocchetta e Croce, Sparanise e Calvi Risorta (già USL 10).</i>	<i>421.348</i>
<i>Napoli 1 (NA 1)</i>	<i>Comune di Napoli - UU.SS.LL. 37 tranne Capri ed Anacapri, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46.</i>	<i>1.067.399</i>
<i>Napoli 2 (NA 2)</i>	<i>Tutti i comuni degli ambiti territoriali delle UU.SS.LL. 21, 22 e 23.</i>	<i>409.994</i>
<i>Napoli 3 (NA 3)</i>	<i>Tutti i comuni degli ambiti territoriali delle UU.SS.LL. 24, 25 e 26.</i>	<i>379.254</i>
<i>Napoli 4 (NA 4)</i>	<i>Tutti i comuni degli ambiti territoriali delle UU.SS.LL. 27, 28, 29 e 33.</i>	<i>490.394</i>
<i>Napoli 5 (NA 5)</i>	<i>Tutti i comuni degli ambiti territoriali delle UU.SS.LL. 30, 31, 32, 34, 35 e 36 compresi i comuni di Capri ed Anacapri (già dell' ambito USL 37).</i>	<i>667.800</i>
<i>Salerno (SA 1)</i>	<i>Tutti i comuni degli ambiti territoriali delle UU.SS.LL. 50, 51 e 52, compresi i comuni di Roccapiemonte e Castel San Giorgio ed esclusi i comuni di Bracigliano e Siano.</i>	<i>301.380</i>
<i>Salerno 2 (SA 2)</i>	<i>Tutti i comuni degli ambiti territoriali delle UU.SS.LL. 48, 48, 49, 53, 54, 55 e 56, compresi i comuni di Bracigliano e Siano ed esclusi i comuni di Roccapiemonte e Castel San Giorgio.</i>	<i>490.683</i>
<i>Salerno 3 (SA 3)</i>	<i>Tutti i comuni degli ambiti territoriali delle UU.SS.LL. 57, 58, 59, 60 e 61.</i>	<i>274.118</i>
<i>Totale Campania</i>		<i>5.669.121</i>

(1) Allegato così sostituito dall'allegato A della legge regionale 21 aprile 1997. n. 13

LE AZIENDE OSPEDALIERE DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE

1. Ospedale Cardarelli di Napoli
2. Ospedale Santobono di Napoli
3. Complesso Ospedaliero Monaldi/Cotugno di Napoli
4. Ospedale S. Giovanni di Dio di Salerno
5. Ospedale S. Giuseppe Moscati di Avellino
6. Ospedale G. Rummo di Benevento
7. Ospedale Multizonale di Caserta

AZIENDA OSPEDALIERA CARDARELLI - NAPOLI
OSPEDALE DI RILIEVO NAZIONALE (D.P.C.M. 8.APRILE 1993)
CENTRO DI EMERGENZA REGIONALE (L.R. 11 GENNAIO 1994, N. 2)

INDICAZIONI FUNZIONALI

da adeguarsi ai sensi dell'art. 14, comma 1

A. POLO DELL'EMERGENZA

Posti letto 269

A.1. DIPARTIMENTI

A.1.1. DIPARTIMENTO DELL'EMERGENZA E ACCETTAZIONE

DISCIPLINE E UNITA' OPERATIVE AFFERENTI:

ACCETTAZIONE SANITARIA

CHIRURGIA D'URGENZA (CON TERAPIA SUBINTENSIVA)

OSSERVAZIONE POLISPECIALISTICA

NEUROCHIRURGIE

TERAPIA INTENSIVA POST - OPERATORIA - NEUROCHIRURGICA

MEDICINA DI URGENZA

OSSERVAZIONE MEDICA

CARDIOLOGIA

UNITA' CORONARICA

NEONATOLOGIA CON T.I.N.

RIANIMAZIONE E T.I. ADULTI

CENTRO ANTIVELENO

CHIRURGIA PLASTICA DI URGENZA

ORTOTRAUMATOLOGIA

EXANGUINO TRASFUSIONE

A.2. AREA SERVIZI

GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA

SISTEMA DI ALLARME SANITARIO (C.O.RE.)

CHIRURGIA MAXILLOFACCIALE E ODONTOSTOMATOLOGIA

NEUROFISIOPATOLOGIA

P.S.: MEDICO CHIRURGICO, ORTOPEDICO, ORL, OCULISTICO, UROLOGICO
CARDIOLOGICO, NEUROLOGICO, OSTETRICO GINECOLOGICO.

B. POLO DELLE SCIENZE MEDICHE E CHIRURGICHE

Posti Letto 298

B.1. DIPARTIMENTI

B.1.1 DIPARTIMENTO MEDICO CHIRURGICO GENERALE E SPECIALISTICO

DISCIPLINE E UNITA' OPERATIVE AFFERENTI:

CHIRURGIA GENERALE

CHIRURGIA AD INDIRIZZO SENOLOGICO

CHIRURGIA PLASTICA

CHIRURGIA ENDOSCOPICA GASTRO EPATOBILIARE
OCULISTICA
ORL
ODONTOSTOMATOLOGIA
DERMATOLOGIA
MEDICINA GENERALE
MAXILLOFACCIALE

B.1.2. DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA CARDIOVASCOLARE E DELL'INVECCHIAMENTO

DISCIPLINE UNITA' OPERATIVE AFFERENTI:

MEDICINA GENERALE AD INDIRIZZO GERIATRICO
MEDICINA GENERALE AD INDIRIZZO ANGIOLOGICO
CARDIOLOGIA
CHIRURGIA VASCOLARE

C. POLO DELLE DISCIPLINE SPECIALISTICHE

Posti letto 710

C.1. DIPARTIMENTI

C.1.1. DIPARTIMENTO DI SCIENZE ORTOPEDICHE E RIABILITAZIONE

DISCIPLINE E UNITA' OPERATIVE AFFERENTI:

ORTOPEDIA E PATOLOGIA VERTEBRALE
CHIRURGIA DELL'ANCA
ORTOPEDIA E CHIRURGIA DEL GINOCCHIO E PATOLOGIA
NEOPLASTICA DELLO SCHELETRO
RIABILITAZIONE E FKT
MEDICINA GENERALE AD INDIRIZZO REUMATOLOGICO

C.1.2. DIPARTIMENTO DELLE SCIENZE NEUROCHIRURGICHE, NEUROLOGICHE E RIABILITATIVE

DISCIPLINE E UNITA' OPERATIVE AFFERENTI:

NEUROLOGIA
NEUROCHIRURGIA ADULTI E PEDIATRICA
TERAPIA INTENSIVA POST - OPERATORIA
SETTORE BIOFARMACOLOGICO

C.1.3. DIPARTIMENTO DI ENDOCRINOLOGIA

DISCIPLINA E UNITA' OPERATIVE AFFERENTI:

CHIRURGIA GENERALE AD INDIRIZZO ENDOCRINO - CHIRURGICO
MEDICINA GENERALE AD INDIRIZZO ENDOCRINOLOGICO E DIABETOLOGICO

C.1.4. DIPARTIMENTO DI GASTROENTEROLOGIA

DISCIPLINE E UNITA' OPERATIVE AFFERENTI:

GASTROENTEROLOGIA
FISIOPATOLOGIA EPATICA ED UNITA' PANCREAS
CHIRURGIA GENERALE, UNITA' FEGATO E CENTRO TRAPIANTO
SERVIZIO DI ENDOSCOPIA DIGESTIVA

C.1.5. DIPARTIMENTO ONCO EMATOLOGICO

DISCIPLINE E UNITA' OPERATIVE AFFERENTI:

ONCOLOGIA
EMATOLOGIA
CENTRO MICROCITEMICI
FISIOPATOLOGIA DEL DOLORE
CHIRURGIA ONCOLOGICA
ONCOLOGIA CON TRAPIANTO DI MIDOLLO OSSEO

C.1.6. DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

DISCIPLINE E UNITA' OPERATIVE AFFERENTI:
CHIRURGIA PEDIATRICA
I.V.G. E GRAVIDANZE A RISCHIO
PEDIATRIA
PEDIATRIA CON EMATOLOGIA PEDIATRICA
GENETICA MEDICA
GINECOLOGIA
RIANIMAZIONE PEDIATRICA

C.1.7. DIPARTIMENTO PNEUMOLOGICO

DISCIPLINE E UNITA' OPERATIVE AFFERENTI:
PNEUMOLOGIA
PNEUMOLOGIA AD INDIRIZZO ALLERGOLOGICO
SERVIZIO FISIOPATOLOGIA RESPIRATORIA E TERAPIA SUB INTENSIVA
ENDOSCOPIA TORACICA
CHIRURGIA TORACICA

C.1.8. DIPARTIMENTO NEFROUROLOGICO

DISCIPLINE E UNITA' OPERATIVE AFFERENTI:
NEFROLOGIA CON DIALISI
UROLOGIA

C.2. AREA SERVIZI

LABORATORIO DI ANALISI CHIMICO CLINICHE
IMMUNOEMATOLOGIA CON BANCA SANGUE
ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA
ANESTESIE
RADIOLOGIE
RADIOLOGIA VASCOLARE
NEURO RADIOLOGIE
MEDICINA LEGALE
FARMACIA
MEDICINA PREVENTIVA E TECNOLOGIA OSPEDALIERA
MEDICINA NUCLEARE

D.1. AREA DIREZIONE SANITARIA

UFFICIO STATISTICO E CODIFICAZIONI
CARTELLE CLINICHE
ASSISTENZA SOCIALE
EPIDEMIOLOGIA CLINICA
PREVENZIONE E TUTELA SANITARIA DEL PERSONALE

UMANIZZAZIONE

TOTALE POSTI LETTO 1277 STANDARD
DI PERSONALE 2,4 UNITA'/P.L.

AZIENDA OSPEDALIERA SANTOBONO DI NAPOLI
OSPEDALE DI RILIEVO NAZIONALE (D.P.C.M. 23.4.93)
CENTRO DI EMERGENZA REGIONALE (L.R. 11 GENNAIO 1994, N. 2)

INDICAZIONI FUNZIONALI

Da adeguarsi ai sensi dell'art. 14, comma 1

- A. POLO DELL'EMERGENZA E DELLE SPECIALITÀ CHIRURGICHE Posti letto 210
- A.1. DIPARTIMENTI
- A.1.1. DIPARTIMENTO DELL'EMERGENZA E ACCETTAZIONE
- DISCIPLINE E UNITA' OPERATIVE AFFERENTI:
P.S. E OSSERVAZIONE MEDICA
P.S. E OSSERVAZIONE CHIRURGICA
CHIRURGIA D'URGENZA
RIANIMAZIONE PEDIATRICA
RIANIMAZIONE NEONATALE
TERAPIA IPERBARICA
OSTEOTRAUMATOLOGIA
- A.1.2. DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA E SPECIALITÀ CHIRURGICHE
- DISCIPLINE E UNITA' OPERATIVE AFFERENTI:
CHIRURGIA AD INDIRIZZO ONCOLOGICO
CHIRURGIA AD INDIRIZZO ENTEROLOGICO
ORL + AUDIOMETRIA
- A.1.3. DIPARTIMENTO DI SCIENZE ORTOPEDICHE E RIABILITAZIONE
- DISCIPLINE E UNITA' OPERATIVE AFFERENTI:
ORTOPEDIA
- A.2. AREA SERVIZI
- P.S. POLISPECIALISTICO
RADIOLOGIA
NEURORADIOLOGIA
RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE
AMBULATORI CHIRURGICI
AMBULATORIO ORTOPEDICO
- B. POLO DELLE SCIENZE MEDICHE, NEFROUROLOGICHE NEUROLOGICHE Posti letto 240
- B.1. DIPARTIMENTI
- B.1.1. DIPARTIMENTO DI MEDICINA PEDIATRICA E SPECIALITÀ MEDICHE
- DISCIPLINE E UNITA' OPERATIVE AFFERENTI:
PEDIATRIA AD INDIRIZZO ALLERGOLOGICO E BRONCOPNEUMOLOGICO
PEDIATRIA AD INDIRIZZO IMMUNOLOGICO
PEDIATRIA IMMATURI
PATOLOGIA NEONATALE
CARDIOLOGIA E AUXOLOGIA

B.1.2. DIPARTIMENTO DI NEFROUROLOGIA

DISCIPLINE E UNITA' OPERATIVE AFFERENTI:
NEFROLOGIA
CHIRURGIA PEDIATRICA AD INDIRIZZO UROLOGICO
DIALISI

B.1.3. DIPARTIMENTO DI SCIENZE NEUROLOGICHE

DISCIPLINE E UNITA' OPERATIVE AFFERENTI:
NEURO CHIRURGIA
NEUROPSICHIATRIA
ANESTESIA E T.I. POST - OPERATORIA
OCULISTICA

B.2. AREA SERVIZI

DIETOLOGIA
LABORATORIO ANALISI CHIMICO CLINICHE
ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA
MICROBIOLOGIA
VIROLOGIA
MEDICINA LEGALE
URODINAMICA
LABORATORIO DI PATOLOGIA NEFROLOGICA
NEURO FISIOLOGIA
ORTOTTICA
NEURORADIOLOGIA
MEDICINA NUCLEARE
AMBULATORIO POLISPECIALISTICO
FARMACIA

C.1. AREA DIREZIONE SANITARIA

UFFICIO STATISTICO E CODIFICAZIONI
CARTELLE CLINICHE
ASSISTENZA SOCIALE
EPIDEMIOLOGIA CLINICA
PREVENZIONE E TUTELA SANITARIA DEL PERSONALE
UMANIZZAZIONE

TOTALE POSTI LETTO 450 + 154 (PAUSILLIPON) STANDARD DI PERSONALE 2,4 UNITA'/P.L.

RELAZIONI FUNZIONALI DELL'OSPEDALE SANTOBONO PER LA RETE REGIONALE
PEDIATRICA DI ALTA SPECIALIZZAZIONE E DI CENTRO EMERGENZA REGIONALE

- 1 OSPEDALE PAUSILLIPON DI NAPOLI (Da indicare per la confluenza nell'Azienda ospedaliera Santobono)
UNITA' DI DEGENZA FUNZIONALMENTE integrate con il Santobono: Pediatria, Emato - Oncologia
comprese le emocoagulopatie, Cardiologia, Mucoviscidosi, Odontostomatologia, Chirurgia pediatrica,
Patologia neonatale.

POSTI LETTO 154

- 2 AZIENDA OSPEDALIERA MONALDI - COTUGNO DI NAPOLI
UNITA' DI DEGENZA FUNZIONALMENTE integrate con il Santobono: Malattie infettive e AIDS, Cardiologia, Cardiochirurgia, Patologia neonatale, Terapia intensiva neonatale.
POSTI LETTO 80
- 3 POLICLINICO ATENE0 FEDERICO II DI NAPOLI
UNITA' DI DEGENZA FUNZIONALMENTE Integrate con il Santobono:
Dipartimento assistenziale di Pediatria con 130 posti letto (Malattie infettive e AIDS, Endocrino diabetologia, Malattie genetico metaboliche, Nefrologia e dialisi, Malattie respiratorie, Cardiologia, Reumatologia e immunologia, Gastroenterologia, Epatologia, Neurologia, Mucoviscidosi, Patologia neonatale, T.I.N.) e Neurochirurgia, Ortopedia, Chirurgia pediatrica, Chirurgia neonatale, Chirurgia oncologica per 40 posti letto.
- 4 POLICLINICO II ATENE0 DI NAPOLI
UNITA' DI DEGENZA FUNZIONALMENTE integrate con il Santobono: Endocrino - diabetologia, Oncologia, Reumatologia ed Immunologia, Psichiatria, Urologia, Chirurgia pediatrica, T.I.N.
POSTI LETTO 66

AZIENDA OSPEDALIERA MONALDI - COTUGNO - NAPOLI
DI RILIEVO NAZIONALE (D.P.C.M. 23.4.93)
OSPEDALE MONALDI
CENTRO DI EMERGENZA REGIONALE (L.R. 11 GENNAIO 1994, N. 2)

INDICAZIONI FUNZIONALI

Da adeguarsi ai sensi dell'art. 14, comma 1

- | | | |
|--------|--|-----------------|
| A. | POLO MEDICO - CHIRURGICO PER MALATTIE APPARATO RESPIRATORIO | Posti letto 410 |
| A.1. | DIPARTIMENTI | |
| A.1.1. | DIPARTIMENTO TISIOLOGIA | |
| A.1.2. | DIPARTIMENTO PNEUMOLOGIA | |
| A.1.3. | DIPARTIMENTO PNEUMOLOGIA ONCOLOGICA | |
| A.1.4. | DIPARTIMENTO CHIRURGIA TORACICA | |
| A.1.5. | DIPARTIMENTO TERAPIA INSUFFICIENZA RESPIRATORIA:
TERAPIA SUB - INTENSIVA E DELL'INSUFFICIENZA RESPIRATORIA | |
| A.2. | AREA SERVIZI | |
| A.2.1. | FISIOPATOLOGIA RESPIRATORIA | |
| A.2.2. | RIABILITAZIONE | |
| A.2.3. | ALLERGOLOGIA RESPIRATORIA ADULTI | |
| A.2.4. | PATOLOGIA RESPIRATORIA AMBULATORIALE | |
| A.2.5. | ENDOSCOPIA TORACICA | |
| A.2.6. | AMBULATORIO | |
| B. | POLO MEDICO CHIRURGICO PER LE MALATTIE APPARATO CARDIOVASCOLARE | Posti letto 115 |
| B.1. | DIPARTIMENTI | |
| B.1.1. | DIPARTIMENTO DI CARDIOLOGIA MEDICA | |
| | DISCIPLINE AFFERENTI:
CARDIOLOGIA
UNITA' CORONARICA
MEDICINA | |
| B.1.2. | DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA DEL CUORE E DEI GROSSI VASI | |
| | DISCIPLINE AFFERENTI:
CARDIOCHIRURGIA
TERAPIA INTENSIVA POST - OPERATORIA
UNITA' DI TRAPIANTO CARDIACO
ELETTROSTIMOLAZIONE | |
| B.2. | AREA SERVIZI | |

ELETTROFISIOLOGIA
RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA
EMODINAMICA ADULTI
EMODINAMICA PEDIATRICA
ECOCARDIOGRAFIA
ECOCARDIOGRAFIA INTRA OPERATORIA
ANESTESIA
CENTRO ARTERIOSCLEROSI ED IPERTENSIONE

C. POLO PEDIATRICO PER LE MALATTIE CARDIO - PNEUMOLOGICHE

Posti letto 105

C.1. DIPARTIMENTI

C.1.1. DIPARTIMENTO PEDIATRICO NEONATALE PER LE MALATTIE CARDIOVASCOLARI

DISCIPLINE AFFERENTI:
CARDIOLOGIA PEDIATRICA
CARDIOCHIRURGIA PEDIATRICA
TERAPIA INTENSIVA CARDIOCHIRURGICA

C.1.2. DIPARTIMENTO DI PNEUMOLOGIA E NEONATOLOGIA

DISCIPLINE AFFERENTI:
PNEUMOLOGIA ED ALLERGOLOGIA PEDIATRICA
NEONATOLOGIA CON T.I.N.
GRAVIDANZA A RISCHIO E PATOLOGIA OSTETRICO - GINECOLOGICA

C.2. AREA SERVIZI

ECOCARDIOGRAFIA
E.CMO NEONATALE
BRONCOSCOPIA

D. POLO PLURIFUNZIONALE

Posti letto 157

D.1. DIPARTIMENTI

D.1.1. DIPARTIMENTO POLISPECIALISTICO

DISCIPLINE AFFERENTI:
CHIRURGIA GENERALE
MEDICINA GENERALE
OTORINO
ORTOPEDIA
UROLOGIA
OCULISTICA
PSICHIATRIA
RIANIMAZIONE

D.2. AREA SERVIZI

ANALISI CHIMICO - CLINICHE
BATTERIOLOGIA
RADIOLOGIA
ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA
MEDICINA LEGALE

CENTRO IMMUNO TRASFUSIONALE
FARMACIA
MEDICINA NUCLEARE
IMMUNOLOGIA

E.1. AREA DIREZIONE SANITARIA

UFFICIO STATISTICO E CODIFICAZIONI
CARTELLE CLINICHE
ASSISTENZA SOCIALE
EPIDEMIOLOGIA CLINICA
PREVENZIONE E TUTELA SANITARIA DEL PERSONALE
UMANIZZAZIONE

TOTALE P.L. MONALDI n. 787

OSPEDALE COTUGNO
CENTRO DI EMERGENZA REGIONALE (L.R. 11 GENNAIO 1994, N. 2)*

A. POLO INFETTIVOLOGICO

Posti letto 340

A.1. DIPARTIMENTI

A.1.1. DIPARTIMENTO INFETTIVOLOGICO

DISCIPLINE AFFERENTI:
MALATTIE INFETTIVE
RIANIMAZIONE
NEFROLOGIA E DIALISI

B. AREA SERVIZI

P.S. INFETTIVOLOGICO
ANALISI CHIMICO - CLINICHE
MICROBIOLOGIA
VIROLOGIA
ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA
IMMUNOLOGIA
MEDICINA LEGALE
RADIOLOGIA
FARMACIA
CARDIOLOGIA
MEDICINA NUCLEARE
ECOGRAFIA DIAGNOSTICA ED INTERVENTISTICA

C.1. AREA DIREZIONE SANITARIA

- UFFICIO STATISTICO E CODIFICAZIONI
- CARTELLE CLINICHE
- ASSISTENZA SOCIALE
- EPIDEMIOLOGIA CLINICA
- PREVENZIONE E TUTELA SANITARIA DEL PERSONALE

- UMANIZZAZIONE

TOTALE P.L. COTUGNO n. 340

TOTALE P.L AZIENDA 1127

STANDARD DI PERSONALE 2,4 UNITA'/P.L.

* DA COSTITUIRE IN AZIENDA DI RILIEVO REGIONALE (EX ART. 31, L.R. 2 DEL 1994).

AZIENDA OSPEDALIERA S. GIOVANNI DI DIO - SALERNO
OSPEDALE DI RILIEVO NAZIONALE (D.P.C.M. 23 APRILE, 1993)
D.E.A. DI II° LIVELLO (L.R. 11 GENNAIO 1994, N. 2)

INDICAZIONI FUNZIONALI

Da adeguarsi ai sensi dell'art. 14, comma 1

- A. POLO MEDICO - CHIRURGICO DELL'EMERGENZA, DELL'ORTOPEDIA E DELLE NEUROLOGIA Posti letto 284
- A.1. DIPARTIMENTI
- A.1.1. DIPARTIMENTO DELL'EMERGENZA E ACCETTAZIONE
- DISCIPLINE E UNITA' OPERATIVE AFFERENTI:
ACCETTAZIONE SANITARIA
CHIRURGIA D'URGENZA (CON TERAPIA SUBINTENSIVA)
OSSERVAZIONE POLISPECIALISTICA
MEDICINA DI URGENZA
OSTETRICIA CON P.S. OSTETRICO
NEONATOLOGIA CON T.I.N.
OSSERVAZIONE PEDIATRICA E CHIRURGIA PEDIATRICA P.S.
RIANIMAZIONE E T.I. ADULTI E PEDIATRICA
PSICHIATRIA
OSTEOTRAUMATOLOGIA
PSICHIATRIA
- A.1.2. DIPARTIMENTO DELLE SCIENZE ORTOPEDICHE NEUROCHIRURGICHE RIABILITATIVE
- DISCIPLINE E UNITA' OPERATIVE AFFERENTI:
ORTOPEDIA
RIABILITAZIONE FKT
NEUROCHIRURGIA
TERAPIA INTENSIVA POST - OPERATORIA
NEUROLOGIA
- A.2. AREA SERVIZI
- P.S. MEDICO CHIRURGICO
P.S. POLISPECIALISTICO
NEURORADIOLOGIA
NEUROFISIOPATOLOGIA
AUDIOVESTIBOLOGIA
- B. POLO MEDICO CHIRURGICO PER LE MALATTIE APPARATO CARDIOVASCOLARE Posti letto 80
- B.1. DIPARTIMENTI
- B.1.1. DIPARTIMENTO DI CARDIOLOGIA MEDICA
- DISCIPLINE E UNITA' OPERATIVE AFFERENTI:
CARDIOLOGIA

UNITA' CORONARICA

B.1.2. DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA DEL CUORE E DEI GROSSI VASI

DISCIPLINE E UNITA' OPERATIVE AFFERENTI:

CARDIOCHIRURGIA

TERAPIA INTENSIVA POST - OPERATORIA

ELETTROSTIMOLAZIONE

B.2. AREA SERVIZI

ELETTROFISIOLOGIA

RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA

EMODINAMICA

ECOCARDIOGRAFIA

ECOCARDIOGRAFIA INTRAOPERATORIA

ANESTESIA

C. POLO MEDICO CHIRURGICO GENERALE E SPECIALISTICO

Posti letto 448

C.1. DIPARTIMENTI

C.1.1. DIPARTIMENTO DI SCIENZE MEDICO CHIRURGICHE GENERALI E SPECIALISTICHE

DISCIPLINE E UNITA' OPERATIVE AFFERENTI:

CHIRURGIA GENERALE

CHIRURGIA VASCOLARE

OCULISTICA

ORL

ODONTOSTOMATOLOGIA

MALATTIE INFETTIVE

MEDICINA GENERALE

DERMATOLOGIA

PNEUMOLOGIA

ENDOCRINOLOGIA

DIABETOLOGIA

C.1.2. DIPARTIMENTO ONCOLOGICO ED EMATOLOGICO

DISCIPLINE E UNITA' OPERATIVE AFFERENTI:

ONCOLOGIA

EMATOLOGIA

FISIOPATOLOGIA DEL DOLORE

CHIRURGIA ONCOLOGICA

C.1.3. DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

DISCIPLINE E UNITA' OPERATIVE AFFERENTI:

I.V.G. E GRAVIDANZA A RISCHIO

PEDIATRIA

CHIRURGIA PEDIATRICA

GINECOLOGIA

C.1.4. DIPARTIMENTO NEFROUROLOGICO

DISCIPLINE E UNITA' OPERATIVE AFFERENTI:

NEFROLOGIA CON DIALISI

UROLOGIA

D. AREA SERVIZI

ENDOSCOPIA DIGESTIVA

LABORATORIO DI ANALISI CHIMICO CLINICHE

MICROBIOLOGIA

VIROLOGIA

IMMUNOEMATOLOGIA CON BANCA SANGUE

ANESTESIA

RADIOLOGIA

ANATOMIA ED ISTOLOGIA PATOLOGICA

MEDICINA LEGALE

FARMACIA

MEDICINA NUCLEARE

E. AREA DIREZIONE SANITARIA

UFFICIO STATISTICO E CODIFICAZIONI

CARTELLE CLINICHE

ASSISTENZA SOCIALE

EPIDEMIOLOGIA CLINICA

PREVENZIONE E TUTELA SANITARIA DEL PERSONALE

UMANIZZAZIONE

<p>TOTALE POSTI LETTO 812 STANDARD DI PERSONALE 2,4 UNITA'/P.L.</p>

AZIENDA OSPEDALIERA SAN GIUSEPPE MOSCATI - AVELLINO
 OSPEDALE DI RILIEVO NAZIONALE (D.P.C.M. 23.4.93)
 D.E.A. DI II° LIVELLO (L.R. 11 GENNAIO 1994, N. 2)

INDICAZIONI FUNZIONALI

Da adeguarsi ai sensi dell'art. 14, comma 1

- A. POLO MEDICO-CHIRURGICO DELL'EMERGENZA, DELL'ORTOPEDIA E DELLA NEUROLOGIA Posti letto 240
- A.1. DIPARTIMENTI
- A.1.1. DIPARTIMENTO DELL'EMERGENZA E ACCETTAZIONE
- DISCIPLINA E UNITA' OPERATIVE AFFERENTI:
 ACCETTAZIONE SANITARIA
 CHIRURGIA D'URGENZA (CON TERAPIA SUBINTENSIVA)
 OSSERVAZIONE POLISPECIALISTICA
 MEDICINA DI URGENZA
 PSICHIATRIA.
 OSTETRICA CON P.S. OSTETRICO
 NEONATOLOGIA CON T.I.N.
 OSSERVAZIONE PEDIATRICA E CHIRURGIA PEDIATRICA P.S.
 RIANIMAZIONE E T.I. ADULTI E PEDIATRICA
 OSTEOTRAUMATOLOGIA
- A.1.2. DIPARTIMENTO DELLE DISCIPLINE ORTOPEDICHE, NEUROCHIRURGICHE, NEUROLOGICHE E RIABILITATIVE
- DISCIPLINE E UNITA' OPERATIVE AFFERENTI:
 ORTOPEDIA
 RIABILITAZIONE FKT
 NEUROLOGIA
 NEUROCHIRURGIA
 TERAPIA INTENSIVA POST - OPERATORIA
- A.2. AREA SERVIZI
- P.S. MEDICO CHIRURGICO CON CENTRO ANTIVELENI
 P.S. POLISPECIALISTICO
 NEUROFISIOPATOLOGIA
 NEURORADIOLOGIA
- B. POLO MEDICO CHIRURGICO GENERALE E SPECIALISTICO Posti letto 444
- B.1. DIPARTIMENTI
- B.1.1. DIPARTIMENTO DI DISCIPLINE MEDICO CHIRURGICHE GENERALI E SPECIALISTICHE
- DISCIPLINE E UNITA' OPERATIVE AFFERENTI:
 CHIRURGIA GENERALE
 OCULISTICA
 ORL

ODONTOSTOMATOLOGIA
MEDICINA GENERALE
MALATTIE INFETTIVE
DERMATOLOGIA
CHIRURGIA VASCOLARE
FISIOPATOLOGIA RESPIRATORIA E BRONCOPNEUMOLOGIA
GASTROENTEROLOGIA CON ENDOSCOPIA DIGESTIVA
ALLERGOLOGIA ED IMMUNOLOGIA CLINICA

B.1.2. DIPARTIMENTO ONCOEMATOLOGICO

DISCIPLINA E UNITA' OPERATIVE AFFERENTI:
ONCOLOGIA
EMATOLOGIA CON TRAPIANTO
FISIOPATOLOGIA DEL DOLORE

B.1.3. DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

DISCIPLINE E UNITA' OPERATIVE AFFERENTI:
I.V.G. E GRAVIDANZA A RISCHIO
PEDIATRIA
CHIRURGIA PEDIATRICA
GINECOLOGIA

B.1.4. DIPARTIMENTO NEFROUROLOGICO

DISCIPLINE E UNITA' OPERATIVE AFFERENTI:
NEFROLOGIA CON DIALISI
UROLOGIA

B.2. AREA SERVIZI

GENETICA MEDICA
LABORATORIO DI ANALISI CHIMICO CLINICHE
MICROBIOLOGIA
VIROLOGIA
ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA
IMMUNOEMATOLOGIA CON BANCA SANGUE
ANESTESIA CON TERAPIA IPERBARICA
RADIOLOGIA
ECOGRAFIA
MEDICINA NUCLEARE
MEDICINA LEGALE
FARMACIA
AUDIOFONOVESTIBOLOGIA

C. POLO MEDICO CHIRURGICO PER LE MALATTIE APPARATO CARDIOVASCOLARE

Posti letto 92

C.1. DIPARTIMENTI

C.1.1 DIPARTIMENTO DI CARDIOLOGIA

DISCIPLINE E UNITA' OPERATIVE AFFERENTI:
CARDIOLOGIA
UNITA' CORONARICA E T.S.I.

C.1.2. DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA DEL CUORE E DEI GROSSI VASI

DISCIPLINE E UNITA' OPERATIVE AFFERENTI:
CARDIOCHIRURGIA
TERAPIA INTENSIVA POST - OPERATORIA

C.2. AREA SERVIZI

ELETTROFISIOLOGIA - ELETTROSTIMOLAZIONE
RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA
EMODINAMICA
ECOCARDIOGRAFIA
ECOCARDIOGRAFIA INTRAOPERATORIA
ANESTESIA

D. POLO GERIATRICO

Posti letto 107

D.1. DIPARTIMENTI

D.1.1. DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA DELL'INVECCHIAMENTO

DISCIPLINE E UNITA' OPERATIVE AFFERENTI
GERIATRIA CON TERAPIA SUBINTENSIVA
DH E TRATTAMENTO DOMICILIARE
RIABILITAZIONE GERIATRICA
NEUROLOGIA CON DIAGNOSTICA CEREBROVASCOLARE

D.2. AREA SERVIZI

PNEUMOLOGIA GERIATRICA
CARDIOLOGIA GERIATRICA
RADIOLOGIA E LABORATORIO ANALISI

E.1. AREA DIREZIONE SANITARIA

UFFICIO STATISTICO E CODIFICAZIONI
CARTELLE CLINICHE
ASSISTENZA SOCIALE
EPIDEMIOLOGIA CLINICA
PREVENZIONE E TUTELA SANITARIA DEL PERSONALE
UMANIZZAZIONE

TOTALE POSTI LETTO 880 STANDARD PERSONALE 2,4 UNITA'/P.L

AZIENDA OSPEDALIERA G. RUMMO - BENEVENTO
 OSPEDALE RILIEVO NAZIONALE (D.P.C.M. 23.4.93)
 D.E.A. DI II° LIVELLO (L.R. 11 GENNAIO 1994, N. 2)

INDICAZIONI FUNZIONALI

Da adeguarsi ai sensi dell'art. 14, comma 1

- | | | |
|--------|---|-----------------|
| A. | POLO MEDICO - CHIRURGICO DELL'EMERGENZA, DELL'ORTOPEDIA E DELLA NEUROLOGIA | Posti letto 250 |
| A.1. | DIPARTIMENTI | |
| A.1.1. | DIPARTIMENTO DELL'EMERGENZA E ACCETTAZIONE | |
| | DISCIPLINE E UNITA' OPERATIVE AFFERENTI:
ACCETTAZIONE SANITARIA
CHIRURGIA D'URGENZA (CON TERAPIA SUBINTENSIVA)
OSSERVAZIONE POLISPECIALISTICA
MEDICINA DI URGENZA
CARDIOLOGIA CON UTIC
OSTETRICA CON P.S. OSTETRICO
NEONATOLOGIA CON T.I.N.
OSSERVAZIONE PEDIATRICA E CHIRURGIA PEDIATRICA P.S.
RIANIMAZIONE E T.I. ADULTI E PEDIATRICA
OSTEOTRAUMATOLOGIA
PSICHIATRIA | |
| A.1.2. | DIPARTIMENTO DELLE SCIENZE ORTOPEDICHE, NEUROCHIRURGICHE, NEUROLOGICHE E RIABILITATIVE | |
| | DISCIPLINE E UNITA' OPERATIVE AFFERENTI:
ORTOPEDIA
RIABILITAZIONE FKT
NEUROLOGIA
NEUROCHIRURGIA
TERAPIA INTENSIVA POST - OPERATORIA | |
| A.2. | AREA SERVIZI | |
| | P.S. MEDICO CHIRURGICO
P.S. POLISPECIALISTICO
NEUROFISIOPATOLOGIA
NEURORADIOLOGIA | |
| B. | POLO MEDICO CHIRURGICO PER LE MALATTIE APPARATO CARDIOVASCOLARE | Posti letto 80 |
| B.1. | DIPARTIMENTI | |
| B.1.1. | DIPARTIMENTO DI CARDIOLOGIA MEDICA | |
| | DISCIPLINE E UNITA' OPERATIVE AFFERENTI:
CARDIOLOGIA
UNITA' CORONARICA | |

B.1.2. DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA CARDIACA E VASCOLARE

DISCIPLINE E UNITA' OPERATIVE AFFERENTI:
CHIRURGIA VASCOLARE
TERAPIA INTENSIVA POST - OPERATORIA
ELETTROSTIMOLAZIONE

B.2. AREA SERVIZI

ELETTROFISIOLOGIA
RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA
EMODINAMICA
ECOCARDIOGRAFIA
ANESTESIA

C. POLO MEDICO - CHIRURGICO GENERALE SPECIALISTICO

Posti letto 371

C.1. DIPARTIMENTI

C.1.1. DIPARTIMENTO DI SCIENZE MEDICO CHIRURGICHE GENERALI E SPECIALISTICHE

DISCIPLINE E UNITA' OPERATIVE AFFERENTI:
OCULISTICA
ORL
ODONTOSTOMATOLOGIA
CHIRURGIA GENERALE
MEDICINA GENERALE
DERMATOLOGIA
MALATTIE INFETTIVE
DIABETOLOGIA

C.1.2. DIPARTIMENTO ONCO - EMATOLOGICO

DISCIPLINE E UNITA' OPERATIVE AFFERENTI:
ONCOLOGIA
EMATOLOGIA
FISIOPATOLOGIA DEL DOLORE
CHIRURGIA ONCOLOGICA
RADIOTERAPIA ONCOLOGICA

C.1.3. DIPARTIMENTO NEFROUROLOGICO

DISCIPLINE E UNITA' OPERATIVE AFFERENTI:
NEFROLOGIA CON DIALISI
UROLOGIA

D. AREA SERVIZI

ENDOSCOPIA DIGESTIVA
LABORATORIO DI ANALISI CHIMICO CLINICHE
MICROBIOLOGIA
VIROLOGIA
ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA
IMMUNOEMATOLOGIA CON BANCA SANGUE
ANESTESIA
RADIOLOGIA

MEDICINA LEGALE
FARMACIA
MEDICINA NUCLEARE
AUDIOFONOVESTIBOLOGIA

E.1. AREA DIREZIONE SANITARIA

UFFICIO STATISTICO E CODIFICAZIONI
CARTELLE CLINICHE
ASSISTENZA SOCIALE
EPIDEMIOLOGIA CLINICA
PREVENZIONE E TUTELA SANITARIA DEL PERSONALE
UMANIZZAZIONE

TOTALE POSTI LETTO 701 STANDARD DI PERSONALE 2,4 UNITA'/P.L.

AZIENDA-OSPEDALIERA OSPEDALE CIVILE DI CASERTA
 OSPEDALE DI RILIEVO NAZIONALE (D.P.C.M. 23.4.93)
 D.E.A. DI II° LIVELLO (L.R. 11 GENNAIO 1994, N. 2)

INDICAZIONI FUNZIONALI

Da adeguarsi ai sensi dell'art. 14, comma 1

- A. POLO MEDICO - CHIRURGICO DELL'EMERGENZA, DELL'ORTOPEDIA E DELLA NEUROLOGIA Posti letto 262
- A.1. DIPARTIMENTI
- A.1.1. DIPARTIMENTO DELL'EMERGENZA E ACCETTAZIONE
- DISCIPLINE E UNITA' OPERATIVE AFFERENTI:
 ACCETTAZIONE SANITARIA
 CHIRURGIA D'URGENZA (CON TERAPIA SUBINTENSIVA)
 CHIRURGIA VASCOLARE
 OSSERVAZIONE POLISPECIALISTICA
 MEDICINA DI URGENZA
 OSTETRICIA CON P.S. OSTETRICO
 NEONATOLOGIA CON T.L.N.S
 RIANIMAZIONE E T.I. ADULTI E PEDIATRICA
 PSICHIATRIA
- A.1.2. DIPARTIMENTO DELLE SCIENZE ORTOPEDICHE E RIABILITAZIONE
- DISCIPLINE E UNITA' OPERATIVE AFFERENTI:
 ORTOPEDIA E PATOLOGIA VERTEBRALE
 OSTEOTRAUMATOLOGIA
 ORTOPEDIA
 RIABILITAZIONE FKT
- A.1.3. DIPARTIMENTO DELLE SCIENZE NEUROCHIRURGICHE, NEUROLOGICHE E RIABILITATIVE
- DISCIPLINE E UNITA' OPERATIVE AFFERENTI:
 NEUROLOGIA
 NEUROCHIRURGIA
 TERAPIA INTENSIVA POST - OPERATORIA
- A.2. AREA SERVIZI
- P.S. MEDICO CHIRURGICO
 P.S. POLISPECIALISTICO
 NEUROFISIOPATOLOGIA
 NEURORADIOLOGIA
- B. POLO MEDICO CHIRURGICO PER LE MALATTIE APPARATO CARDIOVASCOLARE Posti letto 80
- B.1. DIPARTIMENTI
- B.1.1. DIPARTIMENTO DI CARDIOLOGIA MEDICA

DISCIPLINE E UNITA' OPERATIVE AFFERENTI:
CARDIOLOGIA
UNITA' CORONARICA

B.1.2. DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA DEL CUORE E DEI GROSSI VASI

DISCIPLINE E UNITA' OPERATIVE AFFERENTI:
CARDIOCHIRURGIA
TERAPIA INTENSIVA POST - OPERATORIA
ELETTROSTIMOLAZIONE

B.2. AREA SERVIZI

ELETTROFISIOLOGIA
RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA
EMODINAMICA
ECOCARDIOGRAFIA
ECOCARDIOGRAFIA INTRAOPERATORIA
ANESTESIA

C. POLO MEDICO CHIRURGICO GENERALE E SPECIALISTICO

Posti letto 429

C.1. DIPARTIMENTI

C.1.1. DIPARTIMENTO DI SCIENZE MEDICO CHIRURGICHE GENERALI E SPECIALISTICHE

DISCIPLINE E UNITA' OPERATIVE AFFERENTI:
CHIRURGIA GENERALE
OCULISTICA
ORL
ODONTOSTOMATOLOGIA
MEDICINA GENERALE
MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI.
GERIATRIA
DERMATOLOGIA
GASTROENTEROLOGIA
DIABETOLOGIA
AUDIOFONOVESTIBOLOGIA

C.1.2. DIPARTIMENTO PNEUMOLOGICO E ONCOPNEUMOLOGICO

DISCIPLINE E UNITA' OPERATIVE AFFERENTI:
PNEUMOLOGIA
CHIRURGIA TORACICA ED ONCOPNEUMOLOGICA

C.1.3. DIPARTIMENTO ONCOLOGICO ED EMATOLOGICO

DISCIPLINE E UNITA' OPERATIVE AFFERENTI:
ONCOLOGIA
EMATOLOGIA
FISIOPATOLOGIA DEL DOLORE

C.1.4. DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

DISCIPLINE E UNITA' OPERATIVE AFFERENTI:
I.V.G. E GRAVIDANZA A RISCHIO

PEDIATRIA
GINECOLOGIA
CHIRURGIA PEDIATRICA

C.1.5. DIPARTIMENTO NEFROUROLOGICO

DISCIPLINE E UNITA' OPERATIVE AFFERENTI:
NEFROLOGIA CON DIALISI
UROLOGIA

C.2. AREA SERVIZI

ENDOSCOPIA DIGESTIVA
LABORATORIO DI ANALISI CHIMICO-CLINICHE
MICROBIOLOGIA
VIROLOGIA
ANATOMIA ED ISTOLOGIA PATOLOGICA
IMMUNOEMATOLOGIA CON BANCA SANGUE
ANESTESIA
RADIOLOGIA
NEURORADIOLOGIA
MEDICINA LEGALE
FARMACIA
FISIOPATOLOGIA RESPIRATORIA
BRONCOSCOPIA
URGENZE BRONCOLOGICHE ED ENDOSCOPIA TORACICA
MEDICINA NUCLEARE

D.1. AREA DIREZIONE SANITARIA

UFFICIO STATISTICO E CODIFICAZIONI
CARTELLE CLINICHE
ASSISTENZA SOCIALE
EPIDEMIOLOGIA CLINICA
PREVENZIONE E TUTELA SANITARIA DEL PERSONALE
UMANIZZAZIONE

TOTALE POSTI LETTO 771 STANDARD DI PERSONALE 2,4 UNITA'/P.L.

I DISTRETTI SANITARI

<i>Azienda Sanitaria Locale</i>	<i>Distretto Sanitario N.</i>	<i>Comuni afferenti</i>
<i>Avellino 1</i>	1	<i>Ariano Irpino; Montecalvo Irpino; Casalbore; Montaguto; Greci; Savignano Irpino; Zungoli; Villanova del Battista.</i>
	2	<i>Mirabella Eclano; Gesualdo; Fontanarosa; Luogosano; Sant' Angelo all' Esca; Taurasi; Paternopoli; Bonito.</i>
	3	<i>Montella; Nusco; Bagnoli Irpino; Castelfranci; Cassano Irpino.</i>
	4	<i>Sant' Angelo dei Lombardi; Lioni; Torella dei Lombardi; Teora; Guardia dei Lombardi; Caposele; Morra de Sanctis; Rocca San Felice; Calabritto; Senerchia; Villamaina.</i>
	5	<i>Calitri; Lacedonia; Aquilonia; Andretta; Cairano; Bisaccia; Sant' Andrea di Conza; Monteverde; Conza della Campania.</i>
	6	<i>Grottaminarda; Frigento; Flumeri; Melito Irpino; Sturno.</i>
	7	<i>Vallata; San Sossio Baronia; Trevico; Scampitella; Vallesaccarda; San Nicola Baronia; Carife; Castel Baronia.</i>
<i>Avellino 2</i>	8	<i>Avellino; Forino; Prata di Principato; Pratola Serra; Contrada; Montefredane; Capriglia Irpina.</i>
	9	<i>Solofra; Montoro Inferiore; Serino; Santa Lucia di Serino; Montoro Superiore; Santo Stefano del Sole.</i>
	10	<i>Mercogliano; Pietrastornina; Sant' Angelo a Scala; Summonte; Ospedaletto d' Alpinolo; Monteforte Irpino.</i>
	11	<i>Cervinara; Rotondi; Roccabascerana; S Martino Valle Caudina.</i>
	12	<i>Montemiletto; Santa Paolina; Montefusco; Montefalcione; Venticano; Pietradefusi; Torre Le Nocelle.</i>
	13	<i>Altavilla Irpina; Grottolelle; Chianche; Torrioni; Tufo; Petruro Irpino.</i>
	14	<i>Atripalda; San Potito Ultra; Manocalzati; Aiello del Sabato; Candida; Parolise; San Michele di Serino; Cesinali; Volturara Irpina; Sorbo Serpico; Salza Irpina; Chiusano San Domenico; Castelvete sul Calore; Lapio; Montemarano; S Mango sul Calore.</i>
	15	<i>Balano; Quadrelle; Avella; Mugnano del Cardinale; Sirignano; Sperone.</i>
	16	<i>Lauro; Taurano; Quindici; Marzano di Nola; Moschiano; Domicella; Pago del Vallo di Lauro.</i>
	<i>Benevento 1</i>	17
18		<i>Cautano; Campoli del Monte Taburno; Ponte; Foglianise; Castelpoto; Vitulano; Tocco Caudio; Torrecuso.</i>
19		<i>Montesarchio; Forchia; Arpaia; Paolisi; Bonea; Arpaiese; Airola; Bucciano; Moiano; Pannarano.</i>
20		<i>Sant' Agata dei Goti; Dugenta; Durazzano; Frasso Telesino; Limatola; Melizzano.</i>
21		<i>Telese Terme; Amorosi; Pietrarola; San Lorenzello; Faicchio; San Salvatore Telesino; Cerreto Sannita; Cusano Mutri; Guardia Sanframondi; Paupisi; Puglianello; Castelvenere; San Lorenzo Maggiore; Solopaca.</i>
22		<i>Morcone; Campolattaro; Casalduni; Reino; Fragneto l' Abate; Fragneto Monforte; San Lupo; Santa Croce del Sannio; Castelpagano; Colle Sannita; Circello; Sassinoro; Pontelandolfo.</i>
23		<i>San Bartolomeo in Galdo; S Giorgio La Molara; Ginestra degli chiavoni; Castelfranco in Miscano; Montefalcone di Val Fortore; Castelvete la Val Fortore; Foiano di Val Fortore; San Marco del Cavoti; Baselice; Molinara;</i>

		<i>Buonalbergo.</i>
	24	<i>San Giorgio del Sannio; San Nazzaro; Paduli; Sant' Angelo a Cupolo; Calvi; Sant' Arcangelo Trimonte; San Nicola Manfredi; Apice; San Martino Sannita.</i>
<i>Caserta 1</i>	25	<i>Caserta; Castel Morrone; Casagiove; San Nicola la Strada.</i>
	26	<i>San Felice a Cancelli; Arienzo; Santa Maria a Vico.</i>
	27	<i>Maddaloni; Cervino; Valle di Maddaloni.</i>
	28	<i>Teano; Vairano; Patenora; Caianello; Pietravairano; Francolise.</i>
	29	<i>Raccamonfina; Presenzano; San Pietro Infine; Mignano Monte Lungo; Rocca d' Evandro; Conca della Campania; Tora e Piccilli; Galluccio; Marzano Appio.</i>
	30	<i>Piedimonte Matese; Valle Agricola; Capriati al Volturno; Fontegreca; San Gregorio Matese; Gallo Matese; Ciorlano; Prata Sannita; Letino; Sant' Angelo d' Alife; Allano; Gioia Sannitica; San Potito Sannitico; Raviscanina; Pratella; Castello del Matese.</i>
	31	<i>Alife; Roccaromana; Dragoni; Baia e Latina; Pietramelara; Riardo; Liberi.</i>
	32	<i>Caiazzo; Piana di Monte Verna; Castel di Sasso; Castel di Campagnano; Dragoni; Pontelatone; Formicola; Ruviano.</i>
	33	<i>Marcianise; San Marco Evangelista; Portico di Caserta; Recale; Capodrise; Macerata Campania.</i>
<i>Caserta 2</i>	34	<i>Aversa.</i>
	35	<i>Sant' Arpino; Gricignano di Aversa; Casaluce; Cesa; Succivo; Teverola; Carinaro; Orta di Atella.</i>
	36	<i>Lusciano; Frignano; Trentola Ducenta; San Marcellino; Villa di Briano; Parete.</i>
	37	<i>Casal di Principe; Casapesenna; Villa Literno; San Cipriano d' Aversa.</i>
	38	<i>Santa Maria Capua Vetere; S Tammaro; Casapulla; Curti; San Prisco.</i>
	39	<i>Capua; Vitulazio; Bellona.</i>
	40	<i>Castel Volturno; Cancelli Arnone; Grazzanise; Santa Maria la Fossa.</i>
	41	<i>Camigliano; Pastorano; Giano Vetusto; Pignataro Maggiore; Rocchetta e Croce; Sparanise; Calvi Risorta.</i>
	42	<i>Mondragone; Carinola; Falciano del Massico.</i>
	43	<i>Sessa Aurunca; Cellole.</i>
<i>Napoli 1</i>	44	<i>NAPOLI - Chiaia - Posillipo - S Ferdinando.</i>
	45	<i>NAPOLI - Bagnoli - Fuorigrotta.</i>
	46	<i>NAPOLI - Pianura - Soccavo.</i>
	47	<i>NAPOLI - Arenella - Vomero.</i>
	48	<i>NAPOLI - Chiaiano - Piscinola - Marianella - Scampia.</i>
	49	<i>NAPOLI - Colli Aminei - S Carlo all' Arena - Stella.</i>
	50	<i>NAPOLI - Miano - S Pietro a Patierno - Secondigliano.</i>
	51	<i>NAPOLI - Avvocata - Montecalvario - Pendino - Mercato - San Giuseppe Porto.</i>
	52	<i>NAPOLI - Barra - San Giovanni - Ponticelli.</i>
	53	<i>NAPOLI - Poggioreale - S Lorenzo - Vicaria.</i>
<i>Napoli 2</i>	54	<i>Pozzuoli.</i>
	55	<i>Bacoli; Monte di Procida.</i>
	56	<i>Procida.</i>
	57	<i>Ischia; Lacco Ameno; Forio; Barano d' Ischia; Serrara Fontana; Casamicciola Terme.</i>
	58	<i>Giugliano in Campania.</i>
	59	<i>Quarto.</i>
	60	<i>Marano di Napoli.</i>

	61	<i>Villaricca; Qualiano; Calvizzano.</i>
	62	<i>Mugnano di Napoli; Melito di Napoli.</i>
Napoli 3	63	<i>Sant' Antimo; Grumo Nevano; Casandrino.</i>
	64	<i>Frattamaggiore; Frattaminore.</i>
	65	<i>Arzano; Casavatore.</i>
	66	<i>Casoria.</i>
	67	<i>Afragola.</i>
	68	<i>Calvano; Cardito; Crispano.</i>
Napoli 4	69	<i>Acerra.</i>
	70	<i>Marigliano; Mariglianella; Brusciano; San Vitaliano.</i>
	71	<i>Pomigliano d' Arco; Castello di Cisterna.</i>
	72	<i>Casalnuovo di Napoli.</i>
	73	<i>Nola; Saviano; San Paolo Bel Sito; Sciciano; Carbonara di Nola; Visciano. Casamarciano (2)</i>
	74	<i>Cicciano; Roccarainola; Tufino; Comiziano; Cimitile; Camposano.</i>
	75	<i>Volla; Cercola; Pollena Trocchia; Massa di Somma.</i>
	76	<i>Somma Vesuviana; Sant' Anastasia.</i>
	77	<i>San Giuseppe Vesuviano; Ottaviano.</i>
	78	<i>San Gennaro Vesuviano; Palma Campana.</i>
	79	<i>Terzigno; Poggiomarino; Striano.</i>
Napoli 5	80	<i>Castellammare di Stabia</i>
	81	<i>Portici.</i>
	82	<i>Ercolano.</i>
	83	<i>S Giorgio; San Sebastiano al Vesuvio.</i>
	84	<i>Torre Annunziata; Boscotrecase; Trecase; Boscoreale.</i>
	85	<i>Torre del Greco.</i>
	86	<i>Pompei; Sant' Antonio Abate; Santa Maria la Carità.</i>
	87	<i>Vico Equense; Meta; Piano di Sorrento.</i>
	88	<i>Sorrento; Massa Lubrense; Sant' Agnello.</i>
	89	<i>Capri; Anacapri.</i>
	90	<i>Gragnano; Casola di Napoli; Agerola; Lettere; Pimonte.</i>
Salerno	91	<i>Nocera Inferiore.</i>
	92	<i>Angri; Sant' Egidio del Monte Albino; Corbara.</i>
	93	<i>Scafati.</i>
	94	<i>Pagani.</i>
	95	<i>Sarno; San Valentino Torio; San Marzano sul Sarno</i>
	96	<i>Castel San Giorgio; Roccapiemonte; Nocera Superiore.</i>
	96 bis	<i>Cava dei Tirreni; Vietri sul Mare. (3)</i>
	96 ter	<i>Maiori, Scala, Tramonti, Positano, Atrani, Furore, Ravello, Minori, Cetara, Praiano, Amalfi e Conca dei Marini. (3)</i>
Salerno 2	97	<i>Salerno; Pellezzano.</i>
	98	<i>[Cava dei Tirreni; Maiori; Scala; Tramonti; Positano; Atrani; Furore; Ravello; Minori; Cetara; Praiano; Amalfi; Conca dei Marini; Vietri sul Mare.] (4)</i>
	99	<i>Mercato San Severino; Calvanico; Baronissi; Fisciano; Siano; Bracigliano.</i>
	100	<i>Pontecagnano Faiano; Bellizzi; Montecorvino Pugliano.</i>
	101	<i>Giffoni Valle Piana; Giffoni Sei Casali; Acerno; San Cipriano Picentino; San Marco Piemonte; Olevano sul Tusciano; Montecorvino Rovella; Catiglione dei Genovesi.</i>
	102	<i>Battipaglia.</i>

	103	<i>Eboli; Serre; Altavilla Silentina; Sicignano degli Alburni; Postiglione.</i>
	104	<i>Campagna; Castelnuovo di Conza; Colliano; Santomenna; Oliveto Citra; Contursi Terme; Laviano; Valva.</i>
	105	<i>Buccino; Ricigliano; San Gregorio Magno; Palomonte; Romagnano al Monte.</i>
Salerno 3	106	<i>Bellosguardo; Roscigno; Sant' Angelo a Fasanella; Corleto Monforte; Controne; Ottati; Aquara; Castelcivita.</i>
	107	<i>Roccadaspide; Trentinara; Fellitto; Castel San Lorenzo; Campora; Valle dell' Angelo; Albanella; Magliano Vetere; Piaggine; Laurino; Sacco; Stio; Monteforte Cilento.</i>
	108	<i>Capaccio; Agropoli; Giungano; Castellabate; Rutino; Lustra; Prignano Cilento; Laureana Cilento; Torchiara; Sessa Cilento; Cicerale.</i>
	109	<i>Pollica; Perdifumo; Stella Cilento; San Mauro Cilento; Serramezzana; Omignano; Ogliastro Cilento; Montecorice.</i>
	110	<i>Vallo della Lucania; Moio della Civitella; Novi Velia; Cannalonga; Ceraso; Orria; Salento; Gioi; Perito; Casal Velino; Castelnuovo Cilento.</i>
	111	<i>Camerota; Ascea; Centola; Alfano; Laurito; Cuccaro; Vetere; Rofrano; Celle di Bulgheria; Montano Antilia; Futani; Pisciotta; Roccagloriosa; San Mauro la Bruca.</i>
	112	<i>Sapri; Tortorella; Torre Orsaia; Casaleto Spartano; Caselle in Pittari; Ispani; Morigerati; Torraca; Vibonati; Santa Marina; San Giovanni a Piro.</i>
	113	<i>Sala Consilina; Monte San Giacomo; Sanza; Sassano; Teggiano; Buonabitacolo; Sant' Arsenio; Casalbuono; Montesano sulla Marcellana; Atena Lucana; Padula; San Rufo; San Pietro al Tanagro; Polla; Caggiano; Pertosa; Auletta; Salvitelle; Petina.</i>

(1) Allegato così sostituito dall'allegato C della legge regionale 21 aprile 1997. n. 13.

(2) Distretto così modificato dall'articolo 30, comma 2 della legge regionale 6 dicembre 2000, n. 18.

(3) Distretto aggiunto dall'articolo 34 della legge regionale 5 agosto 1999, n. 5.

(4) Distretto soppresso dall'articolo 34 della legge regionale 5 agosto 1999, n. 5.

LINEE GUIDA PER L'ORGANIZZAZIONE ED IL FUNZIONAMENTO DEL DISTRETTO SANITARIO

- A. ORGANIZZAZIONE FUNZIONALE
- B. PRESIDI
- C. LIVELLI DI RESPONSABILITÀ
- D. UNITA' OPERATIVE: funzioni e standard di personale

Il distretto è l'articolazione organizzativo - funzionale dell'A.S. deputata alla programmazione, erogazione e verifica in sede locale delle prestazioni sanitarie, socio - sanitarie integrate e assistenziali di base. Esso assume il nome di Distretto socio - sanitario nel caso siano delegate alla Azienda sanitaria locale (A.S.L.) le attività e/o i servizi socio - assistenziali degli enti locali.

L'ambito territoriale di un distretto sanitario va a costituire un'area sistema all'interno della quale singole unità operative devono integrarsi funzionalmente e interdisciplinariamente, al fine di rispondere a un bisogno che, per sua natura, risulta indifferenziato e unitario.

Di fatto la grande estensione territoriale di una A.S.L. rende il ruolo del distretto sanitario particolarmente significativo in quanto unico erogatore di prestazioni non ospedaliere.

D'altra parte la massima fonte di informazione sullo stato di salute di una popolazione proviene proprio dal lavoro degli operatori distrettuali.

Il distretto è l'area sistema deputata a garantire:

- 1 il soddisfacimento di tutta la domanda che proviene dal territorio di competenza, ad esclusione di quella ospedaliera;
- 2 la definizione e l'attuazione di percorsi terapeutici, privilegiando interventi per programmi e per progetti;
- 3 la funzione filtro della domanda impropria di ricoveri ospedalieri;
- 4 la organizzazione della risposta sanitaria, socio - sanitaria e assistenziale di base, integrando le competenze distrettuali e degli enti locali, così, da garantire la massima efficacia e globalità dell'intervento;
- 5 l'attento rispetto della equità e continuità nella erogazione delle prestazioni attraverso la modulazione di interventi idonei a raggiungere le fasce di popolazione più a rischio di emarginazione;
- 6 lo stimolo alla partecipazione dei cittadini, individuando programmi di informazione e attività di prevenzione rivolte alla comunità.

Nel distretto sanitario viene a costituirsi un centro di responsabilità diffusa che risponde non solo ad una logica di maggiore efficienza ed efficacia del sistema, ma anche alle esigenze di partecipazione consapevole degli operatori e dei cittadini.

Per raggiungere gli obiettivi di ottimizzazione del rapporto domanda/offerta è indispensabile l'utilizzo di un sistema di verifica dei risultati e di valutazione di congruità delle risorse impiegate rispetto alle prestazioni erogate, attivando un sistema di flussi informativi tra il livello distrettuale e gli altri livelli del Servizio Sanitario Regionale.

Per raggiungere l'obiettivo di partecipazione alla gestione è indispensabile un processo sistematico e permanente di educazione alla salute intesa come promozione di vita sana e come diffusione di conoscenze relative anche al rapporto costi/benefici dei trattamenti sanitari.

I temi dell'equità, delle semplificazioni delle procedure, della partecipazione dei cittadini ai processi decisionali, della promozione della salute richiedono un forte investimento delle attività di medicina territoriale e domiciliare, garantendo, attraverso la elevata qualità e la facile accessibilità, la soddisfazione dell'utenza nella consapevolezza che ciò incida anche sul versante dei costi.

Il distretto sanitario diventa il catalizzatore di tutta la rete formale ed informale di servizi e persone esistente intorno all'utente, capace di favorire l'espressione dei bisogni reali e di organizzarne la risposta.

A. ORGANIZZAZIONE FUNZIONALE

Il Distretto si articola per unità operative, secondo il modello funzionale dipartimentale, più avanti dettagliato.

L'unità operativa è la risorsa base del distretto e può essere identificata per obiettivi specifici e/o per categorie di popolazione a rischio. Essa è costituita da un nucleo anche minimo di operatori che rappresentano il riferimento operativo nella concreta conduzione delle specifiche attività.

Il modello funzionale dipartimentale significa:

- 1 costruire reti di servizi come offerta integrata simmetrica alla complessità della domanda. Un esempio tipico è assumere come referente dell'organizzazione non una malattia ma un soggetto di salute come la donna, il bambino, l'anziano, l'handicappato, il malato mentale, ecc.. In questi casi risulta prioritaria la integrazione con le prestazioni socio assistenziali di competenza dei comuni;
- 2 integrare in una comune organizzazione, attivando idonee modalità di comunicazione e di interrelazione, i diversi gradi di complessità di una struttura che eroga prestazioni, in modo da non costringere l'utente a fungere da veicolo delle informazioni necessarie per supportare la definizione delle scelte assistenziali;
- 3 allocare le risorse umane in modo mobile e flessibile, così da poter utilizzare ogni singolo operatore presso tutti i presidi che compongono il dipartimento, valorizzando il tempo di lavoro in modo differenziato;
- 4 programmare la flessibilità degli organici in rapporto alla valutazione della domanda e dei costi delle prestazioni;
- 5 riqualificare e motivare gli operatori, agendo in un nuovo spazio e tempo di lavoro; ciò renderà fruibili una serie di risorse aggiuntive in grado di migliorare qualitativamente e quantitativamente le prestazioni offerte.

Il modello funzionale dipartimentale realizza integrazioni tra:

- 1 le diverse unità operative dello stesso distretto;
- 2 le stesse unità operative di diversi distretti;
- 3 una unità operativa e gli, altri presidi dell'A.S.L. e/o la A.O.

L'attivazione formale dei singoli dipartimenti con i contenuti sopra indicati è disciplinata dal regolamento interno dell'Azienda sanitaria locale, nonché, per funzioni dipartimentali che travalichino le competenze dell'Azienda sanitaria, con specifici accordi tra questa e le altre A.S.L. e/o A.O..

B. I PRESIDI DISTRETTUALI

Per presidio si indica l'insieme organizzato delle dotazioni strutturali e strumentali necessarie per lo svolgimento di un'attività e per la erogazione delle prestazioni di competenza.

Un presidio può articolarsi in più sedi fisiche o stabilimenti; una stessa sede può ospitare più presidi.

È evidente che la sede fisica unica non è vincolante rispetto alla erogazione delle prestazioni; certamente però l'orientamento a individuare sedi vicine o addirittura una o al massimo due sedi dove poter erogare la maggior parte delle prestazioni, risulta un dato favorevole per il lavoro di coordinamento, integrazione e progettazione tra le unità operative, di cui si è detto sopra.

C. LIVELLI DI RESPONSABILITÀ

Il modello funzionale dipartimentale innanzi indicato, al di là delle scelte di programmazione del direttore generale, implica comunque nel distretto sanitario l'individuazione delle unità operative oltre che come erogatrici di prestazioni, come sensori dei bisogni del territorio di competenza, compresi quelli socio - sanitari e socio - assistenziali delegati dagli Enti locali.

Da questo ne discende che l'organizzazione del distretto sanitario deve prevedere:

- 1 l'individuazione dell'insieme dei responsabili delle singole unità operative come staff di coordinamento del distretto sanitario;
- 2 l'individuazione all'interno dello staff di un coordinatore distrettuale per le attività sociali integrate nelle attività sanitarie scelto di norma fra gli assistenti sociali;
- 3 la costituzione, nel caso siano delegate le attività assistenziali dell'Ente locale, potrà essere costituita una unità operativa di servizio sociale;
- 4 l'adozione di un modello decisionale che veda la funzione dello staff di coordinamento come supporto stabile per il direttore sanitario del distretto sanitario al fine di verificare, confrontare e assumere decisioni in merito alla regolamentazione e all'adeguamento organizzativo.

D. UNITA' OPERATIVE: funzioni e standard di personale.

Le unità operative dei distretti sanitari, di seguito elencate, rappresentano una esaustiva descrizione delle possibili aggregazioni delle attività distrettuali per funzioni omogenee.

Esse sono, peraltro, suscettibili di modifica o di ulteriore aggregazione in ragione della diversificata domanda dell'utenza, nonché, delle specifiche direttive dell'A.S.L..

Per ogni unità operativa, nell'ambito di un macro standard di personale distrettuale fissato in 4.97 operatori/mille abitanti, è stato di seguito riportato, in corrispondenza della descrizione delle attività di una singola U.O. il relativo specifico standard di personale, al principale scopo di evidenziare un tendenziale vincolo di risorse.

In tale senso tali standard, che trovano copertura nell'ambito del parametro capitaro di finanziamento, presuppongono la permanente erogazione in gestione diretta di tutte le prestazioni e pertanto vanno opportunamente corretti per difetto qualora attività specialistiche ambulatoriali, semiresidenziali e residenziali siano prestate da altre aziende o da privati con i quali l'Azienda sanitaria locale intrattiene i rapporti di cui all'art. 8 del D.Lgs. n. 502 del 1992 e successive modifiche ed integrazioni.

Nel suggerire, al proposito, che nell'effettuare tale correzione si tenga conto del costo del corrispettivo da erogare a fronte della prestazione resa, si sottolinea, comunque, che gli standard forniti con le presenti linee guida rappresentano uno degli elementi per la formulazione delle piante organiche distrettuali che dovranno, in ogni caso, avere a riferimento la verifica dei carichi di lavoro, ai sensi della normativa vigente. Per ciascuna unità operativa, accanto ad una elencazione sintetica delle principali attività, alcune delle quali erogabili anche in sede interdistrettuale, ed allo standard di personale con le precisazioni sopra richiamate, viene indicato anche il riferimento ai relativi livelli di assistenza, così come richiamati nella legge cui il presente documento è allegato, e cioè:

- 1 prevenzione
- 2 assistenza sanitaria di base
- 3 assistenza specialistica e semiresidenziale territoriale
- 4 assistenza ospedaliera
- 5 assistenza residenziale sanitaria o attività di supporto

Le unità operative di prevenzione collettiva, prevenzione nei luoghi di lavoro e veterinaria sono articolazioni territoriali del Dipartimento di prevenzione, cui afferiscono anche le attività vaccinali realizzate in campo materno - infantile. Va rilevato che lo standard di personale complessivo del Dipartimento di prevenzione è di 1 operatore per mille abitanti. Nella ipotesi prevista 0,4 operatori per mille sono previsti nella sede centrale del dipartimento e 0,6 operatori per mille sono in sede periferica. Tali percentuali possono essere modificate nell'attribuzione specifica fra le unità operative interessate, in funzione dei problemi peculiari del territorio.

1. UNITA' OPERATIVA PREVENZIONE COLLETTIVA con almeno le seguenti funzioni:

- a programmi di educazione alla salute in collaborazione con altre UU.OO.;
- b profilassi e controllo delle malattie infettive;
- c accertamento, vigilanza e controllo dei fattori di rischio negli ambienti di vita;
- d certificazioni sanitarie a fini preventivi e di tutela della salute pubblica;
- e visite necroscopiche e adempimenti di polizia mortuaria;
- f controllo igienico sanitario della produzione, trasformazione, conservazione, commercializzazione, trasporto, deposito, distribuzione degli alimenti e delle bevande;
- g attività istruttoria per la emanazione di ordinanze del Sindaco - Autorità sanitaria locale;
- h altre attività istruttorie propedeutiche al rilascio di autorizzazioni sanitarie comunali non riservate ai servizi centrali del Dipartimento;
- i partecipazione ai progetti di altre UU.OO. del distretto sanitario;

STANDARD DI PERSONALE

LIVELLO DI ASSISTENZA

0,26 OPERATORI X 1000 AB.

1

TIPOLOGIA DI PERSONALE: Medici, Ingegneri, Infermieri, Tecnici di igiene, Assistenti tecnici, Amministrativi.

2. UNITA' OPERATIVE PREVENZIONE NEI LUOGHI DI LAVORO con almeno le seguenti funzioni:

- a. programmi di educazione alla salute in collaborazione con altre UU.OO.
- b. accertamento, vigilanza e controllo sui fattori di rischio negli ambienti di lavoro;
- c. controllo della salute dei lavoratori;
- d. partecipazione ai progetti di altre UU.OO. del distretto-sanitario.

STANDARD DI PERSONALE

LIVELLO DI ASSISTENZA

0,08 OPERATORI X 1000 AB.

1

TIPOLOGIA DI PERSONALE: Medici, Assistenti sanitari, Tecnici di igiene, Ingegneri, Assistenti tecnici, Amministrativi, Infermieri, Operatori professionali e di 1^a categ.

3. UNITA' OPERATIVA VETERINARIA con almeno le seguenti funzioni:

- a. controllo dell'igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche, nonché, della preparazione e commercializzazione degli alimenti di origine animale;
- b. profilassi animale ai fini della eradicazione delle malattie infettive;
- c. vigilanza e lotta al randagismo;
- d. controllo sulla preparazione, utilizzazione commercializzazione ed impiego dei mangimi e degli integratori;
- e. controllo sull'impiego dei farmaci di uso veterinario;
- f. partecipazione ai progetti di altre UU.OO. del distretto sanitario.

STANDARD DI PERSONALE

LIVELLO DI ASSISTENZA

0,14 OPERATORI X 1000 AB.

1

(da correggersi in aumento o in diminuzione per i seguenti fattori correzione: 1,8 veterinari x 5000 zoounità assistibili; 1 veterinario x 3000 tonnellate annue di alimenti di origine animale; 1,8 tecnici - amministrativi x 10000 zoounità assistibili; 1 tecnico amministrativo x 7500 tonnellate annue di alimenti di origine animale)

TIPOLOGIA DI PERSONALE: medici veterinari, assistenti tecnici, amministrativi.

4. UNITA' OPERATIVA ASSISTENZA SANITARIA DI BASE, PER L'URGENZA E SPECIALISTICA con almeno le seguenti funzioni:

- a. iscrizione al Servizio Sanitario e consegna tessera d'iscrizione;
- b. scelta e revoca del medico;
- c. pratiche amministrative per la fruizione, di prestazioni varie, comprese le prestazioni integrative, l'assistenza indiretta, le cure termali ecc.;
- d. coordinamento ed indirizzo dell'attività dei medici e pediatri di base, anche correlata alla gestione dei programmi terapeutici di altre UU.OO. e dell'anagrafe sanitaria;
- e. erogazione dell'assistenza specialistica ed attivazione delle relazioni funzionali con gli altri livelli extra distrettuali dell'Azienda sanitaria, compresi i Dipartimenti ospedalieri;
- f. esecuzione del prelievo ematico, degli esami di laboratorio e strumentali ed attivazione delle relazioni funzionali con gli altri livelli extra distrettuali dell'Azienda sanitaria, compresi i Dipartimenti ospedalieri;
- g. attivazione del C.U.P. - Centro unico di prenotazione - con eventuale collegamento con i medici e pediatri di base, per prestazioni conseguibili in sede extra distrettuale, di Azienda ospedaliera o di altra Azienda sanitaria;
- h. accesso alla specialistica in regime di convenzionamento esterno;

- i. guardia medica notturna e festiva con eventuale mezzo di trasporto per soccorso sanitario. Tali funzioni vanno integrate con le funzioni dei SAUT di cui all'articolo 11 della L.R. n. 2 del 1994 e relative delibere regionali.
- l. medicina sportiva con rilascio di certificazione di specifica competenza;
- m. assistenza farmaceutica ed assistenza integrativa;
- n. partecipazione ai progetti di altre UU.OO. del distretto sanitario.

STANDARD DI PERSONALE	LIVELLO DI ASSISTENZA
0,28 OPERATORI X 1000 AB.	2
0,28 OPERATORI X 1000 AB.	3

TIPOLOGIA DI PERSONALE: Medici, Farmacisti, Assistenti sociali, Tecnici sanitari, Infermieri, Ostetriche, Amministrativi, Ausiliari.

5. UNITA' OPERATIVA MEDICINA LEGALE ED INVALIDI CIVILI con almeno le seguenti funzioni:

- a. accertamenti medico - legali collegiali per la valutazione delle minorazioni civili ai sensi della L. n. 245 del 1990;
- b. certificazioni medico legali richieste da singoli cittadini e da Enti;
- c. certificazioni varie individuali (sana costituzione, per concorsi, patente, ecc.);
- d. accertamenti necroscopici;
- e. partecipazione a progetti di altre UU.OO. del distretto sanitario.

STANDARD DI PERSONALE	LIVELLO DI ASSISTENZA
0,08 OPERATORI X 1000 AB.	2

TIPOLOGIA DI PERSONALE: Medici, Infermieri, Amministrativi, Ausiliari, Assistenti sociali.

6. UNITA' OPERATIVA MATERNO - INFANTILE - nell'ambito del progetto obiettivo almeno le seguenti indicazioni:

- a. promozione della salute del bambino ivi comprese le vaccinazioni obbligatorie e raccomandate, nell'ambito della programmazione degli interventi vaccinali definita dal Dipartimento di prevenzione dell'A.S.L.;
- b. promozione della salute della donna, ivi compresa la tutela della procreazione responsabile;
- c. assistenza alla gravidanza, alla gestante a rischio, anche in collegamento operativo con funzioni extra distrettuali;
- d. prevenzione dei tumori femminili anche in collegamento operativo con funzioni extra distrettuali;
- e. promozione della salute degli adolescenti, in collegamento operativo con altre UU.OO.
- f. riabilitazione pediatrica, anche domiciliare in collegamento con altre UU.OO.;
- g. attività di medicina scolastica ed interventi domiciliari per l'integrazione scolastica dei portatori di handicap, in collegamento con altre UU.OO.;
- h. attività riabilitativa nei centri diurni, gestita in collaborazione con altre UU.OO.;
- i. attività di educazione alla salute, anche in collaborazione con associazioni di volontariato ed Enti locali;
- l. partecipazione ai progetti di altre UU.OO. del distretto sanitario.

STANDARD DI PERSONALE	FUNZIONI	LIVELLO DI ASSISTENZA
0,12 OPER. X 1000 AB.	Med. Scolastica e vaccinazioni	1

0,08 OPER. X 1000 AB.	Assistenza domiciliare	2
0,15 OPER. X 1000 AB.	Consultorio	3
0,03 OPER. X 1000 AB.	Ass.za riab.va pediatrica	3
0,15 OPER. X 1000 AB.	Ass.za riab.va nei centri diurni	3

TIPOLOGIA DI PERSONALE: Medici, Sociologi, Psicologi, Assistenti sociali, Terapisti della riabilitazione, animatori di comunità, ostetriche, Assistenti sanitari, Vigilatrici di infanzia, Amministrativi, Ausiliari.

7. UNITA' OPERATIVA SALUTE MENTALE - nell'ambito del progetto obiettivo - in collegamento con il Servizio psichiatrico di diagnosi e cura, con almeno le seguenti funzioni:

- a. filtro della domanda di ricovero e controllo della degenza nelle case di cura;
- b. assistenza ambulatoriale e domiciliare, anche alle famiglie;
- c. rapporti terapeutici con nuclei familiari e gruppi;
- d. intervento sulla crisi psichiatrica a livello territoriale
- e. consulenza ai presidi ospedalieri, privi di Servizio psichiatrico di diagnosi e cura;
- f. attività riabilitative e sociali, attraverso le strutture semiresidenziali;
- g. partecipazione a programmi di inserimento formativo, lavorativo ed occupazionale, utilizzando anche cooperative integrate;
- h. conferma dei trattamenti sanitari obbligatori;
- i. partecipazione ai progetti di altre UU.OO. del distretto sanitario.

STANDARD DI PERSONALE	FUNZIONI	LIVELLO DI ASSISTENZA
0,10 OPER. X 1000 AB.	Assistenza domiciliare	2
0,40 OPER. X 1000 AB.	Centro di salute mentale	3
0,05 OPER. X 1000 AB.	Day Hospital (1 P.L. x 10000 ab.)	3
0,08 OPER. X 1000 AB.	Centri diurni	3

A questi vanno aggiunti i seguenti standards, se l'unità operativa gestisce direttamente le strutture residenziali:

STANDARD DI PERSONALE	FUNZIONI	LIVELLO DI ASSISTENZA
0,12 OPER. X 1000 AB.	per le nuove utenze	5
0,30 OPER. X 1000 AB.	per residuo manicomiale	5

TIPOLOGIA DI PERSONALE: Medici, Sociologi, Psicologi, Assistenti sociali, Animatori di comunità, Infermieri, Amministrativi, Ausiliari.

8. UNITA' OPERATIVA TOSSICODIPENDENZA - S.E.R.T. - con almeno le seguenti funzioni:

- a. primo contatto ed accettazione, orientamento per il programma terapeutico e riabilitativo;
- b. programmi terapeutici di disintossicazione in regime ambulatoriale e domiciliare e/o di day hospital tossicologico;
- c. screening di patologie associate alla tossicodipendenza, in collegamento con altre à operative anche extra distrettuali, compresi i dipartimenti ospedalieri;

- d. supporto psicologico e psicoterapeutico, anche alle famiglie;
- e. programmi riabilitativi anche attraverso strutture semiresidenziali;
- f. partecipazione a programmi di inserimento formativo, lavorativo ed occupazionale, anche coinvolgendo associazioni di volontariato e cooperative integrate;
- g. attività preventive ed educazione alla salute nelle scuole in collaborazione con associazioni di volontariato, enti locali;
- h. partecipazione ai progetti di altre UU.OO. del distretto sanitario.

STANDARD DI PERSONALE	FUNZIONI	LIVELLO DI ASSISTENZA
0,02 OPER. X 1000 AB.	Assistenza domiciliare	2
0,15 OPER. X 1000 AB.	S.E.R.T. ambulatorio	3
0,08 OPER. X 1000 AB.	Centro Diurno	3

A questi vanno aggiunti i seguenti standards, se l'unità operativa gestisce direttamente le strutture residenziali:

STANDARD DI PERSONALE	FUNZIONI	LIVELLO DI ASSISTENZA
0,20 OPER. X 1000 AB.	Comunità terapeutiche	5

TIPOLOGIA DI PERSONALE: Medici, Biologi, Sociologi, Psicologi, Assistenti sociali, Animatori di comunità, Infermieri, Amministrativi, Ausiliari.

9 UNITA' OPERATIVA ASSISTENZA ANZIANI - nell'ambito del progetto obiettivo con almeno le seguenti funzioni:

- a. Attività di valutazione geriatrica (U.V.G.) in collegamento con i presidi anche extra distrettuali dell'A.S.L. e/o A.O.;
- b. filtro della domanda di ricovero e vigilanza sulle case di cura e di riposo attraverso la U.V.G.
- c. attività di Assistenza domiciliare integrata (A.D.I.);
- d. attività di collegamento dei medici di medicina generale per la elaborazione dei programmi terapeutici e riabilitativi;
- e. coordinamento funzionale con la U.O. di assistenza sanitaria per le funzioni specialistiche e la U.O. di riabilitazione;
- f. attività riabilitativa e sociale anche attraverso le strutture semiresidenziali, utilizzando specifici protocolli con gli enti locali;
- g. partecipazione ai progetti di altre UU.OO. del distretto sanitario.

STANDARD DI PERSONALE	FUNZIONI	LIVELLO DI ASSISTENZA
0,16 OPER. X 1000 AB.	Assistenza domiciliare	2
0,10 OPER. X 1000 AB.	U.V.G. e centro diurno	3

A questi vanno aggiunti i seguenti standards, se l'unità operativa gestisce direttamente le strutture residenziali:

STANDARD DI PERSONALE	FUNZIONI	LIVELLO DI ASSISTENZA
0,50 OPER. X 1000 AB.	Residenze sanit. assistite	5

TIPOLOGIA DI PERSONALE: medici, sociologi, assistenti sociali, fisioterapisti, infermieri, amministrativi, ausiliari.

10. UNITA' OPERATIVA ASSISTENZA RIABILITATIVA - anche in riferimento all'art. 26 della L. n. 833 del 1978 - con almeno le seguenti funzioni:

- a. attività ambulatoriale e domiciliare riabilitativa e di fisioterapia in collegamento con l'U.O. di assistenza sanitaria e di assistenza anziani;
- b. assistenza protesica, attraverso il collegamento con il C.I.A. - Centro informazione ausili;
- c. formulazione dei piani di intervento;
- d. filtro e valutazione dei trattamenti in regime di ricovero e controlli degli standards dei centri convenzionati;
- e. partecipazione ai progetti di altre UU.OO. del distretto sanitario.

STANDARD DI PERSONALE	FUNZIONI	LIVELLO DI ASSISTENZA
0,16 OPER. X 1000 AB.	Assistenza domiciliare	2
0,35 OPER. X 1000 AB.	Ambulatorio e assistenza protesica	3

A questi vanno aggiunti i seguenti standards, se l'unità operativa gestisce direttamente le strutture residenziali:

STANDARD DI PERSONALE	FUNZIONI	LIVELLO DI ASSISTENZA
0,25 OPER. X 1000 AB.	Resid. sanit. assistite	5

TIPOLOGIA DI PERSONALE: Medici, Sociologi, Psicologi, Assistenti sociali, Fisioterapisti, Infermieri, Amministrativi, Ausiliari.

Le seguenti unità operative di controllo interno, relazioni con il pubblico e amministrativa sono articolazioni periferiche dei servizi centrali dell'Azienda sanitaria di cui alla presente legge.

Lo standard complessivo di personale per le attività di supporto all'organizzazione assistenziale è di 0,9 operatori/mille X 1000 abitanti, nella ipotesi qui di seguito riportata 0,5 operatori sono collocati in sede centrale e 0,4 in sede periferica, non necessariamente identificata nel singolo distretto sanitario ma, in relazione ai livelli di complessità dell'A.S.L., anche in sede sovradistrettuale o con funzioni interdistrettuali. Tali percentuali possono essere modificate nell'attribuzione specifica tra le UU.OO. sotto elencate in relazione alla programmazione dell'A.S.L.

11. UNITA' OPERATIVA CONTROLLO INTERNO con almeno le seguenti funzioni:

- a. supporto allo staff del distretto sanitario;
- b. predisposizione, verifica, elaborazione del sistema informativo delle UU.OO del distretto sanitario in collegamento operativo anche con gli altri distretti e presidi dell'Azienda sanitaria locale;
- c. verifica, mediante la valutazione dei costi e dei rendimenti degli obiettivi prefissati del distretto sanitario;

- d. predisposizione di relazioni sull'andamento del distretto sanitario in termini di efficacia ed efficienza e formulazione di proposte, su indicazioni di parametri di riferimento predisposti dal Servizio di controllo centrale dell'Azienda sanitaria locale;
- e. consulenza alle altre UU.OO. del distretto sanitario.

STANDARD DI PERSONALE

LIVELLO DI ASSISTENZA

0,10 OPER. X 1000 AB.

6

TIPOLOGIA DI PERSONALE: sociologi, statistici, epidemiologi, amministrativi, assistenti sociali.

12. UNITA' OPERATIVA RELAZIONI CON IL PUBBLICO E DI INTEGRAZIONE CON IL SOCIALE:

- a. valutazione del grado di soddisfazione dei cittadini sulle prestazioni erogate dal distretto sanitario;
- b. promozione della partecipazione dei cittadini, anche attraverso incontri periodici con le loro associazioni e con i rappresentanti delle comunità locali;
- c. informazione agli utenti sulle condizioni economiche e tecniche di accesso alle prestazioni sia distrettuali che extra distrettuali;
- d. semplificazione delle procedure, compresa l'attivazione di linee telefoniche;
- e. ricezione dei reclami e di ogni eventuale disservizio da parte degli utenti, anche ai sensi della L. n. 241 del 1990;
- f. ricerca ed analisi sugli aspetti organizzativi e logistici del rapporto con l'utenza;
- g. predisposizione di relazioni e formulazione di proposte sull'andamento del distretto sanitario allo staff, in funzione del rapporto con l'utenza anche in base alle direttive impartite dal Servizio centrale dell'Azienda sanitaria;
- h. consulenza alle altre UU.OO del distretto sanitario;

STANDARD DI PERSONALE

LIVELLO DI ASSISTENZA

0,10 OPER. X 1000 AB.

6

PERSONALE: Sociologi, Assistenti sociali, Amministrativi.

13. UNITA' OPERATIVA AMMINISTRATIVA con almeno le seguenti funzioni:

- a. gestione scorte del distretto sanitario;
- b. manutenzione impianti e strutture del distretto sanitario;
- c. gestione budget del distretto sanitario;
- d. gestione del personale del distretto sanitario;
- e. consulenza amministrativa alle altre UU.OO. del distrettosanitario;
- f. coordinamento delle unità operative inserite nelle altre UU.OO

STANDARD DI PERSONALE

LIVELLO DI ASSISTENZA

0,20 OPER. X 1000 AB.

6

TIPOLOGIA DEL PERSONALE: Amministrativi, Operatori tecnici.