

REPUBBLICA ITALIANA

BOLLETTINO UFFICIALE

della Regione Puglia



REGIONE
PUGLIA

ANNO LVI

BARI, 29 SETTEMBRE 2025

n. 78



Deliberazioni della Giunta regionale

Atti degli Enti locali e degli enti pubblici e privati

Altri atti e avvisi della Regione e di altri enti pubblici che interessano la collettività regionale

Il Bollettino Ufficiale della Regione Puglia, ai sensi della Legge regionale 15 giugno 2023, n. 18, è pubblicato con frequenza bisettimanale, attraverso edizioni ordinarie, di norma il lunedì e il giovedì, straordinarie e supplementari. Il BURP si articola in tre sezioni.

Nella prima sezione sono pubblicati gli atti della Regione Puglia, di seguito elencati per tipologia:

- a) lo Statuto, le leggi e i regolamenti regionali;
- b) gli atti aventi contenuto normativo a rilevanza esterna;
- c) le deliberazioni del Consiglio regionale;
- d) le deliberazioni della Giunta regionale;
- e) i decreti e le ordinanze del Presidente della Giunta regionale;
- f) i decreti del Presidente del Consiglio regionale;
- g) le deliberazioni dell'Ufficio di Presidenza del Consiglio regionale;
- h) le determinazioni dirigenziali aventi contenuto di interesse generale, in primis quelle che definiscono i criteri e le modalità per la concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili e vantaggi economici di qualunque genere, oppure che specificano criteri e modalità per il rilascio di autorizzazioni, accreditamenti, licenze e provvedimenti analoghi, nonché ogni determinazione dirigenziale che la struttura regionale adottante ritenga di pubblicare;
- i) gli atti dell'amministrazione regionale di cui sia disposta la pubblicazione in base all'ordinamento vigente;
- j) le richieste di referendum regionali, i relativi atti d'indizione e la proclamazione dei risultati.

Nella seconda sezione sono pubblicati gli atti degli enti pubblici e privati e degli organi giurisdizionali dello Stato, di seguito elencati per tipologia:

- a) le sentenze e le ordinanze della Corte costituzionale relative a leggi della Regione Puglia o a leggi statali o a conflitti di attribuzione che coinvolgono la Regione Puglia;
- b) le ordinanze degli organi giurisdizionali che sollevano questioni di legittimità costituzionale relative a leggi regionali;
- c) i ricorsi e le ordinanze promossi innanzi alla Corte costituzionale aventi ad oggetto questioni di legittimità costituzionale delle leggi della Regione Puglia, insieme ai provvedimenti adottati dalla Corte costituzionale per la definizione di tali giudizi;
- d) gli atti di organi statali o comunitari di cui sia prescritta la pubblicazione nel bollettino ufficiale da norma di legge oppure la cui pubblicazione sia disposta dal Presidente della Giunta regionale;
- e) gli atti degli enti locali e degli enti pubblici e privati, la cui pubblicazione sia richiesta dagli stessi anche in ragione di prescrizioni normative o regolamentari;
- f) tutti gli altri atti di particolare interesse per la Regione Puglia, adottati da qualunque autorità o ente diverso dalla Regione, la cui pubblicazione sia disposta dal Presidente della Giunta regionale o dall'autorità giudiziaria.

Nella terza sezione sono pubblicati tutti gli atti e gli avvisi della Regione e di altri enti pubblici che interessano la collettività regionale la cui pubblicità risponda a esigenze di carattere informativo diffuso, nonché gli atti e avvisi relativi alle procedure di reclutamento del personale o alle procedure di affidamento per l'acquisizione di lavori, servizi e forniture, con particolare riferimento a:

- a) provvedimenti di approvazione di bandi e avvisi in materia di contratti pubblici;
- b) provvedimenti di avvio delle procedure di reclutamento del personale;
- c) determinazioni dirigenziali di approvazione delle graduatorie di affidamento e/o di concorso;
- d) determinazioni dirigenziali di costituzione delle commissioni di gara e/o di concorso;
- e) altri atti delle procedure di affidamento e/o procedure concorsuali la cui pubblicazione sia richiesta da legge.

SOMMARIO

“Avviso per i redattori e per gli Enti:

Il Bollettino Ufficiale della Regione Puglia si attiene alle regole della Legge 150/2000 per la semplificazione del linguaggio e per la facilitazione dell'accesso dei cittadini alla comprensione degli atti della Pubblica Amministrazione. Tutti i redattori e gli Enti inserzionisti sono tenuti ad evitare sigle, acronimi, abbreviazioni, almeno nei titoli di testa dei provvedimenti”.

SEZIONE PRIMA

Deliberazioni della Giunta regionale

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 11 settembre 2025, n. 1301

Autorizzazione della missione all'estero del Dirigente della Sezione Crescita digitale delle persone, del territorio e delle imprese al IV simposio internazionale del Network of European Regions Using Space Technologies - NEREUS a Ponta Delgada (Portogallo) dal 1 al 4 ottobre 2025, quale rappresentante regionale nel Management Board e Tesoriere del Network. 79908

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 11 settembre 2025, n. 1302

Realizzazione di un nuovo edificio per uffici e archivio regionale generale in Bari, alla via Gentile. Approvazione variante urbanistica al vigente P.R.G. del Comune di Bari. 79918

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 11 settembre 2025, n. 1303

Agenzia Regionale per le politiche attive del lavoro ARPAL Puglia -Approvazione terzo aggiornamento del bilancio preventivo annuale 2025 e pluriennale 2025-2027 - Approvazione primo aggiornamento del piano triennale dei fabbisogni del personale 2025-2027. 79929

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 11 settembre 2025, n. 1304

Autorizzazione alla missione istituzionale all'estero della Dirigente della Sezione Ricerca e Relazioni Internazionali e di della funzionaria EQ in materia di dimensione internazionale della RIS3 per l'evento Annual I3 Instrument Forum 2025 e I3 Instrument Coordinators' Day-Bruxelles, Belgio dal 23 al 25 settembre 2025 79935

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 11 settembre 2025, n. 1305

COMUNE DI MARGHERITA DI SAVOIA (BT) PROGETTO DI FATTIBILITA' TECNICO-ECONOMICA art. 41 D.Lgs. n. 36/2023 - IMPIANTO SPORTIVO POLIVALENTE PALAZZETTO DELLO SPORT "PALASALINE". Proponente: COMUNE DI MARGHERITA DI SAVOIA Autorizzazione paesaggistica in deroga ai sensi dell'art. 95 del PPTR, art. 146 del D.Lgs. 42/2004 - art. 90 NTA del PPTR. 79945

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 11 settembre 2025, n. 1306

Istituzione di tre incarichi equiparati a elevata qualificazione di cui all'art.16, comma 2, lett. a) del CCNL 16.11.2022. Applicazione quota vincolata del risultato di amministrazione e variazione al Bilancio di previsione 2025 e pluriennale 2025-2027 ai sensi del D.Lgs. n. 118/2011 e ss.mm.ii., per complessivi € 113.250,20. 79970

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 11 settembre 2025, n. 1307

Programma di Cooperazione Europea INTERREG Europe 2021-2027, secondo bando – Progetto

“MaaSolutions” – CUP: B39I23004590007. Seconda visita di studio a Baia Mare (Romania) periodo 16-18 settembre 2025. Autorizzazione missione all'estero per tre dipendenti della Sezione Trasporto Pubblico Locale e Intermodalità..... 79978

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 12 settembre 2025, n. 1308

Legge Regionale n. 1 del 16 febbraio 2024 come modificata dalla Legge Regionale n. 22 del 30 maggio 2024 – Misure per l'aumento della copertura della vaccinazione anti Papilloma virus umano (HPV) – Indirizzi applicativi..... 79991

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 12 settembre 2025, n. 1309

Presa d'atto e approvazione del Regolamento di Organizzazione e Funzionamento dell' IRCCS “G. Paolo II” ai sensi del D.lgs n. 288 e ss mm e ii e della Legge Regionale n. 17 del 29.05.2017 80009

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 12 settembre 2025, n. 1310

Rettifica deliberazione di Giunta regionale 20 giugno 2025, n. 876. Modifica e integrazione deliberazione di Giunta regionale 19 giugno 2025, n. 858. Tetto di spesa Case di Cura private accreditate e specialistica ambulatoriale. 80107

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 12 settembre 2025, n. 1311

Legge Regionale n. 21 del 30.05.2024 - Centro di Riabilitazione di Ceglie Messapica. Disposizioni attuative..... 80133

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 12 settembre 2025, n. 1312

Presa d'atto e approvazione dell'Atto Aziendale della ASL BT ai sensi dell'art. 19, comma 10 della Legge regionale 25/02/2010, n. 4..... 80164

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 12 settembre 2025, n. 1313

Presa d'atto e approvazione dell'Atto Aziendale della ASL FG ai sensi dell'art. 19, comma 10 della Legge regionale 25/02/2010, n. 4..... 80343

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 12 settembre 2025, n. 1314

Determinazione del Fondo Unico di Remunerazione per le Strutture Equiparate che erogano Assistenza Sanitaria nell'ambito territoriale della Regione Puglia – Triennio 2025-2027. Ratifica accordi contrattuali sottoscritti in data 19.06.2025..... 80431

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 12 settembre 2025, n. 1315

Approvazione dello schema di “Protocollo d’Intesa tra la Regione Puglia, il Comune di Trani e la Azienda Sanitaria Locale BT di definizione dell’organizzazione del Presidio Territoriale di Assistenza (PTA) di Trani”. 80489

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 12 settembre 2025, n. 1316

Modifica e integrazione DGR n. 1664 del 28.11.2025 - Presa d'atto e approvazione dell'Atto Aziendale dell'Azienda Ospedaliera Universitaria “OO.RR” di Foggia ai sensi dell'art. 19, comma 10 della Legge regionale 25/02/2010, n. 4..... 80505

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 12 settembre 2025, n. 1317

Organizzazione e funzionamento della SRC, ai sensi dell'Accordo Stato – regioni Rep. Atti n. 206/CSR del 13 ottobre 2011. Istituzione tavolo tecnico di Medicina Trasfusionale. Revoca delle deliberazioni di Giunta n. 143 del 23/02/2016 e n. 2158 del 21/12/2016..... 80566

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 12 settembre 2025, n. 1318

Attività istituzionale di formazione e comunicazione. Variazione compensativa al Bilancio di previsione 2025-2027, al Documento tecnico di accompagnamento e al Bilancio finanziario gestionale 2025-2027 per l'importo di euro 100.000,00..... 80573

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 12 settembre 2025, n. 1319

Approvazione del Protocollo di Intesa finalizzato alla collaborazione per l'esecuzione penale esterna ed al reinserimento sociale. 80581

SEZIONE SECONDA

Atti degli Enti locali e degli enti pubblici e privati

EXALTO ENERGY & INNOVATION S.R.L.

Pubblicazione ai sensi dell'art. 8, comma 9, del D. Lgs. n. 190/2024. Procedura Abilitativa Semplificata (P.A.S.) per lavori di realizzazione di un impianto di produzione di energia elettrica da fonte solare FOTOVOLTAICA della potenza in immissione pari a 999,6 kW e potenza di generazione pari a 999,6 kWp, da installarsi in agro del Comune di Minervino di Lecce (LE), Località Specchia Gallone snc, 73027, Foglio 1 Particelle 22-27-55-56-57-58-59. Avviso di avvenuto perfezionamento del titolo abilitativo. 80592

SEZIONE TERZA

Altri atti e avvisi della Regione e di altri enti pubblici che interessano la collettività regionale

AMMINISTRAZIONE PROVINCIALE DI LECCE

Rende Noto - Domanda di autorizzazione alla ricerca di acque sotterranee ai sensi dell'art. 5 della L.R. n. 7/2025. Comune: COLLEPASSO - località: ZONA INDUSTRIALE. 80593

AMMINISTRAZIONE PROVINCIALE DI LECCE

Rende Noto - Domanda di autorizzazione alla ricerca di acque sotterranee ai sensi dell'art. 5 della L.R. n. 7/2025. Comune: COLLEPASSO - località: ZONA INDUSTRIALE. 80594

AMMINISTRAZIONE PROVINCIALE DI LECCE

Rende Noto - Domanda di autorizzazione alla ricerca di acque sotterranee ai sensi dell'art. 5 della L.R. n. 7/2025. Comune: CARMIANO - località: VIA VEGLIE. 80595

AMMINISTRAZIONE PROVINCIALE DI BARLETTA - ANDRIA - TRANI

Rende Noto - Domanda di autorizzazione alla ricerca di acque sotterranee ai sensi dell'art. 5 della L.R. n. 7/2025. Comune: TRINITAPOLI - località: BRANCALANZA. 80596

AMMINISTRAZIONE PROVINCIALE DI BARLETTA - ANDRIA - TRANI

Rende Noto - Domanda di autorizzazione alla ricerca di acque sotterranee ai sensi dell'art. 5 della L.R. n. 7/2025. Comune: SAN FERDINANDO DI PUGLIA - località: BRANCALANZA. 80597

SEZIONE PRIMA

Deliberazioni della Giunta regionale

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 11 settembre 2025, n. 1301

Autorizzazione della missione all'estero del Dirigente della Sezione Crescita digitale delle persone, del territorio e delle imprese al IV simposio internazionale del Network of European Regions Using Space Technologies - NEREUS a Ponta Delgada (Portogallo) dal 1 al 4 ottobre 2025, quale rappresentante regionale nel Management Board e Tesoriere del Network.

LA GIUNTA REGIONALE**VISTI:**

- gli artt. 4, 5 e 6 della L.R. 4 febbraio 1997, n. 7;
- la Deliberazione della Giunta Regionale n. 3261 del 28 luglio 1998;
- gli artt. 4 e 16 del D.lgs. n. 165 del 30.03.2001 e ss.mm.ii.;
- gli artt. 43 e 44 dello Statuto della Regione Puglia;
- il Decreto del Presidente della Giunta regionale 22 gennaio 2021, n. 22 e ss.mm.ii., recante l'Atto di Alta Organizzazione "M.A.I.A. 2.0";
- il Regolamento interno di questa Giunta;

VISTO il documento istruttorio della Sezione Crescita digitale delle persone, del territorio e delle imprese, concernente l'argomento in oggetto e la conseguente proposta del Presidente della Giunta regionale;

PRESO ATTO

- a) delle sottoscrizioni dei responsabili della struttura amministrativa competente, ai fini dell'attestazione della regolarità amministrativa dell'attività istruttoria e della proposta, ai sensi dell'art. 6, co. 8 delle Linee guida sul "Sistema dei controlli interni nella Regione Puglia", adottate con D.G.R. 23 luglio 2019, n. 1374;
- b) della dichiarazione della Direttrice di Dipartimento, in merito a eventuali osservazioni sulla proposta di deliberazione, ai sensi degli artt. 18 e 20 del Decreto del Presidente della Giunta regionale 22 gennaio 2021, n. 22 e ss.mm.ii.;
- c) del parere di regolarità contabile, previsto dall'art. 79, co. 5, della L.R. 28/2001 e ss.mm.ii., e di attestazione di copertura finanziaria, espresso dal Dirigente della Sezione Bilancio e Ragioneria, o suo delegato.

Con voto favorevole espresso all'unanimità dei presenti e per le motivazioni contenute nel documento istruttorio che è parte integrante e sostanziale della presente deliberazione

DELIBERA

1. di autorizzare la missione internazionale dell'ing. Vito Bavaro, Dirigente della Sezione Crescita digitale delle persone, del territorio e delle imprese, al IV simposio internazionale del Network of European Regions Using Space Technologies - NEREUS a Ponta Delgada (Portogallo) dal 1 al 4 ottobre 2025, quale rappresentante regionale nel Management Board e Tesoriere della medesima Associazione;
2. di dare atto che la spesa complessiva della missione ammonta presuntivamente ad € 1.600,00 e che la stessa trova copertura nelle risorse disponibili nel capitolo di Bilancio 3062 come indicato nella sezione adempimenti contabili;

3. di dare atto che l'operazione contabile proposta assicura il rispetto dei vincoli di finanza pubblica vigenti e gli equilibri di bilancio come previsto dal D.Lgs n.118/2011 e ss.mm.ii;
4. di disporre, a cura della Sezione Crescita digitale delle persone, del territorio e delle imprese, la notifica del presente provvedimento alla Direzione Amministrativa del Gabinetto del Presidente della Regione;
5. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia e sul sito ufficiale della Regione Puglia www.regione.puglia.it, nella sezione "Amministrazione Trasparente", sottosezione "Provvedimenti" e "Provvedimenti della Giunta Regionale.

Il Segretario Generale della Giunta

NICOLA PALADINO

Il Presidente della Giunta

RAFFAELE PIEMONTESE

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Oggetto: Autorizzazione della missione all'estero del Dirigente della Sezione Crescita digitale delle persone, del territorio e delle imprese al IV simposio internazionale del Network of European Regions Using Space Technologies - NEREUS a Ponta Delgada (Portogallo) dal 1 al 4 ottobre 2025, quale rappresentante regionale nel Management Board e Tesoriere della Associazione.

VISTI

- la Legge n. 241 del 7 agosto 1990 "Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi";
- il Decreto legislativo n. 165 del 30 marzo 2001 "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche";
- il Decreto legislativo n. 33 del 14 marzo 2013 "Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni";
- il Decreto Legislativo 7 marzo 2005, n. 82, recante il "Codice dell'Amministrazione digitale";
- il Regolamento (UE) n. 679/2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati, che abroga la direttiva 95/46/CE (Regolamento generale sulla protezione dei dati);
- il successivo D.Lgs. n. 101/2018 recante "Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016";
- la D.G.R. n. 1466 del 15 settembre 2021, recante l'approvazione della Strategia regionale per la parità di genere, denominata "Agenda di Genere";
- la D.G.R. n.1295 del 26 settembre 2024, recante "Valutazione di Impatto di Genere (VIG). Approvazione indirizzi metodologico-operativi e avvio fase strutturale";
- il DPGR n. 22 del 22 gennaio 2021, recante "Adozione Atto di Alta Organizzazione. Modello Organizzativo "MAIA 2.0" e successive modifiche ed integrazioni;
- il DPGR n. 263 del 10 agosto 2021, recante "Attuazione modello organizzativo MAIA 2.0 adottato con Decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 22 del 22 gennaio 2021 e s.m.i. Definizione delle Sezioni di Dipartimento e delle relative funzioni" e successive modifiche ed integrazioni;
- la Deliberazione della Giunta Regionale n. 685 del 26 aprile 2021, recante "Atto di Alta Organizzazione. Modello Organizzativo "MAIA 2.0", con la quale è stato conferito l'incarico di Direttore del Dipartimento Sviluppo Economico, nonché i successivi provvedimenti di proroga;
- la Deliberazione di Giunta Regionale n. 1576 del 30 settembre 2021 con cui la Giunta Regionale ha provveduto a conferire l'incarico di Direzione della Sezione Trasformazione Digitale, e successivi provvedimenti di proroga;

- il Decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 127 del 26 marzo 2024, che recepisce la modifica della denominazione *Sezione Trasformazione Digitale* in *Sezione Crescita digitale delle persone, del territorio e delle imprese*;
- la Deliberazione di Giunta Regionale n. 313 del 17 marzo 2025 recante "*Proroga dell'incarico di direzione della Sezione Crescita Digitale delle Persone, del Territorio e delle Imprese afferente al Dipartimento Sviluppo Economico, ai sensi dell'articolo 24, comma 1 del Decreto del Presidente della Giunta Regionale 22 gennaio 2021, n. 22*";
- la Deliberazione di Giunta Regionale n. 398 del 31 marzo 2025 recante "*Decreto del Presidente della Giunta regionale 22 gennaio 2021, n. 22 "Modello Organizzativo Maia 2.0" e ss.mm.ii. Proroga degli incarichi di direzione delle Sezioni di Dipartimento della Giunta regionale*", e successive modifiche ed integrazioni.

VISTI ALTRESÌ:

- il d.lgs. 23 giugno 2011, n. 118 come integrato dal d.lgs. 10 agosto 2014, n. 126 "Disposizioni integrative e correttive del d.lgs. 118/2011" e ss.mm.ii., recante disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della L.42/2009;
- L.R. n. 42 del 31/12/2024 "*Disposizioni per la formazione del bilancio di previsione 2025 e bilancio pluriennale 2025-2027 della Regione Puglia (legge di stabilità regionale 2025)*";
- L.R. n. 43 del 31/12/2024 "*Bilancio di previsione della Regione Puglia per l'esercizio finanziario 2025 e bilancio pluriennale 2025-2027*";
- la D.G.R. n. 26 del 20/01/2025 "*Bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2025 e pluriennale 2025-2027. Art. 39, comma 10, del decreto legislativo 23 giugno 2011, n.118. Documento tecnico di accompagnamento e Bilancio Finanziario Gestionale. Approvazione*";

PREMESSO CHE:

- con L.R. n. 34/80 "*Norme per l'organizzazione e la partecipazione a convegni, congressi ed altre manifestazioni e per l'adesione ad enti ed associazioni*", in particolare prevede all'art. 1 lettera c) e all'art. 4 che la Regione, nell'ambito delle attività volte a perseguire le proprie finalità statutarie, possa aderire ad enti, istituzioni, associazioni, comitati e qualsiasi altro organismo pubblico o privato che si propone per lo sviluppo culturale, scientifico, economico, artistico, turistico, sociale e sportivo della comunità regionale e che non abbiano scopo di lucro,
- i criteri e le modalità di applicazione della Legge regionale n. 34/1980 sono state da ultimo specificate con il provvedimento n. 1803 del 6 agosto 2014 con il quale la Giunta regionale ha approvato le "Linee guida per l'attuazione di iniziative istituzionali della Regione. Criteri e modalità di applicazione della L.R. n. 34/1980 e dell'art. 2 L.R. n. 3/2008";

- con Legge regionale 13 luglio 2017 n. 28, “Legge sulla partecipazione” è stato modificato l’art. 4 della L.R. 34/80 secondo cui la Regione Puglia “per selezionare gli organismi privati cui aderire indice avviso pubblico di acquisizione delle proposte di adesione”;
- l’Associazione Internazionale – Network of European Regions Using Space Technologies - N.E.R.E.U.S. con sede in Bruxelles è un organismo di diritto pubblico, come si evince dall’art. 5 dello Statuto;
- l’Associazione N.E.R.E.U.S. è una rete di 36 regioni europee che utilizza le tecnologie spaziali, rappresenta una piattaforma ideale per favorire l’agire congiunto delle regioni che, come la Puglia, hanno scelto di puntare sull’aerospazio come una delle aree di innovazione prioritaria;
- La Puglia è una delle Regioni italiane con i più alti tassi di crescita nel settore aerospazio, grazie anche ad una forte azione di impulso, condotta a livello regionale, dalle istituzioni territoriali, dal sistema industriale e dal mondo della ricerca e formazione;
- nell’ambito delle nuove filiere dell’innovazione, definite dalla strategia di specializzazione intelligente SmartPuglia2030, approvata con deliberazione della Giunta regionale n. 569/2022, l’aerospazio rappresenta una componente fondamentale e prioritaria nella filiera della manifattura “sostenibile”;
- come specificato nel suddetto documento SmartPuglia2030, nel corso del tempo, infatti, accanto alla storica presenza di importanti gruppi industriali nazionali attivi nella produzione e nella manutenzione di aerostutture e della relativa rete di PMI operanti nella subfornitura, sono nate e cresciute imprese impegnate nella progettazione e produzione di satelliti e di nuovi aeromobili per l’aviazione generale che prefigurano lo sviluppo di una filiera regionale “endogena” dotata di una propria identità;
- in questo contesto di nuovi sviluppi, un ruolo importante lo ricopre la presenza dell’infrastruttura aeroportuale Marcello Arlotta di Grottaglie che, accanto al suo ruolo di aeroporto cargo regionale, si caratterizza come una piattaforma logistica e tecnica integrata abilitata ad attività di spaziorporto nazionale per lo sviluppo strategico dell’autonomo accesso allo spazio, test bed aeronautico per lo sviluppo, sperimentazione e certificazione di progetti di ricerca industriali e scientifici in ambito aeronautico/aerospaziale, con particolare riferimento ai velivoli senza pilota;
- con nota prot. n. 272/sp del 4 aprile 2023 il Presidente della Regione ha proposto la candidatura dell’ing. Vito Bavaro, dirigente regionale del Dipartimento dello Sviluppo Economico, quale Componente del Management Board da aprile 2023 per i successivi due anni;
- nel corso della riunione dell’Assemblea Generale del 20 aprile 2023 l’ing. Vito Bavaro è stato eletto Componente del Management Board di NEREUS;

- con DGR 30 ottobre 2023, n. 1486, ai sensi della L.R. 30-04-1980, n. 34 e dell'art. 6 L.R. n. 28/2017 è stata confermata l'adesione della Regione Puglia all'Associazione Internazionale - Network of European Regions Using Space Technologies - N.E.R.E.U.S. con sede in Bruxelles;
- con la suddetta DGR è stato altresì disposto di assicurare la presenza, in organi statutari, di un rappresentante della Regione Puglia, designato dal presidente della Giunta Regionale, così come previsto dalla L.R. n. 34/80 e dall'art. 16 delle Linee Guida approvate dalla D.G.R. n. 1803/2014;
- con successive deliberazioni n. 1566/2024 e n. 641/2025 la Giunta regionale ha ulteriormente disposto, ai sensi della L.R. 34/80 e dell'art. 6 L.R. n. 28/2017, la conferma dell'adesione all'Associazione Internazionale - Network of European Regions Using Space Technologies - N.E.R.E.U.S. (Belgio), rispettivamente per gli anni 2024 e 2025;
- con nota del 18 marzo 2025 il Presidente della Regione Puglia ha nuovamente designato l'ing. Vito Bavaro, quale Componente del Management Board da aprile 2025 per i successivi due anni;
- nel corso dell'Assemblea Generale del giorno 14 aprile 2025 l'ing. Vito Bavaro è stato eletto componente del Management Board di NEREUS, oltre che tesoriere della stessa Associazione da aprile 2025 ad aprile 2027;
- l'Associazione organizza annualmente in simposio sui temi delle applicazioni spaziali riferite a specifici settori, che si svolge in una delle Regioni che fanno parte del Network;
- il simposio del 2025 si svolgerà in Portogallo dal 2 al 3 ottobre 2025 nella città di Ponta Delgada nelle Azzorre;
- è fondamentale assicurare la presenza del rappresentante regionale nel Management Board, nonché tesoriere del Network;
- gli orari del simposio e l'itinerario di volo impongono la partenza il giorno prima ed il rientro il giorno dopo
- la spesa per la suddetta missione è presuntivamente determinata nell'importo massimo di 1.600,00 euro;
- nel Bilancio Autonomo regionale è istituito il capitolo U0003062 "Rimborso spese di trasferta permissioni dei dipendenti regionali effettuate all'estero", predisposto per sostenere le spese per le missioni da effettuare all'estero.

Dato atto che:

- la L.R. 17 luglio 1979, n. 42 "Trattamento economico di missione e di trasferimento del personale regionale" indica espressamente che tutte le missioni devono essere preventivamente autorizzate dall'organo competente;

- la D.G.R. n. 1082 del 26/02/2002 conferma tale indirizzo e stabilisce che "le missioni all'estero sia dei Dirigenti che del restante personale regionale vanno preventivamente";

Per tutto quanto sopra esposto:

si rende necessario procedere ad autorizzare la missione internazionale dell'ing. Vito Bavaro, Dirigente della Sezione Crescita digitale delle persone, del territorio e delle imprese, al IV simposio internazionale del Network of European Regions Using Space Technologies - NEREUS a Ponta Delgada (Portogallo) dal 1 al 4 ottobre 2025, quale rappresentante regionale nel Management Board e Tesoriere della medesima Associazione.

Garanzie di riservatezza

“La pubblicazione sul BURP, nonché la pubblicazione all’Albo o sul sito istituzionale, salve le garanzie previste dalla legge 241/1990 in tema di accesso ai documenti amministrativi, avviene nel rispetto della tutela della riservatezza dei cittadini secondo quanto disposto dal Regolamento UE n. 2016/679 in materia di protezione dei dati personali, nonché dal D.Lgs. 196/2003 ss.mm.ii., ed ai sensi del vigente Regolamento regionale 5/2006 per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari, in quanto applicabile. Ai fini della pubblicità legale, il presente provvedimento è stato redatto in modo da evitare la diffusione di dati personali identificativi non necessari ovvero il riferimento alle particolari categorie di dati previste dagli articoli 9 e 10 del succitato Regolamento UE.”.

COPERTURA FINANZIARIA AI SENSI DEL D.LGS. 118/2011 E SS.MM.II.

Il presente provvedimento comporta una spesa massima di € 1.600,00 da finanziare con le disponibilità del Bilancio Autonomo capitolo U0003062 “Rimborso spese di trasferta per missioni dei dipendenti regionali effettuate all’estero” – esercizio finanziario 2025 – sul quale esiste la disponibilità finanziaria.

Al rimborso delle spese di missione provvederà l’Economista Cassiere del plesso di Corso Sonnino, previa presentazione della relativa documentazione giustificativa, mediante l’utilizzo dei fondi assegnati sul pertinente capitolo di bilancio 3062.

La copertura finanziaria rinveniente dal presente provvedimento assicura il rispetto dei vincoli di finanza pubblica vigenti e gli equilibri di bilancio come previsto dal D.Lgs. n.118/2011 e ss.mm.ii.

Tutto ciò premesso, in ottemperanza a quanto disposto dalla DGR n. 1082 del 26/02/2002 in materia di missioni all’estero del personale della Regione, ai sensi dell’art. 4 comma 4 lett. k) della L.R. 7/1997, si propone alla Giunta regionale:

1. di autorizzare la missione internazionale dell'ing. Vito Bavaro, Dirigente della Sezione Crescita digitale delle persone, del territorio e delle imprese, al IV simposio internazionale del Network of European Regions Using Space Technologies - NEREUS

- a Ponta Delgada (Portogallo) dal 1 al 4 ottobre 2025, quale rappresentante regionale nel Management Board e Tesoriere della medesima Associazione;
2. di dare atto che la spesa complessiva della missione ammonterà presuntivamente ad € 1.600,00 e che la stessa trova copertura nelle risorse disponibili nel capitolo di Bilancio 3062 come indicato nella sezione adempimenti contabili;
 3. di dare atto che l'operazione contabile proposta assicura il rispetto dei vincoli di finanza pubblica vigenti e gli equilibri di bilancio come previsto dal D.Lgs n.118/2011 e ss.mm.ii;
 4. di disporre, a cura della Sezione Crescita digitale delle persone, del territorio e delle imprese, la notifica del presente provvedimento alla Direzione Amministrativa del Gabinetto del Presidente della Regione;
 5. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia e sul sito ufficiale della Regione Puglia www.regione.puglia.it, nella sezione "Amministrazione Trasparente", sottosezione "Provvedimenti" e "Provvedimenti della Giunta Regionale".

I sottoscritti attestano la regolarità amministrativa dell'attività istruttoria e della proposta, ai sensi dell'art. 6, co. 3, lett. da a) ad e) delle Linee guida sul "Sistema dei controlli interni nella Regione Puglia", adottate con D.G.R. 23 luglio 2019, n. 1374.

La EQ Coordinamento Affari Generali della Sezione

(*Daniela Schiavoni*)

 Daniela Schiavoni
02.09.2025
11:20:01
GMT+02:00

IL DIRIGENTE della Sezione "Crescita digitale delle persone, del territorio e delle imprese"

(*Vito Bavaro*)

 Vito Bavaro
Regione Puglia
Dirigente
02.09.2025 12:02:46 GMT+02:00

La Direttrice ai sensi degli artt. 18 e 20 del Decreto del Presidente della Giunta regionale 22 gennaio 2021, n. 22 e ss.mm.ii., NON RAVVISA osservazioni alla presente proposta di DGR.

La DIRETTORE del Dipartimento Sviluppo Economico

(*Gianna Elisa Berlingiero*)

 Gianna Elisa
Berlingiero
03.09.2025
09:02:59
GMT+01:00

Il Presidente della Giunta regionale, Michele Emiliano, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, ai sensi del vigente Regolamento della Giunta regionale,

propone

alla Giunta regionale l'adozione del presente atto.

Il Presidente della Giunta regionale

(*Michele Emiliano*)

 Michele Emiliano
05.09.2025
10:20:48
GMT+02:00

Il sottoscritto esprime parere di regolarità contabile positivo, ai sensi dell'art. 79, co. 5 della L.R. n. 28/2001, ed attestazione di copertura finanziaria.

Il Dirigente della Sezione Bilancio e Ragioneria, o suo delegato

 Firmato digitalmente da:
STOLFA REGINA
Firmato il 11/09/2025 12:28
Seriale Certificato: 2300950
Valido dal 20/03/2023 al 20/03/2026
InfoCamere Qualified Electronic Signature CA



REGIONE PUGLIA
SEZIONE BILANCIO RAGIONERIA PARERE DI REGOLARITA' CONTABILE
(D. Lgs. n. 118/11 e s.m.i.)

UFFICIO	TIPO	ANNO	NUMERO	DATA
TRD	DEL	2025	22	08.09.2025

AUTORIZZAZIONE DELLA MISSIONE ALL'ESTERO DEL DIRIGENTE DELLA SEZIONE CRESCITA DIGITALE DELLE PERSONE, DEL TERRITORIO E DELLE IMPRESE AL IV SIMPOSIO INTERNAZIONALE DEL NETWORK OF EUROPEAN REGIONS USING SPACE TECHNOLOGIES - NEREUS A PONTA DELGADA (PORTOGALLO) DAL 1 AL 4 OTTOBRE 2025, QUALE RAPPRESENTANTE REGIONALE NEL MANAGEMENT BOARD E TESORIERE DEL NETWORK.

VISTO SI PRENDE ATTO

ANNOTAZIONE:

Firmato digitalmente da:
STOLFA REGINA
Firmato il 11/09/2025 12:28
Seriale Certificato: 2300950
Valido dal 20/03/2023 al 20/03/2026
InfoCertem Qualified Electronic Signature CA

Responsabile del Procedimento
E.Q.-CARMEN PARTIPILO

Dirigente
D.SSA REGINA STOLFA



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 11 settembre 2025, n. 1302

Realizzazione di un nuovo edificio per uffici e archivio regionale generale in Bari, alla via Gentile. Approvazione variante urbanistica al vigente P.R.G. del Comune di Bari.

LA GIUNTA REGIONALE

VISTI:

- gli artt. 4, 5 e 6 della L.R. 4 febbraio 1997, n. 7;
- la Deliberazione della Giunta Regionale n. 3261 del 28 luglio 1998;
- gli artt. 4 e 16 del D.lgs. n. 165 del 30 marzo 2001 e ss.mm.ii.;
- gli artt. 43 e 44 dello Statuto della Regione Puglia;
- il Decreto del Presidente della Giunta regionale 22 gennaio 2021, n. 22 e ss.mm.ii., recante l'Atto di Alta Organizzazione "M.A.I.A. 2.0";
- il Regolamento interno di questa Giunta;

VISTO il documento istruttorio della Sezione Opere Pubbliche e Infrastrutture, concernente l'argomento in oggetto e la conseguente proposta del Presidente della Regione Puglia Dott. Michele Emiliano;

PRESO ATTO

- a) delle sottoscrizioni dei responsabili della struttura amministrativa competente, ai fini dell'attestazione della regolarità amministrativa dell'attività istruttorie e della proposta, ai sensi dell'art. 6, co. 8 delle Linee guida sul "Sistema dei controlli interni nella Regione Puglia", adottate con D.G.R. 23 luglio 2019, n. 1374;
- b) della dichiarazione del Direttore di Dipartimento, in merito a eventuali osservazioni sulla proposta di deliberazione, ai sensi degli artt. 18 e 20 del Decreto del Presidente della Giunta regionale 22 gennaio 2021, n. 22 e ss.mm.ii.;

Con voto favorevole espresso all'unanimità dei presenti e per le motivazioni contenute nel documento istruttorio che è parte integrante e sostanziale della presente deliberazione

DELIBERA

1. di prendere atto del progetto di fattibilità tecnica ed economica relativo alla "*Realizzazione di un nuovo edificio per uffici e archivio regionale generale in Bari, alla via Gentile*" approvato dal dirigente della Sezione Opere Pubbliche e Infrastrutture con atto n. 871 del 19 novembre 2024, in coerenza con quanto disposto dalla deliberazione della Giunta regionale 30 novembre 2023 n. 1742, a seguito di aggiornamento al prezzario Regione Puglia 2024, verifica e validazione ai sensi dell'art. 42 del decreto legislativo 31 marzo 2023 n.36;
2. di approvare, ai sensi e per effetto dell'articolo 14 comma 3 della legge regionale 11 maggio 2001 n.13 ed in attuazione della deliberazione della Giunta regionale 21 maggio 2025 n.660, la variante urbanistica al vigente strumento urbanistico del Comune di Bari (come riportato nei n.5 allegati alla precitata deliberazione della Giunta regionale 21 maggio 2025 n.660);
3. di prendere atto della conclusione della procedura di registrazione della variante urbanistica in oggetto prevista dall'articolo 7.4 del Regolamento regionale 9 ottobre 2013 n.18 recante "*Regolamento di attuazione della legge regionale 14 dicembre 2012 n.44 (Disciplina regionale in materia di valutazione*

- ambientale strategica), concernente piani e programmi urbanistici comunali”);*
4. di pubblicare il presente provvedimento sul BURP e sul sito della Regione Puglia, a cura della Sezione Opere Pubbliche e Infrastrutture, al seguente link (<https://www.regione.puglia.it/web/territorio-mobilita-e-infrastrutture>);
 5. di notificare, a cura della Sezione Opere Pubbliche e Infrastrutture, il presente provvedimento al Comune di Bari;
 6. di dare atto che il presente provvedimento è soggetto a pubblicazione ai sensi dell’art. 23 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33;
 7. di dichiarare a tutti gli effetti di legge la presente deliberazione immediatamente esecutiva.

Il Segretario Generale della Giunta

NICOLA PALADINO

Il Presidente della Giunta

RAFFAELE PIEMONTESE

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Oggetto: Realizzazione di un nuovo edificio per uffici e archivio regionale generale in Bari, alla via Gentile.

Approvazione variante urbanistica al vigente P.R.G. del Comune di Bari.

La realizzazione della nuova sede della Regione Puglia, sita in Via Gentile n.52, ha avuto avvio con la sottoscrizione, il 17 luglio 2002, di un protocollo di intesa stipulato tra la Regione Puglia, il Ministero della Difesa, l’Agenzia del Demanio e l’Agenzia delle Entrate, cui è seguita la presa d’atto dello stesso con deliberazione della Giunta regionale 26 luglio 2002, n.1078, essendo le aree da utilizzare per la relativa edificazione nella disponibilità delle autorità militari.

Con deliberazione della Giunta regionale 11 ottobre 2002 n.1492 si approvava, tra l’altro, la proposta operativa per la realizzazione della “Sede Unica degli Uffici regionali degli Assessorati”, autorizzando l’accorpamento degli assessorati regionali, a seguito del detto atto i rispettivi lavori sono stati completati il 7 luglio 2012.

Con deliberazione della Giunta regionale 7 novembre 2013, n.2053 si è dichiarato, peraltro, di preminente interesse regionale l’obiettivo di concentrare nel comprensorio di Via Gentile la massima parte degli uffici dell’ente Regione Puglia con sede in Bari e zone limitrofe.

Successivamente, a tale scopo, si è provveduto ad acquisire ulteriori aree, tra le quali, in particolare quella posizionata sul lato destro dell’ingresso principale al comprensorio regionale posto su Via Gentile 52 in Bari (ricomprensente la particella 31 del foglio catastale 43, atto di compravendita registrato a Bari il 19 dicembre 2014, n.31903).

Con deliberazione della Giunta regionale 16 ottobre 2018 n.1834 è stato approvato il Progetto di Fattibilità Tecnica ed Economica per la “Realizzazione archivio regionale generale di deposito sede via Gentile 52”, cui è seguita l’approvazione del Progetto Definitivo mediante deliberazione della Giunta regionale 13 gennaio 2020, n. 23.

Tale progettazione è stata sviluppata per l’area situata al lato destro dell’ingresso principale alla sede regionale (foglio catastale 43 – particella 31).

Con deliberazione della Giunta regionale 25 gennaio 2023 n. 33, in virtù di quanto su esposto ed in considerazione di sopraggiunte esigenze programmatiche:

- è stato approvato un Documento di Indirizzo per la Progettazione (DIP) relativamente alla “Realizzazione di un nuovo edificio per uffici e archivio regionale generale in Bari, alla via Gentile” redatto in collaborazione con l’Agenzia Regionale Strategica per lo Sviluppo Ecosostenibile del Territorio (ASSET) che prevedeva un intervento con i seguenti dati tecnici:
 - piani fuori terra n. 3;
 - superficie per uffici a piano terra di circa 725 mq;
 - superficie per uffici a piano primo di circa 1483 mq;
 - superficie per uffici a piano secondo di circa 1515 mq;
 - superficie per archivio comprensiva dello spazio utile alla consultazione del materiale con la possibilità di essere utilizzato come spazio di esposizione temporaneo di circa 1303 mq. Il tutto per un volume complessivo di circa 108.706 mc e un’altezza complessiva di 12,65 m (calcolata dalla viabilità interna alla Sede della Regione Puglia);
- è stata demandata all’Agenzia Regionale Strategica per lo Sviluppo Ecosostenibile del Territorio (ASSET) l’attività di progettazione di fattibilità tecnico-economica del nuovo edificio;
- è stata affidata la realizzazione dell’opera alla Sezione Opere Pubbliche e Infrastrutture della Regione Puglia.

A seguito di approfondimenti tecnici svolti tra la Sezione Opere Pubbliche ed Infrastrutture e l’ASSET, sulla reale consistenza del personale regionale tutt’ora ospitato presso strutture dislocate nel territorio cittadino di Bari, si è ritenuto conveniente ed opportuno per l’amministrazione regionale proporre una soluzione progettuale che preveda un incremento del numero di piani fuori-terra, da tre a quattro, rispetto al DIP di cui alla deliberazione di Giunta regionale 30 ottobre 2023 n.33.

In data 27 novembre 2023 con nota prot.n.6217, l’Agenzia Regionale Strategica per lo Sviluppo Ecosostenibile del Territorio (ASSET), ha provveduto a consegnare la progettazione di Fattibilità Tecnica ed Economica dell’intervento in oggetto (protocollo d’ufficio n.21610 del 27/11/2023).

Con deliberazione della Giunta regionale 30 novembre 2023 n. 1742:

- è stato approvato il Progetto di fattibilità tecnico-economica relativo alla “Realizzazione di un nuovo edificio per uffici e archivio regionale generale in Bari, alla via Gentile” in adiacenza all’ingresso (lato destro) della nuova sede della Regione, predisposto dall’Agenzia Regionale Strategica per lo Sviluppo Ecosostenibile del Territorio (ASSET) identificato con il C.U.P.: B95B23001050002;
- è stata garantita la parziale copertura finanziaria dell’intervento a valere su risorse individuate con la deliberazione di Giunta regionale 30 ottobre 2023 n.1503;
- è stato individuato quale soggetto preposto alla verifica della progettazione di fattibilità tecnico-economica ed esecutiva, ai sensi dell’articolo 42 del D.Lgs. n.36/2023, il “Nucleo di valutazione e verifica progetti” di ASSET in possesso della certificazione del Sistema di Gestione per la Qualità, con riferimento al campo di applicazione “Verifiche sulla progettazione delle opere ai fini della validazione, condotte ai sensi delle legislazioni applicabili”;
- è stato preso atto della nomina del gruppo di lavoro, istituito con atto del dirigente della Sezione Opere Pubbliche e Infrastrutture del 08 marzo 2023 n.151, nel quale l’Ing. Davide Del Re, funzionario della Sezione Opere Pubbliche e Infrastrutture, è stato individuato Responsabile Unico del Progetto (RUP) ai sensi dell’art.15 del D.Lgs. n.36/2023;
- è stata demandata alla Sezione Opere Pubbliche ed Infrastrutture:
 - l’acquisizione dei pareri, autorizzazioni, nulla osta ed assensi sul progetto di fattibilità tecnico-economica;
 - ogni successivo atto necessario e propedeutico ai fini dell’avvio delle procedure d’appalto ai sensi dell’articolo 44 del D.Lgs. n.36/2023.

Con deliberazione della Giunta regionale 18 dicembre 2023 n. 1887 è stato garantito il completamento della copertura finanziaria dell'intervento.

Con atto del dirigente della Sezione Opere Pubbliche e Infrastrutture del 22 dicembre 2023 n.1048 è stato prenotato l’intero importo finanziato.

Con nota della Sezione Opere Pubbliche e Infrastrutture della Regione Puglia del 20 febbraio 2024 prot. n. 91676/2024 è stata indetta la conferenza di servizi decisoria, ai sensi dell’art. 14 comma 2, in forma semplificata ed in modalità asincrona ex art. 14-bis della L. n.

241/1990 e ss.mm.ii. ed art.38 comma 10 del D.lgs. n. 36/2023, al fine di acquisire le determinazioni sulla localizzazione dell'opera verificando le interferenze individuate dal soggetto aggiudicatore ovvero segnalando quelle eventualmente non rilevate nonché ad elaborare, a spese del soggetto aggiudicatore, il progetto di risoluzione delle interferenze di propria competenza oltre i pareri, nulla osta o altri atti di assenso, comunque denominati, finalizzati all'approvazione del Progetto di Fattibilità Tecnica ed Economica denominato "Realizzazione di un nuovo edificio per uffici e archivio regionale generale in Bari, alla via Gentile. CUP: B95B23001050002".

Con atto del dirigente della Sezione Opere Pubbliche e Infrastrutture del 28 maggio 2024 n.413 è stato determinato di:

- adottare la determinazione di conclusione positiva della conferenza di servizi decisoria, ai sensi del combinato disposto dell'art.38 del D.lgs. n.36/2023 e degli artt.14, comma 2, e 14-bis della Legge n.241/1990 e ss.mm.ii, che sostituisce ad ogni effetto tutti gli atti di assenso, comunque denominati, di competenza dei soggetti coinvolti;
- dare atto che le prescrizioni formulate sugli elaborati del PFTE dagli Soggetti/Enti/Amministrazioni partecipanti alla CDS dovranno essere recepite nella successiva fase di progettazione esecutiva e nel corso dei lavori e che i pareri di merito attinenti la sicurezza antincendio, sanitaria e per la pubblica e privata incolumità secondo le disposizioni di cui alla Parte II del DPR n.380/2001 andranno acquisiti prima del rilascio degli atti abilitativi, a norma del citato DPR n. 380/2001 e s.m.i.

In data 24 luglio 2024 con nota prot.n.3116, l'Agenzia Regionale Strategica per lo Sviluppo Ecosostenibile del Territorio (ASSET), ha provveduto a consegnare la revisione (Rev.01), aggiornata al prezzario Regione Puglia 2024, del Progetto di Fattibilità Tecnica ed Economica dell'intervento in oggetto (protocollo d'ufficio n.378058 del 25/07/2024).

In data 11 novembre 2024, come risulta dal rapporto conclusivo acquisito in pari data con prot. n.551429/2024, il "Nucleo di valutazione e verifica progetti" di ASSET, così come individuato dalla deliberazione della Giunta regionale 30 novembre 2023 n. 1742 ed in possesso della certificazione del Sistema di Gestione per la Qualità, con riferimento al campo di applicazione "Verifiche sulla progettazione delle opere ai fini della validazione, condotte ai

sensi delle legislazioni applicabili”, ha completato, esito positivo con osservazioni, l’attività di verifica del Progetto di Fattibilità Tecnica ed Economica dell’intervento in oggetto.

Il Responsabile Unico del Progetto (RUP), con verbale protocollo n.568159 del 18 novembre 2024, ha validato, sulla base delle risultanze del predetto rapporto di verifica ed ai sensi dell’art. 42 D.Lgs 36/2023, il Progetto di Fattibilità Tecnica ed Economica relativo alla “Realizzazione di un nuovo edificio per uffici e archivio regionale generale in Bari, alla via Gentile”.

Con atto del dirigente della Sezione Opere Pubbliche e Infrastrutture del 19 novembre 2024 n.871 è stato determinato, tra l’altro, di approvare il progetto di fattibilità tecnico-economica verificato e validato, ai sensi dell’art. 42 del D.Lgs 36/2023 e dell’Allegato I.7 Sezione IV al D.Lgs 36/2023, dell’intervento denominato “Realizzazione nuovo edificio per uffici e archivio regionale generale in Bari, via Gentile. CUP: B95B23001050002” con un importo complessivo invariato rispetto al Quadro economico di massima approvato con deliberazione della Giunta regionale 30 novembre 2023 n. 1742.

Vista la deliberazione della Giunta regionale 15 settembre 2021, n. 1466 recante l’approvazione della Strategia regionale per la parità di genere, denominata “Agenda di Genere”.

Vista la deliberazione della Giunta regionale 26 settembre 2024, n. 1295 recante “Valutazione di Impatto di Genere (VIG). Approvazione indirizzi metodologico-operativi e avvio fase strutturale”.

Visto che:

- la realizzazione dell’intervento in questione necessita di variante al vigente strumento urbanistico del Comune di Bari per modificarne la destinazione urbanistica dell’area (foglio catastale 43 – particella 31) da “AS – Aree per attrezzature sportive a livello urbano e regionale” a “A_P7 – Aree destinate alla espansione e allo sviluppo dei servizi in genere, a carattere regionale urbano assistenziale”.
- tale destinazione urbanistica risulta compatibile con il contesto dell’area e con il conterminare compendio regionale;
- l’articolo 14 comma 3 della legge regionale 11 maggio 2001 n.13 prevede che *“qualora il progetto costituisca variante agli strumenti urbanistici comunali o*

provinciali, l'approvazione del progetto costituisce adozione di variante allo strumento urbanistico; entro quindici giorni dalla data del deposito della delibera presso la Segreteria della Regione, l'ente interessato e chiunque possono presentare proprie osservazioni e/o opposizioni, anche ai sensi dell'articolo 9 della legge 7 agosto 1990, n. 241 e successive modifiche e integrazioni. La delibera con cui la Giunta regionale, tenuto conto delle osservazioni, si pronuncia definitivamente costituisce variante urbanistica.”;

- per la variante urbanistica in questione gli adempimenti in materia di valutazione ambientale strategica (VAS) possano ritenersi assolti ai sensi dell'articolo 7.2 lettera a) punto VIII del Regolamento regionale 9 ottobre 2013 n.18 recante “Regolamento di attuazione della legge regionale 14 dicembre 2012 n.44 (Disciplina regionale in materia di valutazione ambientale strategica), concernente piani e programmi urbanistici comunali”) fermo restando la procedura di registrazione sul portale VAS regionale di cui all'articolo 7.4 dello stesso regolamento.

Considerato che:

- con deliberazione della Giunta regionale 21 maggio 2025 n.660 si è provveduto ad adottare, ai sensi dell'articolo 14 comma 3 della legge regionale 11 maggio 2001 n.13, la variante al vigente strumento urbanistico del Comune di Bari;
- la stessa deliberazione della Giunta regionale 21 maggio 2025 n.660, completa degli elaborati cartografici ed in adempimento del precitato articolo 14 comma 3 della legge regionale 11 maggio 2001 n.13, è stata pubblicata in data 28 maggio 2025 sul sito della Regione Puglia al seguente link
<https://www.regione.puglia.it/web/territorio-mobilita-e-infrastrutture>
per non meno di 15 giorni nei quali potevano essere formulate pertinenti osservazioni a mezzo Posta Elettronica Certificata (PEC); inoltre, la delibera è stata notificata al Comune di Bari in data 27 maggio 2025 e pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia (BURP) n. 44 del 03 giugno 2025;
- nel termine fissato non sono pervenute osservazioni e/o opposizioni;
- al fine di ottemperare agli adempimenti in materia di VAS, di cui alla Legge regionale 14 dicembre 2012 n.44 recante “Disciplina regionale in materia di valutazione ambientale strategica” ed al regolamento regionale 9 ottobre 2013 n.18 recante

“Regolamento di attuazione della legge regionale 14 dicembre 2012 n.44 (Disciplina regionale in materia di valutazione ambientale strategica), concernente piani e programmi urbanistici comunali”, in data 25 luglio 2025 è stata completata sul portale ambientale della Regione Puglia la procedura di registrazione - ai sensi del comma 7.4 del regolamento regionale 9 ottobre 2013, n.18 - della variante al vigente strumento urbanistico del Comune di Bari;

- in data 30 luglio 2025 la Sezione Autorizzazioni Ambientali con nota prot.n.430464 ha provveduto a comunicare la conclusione della procedura di registrazione ai sensi del comma 7.4 del regolamento regionale 9 ottobre 2013, n.18.

Si ritiene, quindi, alla luce delle risultanze istruttorie sopra descritte sussistano i presupposti di fatto e di diritto per procedere:

- all’approvazione, ai sensi dell’articolo 14 comma 3 della legge regionale 11 maggio 2001 n.13, della variante al vigente strumento urbanistico del Comune di Bari (come riportato nei n.5 allegati alla precitata deliberazione della Giunta regionale 21 maggio 2025 n.660);
- alla presa d’atto della conclusione della procedura di registrazione della variante urbanistica in oggetto prevista dall’articolo 7.4 del Regolamento regionale 9 ottobre 2013 n.18 recante “*Regolamento di attuazione della legge regionale 14 dicembre 2012 n.44 (Disciplina regionale in materia di valutazione ambientale strategica), concernente piani e programmi urbanistici comunali*”);

Garanzie di riservatezza

La pubblicazione sul BURP, nonché la pubblicazione all’Albo o sul sito istituzionale, salve le garanzie previste dalla legge 241/1990 in tema di accesso ai documenti amministrativi, avviene nel rispetto della tutela della riservatezza dei cittadini secondo quanto disposto dal Regolamento UE n. 2016/679 in materia di protezione dei dati personali, nonché dal D.Lgs. 196/2003 ss.mm.ii., ed ai sensi del vigente Regolamento regionale 5/2006 per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari, in quanto applicabile. Ai fini della pubblicità legale, il presente provvedimento è stato redatto in modo da evitare la diffusione di dati personali identificativi non necessari ovvero il riferimento alle particolari categorie di dati previste dagli articoli 9 e 10 del succitato Regolamento UE.

Esito valutazione impatto di genere: NEUTRO

COPERTURA FINANZIARIA AI SENSI DEL D.LGS. 118/2011 E SS.MM.II.

La presente deliberazione non comporta implicazioni, dirette e/o indirette, di natura economico-finanziaria e/o patrimoniale e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale.

Tutto ciò premesso, al fine di procedere all'approvazione della variante urbanistica al vigente P.R.G. del Comune di Bari, ai sensi dell'articolo 4, comma 4, lettera k) della Legge Regionale 4 febbraio 1997 n.7 e dell'articolo 14 comma 3 della Legge Regionale 11 maggio 2001 n.13, si propone alla Giunta regionale:

1. di prendere atto del progetto di fattibilità tecnica ed economica relativo alla *“Realizzazione di un nuovo edificio per uffici e archivio regionale generale in Bari, alla via Gentile”* approvato dal dirigente della Sezione Opere Pubbliche e Infrastrutture con atto n. 871 del 19 novembre 2024, in coerenza con quanto disposto dalla deliberazione della Giunta regionale 30 novembre 2023 n. 1742, a seguito di aggiornamento al prezzario Regione Puglia 2024, verifica e validazione ai sensi dell'art. 42 del decreto legislativo 31 marzo 2023 n.36;
2. di approvare, ai sensi e per effetto dell'articolo 14 comma 3 della legge regionale 11 maggio 2001 n.13 ed in attuazione della deliberazione della Giunta regionale 21 maggio 2025 n.660, la variante urbanistica al vigente strumento urbanistico del Comune di Bari (come riportato nei n.5 allegati alla precitata deliberazione della Giunta regionale 21 maggio 2025 n.660);
3. di prendere atto della conclusione della procedura di registrazione della variante urbanistica in oggetto prevista dall'articolo 7.4 del Regolamento regionale 9 ottobre 2013 n.18 recante *“Regolamento di attuazione della legge regionale 14 dicembre 2012 n.44 (Disciplina regionale in materia di valutazione ambientale strategica), concernente piani e programmi urbanistici comunali”*);
4. di pubblicare il presente provvedimento sul BURP e sul sito della Regione Puglia, a cura della Sezione Opere Pubbliche e Infrastrutture, al seguente link (<https://www.regione.puglia.it/web/territorio-mobilita-e-infrastrutture>);

5. di notificare, a cura della Sezione Opere Pubbliche e Infrastrutture, il presente provvedimento al Comune di Bari;
6. di dare atto che il presente provvedimento è soggetto a pubblicazione ai sensi dell'art. 23 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33;
7. di dichiarare a tutti gli effetti di legge la presente deliberazione immediatamente esecutiva.

I sottoscritti attestano la regolarità amministrativa dell'attività istruttoria e della proposta, ai sensi dell'art. 6, co. 3, lett. da a) ad e) delle Linee guida sul "Sistema dei controlli interni nella Regione Puglia", adottate con D.G.R. 23 luglio 2019, n. 1374.

IL RESPONSABILE Unico di Progetto "Ing. Davide Del Re":

firma



IL DIRIGENTE della Sezione Opere Pubbliche e Infrastrutture "Ing. Giovanni Scannicchio":

firma



Il Direttore ai sensi degli artt. 18 e 20 del Decreto del Presidente della Giunta regionale 22 gennaio 2021, n. 22 e ss.mm.ii., NON RAVVISA la necessità di esprimere osservazioni alla presente proposta di DGR.

Albanese
Angelosante
10.09.2025
16:04:44
UTC



IL DIRETTORE di Dipartimento "Dott. Angelosante Albanese":

firma

IL PRESIDENTE della Regione Puglia Dott. Michele Emiliano ai sensi del vigente Regolamento della Giunta regionale,

propone

alla Giunta regionale l'adozione del presente atto.

firma



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 11 settembre 2025, n. 1303

Agenzia Regionale per le politiche attive del lavoro ARPAL Puglia -Approvazione terzo aggiornamento del bilancio preventivo annuale 2025 e pluriennale 2025-2027 - Approvazione primo aggiornamento del piano triennale dei fabbisogni del personale 2025-2027.

LA GIUNTA REGIONALE

VISTI:

- gli artt. 4, 5 e 6 della L.R. 4 febbraio 1997, n. 7;
- la Deliberazione della Giunta Regionale n. 3261 del 28 luglio 1998;
- gli artt. 4 e 16 del D.lgs. n. 165 del 30.03.2001 e ss.mm.ii.;
- gli artt. 43 e 44 dello Statuto della Regione Puglia;
- il Decreto del Presidente della Giunta regionale 22 gennaio 2021, n. 22 e ss.mm.ii., recante l'Atto di Alta Organizzazione "M.A.I.A. 2.0";
- il Regolamento interno di questa Giunta;

VISTO il documento istruttorio della Sezione Raccordo al Sistema Regionale, confermato dal Segretario Generale della Presidenza, concernente l'argomento in oggetto e la conseguente proposta del Presidente della Giunta,

PRESO ATTO

- a) delle sottoscrizioni dei responsabili della struttura amministrativa competente, ai fini dell'attestazione della regolarità amministrativa dell'attività istruttoria e della proposta, ai sensi dell'art. 6, co. 8 delle Linee guida sul "Sistema dei controlli interni nella Regione Puglia", adottate con D.G.R. 23 luglio 2019, n. 1374;

Con voto favorevole espresso all'unanimità dei presenti e per le motivazioni contenute nel documento istruttorio che è parte integrante e sostanziale della presente deliberazione

DELIBERA

1. di approvare, sulla base del parere del Revisore Unico, il terzo aggiornamento del bilancio preventivo annuale 2025 e pluriennale 2025-2027 dell'Agenzia Regionale per le politiche attive del lavoro (ARPAL PUGLIA), adottato con Deliberazione del Consiglio di amministrazione n. 23 del 3 luglio 2025, allegato A) al presente provvedimento sottratto alla pubblicazione;
2. di approvare, sulla base del parere del Revisore Unico, il primo aggiornamento del piano triennale dei fabbisogni del personale 2025-2027 dell'Agenzia Regionale per le politiche attive del lavoro (ARPAL PUGLIA), adottato con Deliberazione del Consiglio di amministrazione n. 21 del 03 luglio 2025, allegato B) al presente provvedimento sottratto alla pubblicazione;
3. di demandare alla Sezione Raccordo al Sistema Regionale di formulare all'Agenzia Regionale per le politiche attive del lavoro – ARPAL PUGLIA - le raccomandazioni e le osservazioni evidenziate nella relazione tecnica, allegato C) al presente provvedimento sottratto alla pubblicazione;
4. di notificare il presente provvedimento, a cura della Sezione Raccordo al Sistema Regionale, all'Agenzia Regionale per le politiche attive del lavoro (ARPAL PUGLIA), al Dipartimento Politiche del lavoro, Istruzione e Formazione e alla Sezione Politiche e Mercato del Lavoro;

5. di pubblicare il presente provvedimento nel BURP con esclusione di tutti gli allegati.

Il Segretario Generale della Giunta

NICOLA PALADINO

Il Presidente della Giunta

RAFFAELE PIEMONTESE

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Oggetto: Agenzia Regionale per le politiche attive del lavoro ARPAL Puglia - Approvazione terzo aggiornamento del bilancio preventivo annuale 2025 e pluriennale 2025-2027 - Approvazione primo aggiornamento del piano triennale dei fabbisogni del personale 2025-2027.

Con Legge Regionale n. 29 del 29 giugno 2018 è stata istituita l’Agenzia Regionale per le politiche attive del lavoro (di seguito anche ARPAL Puglia o Agenzia), ente tecnico-operativo e strumentale che opera a supporto della Regione nell’ambito delle competenze assegnate all’Assessorato regionale al lavoro, avente personalità giuridica e piena autonomia.

La Legge regionale n. 29/2028 così come modificata dalla L.R. n. 23/2022 all’art. 12 prevede che la Giunta Regionale approva, fra gli altri, il bilancio preventivo annuale e pluriennale dell’Agenzia Regionale per le politiche attive del lavoro -ARPAL Puglia (di seguito anche Agenzia), adottato dal Consiglio di amministrazione su proposta del Direttore Generale nonché la dotazione organica.

Con D.G.R. n. 314 del 18 marzo 2024 è stato approvato il Manuale delle procedure di controllo sulle Agenzie regionali e gli Altri Enti controllati dalla Regione Puglia in base alle previsioni del quale:

- spetta alla Sezione Raccordo al Sistema Regionale predisporre l’istruttoria tecnica sul bilancio preventivo annuale e pluriennale dell’ARPAL PUGLIA, per l’approvazione da parte della Giunta Regionale, acquisito il parere espresso dal Dipartimento Politiche del Lavoro, Istruzione e Formazione, competente per materia;
- il Piano triennale dei Fabbisogni di personale (PTFP) dell’ARPAL PUGLIA è approvato dalla Giunta Regionale a seguito di istruttoria congiunta – per quanto di rispettiva competenza – della Sezione Raccordo al Sistema Regionale, incardinata nella Segreteria Generale della Presidenza, e del Dipartimento Politiche del Lavoro, Istruzione e Formazione.

Tanto premesso:

- con pec del 4 agosto 2025, acquisita agli atti in data 5 agosto 2025 al prot. n. 443213, l’Agenzia ha trasmesso la Deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 23 del 3 luglio 2025 di adozione del terzo aggiornamento al bilancio di previsione annuale 2025 e pluriennale 2025-2027 e la Relazione del Revisore Unico data 30 luglio 2025;
- con comunicazione pervenuta a mezzo posta ordinaria datata 08 luglio 2025, acquisita agli atti in data 23 luglio 2025 al prot. n. 0417959, l’Agenzia ha trasmesso la Deliberazione del Consiglio di amministrazione n. 21 del 03 luglio 2025 “Aggiornamento del PIAO 2025-2027 di ARPAL Puglia – sez. 2 sottosezione 2.3 “Rischi corruttivi e Trasparenza” e sez. 3 sottosezione 3.3 “Piano Triennale dei Fabbisogni”; Successivamente, con pec del 05 agosto 2025 acquisita agli atti in pari data al prot. n.

0443213 l’Agenzia ha trasmesso la relazione del revisore unico in merito al primo aggiornamento del Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale 2025-2027.

Il Servizio Controlli Agenzie, Organismi e Società Partecipate e Certificazione Aziende Sanitarie ha curato la relazione tecnica istruttoria sul terzo aggiornamento del bilancio preventivo annuale 2025 e pluriennale 2025-2027 e sul primo aggiornamento del piano triennale dei fabbisogni del personale 2025-2027 dell’ARPAL Puglia allegato C) al presente provvedimento sottratto alla pubblicazione, dalla quale emergono raccomandazioni e osservazioni da notificare all’Agenzia.

Si dà atto che il Dipartimento Politiche del Lavoro, Istruzione e Formazione competente per materia:

- come da nota prot. n. 0446145 del 07 agosto 2025, non ha espresso parere contrario sul terzo aggiornamento al bilancio di previsione 2025-2027 dell’Agenzia, pur rilevando alcune incongruenze, tra le risultanze contabili della struttura amministrativa regionale competente, Sezione Politiche e Mercato del Lavoro, e i dati riportati nella relazione illustrativa riconducibili probabilmente all’applicazione del principio di competenza da parte dell’Agenzia;
- come da nota prot. n. 0469574 del 02 settembre 2025, non ha espresso parere contrario sul primo aggiornamento al piano triennale dei fabbisogni del personale 2025-2027 dell’Agenzia, rilevando *“per la spesa del personale a valere sul Piano di Potenziamento dei Cpl, per le annualità 2026 e 2027, un dato eccedente rispetto all’ammontare delle risorse assegnate ai sensi dell’art. 2, lett. c) e d), del D.M. n. 74/2019 e s.m.i. (pari ad Euro 45.265.730 annui, a decorrere dal 2021). Al riguardo, si evidenzia che all’interno del terzo aggiornamento al Bilancio preventivo annuale 2025 e pluriennale 2025-2027, adottato con Deliberazione del CdA n. 23 del 03/07/2025, viene precisato che tale eccedenza troverà copertura in altra fonte di finanziamento e, in particolare, che la differenza tra il trasferimento Ministeriale ed il costo complessivo su rappresentato, trova copertura tra le entrate del bilancio autonomo ed è destinata ad integrare il Fondo stabile del salario accessorio di comparto, nel rispetto della preintesa concertata con le OO.SS. in data 17 ottobre 2024”*.

Vista la D.G.R. 15 settembre 2021, n. 1466 recante l’approvazione della Strategia regionale per la parità di genere, denominata “Agenda di Genere”;

Vista la D.G.R. 26 settembre 2024, n. 1295 recante “Valutazione di Impatto di Genere (VIG). Approvazione indirizzi metodologico-operativi e avvio fase strutturale”;

Considerato che ai sensi dell’art. 12 della L.R. n. 29/2018 spetta alla Giunta Regionale approvare il bilancio preventivo annuale e pluriennale e il piano triennale dei fabbisogni del personale (PTFP), si ritiene che, sulla base del parere favorevole del Revisore unico, tali documenti possano essere sottoposti ad approvazione della Giunta.

Garanzie alla riservatezza

“La pubblicazione sul BURP, nonché la pubblicazione all’Albo o sul sito istituzionale, salve le garanzie previste dalla legge 241/1990 in tema di accesso ai documenti amministrativi, avviene nel rispetto della tutela della riservatezza dei cittadini secondo quanto disposto dal Regolamento UE n. 2016/679 in materia di protezione dei dati personali, nonché dal D.Lgs. 196/2003 ss.mm.ii., ed ai sensi del vigente Regolamento regionale 5/2006 per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari, in quanto applicabile. Ai fini della pubblicità legale, il presente provvedimento è stato redatto in modo da evitare la diffusione di dati personali identificativi non necessari ovvero il riferimento alle particolari categorie di dati previste dagli articoli 9 e 10 del succitato Regolamento UE.”

Copertura finanziaria ai sensi del D.Lgs. n. 118/2011 e ss.mm.ii.

La presente deliberazione non comporta implicazioni, dirette e/o indirette, di natura economico-finanziaria e/o patrimoniale e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale.

Esiti Valutazione di impatto di genere

L’impatto di genere stimato è: neutro.

Tutto ciò premesso, al fine di adempiere alle previsioni dell’art.12 della L.R. n. 29/2018, ai sensi dell’art. 4, co. 4, lettera g) e k) della L.R. 7/1997, si propone alla Giunta regionale:

1. di approvare, sulla base del parere del Revisore Unico, il terzo aggiornamento del bilancio preventivo annuale 2025 e pluriennale 2025-2027 dell’Agenzia Regionale per le politiche attive del lavoro (ARPAL PUGLIA), adottato con Deliberazione del Consiglio di amministrazione n. 23 del 3 luglio 2025, allegato A) al presente provvedimento sottratto alla pubblicazione;
2. di approvare, sulla base del parere del Revisore Unico, il primo aggiornamento del piano triennale dei fabbisogni del personale 2025-2027 dell’Agenzia Regionale per le politiche attive del lavoro (ARPAL PUGLIA), adottato con Deliberazione del Consiglio di amministrazione n. 21 del 03 luglio 2025, allegato B) al presente provvedimento sottratto alla pubblicazione;
3. di demandare alla Sezione Raccordo al Sistema Regionale di formulare all’Agenzia Regionale per le politiche attive del lavoro – ARPAL PUGLIA - e le raccomandazioni e le osservazioni evidenziate nella relazione tecnica, allegato C) al presente provvedimento sottratto alla pubblicazione;
4. di notificare il presente provvedimento, a cura della Sezione Raccordo al Sistema Regionale, all’Agenzia Regionale per le politiche attive del lavoro (ARPAL PUGLIA), al

Dipartimento Politiche del lavoro, Istruzione e Formazione e alla Sezione Politiche e Mercato del Lavoro;

5. di pubblicare il presente provvedimento nel BURP con esclusione di tutti gli allegati.

I sottoscritti attestano la regolarità amministrativa dell'attività istruttoria e della proposta, ai sensi dell'art. 6, co. 3, lett. da a) ad e) delle Linee guida sul "Sistema dei controlli interni nella Regione Puglia", adottate con D.G.R. 23 luglio 2019, n. 1374.

IL RESPONSABILE PO "Controlli sulle Agenzie Regionali"
Teresa Barnabà


Teresa
Barnabà
10.09.2025
09:17:05
GMT+02:00

IL DIRIGENTE di Servizio "Controlli Agenzie, Organismi
Società Partecipate e Certificazione Aziende Sanitarie"
Eleonora De Giorgi


Eleonora De
Giorgi
10.09.2025
08:48:37
GMT+01:00

IL DIRIGENTE di Sezione "Raccordo al Sistema regionale"
Giuseppe D. Savino


GIUSEPPE
DOMENICO
SAVINO
10.09.2025
12:03:28
UTC

IL SEGRETARIO GENERALE DELLA PRESIDENZA
Roberto Venneri

ROBERTO
VENNERI



Il Presidente della Giunta Regionale ai sensi del vigente Regolamento della Giunta regionale,

propone

alla Giunta regionale l'adozione del presente atto.

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE
Michele Emiliano


Michele Emiliano
11.09.2025 11:16:25
GMT+02:00

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 11 settembre 2025, n. 1304

Autorizzazione alla missione istituzionale all'estero della Dirigente della Sezione Ricerca e Relazioni Internazionali e di della funzionaria EQ in materia di dimensione internazionale della RIS3 per l'evento Annual I3 Instrument Forum 2025 e I3 Instrument Coordinators' Day-Bruxelles, Belgio dal 23 al 25 settembre 2025

LA GIUNTA REGIONALE

VISTI:

- gli artt. 4, 5 e 6 della L.R. 4 febbraio 1997, n. 7;
- la Deliberazione della Giunta Regionale n. 3261 del 28 luglio 1998;
- gli artt. 4 e 16 del D.lgs. n. 165 del 30.03.2001 e ss.mm.ii.;
- gli artt. 43 e 44 dello Statuto della Regione Puglia;
- il Decreto del Presidente della Giunta regionale 22 gennaio 2021, n. 22 e ss.mm.ii., recante l'Atto di Alta Organizzazione "M.A.I.A. 2.0";
- il Regolamento interno di questa Giunta;

VISTO il documento istruttorio della Sezione Ricerca e Relazioni Internazionali, concernente l'argomento in oggetto e la conseguente proposta del Presidente Michele Emiliano,

PRESO ATTO

- delle sottoscrizioni dei responsabili della struttura amministrativa competente, ai fini dell'attestazione della regolarità amministrativa dell'attività istruttoria e della proposta, ai sensi dell'art. 6, co. 8 delle Linee guida sul "Sistema dei controlli interni nella Regione Puglia", adottate con D.G.R. 23 luglio 2019, n. 1374;
- della dichiarazione della Direttrice di Dipartimento Sviluppo Economico, in merito a eventuali osservazioni sulla proposta di deliberazione, ai sensi degli artt. 18 e 20 del Decreto del Presidente della Giunta regionale 22 gennaio 2021, n. 22 e ss.mm.ii.;
- del parere di regolarità contabile, previsto dall'art. 79, co. 5, della L.R. 28/2001 e ss.mm.ii., e di attestazione di copertura finanziaria, espresso dal Dirigente della Sezione Bilancio e Ragioneria, o da suo delegato.

Con voto favorevole espresso all'unanimità dei presenti e per le motivazioni contenute nel documento istruttorio che è parte integrante e sostanziale della presente deliberazione

DELIBERA

1. di **prendere atto** che la Dirigente della Sezione Ricerca e Relazioni Internazionali Silvia Visciano, a seguito di presentazione di candidatura alla Call I3 Support Facility Discussion Groups, è componente esperto dall'11 marzo 2025 nell'I3 Discussion Group - Value Chain Creation nell'ambito dell'Interregional Innovation Investment I3 Support Facility avente ad oggetto il supporto allo sviluppo di ecosistemi di innovazione, investimenti e quadri normativi, con focus sull'integrazione delle regioni meno sviluppate nelle catene del valore europee;
2. di **autorizzare** in via preventiva e tenuto conto delle tematiche trattate e in ossequio al dispositivo di cui alla D.G.R. n. 1082/2002 "Missioni all'estero da parte dei dirigenti e del personale regionale. Direttive", la missione istituzionale a Bruxelles della Dirigente della Sezione Ricerca e Relazioni Internazionali Silvia

Visciano e di una funzionaria titolare di EQ Dimensione Internazionale della RIS3 agli eventi seguenti: l'Annual I3 Instrument Forum 2025 e l' I3 Instrument Coordinators' Day-a Bruxelles Belgio dal 24 al 25 settembre 2025 (con partenza il 23 settembre e ritorno il 25 settembre) a Bruxelles, Belgio;

3. di **prendere atto** che la copertura finanziaria alla missione autorizzata con il presente atto è assicurata con i fondi di cui alla Sezione "Copertura finanziaria";
4. di **prendere atto** che l'operazione contabile proposta assicura il rispetto dei vincoli di finanza pubblica vigenti e gli equilibri di bilancio come previsto dal D.Lgs n.118/2011 e ss.mm.ii.;
5. di **pubblicare** il presente provvedimento in versione integrale sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia sul sito ufficiale della Regione Puglia www.regione.puglia.it nella sezione "Amministrazione Trasparente", sottosezione "Provvedimenti" e "Provvedimenti della Giunta Regionale" del sito ufficiale della Regione Puglia: www.regione.puglia.it.

Il Segretario Generale della Giunta

NICOLA PALADINO

Il Presidente della Giunta

RAFFAELE PIEMONTESE

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

OGGETTO: Autorizzazione alla missione istituzionale all'estero della Dirigente della Sezione Ricerca e Relazioni Internazionali e della funzionaria titolare di EQ in materia di dimensione internazionale della RIS3 per l'evento Annual I3 Instrument Forum 2025 e I3 Instrument Coordinators' Day-Bruxelles, Belgio dal 23 al 25 settembre 2025.

VISTI:

- il Regolamento attuativo della Legge Regionale n. 15 del 20 giugno 2008 "Principi e linee guida in materia di trasparenza dell'attività amministrativa nella Regione Puglia";
- il Decreto del Presidente della Regione Puglia del 22 gennaio 2021, n. 22, pubblicato nel Bollettino Ufficiale della Regione Puglia n. 15 del 28 gennaio 2021 che ha emanato l'Atto di Alta Organizzazione della Presidenza e della Giunta Regionale "Adozione Atto di Alta Organizzazione - Modello organizzativo "MAIA 2.0", e successive modifiche ed integrazioni;
- il D.P.G.R. n. 159 del 18.04.2024 recante 'Attuazione modello Organizzativo "MAIA 2.0" adottato con Decreto n. 22/2021 e s.m.i. "Modifica definizione delle Sezioni di Dipartimento e delle relative funzioni";
- l'articolo 32 della Legge n. 69 del 18/06/2009 che prevede l'obbligo di sostituire la pubblicazione tradizionale all'Albo ufficiale con la pubblicazione di documenti digitali sui siti informatici;
- la L.R. 17 luglio 1979, n. 42 "Trattamento economico di missione e di trasferimento del personale regionale" che indica espressamente che tutte le missioni devono essere preventivamente autorizzate dall'organo competente;
- la D.G.R. n. 1082 del 26 febbraio 2002 che conferma tale indirizzo e stabilisce che "le missioni all'estero sia dei Dirigenti che del restante personale regionale vanno preventivamente autorizzate dalla Giunta Regionale su relazione dell'Assessore competente";
- la D.G.R. 15 settembre 2021, n. 1466 recante l'approvazione della Strategia regionale per la parità di genere, denominata "Agenda di Genere";
- la D.G.R. 26 settembre 2024, n. 1295 recante "Valutazione di Impatto di Genere (VIG). Approvazione indirizzi metodologico-operativi e avvio fase strutturale";
- la Deliberazione della Giunta Regionale 26 aprile 2021, n. 685 con la quale è stato conferito l'incarico di Direttrice del Dipartimento Sviluppo Economico e le successive Deliberazioni, in ultimo la D.G.R. n. 637 del 21 Maggio 2025 con le quali è stato prorogato all'Avv. Gianna Elisa Berlingiero l'incarico di Direttrice del Dipartimento Sviluppo Economico;

- la D.G.R. n. 1289/2021 con la quale si è provveduto alla definizione delle Sezioni di Dipartimento e delle Relative funzioni;
- la D.G.R. n.1864/2022 con la quale la Giunta regionale ha conferito l'incarico di Dirigente della Sezione Ricerca e Relazioni Internazionali alla Dott.ssa Silvia Visciano;
- la Legge 7 agosto 1990, n. 241 e ss.mm.ii. recante "Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi";
- il D.lgs. 118/2011 e ss.mm.ii.;
- la L.R. n. 42 del 31 dicembre 2024 "Disposizioni per la formazione del bilancio di previsione 2025 e bilancio pluriennale 2025–2027 della Regione Puglia (legge di stabilità regionale 2025)";
- la L.R. n. 43 del 31 dicembre 2024 "Bilancio di previsione della Regione Puglia per l'esercizio finanziario 2025 e pluriennale 2025-2027";
- la D.G.R. n. 26 del 20 gennaio 2025 Bilancio Gestionale 2025.

Premesso che:

- lo Strumento di sostegno agli Investimenti Interregionali per l'Innovazione (I3 Support Facility) è un'iniziativa del Consiglio Europeo per l'innovazione (EIC), dell'Agenzia esecutiva per le PMI (EISMEA) e della direzione generale della Politica regionale e urbana (DG REGIO) che fornisce sostegno ai portatori di interessi dell'innovazione e alle autorità pubbliche regionali e nazionali, promuovendo solidi ecosistemi interregionali dell'innovazione e rafforzando gli obiettivi dello strumento per gli Investimenti Interregionali nell'Innovazione (I3) che mira, con un'attenzione particolare alle regioni meno sviluppate, alle regioni ultraperiferiche dell'UE e alle regioni che affrontano sfide specifiche, a:
 - a. connettere gli ecosistemi regionali all'interno di aree di specializzazione intelligente condivise;
 - b. promuovere ecosistemi interregionali dell'innovazione;
 - c. rafforzare la capacità di innovazione interregionale;
 - d. promuovere l'impegno nelle catene del valore europee e nei progetti di investimento congiunti.
- gli'Investimenti Interregionali per l'innovazione (I3 Support Facility) sopra richiamati, integrano, inoltre la S3 Community of Practice (S3 COP) facilitando la condivisione delle conoscenze attraverso i canali S3 COP e collaborando con le piattaforme tematiche e i partenariati S3;

- una caratteristica fondamentale dello strumento di supporto I3 è il Policy Lab, in cui i gruppi di discussione si concentrano su nove argomenti critici come la collaborazione interregionale, il coinvolgimento delle parti interessate e gli strumenti di finanziamento;
- tale strumento I3 lancia ogni anno tre nuovi gruppi di discussione, che riuniscono esperti per riunioni online e di persona;
- i gruppi di discussione per il 2025 sono focalizzati sui seguenti temi di discussione:
 - a. **Ecosistemi** che riguardano:
 - Coinvolgimento delle autorità di gestione nella collaborazione interregionale;
 - Sviluppo di catene del valore regionali e globali, in particolare nelle aree meno sviluppate;
 - Gestione degli ecosistemi di innovazione (ad esempio, scoperta imprenditoriale, politiche di cluster, piattaforme di innovazione aperte);
 - b. **Investimenti** riguardanti i temi seguenti:
 - Supporto alle PMI nell'identificazione di investimenti interregionali e nell'ampliamento delle idee;
 - Miglioramento della disponibilità e della capacità di investimento per la creazione di piani aziendali e di investimento;
 - c. **Condizioni e Normative Accordi Quadro:**
 - Miglioramento delle politiche di innovazione e dei quadri normativi nelle regioni meno sviluppate (quadro normativo, promozione della sperimentazione e dei casi pilota, appalti pubblici di innovazione per creare una domanda di innovazione) ;
 - Facilitazione della collaborazione transfrontaliera, dell'accesso alle infrastrutture, dello scambio di personale, della formazione e dello sviluppo delle competenze e sviluppo di norme e regolamenti attraverso sandbox;
 - Esplorazione di sandbox normative, banchi di prova e norme in materia di aiuti di Stato.

Considerato che:

- l'Agenzia esecutiva per il Consiglio europeo per l'innovazione e le PMI (EISMEA), in collaborazione con la Direzione generale della Politica regionale e urbana (DG REGIO), ha lanciato ufficialmente in data 25 Gennaio 2025 con scadenza il 16 Febbraio 2025 una Call for Expression of Interest per selezionare partecipanti esperti ai gruppi di discussione nell'I3 Support Facility Discussion Group all'interno del Policy lab per il 2025, con l'obiettivo di individuare esperti provenienti da regioni meno sviluppate e sottorappresentate in modo da garantire inclusività e prospettive diversificate.

Considerato altresì che:

- la Dirigente della Sezione Ricerca e Relazioni Internazionali:
 - a. presidia la definizione, l'attuazione e il monitoraggio della Strategia Regionale di Specializzazione Intelligente (S3), elemento fondamentale per il posizionamento della Regione Puglia nel panorama europeo dell'innovazione;
 - b. contribuisce attivamente alla promozione della Regione Puglia quale modello di governance multilivello e innovazione territoriale, in coerenza con la strategia SmartPuglia2030 e con i più recenti orientamenti europei in materia di coesione e sviluppo regionale;
 - c. è referente regionale per le iniziative Community of Practise S3 MASSBE e Regional Innovation Valleys (RIV), promosse dalla Commissione Europea;
 - d. tenuto conto della sua formazione ed esperienza sopra richiamata, la Dirigente della Sezione Ricerca e Relazioni Internazionali Silvia Visciano ha presentato la candidatura per la Call for Expression of Interest avente ad oggetto la selezione di partecipanti esperti ai gruppi di discussione nell'I3 Support Facility Discussion Group all'interno del Policy lab per il 2025, è stata selezionata per far parte dell'I3 Discussion Group Value Chain Creation per il 2025; ed è pertanto componente esperta dall'11 marzo 2025 nell'I3 Discussion Group - Value Chain Creation con attività focalizzate a supporto dello sviluppo di ecosistemi di innovazione, investimenti e quadri normativi, con focus sull'integrazione delle regioni meno sviluppate nelle catene del valore europee;

Atteso che:

- il 24 e il 25 settembre 2025 a Bruxelles, si svolgerà il **I Annual Instrument Forum** e l' **I3 Instrument Coordinators' Day** durante i quali le tematiche trattate riguardano le catene del valore interregionali sostenibili, l'allineamento dell'I3 con la S3 e altri strumenti di finanziamento, e il collegamento tra le priorità regionali e le sfide dell'UE e ai quali al quale la Dirigente della Sezione Ricerca e relazioni Internazionali è stata invitata a partecipare.

Atteso altresì che:

- le tematiche affrontate negli eventi sopra richiamati risultano pienamente coerenti con gli obiettivi della strategia SmartPuglia2030 e delle attività della S3 Community of Practice MASSBE e le RIV, in particolare per quanto riguarda il rafforzamento delle politiche regionali di specializzazione intelligente, innovazione e collaborazione transnazionale;
- la partecipazione a tali eventi costituisce, pertanto, un'occasione qualificata per:

- a. rafforzare il posizionamento della Regione Puglia come attore di riferimento a livello europeo nelle politiche per l'innovazione e la sostenibilità;
- b. promuovere le esperienze e le buone pratiche regionali in materia di cooperazione interregionale;
- c. contribuisce alla costruzione e alla condivisione di modelli replicabili di policy learning e innovazione istituzionale, in linea con l'approccio place-based promosso dalla Commissione Europea.

Dato atto che:

- ai sensi della L.R. n. 1/2011 e della D.G.R. n. 1082/2002, le missioni all'estero di dirigenti e funzionari regionali devono essere preventivamente autorizzate dalla Giunta Regionale,

Tanto premesso, si ritiene che sussistano i presupposti di fatto e di diritto per, autorizzare, in via preventiva, tenuto conto delle tematiche trattate e in ossequio al dispositivo di cui alla D.G.R. n. 1082/2002 "Missioni all'estero da parte dei dirigenti e del personale regionale. Direttive", la missione istituzionale a Bruxelles, dal 23 al 25 settembre 2025, della Dirigente della Sezione Ricerca e Relazioni Internazionali e della funzionaria EQ in materia di dimensione internazionale della RIS3, per la partecipazione alla Annual I3 Instrument Forum 2025 del 24 settembre e I3 Instrument Coordinators' Day-Bruxelles, Belgio del 25 settembre.

Garanzie di riservatezza

"La pubblicazione sul BURP, nonché la pubblicazione all'Albo o sul sito istituzionale, salve le garanzie previste dalla legge 241/1990 in tema di accesso ai documenti amministrativi, avviene nel rispetto della tutela della riservatezza dei cittadini secondo quanto disposto dal Regolamento UE n. 2016/679 in materia di protezione dei dati personali, nonché dal D.Lgs. 196/2003 ss.mm.ii., ed ai sensi del vigente Regolamento regionale 5/2006 per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari, in quanto applicabile. Ai fini della pubblicità legale, il presente provvedimento è stato redatto in modo da evitare la diffusione di dati personali identificativi non necessari ovvero il riferimento alle particolari categorie di dati previste dagli articoli 9 e 10 del succitato Regolamento UE."

Esiti Valutazione di impatto di genere: neutro

COPERTURA FINANZIARIA AI SENSI DEL D.LGS. 118/2011 E SS.MM.II.

Il presente provvedimento comporta una spesa massima presunta di € 3.000, da finanziare con le disponibilità del Bilancio Autonomo, capitolo U0003062 "Rimborso spese di dipendenti per trasferte effettuate all'estero" esercizio finanziario 2025.

Le somme saranno rimborsate ai dipendenti dietro presentazione della relativa documentazione giustificativa delle spese sostenute e per l'attuazione della convenzione vigente tra Regione Puglia e Aeroporti di Puglia S.p.A., relativa al servizio di biglietteria e prenotazione alberghiera a favore del personale regionale autorizzato a recarsi in missione, mediante l'utilizzo dei fondi assegnati su pertinente capitolo di bilancio 3062.

Tutto ciò premesso, al fine di ottemperare a quanto previsto dalla D.G.R. n.1082/2002 e autorizzare la partecipazione all'iniziativa in ambito I3, ai sensi dell'art. 4, co. 4, lettera d) della L.R. 7/1997, si propone alla Giunta regionale di:

1. di **prendere atto** che la Dirigente della Sezione Ricerca e Relazioni Internazionali Silvia Visciano, a seguito di presentazione di candidatura alla Call I3 Support Facility Discussion Groups, è componente esperto dall'11 marzo 2025 nell'I3 Discussion Group - Value Chain Creation nell'ambito dell'Interregional Innovation investment I3 Support Facility avente ad oggetto il supporto allo sviluppo di ecosistemi di innovazione, investimenti e quadri normativi, con focus sull'integrazione delle regioni meno sviluppate nelle catene del valore europee;
2. di **autorizzare** in via preventiva e tenuto conto delle tematiche trattate e in ossequio al dispositivo di cui alla D.G.R. n. 1082/2002 "Missioni all'estero da parte dei dirigenti e del personale regionale. Direttive", la missione istituzionale a Bruxelles della Dirigente della Sezione Ricerca e Relazioni Internazionali Silvia Visciano e di una funzionaria titolare di EQ Dimensione Internazionale della RIS3 agli eventi seguenti: l'Annual I3 Instrument Forum 2025 e l'I3 Instrument Coordinators' Day-a Bruxelles Belgio dal 24 al 25 settembre 2025 (con partenza il 23 settembre e ritorno il 25 settembre) a Bruxelles, Belgio;
3. di **prendere atto** che la copertura finanziaria alla missione autorizzata con il presente atto è assicurata con i fondi di cui alla Sezione "Copertura finanziaria";
4. di **prendere atto** che l'operazione contabile proposta assicura il rispetto dei vincoli di finanza pubblica vigenti e gli equilibri di bilancio come previsto dal D.Lgs n.118/2011 e ss.mm.ii.;
5. di **pubblicare** il presente provvedimento in versione integrale sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia sul sito ufficiale della Regione Puglia www.regione.puglia.it nella sezione "Amministrazione Trasparente", sottosezione "Provvedimenti" e "Provvedimenti della Giunta Regionale" del sito ufficiale della Regione Puglia: www.regione.puglia.it.

Le sottoscritte attestano la regolarità amministrativa dell'attività istruttoria e della proposta, ai sensi dell'art. 6, co. 3, lett. da a) ad e) delle Linee guida sul "Sistema dei controlli interni nella Regione Puglia", adottate con D.G.R. 23 luglio 2019, n. 1374

La funzionaria Istruttrice: (Simona Carofiglio)

EQ Dimensione Internazionale RIS3

firma



Simona
Carofiglio
05.09.2025
08:40:15
GMT+02:00

La Dirigente della Sezione Ricerca e Relazioni Internazionali: (Silvia Visciano)

firma



Silvia Visciano
05.09.2025 08:23:28 GMT+01:00

La Direttrice del Dipartimento Sviluppo Economico NON ravvisa la necessità di esprimere osservazioni sulla proposta di deliberazione ai sensi del combinato disposto degli articoli 18 e 20 del DPGR n. 22/2021.

La Direttrice del Dipartimento Sviluppo Economico: (Gianna Elisa Berlingiero) firma



Gianna Elisa
Berlingiero
08.09.2025
10:42:24
GMT+02:00

Il Presidente della Giunta Regionale, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, ai sensi del vigente Regolamento della Giunta regionale,

propone

alla Giunta regionale l'adozione del presente atto.

Il presidente della Giunta Regionale Michele Emiliano

Firma



Michele
Emiliano
09.09.2025
18:20:18
GMT+02:00

Il sottoscritto esprime parere di regolarità contabile positivo, ai sensi dell'art. 79, co. 5 della L.R. n. 28/2001, ed attestazione di copertura finanziaria.

Il Dirigente della Sezione Bilancio e Ragioneria, o suo delegato

firma



Firmato digitalmente da:
STOLFA REGINA
Firmato il 11/09/2025 12:26
Seriale Certificato: 2300950
Valido dal 20/03/2023 al 20/03/2026
InfoCamere Qualified Electronic Signature CA



REGIONE PUGLIA
SEZIONE BILANCIO RAGIONERIA PARERE DI REGOLARITA' CONTABILE
(D. Lgs. n. 118/11 e s.m.i.)

UFFICIO	TIPO	ANNO	NUMERO	DATA
RII	DEL	2025	13	10.09.2025

AUTORIZZAZIONE ALLA MISSIONE ISTITUZIONALE ALL'ESTERO DELLA DIRIGENTE DELLA SEZIONE RICERCA E RELAZIONI INTERNAZIONALI E DI DELLA FUNZIONARIA EQ IN MATERIA DI DIMENSIONE INTERNAZIONALE DELLA RIS3 PER L'EVENTO ANNUAL I3 INSTRUMENT FORUM 2025 E I3 INSTRUMENT COORDINATORS' DAY-BRUXELLES, BELGIO DAL 23 AL 25 SETTEMBRE 2025

VISTO SI PRENDE ATTO

ANNOTAZIONE:

Responsabile del Procedimento
E.Q.-CARMEN PARTIPILO



Firmato digitalmente da:
STOLFA REGINA
Firmato il 11/09/2025 12:26
Seriale Certificato: 2300950
Valido dal 20/03/2023 al 20/03/2026
InfoCamere Qualified Electronic Signature CA

Dirigente
D.SSA REGINA STOLFA



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 11 settembre 2025, n. 1305

COMUNE DI MARGHERITA DI SAVOIA (BT) PROGETTO DI FATTIBILITA' TECNICO-ECONOMICA art. 41 D.Lgs. n. 36/2023 - IMPIANTO SPORTIVO POLIVALENTE PALAZZETTO DELLO SPORT "PALASALINE". Proponente: COMUNE DI MARGHERITA DI SAVOIA Autorizzazione paesaggistica in deroga ai sensi dell'art. 95 del PPTR, art. 146 del D.Lgs. 42/2004 - art. 90 NTA del PPTR.

LA GIUNTA REGIONALE

VISTI:

- gli artt. 4, 5 e 6 della L.R. 4 febbraio 1997, n. 7;
- la Deliberazione della Giunta Regionale n. 3261 del 28 luglio 1998;
- gli artt. 4 e 16 del D.lgs. n. 165 del 30.03.2001 e ss.mm.ii.;
- gli artt. 43 e 44 dello Statuto della Regione Puglia;
- il Decreto del Presidente della Giunta regionale 22 gennaio 2021, n. 22 e ss.mm.ii., recante l'Atto di Alta Organizzazione "M.A.I.A. 2.0";
- il Regolamento interno di questa Giunta;

VISTO il documento istruttorio della Sezione Tutela e Valorizzazione del Paesaggio - Servizio Osservatorio e Pianificazione Paesaggistica concernente l'argomento in oggetto e la conseguente proposta del Presidente della Giunta Regionale.

PRESO ATTO

- a) delle sottoscrizioni dei responsabili della struttura amministrativa competente, ai fini dell'attestazione della regolarità amministrativa dell'attività istruttoria e della proposta, ai sensi dell'art. 6, co. 8 delle Linee guida sul "Sistema dei controlli interni nella Regione Puglia", adottate con D.G.R. 23 luglio 2019, n. 1374;
- b) della dichiarazione del Direttore di Dipartimento, in merito a eventuali osservazioni sulla proposta di deliberazione, ai sensi degli artt. 18 e 20 del Decreto del Presidente della Giunta regionale 22 gennaio 2021, n. 22 e ss.mm.ii.;

Con voto favorevole espresso all'unanimità dei presenti e per le motivazioni contenute nel documento istruttorio che è parte integrante e sostanziale della presente deliberazione

DELIBERA

1. di prendere atto del parere tecnico allegato al presente provvedimento e parte integrante e sostanziale dello stesso (ALLEGATO A);
2. di rilasciare con prescrizioni, per le motivazioni riportate nel parere tecnico allegato al presente provvedimento e parte integrante e sostanziale dello stesso (ALLEGATO A), per il "Progetto di fattibilità tecnico-economica ex art. 41 d.lgs. n. 36/2023 - Impianto Sportivo Polivalente Palazzetto dello Sport "Palasaline"" Proponente Comune di Margherita di Savoia, l'Autorizzazione Paesaggistica ex art. 90 delle NTA del PPTR, in deroga ex art. 95;

Prescrizioni di cui alla nota prot. n. 362573 del 01.07.2025:

- i. Lo spazio ricadente nell'area del parcheggio (come perimetrata in giallo nell'Allegato A) non interessata da stalli o da spazi di manovra dei veicoli, dovrà essere parte integrante dell'area verde con piantumazioni di alberi già previste a ridosso di Via Ofanto;*
- ii. Gli spazi per la sosta ed il parcheggio dovranno essere realizzati con masselli drenanti*

autobloccanti, pavimentazione a sistema tipo prato carrabile e dotate di piantumazioni autoctone di nuovo impianto al fine di garantire un corretto ombreggiamento delle stesse e ridurre il fenomeno dell'isola di calore.

iii. La scelta delle essenze arboree al momento della messa a dimora dovrà avere un fusto di circonferenza non inferiore a:

- > cm 20 – 24 per esemplari di prima grandezza;*
- > cm 18 – 20 per esemplari di seconda grandezza;*
- > cm 16 – 18 per esemplari di terza grandezza.*

Prescrizioni di cui alla nota della Soprintendenza Archeologia, Belle Arti e Paesaggio per le province di Barletta, Andria, Trani e Foggia prot. n. 11405 del 03.09.2025 acquisita al protocollo regionale n. 473970 del 03.09.2025

- i. L'edificio dovrà essere profondamente rivisto sul piano formale e linguistico, tenuto conto che la soluzione proposta non appare adeguata a garantire un'ottimale tutela paesaggistica. A questo riguardo, occorrerà modificare il progetto tenendo conto dei caratteri urbano-architettonici che identificano le peculiarità del luogo.*
- ii. Tutte le aree esterne dovranno essere pavimentate con materiali drenanti che risultino visivamente e matericamente simili al suolo salino dei bacini, allo scopo di mitigare l'impatto paesaggistico dell'intervento e inserirlo armonicamente nel paesaggio umido.*
- iii. Il parcheggio dovrà essere pensato come un vero e proprio parco pubblico, prevedendone un uso promiscuo, al fine di garantire un proficuo uso collettivo di quello spazio anche in assenza di autoveicoli.*
- iv. In riferimento al precedente punto, la vegetazione dovrà essere scelta concordando le essenze sulla base di un attento studio botanico che valorizzi le essenze tipiche dell'area umida, intercalate ad essenze arboree da definire che consentano di garantire ombreggiamento.*
- v. Tenuto conto che l'area oggetto di intervento è sottoposta a diversi livelli di tutela ministeriale (Territori contermini i laghi - Saline di Margherita di Savoia, ai sensi dell'art 142, comma 1, lett. b, del D.Lgs. n. 42/2004; Zone umide RAMSAR ai sensi dell'art 142, comma 1, lett. i, del D.Lgs. n. 42/2004; Siti di rilevanza naturalistica ai sensi dell'art 142, comma 1, lett. e, del D.Lgs. n. 42/2004; Parchi e riserve ai sensi dell'art 142, comma 1, lett. f, del D.Lgs. n. 42/2004) il progetto che sarà rielaborato con riferimento alle suddette prescrizioni dovrà essere coerente con le direttive, gli indirizzi e le prescrizioni relative alle singole componenti paesaggistiche prima citate.*
- vi. Nell'ambito della progettazione esecutiva dovrà essere predisposto, per tutti i lavori che comportano scavi al di sotto delle quote di campagna e stradali attuali, comunque interferenti con suoli di potenziale interesse archeologico, apposito piano di assistenza archeologica in corso d'opera. Le prescritte attività di assistenza archeologica ai lavori dovranno prevedere il controllo e la documentazione di tutte le fasi di scavo e movimentazione terra che verranno effettuate e dovranno essere curate da società con qualificazione OS25 o da professionisti archeologi di I fascia ai sensi del DM 244/2019.*

- 3.** di pubblicare il presente provvedimento sul BURP unitamente agli allegati in versione con gli omissis a tutela dei dati personali ai sensi dell'art. 7 della L.R. n. 18/2023;
- 4.** di notificare il presente provvedimento, a cura del Servizio Osservatorio e Pianificazione Paesaggistica:
 - alla Soprintendenza Archeologia, Belle Arti e Paesaggio per le province di Barletta, Andria, Trani e Foggia;
 - al Comune di Margherita di Savoia.
- 5.** di dare atto che il presente provvedimento è soggetto a pubblicazione ai sensi dell'art. 23 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 sul sito web istituzionale della Regione Puglia www.regione.puglia.it

nella Sezione "Amministrazione Trasparente", Sottosezione di I livello "Provvedimenti", Sottosezione di II livello "Provvedimenti dell'organo di indirizzo politico – Provvedimenti della Giunta Regionale".

Il Segretario Generale della Giunta

NICOLA PALADINO

Il Presidente della Giunta

RAFFAELE PIEMONTESE

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Oggetto: COMUNE DI MARGHERITA DI SAVOIA (BT) PROGETTO DI FATTIBILITA' TECNICO-ECONOMICA art. 41 D.Lgs. n. 36/2023 - IMPIANTO SPORTIVO POLIVALENTE PALAZZETTO DELLO SPORT "PALASALINE" Autorizzazione paesaggistica in deroga ai sensi dell'art. 95 del PPTR, art. 146 del D.Lgs. 42/2004 - art. 90 NTA del PPTR.

Visto:

- il D. Lgs. 42/2004 "Codice dei Beni Culturali e del Paesaggio" e, in particolare, l'art. 146;
- il Piano Paesaggistico Territoriale regionale (PPTR), approvato con la Deliberazione di Giunta Regionale n. 176 del 16.02.2015, pubblicata sul BURP n. 40 del 23.03.2015 e ss.mm.ii.;
- l'art. 89 delle NTA del PPTR "Strumenti di controllo preventivi", il quale dispone che ai fini del controllo preventivo in ordine al rispetto delle presenti norme ed alla conformità degli interventi con gli obiettivi di tutela sopra descritti, l'accertamento di compatibilità paesaggistica, è quella procedura tesa ad acclarare la compatibilità con le norme e gli obiettivi del Piano degli interventi che comportino modifica dello stato dei luoghi negli ulteriori contesti come individuati nell'art. 38 co. 3.1;
- l'art. 90 delle NTA del PPTR "Autorizzazione paesaggistica", il quale prevede che gli interventi che comportino modificazione dello stato dei luoghi sui beni paesaggistici sono subordinati all'autorizzazione paesaggistica prevista dal Codice rilasciata nel rispetto delle relative procedure verificando la conformità e la compatibilità dell'intervento rispetto alle disposizioni normative del PPTR, ivi comprese quelle di cui all'art. 37 delle NTA del PPTR ed alla specifica disciplina di cui all'art. 140, comma 2, del Codice;
- l'art. 95 delle NTA del PPTR "Realizzazione di opere pubbliche o di pubblica utilità";
- la Deliberazione di Giunta Regionale n. 1466 del 15.09.2021, recante l'approvazione della Strategia regionale per la parità di genere, denominata "Agenda di Genere";
- la Deliberazione di Giunta Regionale n. 1295 del 26.09.2024, recante "Valutazione di impatto di genere (VIG). Approvazione indirizzi metodologico-operativi e avvio fase strutturale";
- la Deliberazione di Giunta Regionale n. 1576 del 30.9.2021 di conferimento degli incarichi Dirigente di Sezione con decorrenza dal 01.11.2021;
- la Deliberazione di Giunta Regionale n. 582 del 30.04.2025 "Decreto del Presidente della Giunta regionale 22 gennaio 2021, n. 22 "Modello Organizzativo Maia 2.0" ess.mm.ii.. Proroga degli incarichi di direzione delle Sezioni di Dipartimento della Giunta regionale";
- la Deliberazione di Giunta Regionalen. 1080 del 29.07.2025 "Decreto del Presidente della Giunta regionale 22 gennaio 2021, n. 22 "Modello Organizzativo Maia 2.0" e ss.mm.ii.. Proroga degli incarichi di direzione delle Sezioni di Dipartimento della Giunta regionale";

Premesso che:

- Con nota prot. n. 7648 del 12.5.2025, acquisita al prot. regionale col n. 248821 del 12.05.2025, il Comune di Margherita di Savoia ha trasmesso istanza di autorizzazione

paesaggistica ex art. 90 delle NTA del PPTR in deroga ai sensi dell'art. 95 delle NTA e ha contestualmente trasmesso la relativa documentazione.

- Con nota prot. n. 362579/2025 del 01.07.2025, è stato proposto di rilasciare l'autorizzazione paesaggistica ai sensi dell'art. 146 del D.Lgs. 42/2004 e dell'art. 90 delle NTA del PPTR, in deroga ai sensi dell'art. 95, previo parere della competente Soprintendenza. Detta nota ha costituito relazione illustrativa e proposta di parere ai sensi del comma 7 dell'art. 146 del D.Lgs. 42/2004;
- Con nota prot. n. 9311 del 10.07.2025, acquisita al protocollo regionale n. 390128/2025 del 10.07.2025, la Soprintendenza Archeologia, Belle Arti e Paesaggio per le province di Barletta, Andria, Trani e Foggia (in seguito SABAP), ha richiesto ulteriore documentazione integrativa successivamente trasmessa dal Comune con nota prot. n. 13991 del 01.09.2025, acquisita al protocollo regionale col n. 468616/2025 del 01.09.2025;
- Con successiva nota prot. n. 11405 del 03.09.2025, acquisita al protocollo regionale col n. 473970/2025 del 03.09.2025, la SABAP, vista la relazione istruttoria e la proposta di provvedimento nota prot. 362579/2025 del 01.07.2025, ha espresso il proprio parere, con ulteriori prescrizioni, per il rilascio dell'autorizzazione paesaggistica in deroga.

Considerato che:

- L'area di intervento è ubicata a sud del nucleo urbano di Margherita di Savoia ed è delimitata ad ovest dalla SP 61, a sud da via Ofanto, ad est e a nord dalle Saline. Il progetto prevede la realizzazione di un palazzetto dello sport, con annessi parcheggi, la cui area di sedime confina a nord con lo Stadio Comunale e a ovest con la struttura Tensostatica denominata "G. Piazzolla".
- Il progetto in oggetto interferisce rispettivamente con:
 - il Bene Paesaggistico "Territori contermini ai laghi" soggetto agli indirizzi di cui all'art. 43, alle direttive di cui all'art. 44 e alle prescrizioni di cui all'art. 45 delle NTA del PPTR. A riguardo l'intervento previsto è contrasto con l'art. 45 comma 2 lett. a1), in quanto non si ritiene ammissibile la realizzazione di qualsiasi nuova opera edilizia.
 - il Bene Paesaggistico "Zone umide Ramsar" soggetto agli indirizzi di cui all'art. 60, alle direttive di cui all'art. 61 e alle prescrizioni di cui all'art. 64 delle NTA del PPTR. A riguardo l'intervento previsto è contrasto con l'art. 64 comma 2 lett. a4), in quanto non si ritiene ammissibile la realizzazione di nuova edificazione.
 - l'Ulteriore Contesto Paesaggistico "Aree umide" soggetto agli indirizzi di cui all'art. 60, alle direttive di cui all'art. 61 e alle misure di salvaguardia e utilizzazione di cui all'art. 65 delle NTA del PPTR. A riguardo l'intervento previsto è contrasto con l'art. 65 comma 2 lett. a4), in quanto non si ritiene ammissibile la realizzazione di nuova edificazione.

Considerato, altresì, che con riferimento alla possibilità di ricorrere, per il caso in oggetto, a procedure in deroga alle norme paesaggistiche, l'art. 95 delle NTA del PPTR prevede che: *"Le opere pubbliche o di pubblica utilità possono essere realizzate in deroga alle prescrizioni previste dal Titolo VI delle presenti norme per i beni paesaggistici e gli ulteriori contesti, purché in sede di autorizzazione paesaggistica o in sede di accertamento di compatibilità paesaggistica si verifichi che dette opere siano comunque compatibili con gli obiettivi di qualità di cui all'art. 37 e non abbiano alternative localizzative e/o progettuali".*

Preso atto del Parere Tecnico del Servizio Osservatorio e Pianificazione Paesaggistica allegato al presente provvedimento e parte integrante e sostanziale dello stesso (ALLEGATO A).

Dato atto che il presente provvedimento attiene esclusivamente agli aspetti di natura paesaggistica, con riferimento alla compatibilità delle opere con il vigente PPTR, fatte salve tutte le ulteriori autorizzazioni e/o assensi, qualora necessari, rivenienti dalle vigenti disposizioni normative in materia sanitaria e/o di tutela ambientale.

Richiamato l'art. 146 c. 4 del D. Lgs. 42/2004 che prevede: *“L'autorizzazione è efficace per un periodo di cinque anni, scaduto il quale l'esecuzione dei progettati lavori deve essere sottoposta a nuova autorizzazione. I lavori iniziati nel corso del quinquennio di efficacia dell'autorizzazione possono essere conclusi entro e non oltre l'anno successivo la scadenza del quinquennio medesimo. Il termine di efficacia dell'autorizzazione decorre dal giorno in cui acquista efficacia il titolo edilizio eventualmente necessario per la realizzazione dell'intervento, a meno che il ritardo in ordine al rilascio e alla conseguente efficacia di quest'ultimo non sia dipeso da circostanze imputabili all'interessato.”*

Ritenuto che, alla luce delle risultanze istruttorie di cui al Parere Tecnico allegato, sussistano i presupposti di fatto e di diritto per il rilascio con prescrizioni del provvedimento di Autorizzazione Paesaggistica ex art. 90 NTA del PPTR, in deroga ex art. 95, per il *“Progetto di fattibilità tecnico-economica ex art. 41 d.lgs. n. 36/2023 - Impianto Sportivo Polivalente Palazzetto dello Sport "Palasaline”*” Proponente Comune di Margherita di Savoia, di cui all'oggetto, composto dagli elaborati elencati, con la relativa impronta informatica secondo l'algoritmo MD5 contenuta nel parere tecnico allegato (ALLEGATO A).

Garanzie di riservatezza

“La pubblicazione sul BURP, nonché la pubblicazione all'Albo o sul sito istituzionale, salve le garanzie previste dalla legge 241/1990 in tema di accesso ai documenti amministrativi, avviene nel rispetto della tutela della riservatezza dei cittadini secondo quanto disposto dal Regolamento UE n. 2016/679 in materia di protezione dei dati personali, nonché dal D.Lgs. 196/2003 ss.mm.ii., ed ai sensi del vigente Regolamento regionale 5/2006 per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari, in quanto applicabile. Ai fini della pubblicità legale, il presente provvedimento è stato redatto in modo da evitare la diffusione di dati personali identificativi non necessari ovvero il riferimento alle particolari categorie di dati previste dagli articoli 9 e 10 del succitato Regolamento UE.”.

L'impatto di genere del presente atto risulta: neutro
--

COPERTURA FINANZIARIA AI SENSI DEL D.LGS. 118/2011 E SS.MM.II.

La presente deliberazione non comporta ulteriori implicazioni, dirette e/o indirette, di natura economico-finanziaria e/o patrimoniale e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale.

Tutto ciò premesso, al fine di rilasciare l'Autorizzazione Paesaggistica ex art. 90 delle NTA del PPTR, in deroga ex art. 95 per il *“Progetto di fattibilità tecnico-economica ex art. 41 d.lgs. n. 36/2023 - Impianto Sportivo Polivalente Palazzetto dello Sport "Palasaline”*” Proponente Comune di Margherita di Savoia, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi

illustrate, ai sensi dell'articolo 4 – comma 4 – lettera d) della L.R. 7/1997 e del DPGR 263/2021, si propone alla Giunta regionale:

1. di prendere atto del parere tecnico allegato al presente provvedimento e parte integrante e sostanziale dello stesso (ALLEGATO A);
2. di rilasciare con prescrizioni, per le motivazioni riportate nel parere tecnico allegato al presente provvedimento e parte integrante e sostanziale dello stesso (ALLEGATO A), per il *“Progetto di fattibilità tecnico-economica ex art. 41 d.lgs. n. 36/2023 - Impianto Sportivo Polivalente Palazzetto dello Sport "Palasaline"”* Proponente Comune di Margherita di Savoia, l'Autorizzazione Paesaggistica ex art. 90 delle NTA del PPTR, in deroga ex art. 95;

Prescrizioni di cui alla nota prot. n. 362573 del 01.07.2025:

- i. *Lo spazio ricadente nell'area del parcheggio (come perimetrata in giallo nell'Allegato A) non interessata da stalli o da spazi di manovra dei veicoli, dovrà essere parte integrante dell'area verde con piantumazioni di alberi già previste a ridosso di Via Ofanto;*
- ii. *Gli spazi per la sosta ed il parcheggio dovranno essere realizzati con masselli drenanti autobloccanti, pavimentazione a sistema tipo prato carrabile e dotate di piantumazioni autoctone di nuovo impianto al fine di garantire un corretto ombreggiamento delle stesse e ridurre il fenomeno dell'isola di calore.*
- iii. *La scelta delle essenze arboree al momento della messa a dimora dovrà avere un fusto di circonferenza non inferiore a:*
 - > cm 20 – 24 per esemplari di prima grandezza;
 - > cm 18 – 20 per esemplari di seconda grandezza;
 - > cm 16 – 18 per esemplari di terza grandezza.

Prescrizioni di cui alla nota della Soprintendenza Archeologia, Belle Arti e Paesaggio per le province di Barletta, Andria, Trani e Foggia prot. n. 11405 del 03.09.2025 acquisita al protocollo regionale n. 473970 del 03.09.2025:

- i. *L'edificio dovrà essere profondamente rivisto sul piano formale e linguistico, tenuto conto che la soluzione proposta non appare adeguata a garantire un'ottimale tutela paesaggistica. A questo riguardo, occorrerà modificare il progetto tenendo conto dei caratteri urbano-architettonici che identificano le peculiarità del luogo.*
- ii. *Tutte le aree esterne dovranno essere pavimentate con materiali drenanti che risultino visivamente e matericamente simili al suolo salino dei bacini, allo scopo di mitigare l'impatto paesaggistico dell'intervento e inserirlo armonicamente nel paesaggio umido.*
- iii. *Il parcheggio dovrà essere pensato come un vero e proprio parco pubblico, prevedendone un uso promiscuo, al fine di garantire un proficuo uso collettivo di quello spazio anche in assenza di autoveicoli.*
- iv. *In riferimento al precedente punto, la vegetazione dovrà essere scelta concordando le essenze sulla base di un attento studio botanico che valorizzi le essenze tipiche dell'area umida, intercalate ad essenze arboree da definire che consentano di garantire ombreggiamento.*
- v. *Tenuto conto che l'area oggetto di intervento è sottoposta a diversi livelli di tutela ministeriale (Territori contermini i laghi - Saline di Margherita di Savoia, ai sensi dell'art 142, comma 1, lett. b, del D.Lgs. n. 42/2004; Zone umide RAMSAR ai sensi dell'art 142, comma 1, lett. i, del D.Lgs. n. 42/2004; Siti di rilevanza naturalistica ai*

sensi dell'art 142, comma 1, lett. e, del D.Lgs. n. 42/2004; Parchi e riserve ai sensi dell'art 142, comma 1, lett. f, del D.Lgs. n. 42/2004) il progetto che sarà rielaborato con riferimento alle suddette prescrizioni dovrà essere coerente con le direttive, gli indirizzi e le prescrizioni relative alle singole componenti paesaggistiche prima citate.

- vi. *Nell'ambito della progettazione esecutiva dovrà essere predisposto, per tutti i lavori che comportano scavi al di sotto delle quote di campagna e stradali attuali, comunque interferenti con suoli di potenziale interesse archeologico, apposito piano di assistenza archeologica in corso d'opera. Le prescritte attività di assistenza archeologica ai lavori dovranno prevedere il controllo e la documentazione di tutte le fasi di scavo e movimentazione terra che verranno effettuate e dovranno essere curate da società con qualificazione OS25 o da professionisti archeologi di I fascia ai sensi del DM 244/2019.*
3. di pubblicare il presente provvedimento sul BURP unitamente agli allegati in versione con gli omissis a tutela dei dati personali ai sensi dell'art. 7 della L.R. n. 18/2023;
 4. di notificare il presente provvedimento, a cura del Servizio Osservatorio e Pianificazione Paesaggistica:
 - alla Soprintendenza Archeologia, Belle Arti e Paesaggio per le province di Barletta, Andria, Trani e Foggia;
 - al Comune di Margherita di Savoia;
 5. di dare atto che il presente provvedimento è soggetto a pubblicazione ai sensi dell'art. 23 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 sul sito web istituzionale della Regione Puglia www.regione.puglia.it nella Sezione "Amministrazione Trasparente", Sottosezione di I livello "Provvedimenti", Sottosezione di II livello "Provvedimenti dell'organo di indirizzo politico – Provvedimenti della Giunta Regionale"

I sottoscritti attestano la regolarità amministrativa dell'attività istruttoria e della proposta, ai sensi dell'art. 6, co. 3, lett. da a) ad e) delle Linee guida sul "Sistema dei controlli interni nella Regione Puglia", adottate con D.G.R. 23 luglio 2019, n. 1374.

IL FUNZIONARIO E.Q. *"Coerenza dei piani con i progetti territoriali per il paesaggio"*: Arch. Giuseppe VOLPE

 Giuseppe Volpe
08.09.2025 09:13:38
GMT+02:00

IL FUNZIONARIO E.Q. *"Compatibilità paesaggistica dei Piani urbanistici attuativi e dei Progetti"*: Arch. Luigi GUASTAMACCHIA

 Luigi Guastamacchia
08.09.2025
10:04:15
GMT+02:00

IL DIRIGENTE della Sezione Tutela e Valorizzazione del Paesaggio - Dirigente *ad interim* del Servizio Osservatorio e Pianificazione Paesaggistica": Arch. Vincenzo LASORELLA

 Vincenzo Lasorella
08.09.2025
16:04:16
GMT+02:00

Il Direttore ai sensi degli artt. 18 e 20 del Decreto del Presidente della Giunta regionale 22 gennaio 2021, n. 22 e ss.mm.ii., NON RAVVISA la necessità di esprimere osservazioni sulla proposta di deliberazione ai sensi del combinato disposto degli articoli 18 e 20 del DPGR n. 22/2021.

IL DIRETTORE del Dipartimento Ambiente, Paesaggio e Qualità Urbana: *Ing. Paolo Francesco GAROFOLI*

 PAOLO
FRANCESCO
GAROFOLI
11.09.2025
11:30:06
UTC

Il Presidente della Giunta Regionale, *dott. Michele EMILIANO*, ai sensi del vigente Regolamento della Giunta regionale,

propone

alla Giunta regionale l'adozione del presente atto.

 Michele
Emiliano
11.09.2025
14:29:24
GMT+02:00



**REGIONE
PUGLIA**

**DIPARTIMENTO AMBIENTE, PAESAGGIO E QUALITÀ
URBANA**

SEZIONE TUTELA E VALORIZZAZIONE DEL PAESAGGIO

SERVIZIO OSSERVATORIO E PIANIFICAZIONE PAESAGGISTICA

Allegato A

Codice CIFRA: AST/DEL/2025/00024

VERSIONE PER LA PUBBLICAZIONE

COMUNE DI MARGHERITA DI SAVOIA (BT)

**PROGETTO DI FATTIBILITÀ TECNICO-ECONOMICA art. 41 D.Lgs. n.
36/2023° - IMPIANTO SPORTIVO POLIVALENTE PALAZZETTO DELLO
SPORT "PALASALINE"**

**Autorizzazione paesaggistica in deroga ai sensi dell'art. 95 del PPTR,
art. 146 del D.Lgs. 42/2004 - art. 90 NTA del PPTR.**

PARERE TECNICO

DOCUMENTAZIONE IN ATTI

Con nota prot. n. 7648 del 12.5.2025, acquisita al prot. regionale col n. 248821 del 12.5.2025, il Comune di Margherita di Savoia (di seguito Comune) ha trasmesso istanza di autorizzazione paesaggistica ex art. 90 delle NTA del PPTR in deroga ai sensi dell'art. 95 delle NTA. La documentazione trasmessa risulta costituita dai seguenti elaborati:

NOME FILE	IMPRONTA MDS
DEROGA ART.95_RELAZIONE PAESAGGISTICA-signed.pdf	3d063ca41ccf34002abe3ef2b9c64dcf
E.01 RELAZIONE GENERALE E TECNICA-signed.pdf	1a5a0c0be968e807165036c0d9594727
modello_art 146_90 nta PPTR_Autorizzazione paesaggistica PALASALINE-signed-signed-signed.pdf	1300d25626940112b1507d9448684038
RELAZIONE PAESAGGISTICA DPCM 2005-signed.pdf	a462e97177c31ae1b9c6e36973ea0215
T_01 IQ_INQUADRAMENTO URBANISTICO E TERRITORIALE - COMPATIBILITÀ URBANISTICA-signed.pdf	2fb526b1f9d20978e95787457e4fe0e7
T_02 IQ_INQUADRAMENTO TERRITORIALE - ANALISI DI COMPATIBILITÀ PAESAGGISTICA E AMBIENTALE-signed.pdf	6169b56c213a318c998935dca3d5bccc
T_03 RILIEVO AREA DI INTERVENTO E FOTOGRAFICO-signed.pdf	d541ebeccdaf159a7fea68805c5879935
T_04 PLANIMETRIA GENERALE DI PROGETTO-signed.pdf	c5cd481ec7c07c670ac3426a855f8de1
T_05 PLANIMETRIA DI PROGETTO QUOTA +0.90 mt-signed.pdf	8044d2ca8c2a5fe9c072be9035137fde
T_07 PLANIMETRIA DI PROGETTO QUOTA CALPESTIO +4.90 mt- signed.pdf	25282a9ae6141a3c617ae03c2e01bce1
T_08 PIANTA COPERTURA-signed.pdf	548a8fa4c5ef3ad1410dd0291b58c7bb
T_09 SEZIONI-signed.pdf	67edfa0021747e7f91eb01e10b5bf953
T_10 PROSPETTI-signed.pdf	63854706248bb6e74942b4398f7e0c51
T_13 VISTE RENDER-signed.pdf	191a69845d039d0973f513e654d280c5
TAV_02BIS INQUADRAMENTO TERRITORIALE SISTEMA EMERGENZE PPTR-signed.pdf	694e69a41d852f530393520b67b19177

Con nota prot. n. 362579/2025 del 1.7.2025, è stato proposto di rilasciare l'autorizzazione paesaggistica ai sensi dell'art. 146 del D.Lgs. 42/2004 e dell'art. 90 delle NTA del PPTR, in deroga ai sensi dell'art. 95, previo parere della competente Soprintendenza. Detta nota ha costituito relazione illustrativa e proposta di parere ai sensi del comma 7 dell'art. 146 del D.Lgs. 42/2004.

www.regione.puglia.it

Via Gentile, 52 - 70126 Bari

peo: sezione.paesaggio@regione.puglia.it

pec: sezione.paesaggio@pec.rupar.puglia.it



**REGIONE
PUGLIA**

**DIPARTIMENTO AMBIENTE, PAESAGGIO E QUALITÀ
URBANA**

SEZIONE TUTELA E VALORIZZAZIONE DEL PAESAGGIO

SERVIZIO OSSERVATORIO E PIANIFICAZIONE PAESAGGISTICA

Con nota prot. n. 9311 del 10.7.2025, acquisita al protocollo regionale n. 390128/2025 del 10.07.2025, la Soprintendenza Archeologia, Belle Arti e Paesaggio per le province di Barletta, Andria, Trani e Foggia (in seguito SABAP), ha richiesto i seguenti atti integrativi:

1. *“Analisi specifica delle alternative localizzative, attese le motivazioni insufficienti contenute nella relazione paesaggistica, prive di uno studio reale comparativo che consenta un’esaustiva valutazione. Detta analisi dovrà in primo luogo verificare e comprovare l’assenza di spazi al di fuori delle aree interessate dalle componenti paesaggistiche sopra elencate, privilegiando aree degradate della città da riqualificare e, in ogni caso, individuando alternative esterne alla Riserva Naturale Statale di Popolamento Animale delle Saline di Margherita di Savoia, sottoposta a tutela ai sensi dell’art 142, comma 1, lett. f, del D.Lgs. n. 42/2004, riportata nel PPTR come Bene paesaggistico Parchi e riserve;*
2. *Foto-inserimenti render da diversi punti di vista nei quali il progetto, nelle sue diverse ipotesi localizzative, sia rappresentato in rapporto al contesto paesaggistico-ambientale, con particolare riguardo ai bacini;*
3. *Piante e sezioni costruttive quotate in scala adeguata che approfondiscano il progetto delle fondazioni in rapporto al suolo;*
4. *Per quanto di competenza archeologica, come previsto dal DPCM 14/02/2022, si richiede di trasmettere la Verifica Preventiva dell’Interesse Archeologico (VPIA) completa di tutte le relative tavole (Carta delle evidenze archeologiche, Carta dell’utilizzo del suolo, Carta della visibilità, Carta del rischio archeologico, Carta del potenziale archeologico) prestando particolare attenzione ai dati di archivio e bibliografici reperibili, all’esito delle ricognizioni volte all’osservazione dei terreni, alla lettura della geomorfologia del territorio e alle fotointerpretazioni. Si richiede, altresì, di trasmettere copia del template GIS, scaricabile dal sito web dell’Istituto centrale per l’archeologia (http://www.ic_archeo.beniculturali.it). Tale documentazione dovrà essere raccolta ed elaborata da soggetti abilitati secondo quanto previsto dal DM 60/2009 e dal D.M. 244/2019.”*

Con nota prot. n. 13991 del 1.9.2025, acquisita al protocollo regionale col n. 468616/2025 del 1.9.2025, il Comune ha trasmesso i seguenti documenti integrativi richiesti dalla Soprintendenza:

NOME FILE	IMPRONTA MD5
Riscontro atti integrativi.pdf	405b3b2aad793bf9ef5393d534684ea2
Stampa Template QGIS.pdf	55431f74736a7945007f9cd18acbac7d
TS_02_PIANTA FONDAZIONI-signed.pdf	3754bdbf1eede2a769718f1385956ea6
TS_04_SEZIONI STRUTTURALI-signed.pdf	0e051731f85328bf013073bae56c926c
Verifica preventiva interesse archeologico.pdf	f3228e056eb4fe4e48a186307ccfe21e
1 Estratto di mappa.pdf	e2dfab7c3c30f1c03b23895bad98cc60
2 Estratto di mappa.pdf	2bc44d3c8c5b0a3ef4ccb4f97dfd2db

Con successiva nota prot. n. 11405 del 3.9.2025, acquisita al protocollo regionale col n. 473970/2025 del 03.09.2025, la SABAP, vista la relazione istruttoria e la proposta di provvedimento nota prot. 362579/2025 del 01.07.2025, nonché gli atti integrativi trasmessi dal Comune nota prot. n. 13991 del 1.9.2025, ha espresso il proprio parere, con ulteriori prescrizioni, per il rilascio dell’autorizzazione paesaggistica in deroga.

DESCRIZIONE DELL’INTERVENTO

L’ area di intervento è ubicata a sud del nucleo urbano di Margherita di Savoia ed è delimitata ad ovest dalla SP 61, a sud da via Ofanto, ad est e a nord dalle Saline. Il progetto prevede la realizzazione di un palazzetto dello sport con annessi parcheggi la cui area di sedime confina a nord con lo Stadio Comunale e a ovest con la struttura Tensostatica denominata “G. Piazzolla”.

www.regione.puglia.it

Via Gentile, 52 - 70126 Bari

peo: sezione.paesaggio@regione.puglia.it

pec: sezione.paesaggio@pec.rupar.puglia.it



**REGIONE
PUGLIA**

**DIPARTIMENTO AMBIENTE, PAESAGGIO E QUALITÀ
URBANA**

SEZIONE TUTELA E VALORIZZAZIONE DEL PAESAGGIO

SERVIZIO OSSERVATORIO E PIANIFICAZIONE PAESAGGISTICA



Figura 1 - Inquadramento territoriale del Comune di Margherita di Savoia.



Figura 2 - Inquadramento dell'area di intervento

Con riferimento all'**inquadramento urbanistico** nella Relazione Tecnica si rappresenta che:
"Premesso che attualmente il Comune di Margherita di Savoia a seguito dell'adozione di .C.C. n. 43 del 15/11/2023 ai sensi della Legge Regionale 20/2001 con D.C.C. n. 43 del 15/11/2023 del nuovo strumento urbanistico PUG rispetto al PRG previgente è soggetto alle misure di salvaguardia, si specifica che per entrambi gli strumenti urbanistici l'area oggetto di intervento è conforme alla destinazione d'uso derivante dalla realizzazione dell'impianto sportivo infatti in riferimento alla destinazione urbanistica dell'area oggetto di intervento prevista dal Piano Regolatore Generale (P.R.G.) vigente nel Comune di Margherita di Savoia adottato con D.P.G.R. n. 1 del 04.01.01974 la stessa ricade in zona omogenea di cui al D.M. 1444/68 FP3 – Parti del territorio destinate ad attrezzature ed impianti di interesse generale – impianti sportivi e ricreativi di interesse pubblico, di cui di seguito stralcio dello strumento urbanistico In riferimento alla destinazione urbanistica dell'area oggetto di intervento prevista dal Piano Urbanistico Generale (P.U.G.) adottato nel Comune di Margherita di

www.regione.puglia.it

Via Gentile, 52 - 70126 Bari

peo: sezione.paesaggio@regione.puglia.it

pec: sezione.paesaggio@pec.rupar.puglia.it



**REGIONE
PUGLIA**

**DIPARTIMENTO AMBIENTE, PAESAGGIO E QUALITÀ
URBANA**

SEZIONE TUTELA E VALORIZZAZIONE DEL PAESAGGIO

SERVIZIO OSSERVATORIO E PIANIFICAZIONE PAESAGGISTICA

Savoia con D.C.C. n. 43 del 15/11/2023 ai sensi della Legge Regionale 20/2001 con D.C.C. n. 43 del 15/11/2023 ai sensi della Legge Regionale 20/2001 la stessa ricade nei CUS.AES - Contesto urbano per attrezzature urbane esistenti.[...]

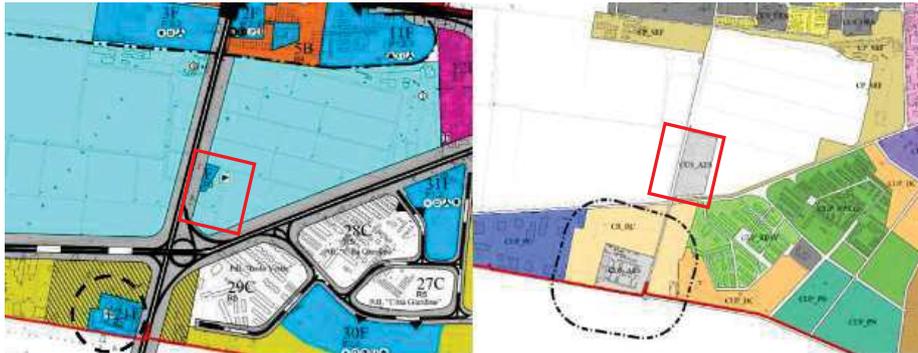


Figura 3 - a sx l'inquadramento dell'area di intervento sul PRG, a dx l'inquadramento dell'area di intervento sul PUG adottato.

[...] Pertanto si conferma la compatibilità considerando che l'impianto sportivo, caratterizzato dal Palazzetto dello Sport e relativi servizi, sarà ubicato su di un lotto di proprietà pubblica classificato come Contesto Urbano per Attrezzature Urbane Esistenti (CUS.AES) dallo strumento urbanistico PUG in fase di adozione, ed è definito come Aree a Standards D.M. 1444/68 – FP3 "Impianti sportivi e ricreativi di interesse pubblico" nel Piano Regolatore Generale vigente, approvato con decreto del Presidente della Giunta Regionale - DPGR n.1 del 04/01/1974."

Con riferimento alla **soluzione progettuale** nella Relazione Paesaggistica il proponente rappresenta che:

"L'edificio del PALAZZETTO DELLO SPORT sarà costituito da un unico corpo di fabbrica, architettonicamente caratterizzato da una forma compatta dalle linee essenziali contenendo in sé tutte le funzioni e le distribuzioni secondo uno schema di flussi che stabilisce una netta divisione tra gli spazi e gli accessi per gli atleti e per i visitatori; le scelte di colori e rivestimenti si integrano perfettamente nel contesto. L'accesso al palazzetto per gli spettatori è previsto da un volume delimitato da elementi trasparenti alto 4,00 mt, tale da garantire una soluzione di continuità tra esterno ed interno attraverso il quale si accede alla Hall, ovvero uno spazio d'accoglienza dove sono collocati il bar/biglietteria, i servizi igienici, e i percorsi di accesso agli spalti. Sulla facciata principale e sul lato ovest della struttura sono previsti gli accessi per gli atleti e addetti. Il palazzetto garantisce l'assenza di barriere architettoniche. La struttura sarà realizzata in elementi prefabbricati in c.a.v. e in c.a.p. attraverso la fornitura e la posa in opera di una struttura completa montata a secco con un sistema di controllo qualità da operatori altamente specializzati, da completare con getti integrativi, al netto dell'esecuzioni delle fondazioni in opera. I materiali impiegati e le tecnologie impiantistiche rispetteranno criteri di sostenibilità ambientale (CAM).

L'impianto sportivo in relazione alla destinazione e fruizione prevede le seguenti macro-aree:

- *AREA DI GIOCO dimensionata in conformità ai regolamenti di federazione e norme CONI destinata alle discipline sportive: Pallavolo, Pallacanestro, Calcio a 5;*
- *SPAZI PER ATLETI E ADDETTI E SERVIZI DI SUPPORTO: spogliatoi per atleti, istruttori/giudici di gara e relativi servizi igienici, primo soccorso, deposito attrezzi, servizi per il personale, locali tecnici, area parcheggio atleti e addetti;*

www.regione.puglia.it

Via Gentile, 52 - 70126 Bari

peo: sezione.paesaggio@regione.puglia.it

pec: sezione.paesaggio@pec.rupar.puglia.it



**REGIONE
PUGLIA**

**DIPARTIMENTO AMBIENTE, PAESAGGIO E QUALITÀ
URBANA**

SEZIONE TUTELA E VALORIZZAZIONE DEL PAESAGGIO

SERVIZIO OSSERVATORIO E PIANIFICAZIONE PAESAGGISTICA

- SPAZI PER IL PUBBLICO: hall di ingresso, posti spettatori – tribune, servizi igienici, primo soccorso, area parcheggio spettatori;
- SPAZI AGGIUNTIVI: bar, area ristoro;
- IMPIANTI TECNOLOGICI

[...] Il volume destinato a palazzetto è stato previsto nel rispetto dei minimi standard dimensionali necessari ad ottenere un impianto funzionale in relazione alle dimensioni dei campi da gioco ai fini del parere CONI e dell'omologazione delle federazioni sportive delle discipline previste.

Le caratteristiche dimensionali di intervento, le superfici e volumi, sono evidenziate dettagliatamente nelle tavole di Progetto sommariamente di seguito indicate:

- Superficie area di intervento palazzetto comprese le sistemazioni a verde, parcheggio atleti, presidi di emergenza atleti: 4960 mq;
- Superficie coperta palazzetto 1756 mq e hesterna = 11.50 mt
- Superficie area parcheggio e presidi di emergenza spettatori circa 6000 mq (parcheggio esistente);

Le viabilità e gli accessi in conformità alle normative di settore sono stati previsti distintamente e privi di ogni interferenza reciproca tra gli atleti e spettatori, e analogamente le aree a parcheggio e presidi di emergenza prevedendo per gli spettatori l'utilizzo del parcheggio ivi esistente, e in prossimità del tensostatico e del volume destinato a palazzetto ulteriori area da destinare a parcheggio e presidi di emergenza per gli atleti. Si specifica che ai fini dell'accesso al Bando Missione Comune del Credito Sportivo per la finanziabilità dell'intervento in conto interessi il PFTE del Palazzetto dello Sport è stato già sottoposto a parere con esito favorevole con protocollo n. 480 del 04/12/2024."



Figura 4 - masterplan di progetto

TUTELE DEFINITE DAL PIANO PAESAGGISTICO TERRITORIALE - PPTR

Dalla consultazione degli elaborati del PPTR si rappresenta che l'intervento ricade in un'area qualificata come:

STRUTTURA IDRO-GEOMORFOLOGICA

Componenti idrologiche

Bene Paesaggistico

"**Territori contermini ai laghi**" soggetto agli indirizzi di cui all'art. 43, alle direttive di cui all'art. 44 e alle prescrizioni di cui all'art. 45 delle NTA del PPTR. A riguardo l'intervento previsto è

www.regione.puglia.it

Via Gentile, 52 - 70126 Bari

peo: sezione.paesaggio@regione.puglia.it

pec: sezione.paesaggio@pec.rupar.puglia.it

**REGIONE
PUGLIA****DIPARTIMENTO AMBIENTE, PAESAGGIO E QUALITÀ
URBANA****SEZIONE TUTELA E VALORIZZAZIONE DEL PAESAGGIO****SERVIZIO OSSERVATORIO E PIANIFICAZIONE PAESAGGISTICA**

contrasto con l'art. 45 comma 2 lett. a1), in quanto **non si ritiene ammissibile la realizzazione di qualsiasi nuova opera edilizia.**

Si rimanda al paragrafo successivo per la verifica della coerenza dell'intervento con gli obiettivi di qualità e la normativa d'uso di cui all'art. 37 atteso che, in ragione di quanto previsto dall'art. 45 delle NTA del PPTR, sono inammissibili tutti gli interventi in contrasto con gli obiettivi di qualità e la normativa d'uso.

STRUTTURA ECOSISTEMICA - AMBIENTALE

Componenti botanico vegetazionali

Bene Paesaggistico

"Zone umide Ramsar" soggetto agli indirizzi di cui all'art. 60, alle direttive di cui all'art. 61 e alle prescrizioni di cui all'art. 64 delle NTA del PPTR. A riguardo l'intervento previsto è contrasto con l'art. 64 comma 2 lett. a4), in quanto **non si ritiene ammissibile la realizzazione di nuova edificazione.**

Si rimanda al paragrafo successivo per la verifica della coerenza dell'intervento con gli obiettivi di qualità e la normativa d'uso di cui all'art. 37 atteso che, in ragione di quanto previsto dall'art. 64 delle NTA del PPTR, sono inammissibili tutti gli interventi in contrasto con gli obiettivi di qualità e la normativa d'uso.

Ulteriore Contesto Paesaggistico

"Aree umide" soggetto agli indirizzi di cui all'art. 60, alle direttive di cui all'art. 61 e alle misure di salvaguardia e utilizzazione di cui all'art. 65 delle NTA del PPTR. A riguardo l'intervento previsto è contrasto con l'art. 65 comma 2 lett. a4), in quanto **non si ritiene ammissibile la realizzazione di nuova edificazione.**

Si rimanda al paragrafo successivo per la verifica della coerenza dell'intervento con gli obiettivi di qualità e la normativa d'uso di cui all'art. 37 atteso che, in ragione di quanto previsto dall'art. 65 delle NTA del PPTR, sono inammissibili tutti gli interventi in contrasto con gli obiettivi di qualità e la normativa d'uso.

"Siti di rilevanza naturalistica" Zona Protezione Speciale – **"Paludi presso il Golfo di Manfredonia e ZSC Zone Umide della Capitanata"** sottoposte agli indirizzi di cui all'art. 69, alle direttive di cui all'art. 70 e le misure di salvaguardia e utilizzazione di cui all'art. 73 delle NTA del PPTR.

Si rimanda al paragrafo successivo per la verifica della coerenza dell'intervento con gli obiettivi di qualità e la normativa d'uso di cui all'art. 37 atteso che, in ragione di quanto previsto dall'art. 73 delle NTA del PPTR, sono inammissibili tutti gli interventi in contrasto con gli obiettivi di qualità e la normativa d'uso.

STRUTTURA ECOSISTEMICA - AMBIENTALE

Componenti delle aree protette e dei siti naturalistici

Bene Paesaggistico

"Parchi e Riserve" denominato **"Saline Margherita di Savoia"** Istituito con **L. n. 394 del 06.12.1991** e soggetto agli indirizzi di cui all'art. 69, alle direttive di cui all'art. 70 e alle prescrizioni di cui all'art. 71 delle NTA del PPTR. A riguardo il comma 1 dell'art. 71 dispone che

www.regione.puglia.it

Via Gentile, 52 - 70126 Bari

peo: sezione.paesaggio@regione.puglia.it

pec: sezione.paesaggio@pec.rupar.puglia.it

**REGIONE
PUGLIA****DIPARTIMENTO AMBIENTE, PAESAGGIO E QUALITÀ
URBANA****SEZIONE TUTELA E VALORIZZAZIONE DEL PAESAGGIO****SERVIZIO OSSERVATORIO E PIANIFICAZIONE PAESAGGISTICA**

“La disciplina dei parchi e riserve è quella contenuta nei relativi atti istitutivi e nelle norme di salvaguardia ivi previste, oltre che nei piani territoriali e nei regolamenti ove adottati, in quanto coerenti con la disciplina di tutela del presente Piano.” mentre il comma 2 dispone che *“Tutti gli interventi di edificazione, ove consentiti dai piani, dai regolamenti e dalle norme di salvaguardia provvisorie delle aree protette, e conformi con le presenti norme, devono essere realizzati garantendo il corretto inserimento paesaggistico e il rispetto delle tipologie tradizionali e degli equilibri ecosistemicoambientali.”* Non risulta dalla documentazione agli atti che il Comune abbia provveduto all’acquisizione del parere da parte dell’Ente Gestore della Riserva “UTB di Foresta Umbra”.

Si rimanda al paragrafo successivo per la verifica della coerenza dell’intervento con gli obiettivi di qualità e la normativa d’uso di cui all’art. 37 atteso che in ragione di quanto previsto dall’art. 71 delle NTA del PPTR sono inammissibili tutti gli interventi in contrasto con gli obiettivi di qualità e la normativa d’uso.

In merito alle interpretazioni identitarie e statutarie del paesaggio regionale di cui all’Atlante del Patrimonio Ambientale, Territoriale e Paesaggistico del PPTR (elaborati serie 3.3), l’area d’intervento ricade è ricompresa nell’Ambito paesaggistico n. 3 denominato **“Tavoliere”** e nella Figura Territoriale n. 3.4 denominata **“Le saline di Margherita di Savoia”**.

CONFORMITÀ CON LE TUTELE DEL PIANO PAESAGGISTICO TERRITORIALE

L’ambito in esame, come descritto nella Scheda di Ambito n 5.3 del PPTR, è caratterizzato dalla dominanza di vaste superfici pianeggianti coltivate prevalentemente a seminativo che si spingono fino alle propaggini collinari dei Monti Dauni.

La delimitazione dell’ambito si è attestata sui confini naturali rappresentati dal costone garganico, dalla catena montuosa appenninica, dalla linea di costa e dalla valle dell’Ofanto.

Questi confini morfologici rappresentano la linea di demarcazione tra il paesaggio del Tavoliere e quello degli ambiti limitrofi (Monti Dauni, Gargano e Ofanto) sia da un punto di vista geolitologico (tra i depositi marini terrazzati della piana e il massiccio calcareo del Gargano o le formazioni appenniniche dei Monti Dauni), sia di uso del suolo (tra il seminativo prevalente della piana e il mosaico bosco/pascolo dei Monti Dauni, o i pascoli del Gargano, o i vigneti della Valle dell’Ofanto), sia della struttura insediativa (tra il sistema di centri della pentapoli e il sistema lineare della Valle dell’Ofanto, o quello a ventaglio dei Monti Dauni).

Il perimetro che delimita l’ambito segue ad Ovest, la viabilità interpodereale che circonda il mosaico agrario di San Severo e la viabilità secondaria che si sviluppa lungo il versante appenninico (all’altezza dei 400 m s.l.m.), a Sud la viabilità provinciale (SP95 e SP96) che circonda i vigneti della valle dell’Ofanto fino alla foce, a Nord-Est, la linea di costa fino a Manfredonia e la viabilità provinciale che si sviluppa ai piedi del costone garganico lungo il fiume Candelaro, a Nord, la viabilità interpodereale che cinge il lago di Lesina e il sistema di affluenti che confluiscono in esso.

La **figura territoriale delle Saline di Margherita di Savoia** si trova all’estremità orientale dell’ambito paesaggistico di riferimento e si estende dal terrazzo pedegarganico a nord fino alle Saline di Margherita di Savoia e la foce dell’Ofanto a Sud.

La figura è caratterizzata dal recente insediamento umano che si è articolato attraverso una forte artificializzazione ed una sapiente irregimentazione del suolo poco stabile. Si tratta di un

www.regione.puglia.it

Via Gentile, 52 - 70126 Bari

peo: sezione.paesaggio@regione.puglia.it

pec: sezione.paesaggio@pec.rupar.puglia.it



**REGIONE
PUGLIA**

**DIPARTIMENTO AMBIENTE, PAESAGGIO E QUALITÀ
URBANA**

SEZIONE TUTELA E VALORIZZAZIONE DEL PAESAGGIO

SERVIZIO OSSERVATORIO E PIANIFICAZIONE PAESAGGISTICA

paesaggio dominato dall'acqua, che si qualifica per l'alternanza di zone umide e terre prosciugate, che si sviluppano tra la fascia costiera sabbiosa di cordoni dunari residui e la piana irrigua della monocultura. Attraversate dai fiumi e canali provenienti dal Tavoliere, queste aree vengono a costituire, con essi, un sistema di forte interrelazione naturale con l'entroterra.

La striscia di terra che si sviluppa tra il mare e la strada delle Saline, era caratterizzata fino agli anni '60 del ventesimo secolo da sottili lotti di terra delimitati da canali e accessi a piccole costruzioni utilizzate come ricoveri, gli sciali. Un sistema ora leggibile solo nel tratto che va da Zapponeta a Margherita, dove stretti campi di coltivazioni orticole si sviluppano tra la strada e i cordoni dunari residui. Questa sorta di "pettine" garantiva una forte permeabilità ecologica e visiva verso il mare. Un altro segno strutturante sono le strade storiche che dalla costa si dirigono verso l'entroterra punteggiato da un fitto reticolo di masserie, alcune delle quali intrattengono uno stretto rapporto di integrazione produttiva con le Saline.

A sud, una vera e propria "industria dell'area umida" forma il paesaggio delle saline: bassi argini che racchiudono grandi vasche artificiali contenenti acqua di mare; sottili lame d'acqua che si estendono all'orizzonte interrotte da bianche montagne di sale accumulato per essere raffinato; e poi idrovore e torri elettriche, nastri trasportatori e macchine di lavorazione.

Il centro maggiore è Margherita di Savoia che intrattiene uno strettissimo rapporto con quest'industria di archeologia industriale. L'insediamento, progettato in modo da favorire le condizioni di ventilazione e di evaporazione delle vasche di produzione del sale, presenta un impianto di vasche comunicanti e organizza in un unico territorio il vasto complesso delle saline, lo stabilimento termale e il paesaggio degli orti costieri: insieme possiede un valore fortemente identitario che assimila l'area ad un paesaggio d'acqua storico nel quale l'ambiente naturale interagisce in maniera virtuosa con le logiche industriali e produttive.

Tra le **criticità della figura territoriale** il PPTR individua la progressiva dismissione della produzione di sale che, sul territorio, sta generando un lento decadimento e una perdita di funzione della struttura urbana di Margherita di Savoia, storicamente connessa all'attività delle saline. Queste stesse sono sempre più intese come possibili spazi da edificare e quindi oggetto di colmate.

L'**area di intervento** è ubicata a sud del nucleo urbano di Margherita di Savoia ed è delimitata ad ovest dalla SP 61, a sud da via Ofanto, ad est e a nord dall'area occupata dalle Saline di Margherita di Savoia.

Tutto ciò premesso l'intervento progettuale previsto, considerata la presenza dei BP – **"Territori contermini ai laghi", "Zone umide Ramsar", "Aree umide", "Parchi e Riserve"** così come già precedentemente evidenziato al paragrafo (TUTELE DEFINITE DAL PIANO PAESAGGISTICO TERRITORIALE - PPTR), non può ritenersi ammissibile ai sensi dell'artt. 45, 64, 65 e 71 delle NTA del PPTR.

Detti interventi sono consentiti solo nel caso in cui sussistano i **presupposti per la deroga previsti dall'art. 95 delle NTA del PPTR** il quale dispone che:

"Le opere pubbliche o di pubblica utilità possono essere realizzate in deroga alle prescrizioni previste dal Titolo VI delle presenti norme per i beni paesaggistici e gli ulteriori contesti, purché in sede di autorizzazione paesaggistica o in sede di accertamento di compatibilità paesaggistica si verifichi che dette opere siano comunque compatibili con gli obiettivi di qualità di cui all'art. 37 e non abbiano alternative localizzative e/o progettuali."

www.regione.puglia.it

Via Gentile, 52 - 70126 Bari

peo: sezione.paesaggio@regione.puglia.it

pec: sezione.paesaggio@pec.rupar.puglia.it



**REGIONE
PUGLIA**

**DIPARTIMENTO AMBIENTE, PAESAGGIO E QUALITÀ
URBANA**

SEZIONE TUTELA E VALORIZZAZIONE DEL PAESAGGIO

SERVIZIO OSSERVATORIO E PIANIFICAZIONE PAESAGGISTICA

Con riferimento alla **valutazione delle alternative localizzative/o progettuali**, presupposto alla base della richiesta di deroga ai sensi dell'art. 95 co. 1 delle NTA del PPTR, il Comune nella Relazione Paesaggistica ha rappresentato che:

“La scelta dell'area in oggetto per la realizzazione dell'impianto sportivo è certamente riconducibile alla volontà dell'Amministrazione di rafforzare il polo sportivo dell'area dello Stadio Comunale e dell'impianto sportivo di esercizio rappresentato dal Tensostatico “G. Piazzolla”, ma è fortemente vincolante, e pertanto difficilmente delocalizzabile rispetto all'analisi del territorio comunale per la presenza di un area di circa 6000 mq destinata a parcheggio a servizio degli impianti sportivi esistenti, nonché conforme a quanto previsto dalle Norme CONI per l'impiantistica sportiva” – Deliberazione della Giunta Nazionale del CONI n. 149 del 06/05/2008 - punto 6.3 anche per il palazzetto dello sport, condizione obbligatoria ai fini del parere CONI e autorizzazioni nonché omologazioni delle federazioni sportive, e che sarà oggetto di riqualificazione mediante sistemazione della pavimentazione e piantumazione di specie autoctone (siepi e alberature).”(cfr. pag. 1)

Ancora, nella nota di **Riscontro atti integrativi** di cui alla nota comunale prot. n. 13991 del 1.9.2025 il Comune rappresenta che:

“Entrando nel merito dell' analisi delle possibilità di alternative localizzative di superfici al di fuori delle aree interessate dalle componenti paesaggistiche in particolare esterne alla Riserva Naturale Statale di Popolamento di Animale delle Saline di Margherita di Savoia, sottoposta a tutela ai sensi dell' art. 142 comma 1, lettera f, del D.lgs n.42/2004 nonché Bene Paesaggistico Parchi e Riserve , attesa la significativa estensione del succitato vincolo, alla luce della disponibilità di aree comunali e delle risorse effettivamente disponibili per l' esecuzione dell'intervento, si relaziona quanto segue:

sulla base di indagine catastale e del territorio le aree intestate al Comune di Margherita di Savoia e censite al catasto terreni di Margherita di Savoia, oltre le aree censite al fg n. 16 p.lla 1002 e p.lla 1089 interessate dall' attuale localizzazione dell'intervento, risulterebbero le seguenti:

- fg.14- p.lle 327 - 328 - 330 - 331--333 - 130--104 –219Le succitate aree la cui documentazione catastale le identifica appartenenti al Comune di Margherita di Savoia sono attualmente interessate da altre destinazioni e alcune di esse cedute a seguito di atti tecnico - amministrativi. di cui non si è provveduto al frazionamento e alle relati- e vulture, nello specifico si riscontra che:
- le p.lle n.327 - 328- 330 - 331 (parte) attualmente risultano aree destinate a parcheggio lpermercato Famila, giusto Permesso di Costruire n.39 del 31/07/2024 in atti presso l'ufficio tecnico;
- le p.lle n.328 - 330 - 331 (parte) attualmente risultano aree destinate a Parcheggio Comunale, dato in gestione giusto atto di convenzione Rep n.1697 del 08/06/2018 in atti presso l'ufficio tecnico;
- e p.lle n.262-333 (parte) attualmente risultano aree destinate parte a Parcheggio Comunale, dato in gestione giusto atto di convenzione Rep n.1697 del 08/06/2018 e parte a giardini comunali;
- le p.lle n.130- n.104 (parte) attualmente risultano aree destinate parte a Parcheggio Comunale, dato in gestione giusto atto di convenzione Rep n.1697 del 08/06/2018 in atti presso l'ufficio tecnico;
- la p.lla n.104 (parte) attualmente risulta area destinata a distributore IP.
- la p.lla n.219 attualmente risulta area ex Fintecna Immobiliare srl.

*Pertanto è evidente l'impossibilità di utilizzo delle succitate particelle per la localizzazione dell'intervento.
[...]*

Si ritiene di poter condividere l'assenza di alternative localizzative e/o progettuali.

In merito alla **Compatibilità dell'intervento con gli Obiettivi di Qualità di cui all'art. 37** delle NTA del PPTR, nella Relazione Paesaggistica si legge che:

Con riferimento alla **Struttura e componenti Idro-geo-morfologiche** dell'ambito n. 5.3 del **“AMBITO IL TAVOLIERE”** il proponente rappresenta che:

www.regione.puglia.it

Via Gentile, 52 - 70126 Bari

peo: sezione.paesaggio@regione.puglia.it

pec: sezione.paesaggio@pec.rupar.puglia.it



**REGIONE
PUGLIA**

**DIPARTIMENTO AMBIENTE, PAESAGGIO E QUALITÀ
URBANA**

SEZIONE TUTELA E VALORIZZAZIONE DEL PAESAGGIO

SERVIZIO OSSERVATORIO E PIANIFICAZIONE PAESAGGISTICA

- I. *L'area oggetto di intervento è caratterizzata da un consolidato contesto edificato di analoghe caratteristiche funzionali all'impianto sportivo da realizzare: stadio comunale – impianto sportivo di esercizio tensostatico – ampia superficie a parcheggio. La riduzione della permeabilità del suolo riguarderà solo la copertura del volume destinato a palazzetto. Tuttavia, la sistemazione a verde dell'area esterna e del parcheggio attraverso la piantumazione di vegetazione autoctona garantirà in ogni caso un'azione mitigante e di integrazione di contesto.*
 - II. *L'intervento a proporsi è inserito nel contesto urbano, servito da sottoservizi. Le acque meteoriche saranno convogliate e successivamente reintrodotte negli sciacquoni dei bagni degli spogliatoi e ad uso irriguo per le aree esterne sistemate a verde.*
 - III. *Ad eccezione dell'effetto di riqualificazione urbana e di inclusione e aggregazione sociale del contesto che deriverà dall'esecuzione dell'intervento garantendo un maggiore controllo dell'area di intervento e pertanto una maggiore tutela dell'area di prossimità delle saline e di ulteriori emergenze considerando l'attuale condizione di degrado dell'area, ulteriori direttive non sono pertinenti per la tipologia di intervento. Tuttavia, si specifica che l'approvvigionamento delle acque e relativo scarico avverrà direttamente dalla rete di servizi sottoservizi delle infrastrutture primarie ivi esistenti nell'area di intervento già edificata. Pertanto, si prevederanno i necessari allacci temporanei in fase di progettazione e definitivi a seguito dell'ultimazione dei lavori a servizio dell'opera pertanto non verrà assolutamente coinvolto e compromesso l'equilibrio idrogeologici dei bacini idrografici e della costa.*
 - IV. *[...] L'opera sarà realizzata con uso di materiali e tecnologie compatibili e di sostenibilità ambientale attraverso i criteri CAM. Ulteriori direttive non sono pertinenti per la tipologia di intervento.*
- Con riferimento alla **Struttura e componenti Ecosistemiche e Ambientali** dell'ambito n. 5.3 del **"AMBITO IL TAVOLIERE"** il proponente rappresenta che:
 - I. *L'intervento è previsto in un'area già antropizzata in ambito urbano/periurbano, ed è caratterizzata da tessuto edificato di impiantistica sportiva e area a parcheggio, in condizioni di degrado; pertanto, l'intervento per le reali caratteristiche del sito di intervento non può essere inteso detrattore o tale da compromettere la funzionalità della rete ecologica della biodiversità. Ulteriori direttive non sono pertinenti per la tipologia di intervento.*
 - II. *L'area oggetto di intervento è fortemente connesso al tessuto urbano ed è caratterizzato da un consolidato contesto antropizzato ed edificato, in particolare sono presenti immobili di analoghe caratteristiche funzionali all'impianto sportivo da realizzare: stadio comunale – impianto sportivo tensostatico–ampia superficie a parcheggio, in linea con gli strumenti urbanistici vigenti (PRG) e in fase di adozione (PUG), delimitata e accessibile dalle infrastrutture viarie provinciali e comunali e anche attraverso un sistema di mobilità dolce. Tuttavia l'opera oggetto di intervento è da intendersi di riqualificazione socio – infrastrutturale dell'intera area di intervento nonché un intervento integrato di riqualificazione paesaggistica in una visione d'insieme del comprensorio territoriale di connessione urbana e periurbana con la finalità di riqualificare un'area degradata anche con interventi di sistemazione a verde mediante la piantumazione di specie autoctone che si inserisce nell'ambito delle linee guida del PPTR – Patto Città Campagna. [...]*
 - Con riferimento alla **Struttura e componenti antropiche e storico- culturali** dell'ambito n. 5.3 del **"AMBITO IL TAVOLIERE"** il proponente rappresenta che per **le componenti dei paesaggi urbani**:

www.regione.puglia.it

Via Gentile, 52 - 70126 Bari

peo: sezione.paesaggio@regione.puglia.it

pec: sezione.paesaggio@pec.rupar.puglia.it

Pag.10 di 13



**REGIONE
PUGLIA**

**DIPARTIMENTO AMBIENTE, PAESAGGIO E QUALITÀ
URBANA**

SEZIONE TUTELA E VALORIZZAZIONE DEL PAESAGGIO

SERVIZIO OSSERVATORIO E PIANIFICAZIONE PAESAGGISTICA

- I. *L'area oggetto di intervento è fortemente connessa al tessuto urbano ed è caratterizzata da un consolidato contesto antropizzato e edificato, in particolare sono presenti immobili di analoghe caratteristiche funzionali all'impianto sportivo da realizzare: stadio comunale – impianto sportivo tensostatico– ampia superficie a parcheggio e il palazzetto dello sport si integra perfettamente con il tessuto edilizio esistente.*
- II. [...]
 - III. *L'area oggetto di intervento è fortemente connessa al tessuto urbano ed è caratterizzata da un consolidato contesto antropizzato ed edificato, in particolare sono presenti immobili di analoghe caratteristiche funzionali all'impianto sportivo da realizzare: stadio comunale – impianto sportivo tensostatico– ampia superficie a parcheggio, in linea con gli strumenti urbanistici vigenti (PRG) e in fase di adozione (PUG), delimitata e accessibile dalle infrastrutture viarie provinciali e comunali e anche attraverso un sistema di mobilità dolce. Tuttavia l'opera oggetto di intervento è da intendersi di riqualificazione socio – infrastrutturale dell'intera area di intervento nonché un intervento integrato di riqualificazione paesaggistica in una visione d'insieme del comprensorio territoriale di connessione urbana e periurbana con la finalità di riqualificare un'area degradata anche con interventi di sistemazione a verde delle aree esterne e area a parcheggio mediante la piantumazione di specie autoctone inserendosi nell'ambito delle linee guida del PPTR – Patto Città Campagna. [...]*
- Con riferimento alla **Struttura e componenti antropiche e storico - culturali** dell'ambito n. 5.3 del **"AMBITO IL TAVOLIERE"** il proponente rappresenta che per **le componenti visivo percettive** il proponente rappresenta che:
 - I. [...]
 - II. *Il corpo di fabbrica da realizzarsi è per tipologia conforme all'esistente nonché al contesto, e l'ubicazione e le caratteristiche del volume da edificare non modifica significativamente lo skyline urbano, né le visuali panoramiche. L'intervento prevede una complessiva riqualificazione socio – infrastrutturale e proprio per le specifiche caratteristiche della cultura sportiva inclusiva favorisce l'aggregazione sociale, rientrando nella mission dell'intervento di progetto.*

Alla luce delle caratteristiche progettuali e procedurali caratterizzanti il progetto, si ritiene di poter condividere quanto affermato dal proponente in relazione alla generale compatibilità dell'intervento con gli Obiettivi di Qualità di cui all'art.37 delle NTA del PPTR delle strutture e le componenti d'Ambito interessate; gli interventi previsti per la realizzazione del "Palasaline" saranno attuati in un'area ampiamente compromessa all'interno di un complesso di edifici adibiti allo sport. Tuttavia, si rileva che non tutta l'area, allo stato attuale, è impermeabilizzata; pertanto, si ritiene di dover attuare delle soluzioni progettuali atte a conservare lo stato di permeabilità del suolo.

CONCLUSIONI

Fatte salve le valutazioni di carattere Urbanistico, Ambientale nonché quelle di competenza dell'Ente gestore della *Riserva statale Saline di Margherita di Savoia*, si ritiene che il **"Progetto di fattibilità tecnico-economica art. 41 d.lgs. n. 36/2023° - Impianto sportivo polivalente palazzetto dello sport "Palasaline"** in accordo con il parere espresso dalla Soprintendenza Archeologia, Belle Arti e Paesaggio per le province di Barletta, Andria, Trani e Foggia prot. n. 11405 del 03.09.2025, allegato, si ritiene che sussistano i presupposti di fatto e di diritto per il rilascio con prescrizioni del provvedimento di **Autorizzazione Paesaggistica, ai sensi del combinato disposto dell'art. 146 del D.Lgs. 42/2004 e dell'art. 90 delle NTA del PPTR, in deroga ai sensi dell'art. 95 delle medesime NTA** all'oggetto, in quanto lo stesso, pur

www.regione.puglia.it

Via Gentile, 52 - 70126 Bari

peo: sezione.paesaggio@regione.puglia.it

pec: sezione.paesaggio@pec.rupar.puglia.it

Pag.11 di 13



**REGIONE
PUGLIA**

**DIPARTIMENTO AMBIENTE, PAESAGGIO E QUALITÀ
URBANA**

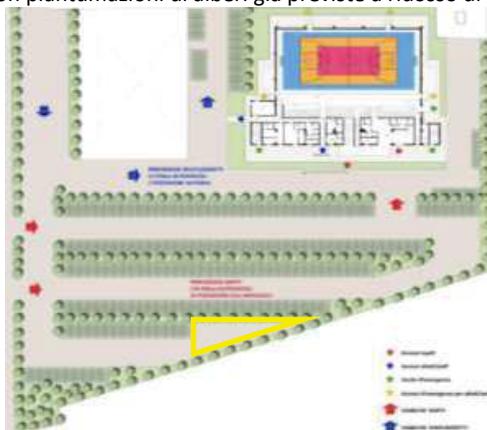
SEZIONE TUTELA E VALORIZZAZIONE DEL PAESAGGIO

SERVIZIO OSSERVATORIO E PIANIFICAZIONE PAESAGGISTICA

parzialmente in contrasto con le prescrizioni e le misure di salvaguardia ed utilizzazione di cui agli artt. 45, 64, 65 delle NTA del PPTR risulta ammissibile ai sensi dell'art. 95 c.1.

Prescrizioni di cui alla nota prot. n. 362573 del 01.07.2025

- Lo spazio ricadente nell'area del parcheggio (come di seguito perimetrato in giallo) non interessato da stalli o da spazi di manovra dei veicoli, dovrà essere parte integrante dell'area verde con piantumazioni di alberi già previste a ridosso di Via Ofanto;



- Gli spazi per la sosta ed il parcheggio dovranno essere realizzati con masselli drenanti autobloccanti, pavimentazione a sistema tipo prato carrabile e dotate di piantumazioni autoctone di nuovo impianto al fine di garantire un corretto ombreggiamento delle stesse e ridurre il fenomeno dell'isola di calore. In ogni caso dovrà essere realizzata, con riferimento alle caratteristiche dei materiali, secondo le "Strategie progettuali di dettaglio per il controllo della radiazione solare" e i "Criteri per la progettazione del verde e per la scelta delle essenze" (cfr pag.674-685 DRAG-PUE);
- La scelta delle essenze arboree al momento della messa a dimora dovrà avere un fusto di circonferenza non inferiore a:
 - > cm 20 – 24 per esemplari di prima grandezza;
 - > cm 18 – 20 per esemplari di seconda grandezza;
 - > cm 16 – 18 per esemplari di terza grandezza.

Prescrizioni di cui alla nota della SABAP prot. n. 11405 del 3.9.2025 acquisita al protocollo regionale n. 473970 del 3.9.2025

- L'edificio dovrà essere profondamente rivisto sul piano formale e linguistico, tenuto conto che la soluzione proposta non appare adeguata a garantire un'ottimale tutela paesaggistica. A questo riguardo, occorrerà modificare il progetto tenendo conto dei caratteri urbano-architettonici che identificano le peculiarità del luogo.
- Tutte le aree esterne dovranno essere pavimentate con materiali drenanti che risultino visivamente e matericamente simili al suolo salino dei bacini, allo scopo di mitigare l'impatto paesaggistico dell'intervento e inserirlo armonicamente nel paesaggio umido.

www.regione.puglia.it

Via Gentile, 52 - 70126 Bari

peo: sezione.paesaggio@regione.puglia.it

pec: sezione.paesaggio@pec.rupar.puglia.it

**REGIONE
PUGLIA****DIPARTIMENTO AMBIENTE, PAESAGGIO E QUALITÀ
URBANA****SEZIONE TUTELA E VALORIZZAZIONE DEL PAESAGGIO****SERVIZIO OSSERVATORIO E PIANIFICAZIONE PAESAGGISTICA**

3. *Il parcheggio dovrà essere pensato come un vero e proprio parco pubblico, prevedendone un uso promiscuo, al fine di garantire un proficuo uso collettivo di quello spazio anche in assenza di autoveicoli.*
4. *In riferimento al precedente punto, la vegetazione dovrà essere scelta concordando le essenze sulla base di un attento studio botanico che valorizzi le essenze tipiche dell'area umida, intercalate ad essenze arboree da definire che consentano di garantire ombreggiamento.*
5. *Tenuto conto che l'area oggetto di intervento è sottoposta a diversi livelli di tutela ministeriale (Territori contermini i laghi - Saline di Margherita di Savoia, ai sensi dell'art 142, comma 1, lett. b, del D.Lgs. n. 42/2004; Zone umide RAMSAR ai sensi dell'art 142, comma 1, lett. i, del D.Lgs. n. 42/2004; Siti di rilevanza naturalistica ai sensi dell'art 142, comma 1, lett. e, del D.Lgs. n. 42/2004; Parchi e riserve ai sensi dell'art 142, comma 1, lett. f, del D.Lgs. n. 42/2004) il progetto che sarà rielaborato con riferimento alle suddette prescrizioni dovrà essere coerente con le direttive, gli indirizzi e le prescrizioni relative alle singole componenti paesaggistiche prima citate.*
6. *Nell'ambito della progettazione esecutiva dovrà essere predisposto, per tutti i lavori che comportano scavi al di sotto delle quote di campagna e stradali attuali, comunque interferenti con suoli di potenziale interesse archeologico, apposito piano di assistenza archeologica in corso d'opera. Le prescritte attività di assistenza archeologica ai lavori dovranno prevedere il controllo e la documentazione di tutte le fasi di scavo e movimentazione terra che verranno effettuate e dovranno essere curate da società con qualificazione OS25 o da professionisti archeologi di I fascia ai sensi del DM 244/2019.*

Il Funzionario EQ
Arch. Giuseppe Volpe



Il Funzionario EQ
Arch. Luigi Guastamacchia



Il Dirigente
Arch. Vincenzo Lasorella



www.regione.puglia.it

Via Gentile, 52 - 70126 Bari

peo: sezione.paesaggio@regione.puglia.it

pec: sezione.paesaggio@pec.rupar.puglia.it

MIC|MIC_SABAP-FG|03/09/2025|0011405-P

*Ministero della cultura*SOPRINTENDENZA ARCHEOLOGIA, BELLE ARTI E PAESAGGIO
PER LE PROVINCE DI BARLETTA-ANDRIA-TRANI E FOGGIA

Foggia,

Alla Regione Puglia
DIPARTIMENTO AMBIENTE,
PAESAGGIO E QUALITÀ URBANA
SEZIONE TUTELA E VALORIZZAZIONE
DEL PAESAGGIO
SERVIZIO OSSERVATORIO E
PIANIFICAZIONE PAESAGGISTICA
sezione.paesaggio@pec.rupar.puglia.it

e, p.c.

Al Comune di Margherita di Savoia
Al RUP - arch. Sebastiano Molaro
ufficio.protocollo@comunemargheritadisavoia.it

Alla Commissione Regionale Patrimonio Culturale
c/o Soprintendenza Archeologia, belle arti
e paesaggio per la città metropolitana di Bari
sabap-ba@pec.cultura.gov.it

Prot. n.
Class. 34.43.04/ 39.11.13

Rif. nota prot. n. 0362573 del 01/07/2025
(ns/prot. 8786 del 01/07/2025)

Oggetto: MARGHERITA DI SAVOIA (BT) - PROGETTO DI FATTIBILITÀ TECNICO ECONOMICA art. 41 D.Lgs. n. 36/2023 - IMPIANTO SPORTIVO POLIVALENTE PALAZZETTO DELLO SPORT "PALASALINE".

AVVIO DEL PROCEDIMENTO, RELAZIONE TECNICA ILLUSTRATIVA E PROPOSTA DI PROVVEDIMENTO (art. 146 D.Lgs. 42/2004, art. 90 NTA del PPTR in deroga ex art. 95).

Proponente: Comune di Margherita di Savoia

Procedimento di autorizzazione paesaggistica in deroga, ai sensi dell'Art. 146 del D.Lgs. 42/2004 e artt. 90 e 95 delle NTA del PPTR.

Parere vincolante ai sensi dell'art. 146, comma 5, del D.Lgs. n. 42/2004 e s.m.i.

PARERE FAVOREVOLE

In riferimento alla nota a margine riportata,

VISTA la Parte Terza "Beni paesaggistici" del D.Lgs. 22/01/2004, n. 42, "Codice dei beni culturali e del paesaggio, ai sensi dell'art. 10 della Legge 06/07/2002, n. 137" e s.m.i;

VISTA la Convenzione Europea del Paesaggio promossa dal Consiglio d'Europa e firmata a Firenze il 20 ottobre 2000 e ratificata con Legge 9 gennaio 2006, n.14;

VISTA la Delibera n. 176 del 16 febbraio 2015 pubblicata sul B.U.R.P. n. 40 del 23/03/2015 con cui la Giunta Regionale ha approvato il Piano Paesaggistico Territoriale della Puglia (PPTR) come strumento di copianificazione territoriale MIBACT e Regione Puglia;

CONSIDERATO che le aree di intervento sono interessate dalla presenza dei seguenti Beni Paesaggistici ed Ulteriori Contesti Paesaggistici, ai sensi degli artt. 136 e 142 del D.Lgs. 22/01/2004, n. 42 e ai sensi del vigente PPTR della Regione Puglia:

STRUTTURA IDRO-GEO MORFOLOGICA



SOPRINTENDENZA ARCHEOLOGIA, BELLE ARTI E PAESAGGIO PER LE PROVINCE DI BARLETTA-ANDRIA-TRANI E FOGGIA
Via A. Valentini Alvarez, n.8 - 71121 Foggia - Tel. 0881/723341

PEC: sabap-fg@pec.cultura.gov.it
PEO: sabap-fg@cultura.gov.it

- Componenti idrologiche – *BP territori contermini i laghi - Saline di Margherita di Savoia, ai sensi dell'art 142, comma 1, lett. b, del D.Lgs. n. 42/2004 (art. 45 delle NTA del PPTR)*

STRUTTURA ECOSISTEMICA-AMBIENTALE

- Componenti botanico-vegetazionali – *BP – Zone umide RAMSAR ai sensi dell'art 142, comma 1, lett. i, del D.Lgs. n. 42/2004 (art. 64 delle NTA del PPTR);*
- Componenti delle aree protette e dei siti naturalistici – *UCP – Siti di rilevanza naturalistica ai sensi dell'art 142, comma 1, lett. e, del D.Lgs. n. 42/2004: IT9110038 - Paludi presso il Golfo di Manfredonia; IT9110005 - Zone umide della Capitanata (art. 73 delle NTA del PPTR);*
- Componenti delle aree protette e dei siti naturalistici – *BP – Parchi e riserve ai sensi dell'art 142, comma 1, lett. f, del D.Lgs. n. 42/2004 (art. 71 delle NTA del PPTR);*

ESAMINATA la documentazione progettuale pervenuta agli atti riguardante l'avvio alla progettazione di un impianto sportivo polivalente ad uso agonistico e di esercizio in riferimento alla normativa CONI, adiacente lo stadio esistente, nell'area censita al CT fg. 16, p.lle 1002 – 1089;

CONSIDERATO che il progetto in esame prevede la costruzione di un palazzetto e di un'area attrezzata così composta:

- Superficie area di intervento palazzetto comprese le sistemazioni a verde, parcheggio atleti, presidi di emergenza atleti: 4960 mq;
- Superficie coperta palazzetto 1756 mq e h esterna = 11,50 mt;
- Superficie area parcheggio e presidi di emergenza spettatori circa 6000 mq (parcheggio esistente);

TENUTO CONTO della “RELAZIONE TECNICA ILLUSTRATIVA E PROPOSTA DI PROVVEDIMENTO” di codesto Servizio regionale;

ESAMINATI gli atti integrativi trasmessi dal Comune di Margherita di Savoia con nota prot. n. 13991 del 01/09/2025 (acquisiti al protocollo della Scrivente n. 11311 del 02/09/2025) a riscontro della richiesta di questo Ufficio prot. n. 9311 del 10/07/2025;

Tutto ciò premesso, questa Soprintendenza, per quanto di sua stretta competenza, rilascia **parere favorevole** nel merito della compatibilità paesaggistica delle opere proposte, alle seguenti condizioni:

1. L'edificio dovrà essere profondamente rivisto sul piano formale e linguistico, tenuto conto che la soluzione proposta non appare adeguata a garantire un'ottimale tutela paesaggistica. A questo riguardo, occorrerà modificare il progetto tenendo conto dei caratteri urbano-architettonici che identificano le peculiarità del luogo.
2. Tutte le aree esterne dovranno essere pavimentate con materiali drenanti che risultino visivamente e matericamente simili al suolo salino dei bacini, allo scopo di mitigare l'impatto paesaggistico dell'intervento e inserirlo armonicamente nel paesaggio umido.
3. Il parcheggio dovrà essere pensato come un vero e proprio parco pubblico, prevedendone un uso promiscuo, al fine di garantire un proficuo uso collettivo di quello spazio anche in assenza di autoveicoli.
4. In riferimento al precedente punto, la vegetazione dovrà essere scelta concordando le essenze sulla base di un attento studio botanico che valorizzi le essenze tipiche dell'area umida, intercalate ad essenze arboree da definire che consentano di garantire ombreggiamento.
5. Tenuto conto che l'area oggetto di intervento è sottoposta a diversi livelli di tutela ministeriale (*Territori contermini i laghi - Saline di Margherita di Savoia, ai sensi dell'art 142, comma 1, lett. b, del D.Lgs. n. 42/2004; Zone umide RAMSAR ai sensi dell'art 142, comma 1, lett. i, del D.Lgs. n. 42/2004; Siti di rilevanza naturalistica ai sensi dell'art 142, comma 1, lett. e, del D.Lgs. n. 42/2004; Parchi e riserve ai sensi dell'art 142, comma 1, lett. f, del D.Lgs. n. 42/2004*) il progetto che sarà rielaborato con riferimento alle suddette prescrizioni dovrà essere coerente con le direttive, gli indirizzi e le prescrizioni relative alle singole componenti paesaggistiche prima citate.
6. Nell'ambito della progettazione esecutiva dovrà essere predisposto, per tutti i lavori che comportano scavi al di sotto delle quote di campagna e stradali attuali, comunque interferenti con suoli di potenziale interesse archeologico, apposito piano di assistenza archeologica in corso d'opera. Le prescritte attività di assistenza archeologica ai lavori dovranno prevedere il controllo e la documentazione di tutte le fasi di scavo e movimentazione terra che verranno effettuate e



SOPRINTENDENZA ARCHEOLOGIA, BELLE ARTI E PAESAGGIO PER LE PROVINCE DI BARLETTA-ANDRIA-TRANI E FOGGIA
Via A. Valentini Alvarez, n.8 – 71121 Foggia - Tel. 0881/723341

PEC: sabap-fg@pec.cultura.gov.it
PEO: sabap-fg@cultura.gov.it

dovranno essere curate da società con qualificazione OS25 o da professionisti archeologi di I fascia ai sensi del DM 244/2019.

Sono fatte salve le valutazioni di altri enti preposti alla tutela ambientale e idro-geologica.

La presente nota viene trasmessa alle Amministrazioni in indirizzo anche ai sensi e per gli effetti dell'art. 155, comma 2, del citato decreto legislativo e alla Commissione Regionale per il Patrimonio Culturale prevista dall'art. 39 del regolamento di cui al D.P.C.M. n.171/2014, ai sensi e per gli effetti del comma 1bis dell'art. 12 della legge n. 106 del 29-07-2014.

Si resta in attesa di acquisire copia del provvedimento autorizzatorio paesaggistico rilasciato in conformità al presente parere.

LA SOPRINTENDENTE

Arch. Anita GUARNIERI

Firmato digitalmente ai sensi dell'art. 24 del decreto legislativo
82 del 07 marzo 2005.

Il Responsabile del procedimento
arch. Giuseppe Francesco Rocca



IL Funzionario archeologo
dott. Italo Maria Muntoni



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 11 settembre 2025, n. 1306

Istituzione di tre incarichi equiparati a elevata qualificazione di cui all'art.16, comma 2, lett. a) del CCNL 16.11.2022. Applicazione quota vincolata del risultato di amministrazione e variazione al Bilancio di previsione 2025 e pluriennale 2025-2027 ai sensi del D.Lgs. n. 118/2011 e ss.mm.ii., per complessivi € 113.250,20.

LA GIUNTA REGIONALE

VISTI:

- gli artt. 4, 5 e 6, L.R. n.7 del 04/02/1997, "*NORME IN MATERIA DI ORGANIZZAZIONE DELL'AMMINISTRAZIONE REGIONALE*";
- la D.G.R. n.3261 del 28/07/1998 in materia di "*SEPARAZIONE DELLE ATTIVITÀ DI DIREZIONE POLITICA DA QUELLA AMMINISTRATIVA*";
- gli artt. 4 e 16, D.lgs. n.165 del 30/03/2001 e ss.mm.ii. in materia di "*NORME GENERALI SULL'ORDINAMENTO DEL LAVORO ALLE DIPENDENZE DELLE AMMINISTRAZIONI PUBBLICHE*";
- gli artt. 43 e 44 dello Statuto della Regione Puglia;
- il D.P.G.R. n.22 del 22/01/2021, e ss.mm.ii., recante l'Atto di Alta Organizzazione "M.A.I.A. 2.0";
- il Regolamento interno di questa Giunta;

VISTO il documento istruttorio della Sezione Formazione del Dipartimento Politiche del Lavoro, Istruzione e Formazione, concernente l'argomento in oggetto e la conseguente proposta dell'Assessore alle Politiche per il lavoro, Diritto allo studio, Scuola, Università, Formazione Prof. Sebastiano Leo, di concerto con l'Assessore con delega al Bilancio, avv. Fabiano Amati, per la parte relativa all'applicazione della quota vincolata del risultato di amministrazione.

PRESO ATTO

- a) delle sottoscrizioni dei responsabili della struttura amministrativa competente, ai fini dell'attestazione della regolarità amministrativa dell'attività istruttoria e della proposta, ai sensi dell'art. 6, co. 8, Linee guida sul "*Sistema dei controlli interni nella Regione Puglia*", adottate con D.G.R. 23/07/2019, n.1374;
- b) della dichiarazione del Direttore di Dipartimento, in merito a eventuali osservazioni sulla proposta di deliberazione, ai sensi degli artt. 18 e 20 del D.P.G.R. 22/01/2021, n. 22 e ss.mm.ii.;
- c) del parere di regolarità contabile, previsto dall'art. 79, co. 5, L.R. 28/2001 e ss.mm.ii., e di attestazione di copertura finanziaria, espresso dal Dirigente della Sezione Bilancio e Ragioneria, o suo delegato.

Con voto favorevole espresso all'unanimità dei presenti e per le motivazioni contenute nel documento istruttorio che è parte integrante e sostanziale della presente deliberazione

DELIBERA

1. di autorizzare l'utilizzo della quota vincolata del risultato di amministrazione, ai sensi dell'art. 42 comma 8 e seguenti del D.lgs. n.118/2011 e ss.mm.ii., per la somma complessiva di € 113.250,23, derivante dalle economie vincolate formatesi nei precedenti esercizi sul Capitolo di entrata E2050571 con cui la Sezione Formazione acquisisce le risorse vincolate al finanziamento delle iniziative di obbligo formativo e non impegnate negli esercizi finanziari precedenti sul capitolo di spesa collegato U0961070 "*TRASFERIMENTO AI SOGGETTI ATTUATORI DEI FINANZIAMENTI - INIZIATIVE OBBLIGO FORMATIVO (ART.68 L. 144/99 DD. 370/SEGR/2000 DEL 13/11/2000)*";
2. di autorizzare la variazione al Bilancio di previsione 2025 e pluriennale 2025-2027, approvato con L.R. n. 43/2024, al Documento Tecnico di accompagnamento e al Bilancio finanziario gestionale 2025-2027, approvato con D.G.R. n. 26/2025, così come indicata nella sezione "copertura finanziaria" del documento istruttorio, al fine di destinarli al salario accessorio per l'area dei funzionari e dell'elevata

qualificazione necessarie a garantire la realizzazione dei percorsi formativi in modalità “duale”, finalizzati al rafforzamento del sistema dell’Istruzione e Formazione Professionale (IeFP), nonché dell’Istruzione e Formazione Tecnica Superiore (IFTS);

3. di dare atto che la variazione proposta assicura il rispetto dei vincoli di finanza pubblica vigenti e gli equilibri di Bilancio come previsto dal D. Lgs n.118/2011 e ss.mm.ii.;
4. di demandare alla Sezione Formazione l’adozione degli atti consequenziali derivanti dal presente provvedimento;
5. di approvare l’Allegato “E/1”, di cui all’art. 10 comma 4 del D. Lgs n. 118/2011 e ss.mm.ii., parte integrante del presente provvedimento, che sarà trasmesso dalla Sezione Bilancio e Ragioneria alla Tesoreria regionale, dopo l’approvazione della presente deliberazione.
6. di notificare il presente provvedimento, a cura della Sezione Formazione, alla Sezione Personale, autorizzando la stessa all’adozione di apposita determinazione al fine di incrementare la parte variabile del fondo relativo al salario accessorio come previsto dal CCNL 21 maggio 2018 e dal CCNL 16 novembre 2022;
7. di dare atto che il presente provvedimento è soggetto a pubblicazione ai sensi dell’art. 23, D.lgs. 14/03/2013, n.33, nella sezione del sito istituzionale “Amministrazione trasparente” - sotto sezione “Provvedimenti” - “Provvedimenti organi indirizzo politico” - “Provvedimenti della Giunta Regionale”;
8. di disporre la pubblicazione integrale del presente provvedimento sul BURP, ai sensi della L.R. 18/2023.

Il Segretario Generale della Giunta

NICOLA PALADINO

Il Presidente della Giunta

RAFFAELE PIEMONTESE

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Oggetto: Istituzione di tre incarichi equiparati a E.Q di cui all'art. 16, comma 2, lett. a) del CCNL 16.11.2022. Applicazione quota vincolata del risultato di amministrazione e variazione al Bilancio di previsione 2025 e pluriennale 2025-2027 ai sensi del D.Lgs. n. 118/2011 e ss.mm.ii., per complessivi € 113.250,20.

La Regione Puglia, in coerenza con le indicazioni europee e ministeriali, promuove l'introduzione e lo sviluppo di programmi di apprendimento basati sul lavoro, finanziando percorsi formativi in modalità "duale", durante quali vengono rafforzati i contenuti di applicazione pratica dell'Istruzione e Formazione Professionale (IeFP) e dei percorsi IFTS (Istruzione e Formazione Tecnica Superiore).

Coerentemente con quanto emerge dall'aggiornamento dell'analisi dei fabbisogni predisposta per la redazione del Documento di Programmazione Regionale e a seguito dell'ampia partecipazione degli enti agli avvisi pubblicati in attuazione del DDPR della scorsa annualità, la Regione Puglia intende effettuare, attraverso l'utilizzo integrato delle risorse PNRR (in via prioritaria), MLPS duale e MLPS IeFP, il potenziamento del sistema dell'offerta formativa territoriale in modalità duale e, ha strutturato la propria strategia di intervento, sulla componente del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) M5C1, focalizzata sulle politiche del lavoro e inclusione e che si articola in diverse riforme e investimenti volti a migliorare le politiche attive del lavoro, promuovere la parità di genere, e contrastare il lavoro sommerso e lo sfruttamento.

La suddetta componente "Politiche per il lavoro" mira ad accompagnare la trasformazione del mercato del lavoro con adeguati strumenti che facilitino le transizioni occupazionali; a migliorare l'occupabilità dei lavoratori; a innalzare il livello delle tutele attraverso la formazione. L'obiettivo generale è il potenziamento delle politiche attive del mercato del lavoro (ALMPs), compresi i soggetti che le erogano (CPI), e della formazione professionale, anche aumentando le risorse per la formazione duale.

In particolare, si prevede di aumentare il tasso di occupazione, facilitando le transizioni lavorative e dotando le persone di formazione adeguata; ridurre il mismatch di competenze; aumentare quantità e qualità dei programmi di formazione dei disoccupati e dei giovani, in un contesto di investimento anche sulla formazione continua degli occupati.

In particolare la misura M5C1-1.4 del PNRR, denominata "Sistema Duale", mira a rafforzare l'alternanza scuola-lavoro e l'apprendistato, riducendo il divario tra competenze richieste dal mercato e offerta formativa.

L'obiettivo è favorire una migliore transizione tra il mondo della scuola e quello del lavoro, con un incremento della partecipazione a percorsi formativi duali.

Pertanto, si ritiene necessario promuovere, in coerenza con le indicazioni europee e ministeriali, l'introduzione e lo sviluppo di programmi di apprendimento basati sul lavoro, finanziando percorsi formativi in modalità "duale", durante i quali vengono rafforzati i contenuti di applicazione pratica dell'Istruzione e Formazione Professionale (IeFP) e dei percorsi IFTS (Istruzione e Formazione Tecnica Superiore), a beneficio della popolazione pugliese e del contesto socio-economico. A tal fine si propone l'utilizzo delle risorse a valere sulle economie vincolate formatosi sul capitolo di entrata E2050571 e non impegnate sul capitolo di spesa collegato U0961070 "TRASFERIMENTO AI SOGGETTI ATTUATORI DEI FINANZIAMENTI INIZIATIVE OBBLIGO FORMATIVO (ART.68 L. 144/99), in quanto compatibili con la finalità di istituzione degli incarichi equiparati a E.Q, come indicato nella copertura finanziaria del presente provvedimento, al fine di garantire l'adeguato e necessario supporto al monitoraggio, controllo ed ispezione di tutte le attività finalizzate al rafforzamento della misura M5C1-1.4 del PNRR, denominata "Sistema Duale".

DATO ATTO CHE:

- la presente proposta, di utilizzo delle risorse rivenienti da economie vincolate sul capitolo di entrata E2050571 e non impegnate sul capitolo di spesa collegato U0961070 "TRASFERIMENTO AI SOGGETTI ATTUATORI DEI FINANZIAMENTI INIZIATIVE OBBLIGO FORMATIVO (ART.68 L. 144/99), è compatibile con gli obiettivi sopra delineati;
- Regione Puglia intende, pertanto, impiegare le risorse finanziarie derivanti dalle economie vincolate formatesi negli esercizi precedenti, sul capitolo di entrata E2050571 e non impegnate sul capitolo di spesa collegato U0961070 "TRASFERIMENTO AI SOGGETTI ATTUATORI DEI FINANZIAMENTI INIZIATIVE OBBLIGO FORMATIVO (ART.68 L. 144/99), per complessivi € 113.250,23, compatibili al fine dell'istituzione di tre incarichi equiparati a E.Q di cui all'art. 16, comma 2, lett. a) del CCNL 16.11. per garantire il necessario supporto al monitoraggio, controllo ed ispezione di tutte le attività finalizzate al rafforzamento della misura M5C1-1.4 del PNRR, denominata "Sistema Duale".

VISTI:

- il D.Lgs 23/06/2011, n.118, come integrato dal D.Lgs 10/08/2014, n.126, recante disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi;
- l'art. 51, comma 2, del D. Lgs. n.118/2011 e ss.mm.ii., secondo il quale la Giunta, con provvedimento amministrativo, autorizza le variazioni del Documento Tecnico di Accompagnamento e le variazioni del Bilancio di Previsione;
- l'art. 42, comma 8 e seguenti, del D. Lgs n.118/2011 e ss.mm.ii., relativi all'applicazione del risultato di Amministrazione;
- la L.R. n.42 del 31/12/2024, "Disposizioni per la formazione del bilancio di previsione 2025 e bilancio pluriennale 2025-2027 della Regione Puglia (legge di stabilità regionale 2025)";
- la L.R. n.43 del 31/12/2024, "Bilancio di previsione della Regione Puglia per l'esercizio finanziario 2025 e pluriennale 2025-2027";
- la D.G.R. n.26 del 20/01/2025 "Bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2025 e pluriennale 2025-2027. Articolo 39, comma 10, del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118. Documento tecnico di accompagnamento e Bilancio Finanziario Gestionale. Approvazione";
- la D.G.R. n.36 del 29/01/2025 con la quale la Giunta Regionale ha determinato il risultato di amministrazione presunto dell'esercizio finanziario 2024 sulla base dei dati contabili preconsuntivi;
- la D.G.R. 15/09/2021, n.1466 recante l'approvazione della Strategia regionale per la parità di genere, denominata "Agenda di Genere";
- la D.G.R. 26/09/2024 n.1295 recante "Valutazione di Impatto di Genere (VIG). Approvazione indirizzi metodologico-operativi e avvio fase strutturale.

Si ritiene che, alla luce delle risultanze istruttorie, sussistano i presupposti di fatto e di diritto per autorizzare l'applicazione della quota vincolata del risultato di amministrazione e la variazione al bilancio di previsione 2025 e pluriennale 2025-2027, approvato con L.R. n. 43/2024, al Documento Tecnico di accompagnamento e al Bilancio finanziario gestionale 2025-2027, ai sensi del D.Lgs. n. 118/2011 e ss.mm.ii., al fine dell'istituzione di tre incarichi equiparati a E.Q di cui all'art. 16, comma 2, lett. a) del CCNL 16.11, per garantire attività di supporto al monitoraggio, controllo ed ispezione da espletarsi al fine del rafforzamento dei contenuti di applicazione pratica dell'Istruzione e Formazione Professionale (IeFP) e dei percorsi IFTS (Istruzione e Formazione Tecnica Superiore), nell'ambito della misura M5C1-1.4 del PNRR, denominata "Sistema Duale", come indicato nella "copertura finanziaria".

Garanzie di riservatezza

"La pubblicazione sul BURP, nonché la pubblicazione all'Albo o sul sito istituzionale, salve le garanzie previste dalla legge 241/1990 in tema di accesso ai documenti amministrativi, avviene nel rispetto della tutela della riservatezza dei cittadini secondo quanto disposto dal Regolamento UE n. 2016/679 in materia di protezione dei dati personali, nonché dal D.Lgs. 196/2003 ss.mm.ii., ed ai sensi del vigente Regolamento regionale 5/2006 per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari, in quanto applicabile. Ai fini della pubblicità legale, il presente provvedimento è stato redatto in modo da evitare la diffusione di dati personali identificativi non necessari ovvero il riferimento alle particolari categorie di dati previste dagli articoli 9 e 10 del succitato Regolamento UE."

Esiti Valutazione di impatto di genere: Neutro

COPERTURA FINANZIARIA AI SENSI DEL D.LGS. 118/2011 E SS.MM.II.

Il presente provvedimento comporta l'applicazione della quota vincolata del risultato di Amministrazione al 31/12/2024, ai sensi dell'art. 42 comma 8 e seguenti del D. Lgs. n. 118/2011 e ss.mm.ii, per complessivi € 113.250,23, derivanti dalle economie vincolate formatesi negli esercizi precedenti sui capitoli di spesa collegati al capitolo di entrata E2050571, e la conseguente variazione, in termini di competenza e cassa, al Bilancio di Previsione 2025 e pluriennale 2025-2027, al Documento Tecnico di accompagnamento e al Bilancio Finanziario Gestionale 2025-2027, approvato con DGR n. 26 del 20/01/2025, ai sensi dell'art. 51 comma 2), D.Lgs. 118/2011 e ss.mm.ii., come di seguito indicato:

APPLICAZIONE QUOTA VINCOLATA DEL RISULTATO DI AMMINISTRAZIONE E VARIAZIONE AL BILANCIO DI PREVISIONE 2025-2027

CRA	CAPITOLO	DECLATORIA	MISSIONE PROGRAMMA TITOLO	P.D.C.F.	VARIAZIONE E.F. 2025 COMPETENZA	VARIAZIONE E.F. 2025 CASSA
APPLICAZIONE AVANZO DI AMMINISTRAZIONE					+ € 113.250,23	0,00
10.04	U1110020	FONDO DI RISERVA PER SOPPERIRE A DEFICIENZE DI CASSA.	20.1.1	U.1.10.01.01.000	0,00	- € 113.250,23
19.05	U1502019	SPESE PER LE ATTIVITÀ DI SUPPORTO ALLA GESTIONE DEI PROGETTI IN MATERIA DI SISTEMA DUALE E APPRENDISTATO DI PRIMO LIVELLO E GESTIONE COMMISSIONI D'ESAME IEFP E IFTS. SALARIO ACCESSORIO PER L'AREA DEI FUNZIONARI E DELL'ELEVATA QUALIFICAZIONE RETRIBUZIONI IN DENARO	15.2.1	U.1.01.01.01.000	+ € 82.500,00	+ € 82.500,00
19.05	U1502017	SPESE PER LE ATTIVITÀ DI RESPONSABILE DELLA GESTIONE DEI PROGETTI IN MATERIA DI SISTEMA DUALE E APPRENDISTATO DI PRIMO LIVELLO. SALARIO ACCESSORIO PER L'AREA DEI FUNZIONARI E DELL'ELEVATA QUALIFICAZIONE - CONTRIBUTI SOCIALI EFFETTIVI A CARICO DELL'ENTE	15.2.1	U.1.01.02.01.000	+ € 23.737,73	+ € 23.737,73
19.05	U1502018	SPESE PER LE ATTIVITÀ DI RESPONSABILE DELLA GESTIONE DEI PROGETTI IN MATERIA DI SISTEMA DUALE E APPRENDISTATO DI PRIMO LIVELLO. SALARIO ACCESSORIO PER L'AREA DEI FUNZIONARI E DELL'ELEVATA QUALIFICAZIONE-IRAP	15.2.1	U.1.02.01.01.000	+ € 7.012,50	+ € 7.012,50

Tipo spesa ricorrente – Codice UE: 8 – Spesa non correlata ai finanziamenti UE.

L'operazione contabile proposta assicura il rispetto dei vincoli di finanza pubblica vigenti e gli equilibri di Bilancio come previsto dal D. Lgs. n.118/2011 e ss.mm.ii..

La spesa di cui al presente provvedimento pari complessivamente ad € 113.250,23, corrisponde ad obbligazione giuridica che sarà perfezionata nel 2025, mediante l'adozione dei successivi atti del Dirigente della Sezione Formazione.

Tutto ciò premesso

al fine dell'implementazione delle risorse economiche disponibili da destinare al salario accessorio per l'area dei funzionari e dell'elevata qualificazione necessarie a garantire la realizzazione dei percorsi formativi in modalità "duale", finalizzati al rafforzamento del sistema dell'Istruzione e Formazione Professionale (IeFP), nonché dell'Istruzione e Formazione Tecnica Superiore (IFTS) sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, ai sensi dell'art. 4, co. 4, lett. k) della L.R. 7/1997 e dell'art. 44, comma 4, lett. a) della L.r. n. 7/2004 e ss.mm.ii., si propone alla Giunta regionale:

9. di autorizzare l'utilizzo della quota vincolata del risultato di amministrazione, ai sensi dell'art. 42 comma 8 e seguenti del D.lgs. n.118/2011 e ss.mm.ii., per la somma complessiva di € 113.250,23, derivante dalle economie vincolate formatesi nei precedenti esercizi sul Capitolo di entrata E2050571 con cui la Sezione Formazione acquisisce le risorse vincolate al finanziamento delle iniziative di obbligo formativo e non impegnate negli esercizi finanziari precedenti sul capitolo di spesa collegato U0961070 "TRASFERIMENTO AI SOGGETTI ATTUATORI DEI FINANZIAMENTI - INIZIATIVE OBBLIGO FORMATIVO (ART.68 L. 144/99 DD. 370/SEGR/2000 DEL 13/11/2000");
10. di autorizzare la variazione al Bilancio di previsione 2025 e pluriennale 2025-2027, approvato con L.R. n. 43/2024, al Documento Tecnico di accompagnamento e al Bilancio finanziario gestionale 2025-2027, approvato con D.G.R. n. 26/2025, così come indicata nella sezione "copertura finanziaria" del documento istruttorio, al fine di destinarli al salario accessorio per l'area dei funzionari e dell'elevata qualificazione necessarie a garantire la realizzazione dei percorsi formativi in modalità "duale", finalizzati al rafforzamento del sistema dell'Istruzione e Formazione Professionale (IeFP), nonché dell'Istruzione e Formazione Tecnica Superiore (IFTS);
11. di dare atto che la variazione proposta assicura il rispetto dei vincoli di finanza pubblica vigenti e gli equilibri di Bilancio come previsto dal D. Lgs n.118/2011 e ss.mm.ii.;
12. di demandare alla Sezione Formazione l'adozione degli atti consequenziali derivanti dal presente provvedimento;
13. di approvare l'Allegato "E/1", di cui all'art. 10 comma 4 del D. Lgs n. 118/2011 e ss.mm.ii., parte integrante del presente provvedimento, che sarà trasmesso dalla Sezione Bilancio e Ragioneria alla Tesoreria regionale, dopo l'approvazione della presente deliberazione.

14. di notificare il presente provvedimento, a cura della Sezione Formazione, alla Sezione Personale, autorizzando la stessa all'adozione di apposita determinazione al fine di incrementare la parte variabile del fondo relativo al salario accessorio come previsto dal CCNL 21 maggio 2018 e dal CCNL 16 novembre 2022;
15. di dare atto che il presente provvedimento è soggetto a pubblicazione ai sensi dell'art. 23, D.lgs. 14/03/2013, n.33, nella sezione del sito istituzionale "Amministrazione trasparente" - sotto sezione "Provvedimenti" - "Provvedimenti organi indirizzo politico" - "Provvedimenti della Giunta Regionale";
16. di disporre la pubblicazione integrale del presente provvedimento sul BURP, ai sensi della L.R. 18/2023.

I sottoscritti attestano la regolarità amministrativa dell'attività istruttoria e della proposta, ai sensi dell'art. 6, co. 3, lett. da a) ad e) delle Linee guida sul "Sistema dei controlli interni nella Regione Puglia", adottate con D.G.R. 23/07/2019, n.1374.

IL RESPONSABILE E.Q. "Contabilità e Gestione Finanziaria":

(dott.ssa Rosa Cazzolla)



firma

IL DIRIGENTE di Sezione "Formazione":

(Avv. Monica Calzetta)



Monica
Calzetta
02.09.2025
10:19:48
GMT+01:00

firma

Il Direttore, ai sensi degli artt. 18 e 20 del Decreto del Presidente della Giunta regionale 22 gennaio 2021, n. 22 e ss.mm.ii., NON RAVVISA la necessità di esprimere osservazioni alla presente proposta di DGR.

IL DIRETTORE di Dipartimento "Politiche del lavoro, Istruzione e Formazione":

(Avv. Silvia Pellegrini)



Silvia Pellegrini
09.09.2025 17:04:54
GMT+02:00

firma

L'Assessore alla Formazione e Lavoro - Politiche per il lavoro, Diritto allo studio, Scuola, Università, Formazione Professionale, Prof. Sebastiano Leo, di concerto con l'Assessore con delega al Bilancio, Avv. Fabiano Amati, per la parte relativa all'utilizzo della quota vincolata del risultato di amministrazione, ai sensi del vigente Regolamento della Giunta regionale,

propone

alla Giunta regionale l'adozione del presente atto.

L'Assessore alla Formazione e Lavoro - Politiche per il lavoro, Diritto allo studio, Scuola, Università, Formazione Professionale

(Prof. Sebastiano Leo)

Sebastiano Giuseppe
Leo
firma 09.09.2025
17:32:10
UTC



l'Assessore al Bilancio

(Avv. Fabiano Amati)

firma



FABIANO AMATI
10.09.2025 10:34:34
GMT+02:00

Il sottoscritto esprime parere di regolarità contabile positivo, ai sensi dell'art. 79, co. 5 della L.R. n. 28/2001, ed attestazione di copertura finanziaria.

Il Dirigente della Sezione Bilancio e Ragioneria o suo delegato.

firma



Firmato digitalmente da:
STOLFA REGINA
Firmato il 11/09/2025 12:31
Seriale Certificato: 2300950
Valido dal 20/03/2023 al 20/03/2026
Info: Camere Qualified Electronic Signature CA

Allegato E/1

Allegato n. 8/1
al D.Lgs 118/2011

Allegato Deliberazione di variazione del bilancio riportante i dati d'interesse del Tesoriere

data: .../.../..... n. protocollo

Rif. CIFRA FOP/DEL/2025/00020

SPESE

MISSIONE, PROGRAMMA, TITOLO	DENOMINAZIONE		PREVISIONI AGGIORNATE ALLA PRECEDENTE VARIAZIONE - DELIBERA N. ... - ESERCIZIO 2025	VARIAZIONI		PREVISIONI AGGIORNATE ALLA DELIBERA IN OGGETTO - ESERCIZIO 2025 (*)
				in aumento	in diminuzione	
MISSIONE	20	Fondi e accantonamenti				
Programma	1	Fondo di riserva				
Titolo	1	Spese correnti	residui presunti previsione di competenza previsione di cassa		113.250,20	
Totale Programma	1	Fondo di riserva	residui presunti previsione di competenza previsione di cassa		113.250,20	
TOTALE MISSIONE	20	Fondi e accantonamenti	residui presunti previsione di competenza previsione di cassa		113.250,20	
MISSIONE	15	Politiche per il lavoro e la formazione professionale				
Programma	2	Formazione professionale				
Titolo	1	Spese correnti	residui presunti previsione di competenza previsione di cassa	113.250,20 113.250,20		
Totale Programma	2	Formazione professionale	residui presunti previsione di competenza previsione di cassa	113.250,20 113.250,20		
TOTALE MISSIONE	15	Politiche per il lavoro e la formazione professionale	residui presunti previsione di competenza previsione di cassa	113.250,20 113.250,20		
TOTALE VARIAZIONI IN USCITA			residui presunti previsione di competenza previsione di cassa	113.250,20 113.250,20	113.250,20	
TOTALE GENERALE DELLE USCITE			residui presunti previsione di competenza previsione di cassa	113.250,20 113.250,20	113.250,20	

(*) La compilazione della colonna può essere rinviata, dopo l'approvazione della delibera di variazione di bilancio, a cura del responsabile finanziario

ENTRATE

TITOLO, TIPOLOGIA	DENOMINAZIONE		PREVISIONI AGGIORNATE ALLA PRECEDENTE VARIAZIONE - DELIBERA N. ... - ESERCIZIO 2025	VARIAZIONI		PREVISIONI AGGIORNATE ALLA DELIBERA IN OGGETTO - ESERCIZIO 2025 (*)
				in aumento	in diminuzione	
				113.250,20		
<i>Fondo pluriennale vincolato per spese correnti</i>						
<i>Fondo pluriennale vincolato per spese in conto capitale</i>						
<i>Utilizzo Avanzo d'amministrazione</i>						
TITOLO						
Tipologia			residui presunti previsione di competenza previsione di cassa			
TOTALE TITOLO			residui presunti previsione di competenza previsione di cassa			
TOTALE VARIAZIONI IN ENTRATA			residui presunti previsione di competenza previsione di cassa	113.250,20		
TOTALE GENERALE DELLE ENTRATE			residui presunti previsione di competenza previsione di cassa	113.250,20		



REGIONE PUGLIA
SEZIONE BILANCIO RAGIONERIA PARERE DI REGOLARITA' CONTABILE
(D. Lgs. n. 118/11 e s.m.i.)

UFFICIO	TIPO	ANNO	NUMERO	DATA
FOP	DEL	2025	20	07.08.2025

ISTITUZIONE DI TRE INCARICHI EQUIPARATI A ELEVATA QUALIFICAZIONE DI CUI ALL#ART. 16, COMMA 2, LETT. A) DEL CCNL 16.11.2022. APPLICAZIONE QUOTA VINCOLATA DEL RISULTATO DI AMMINISTRAZIONE E VARIAZIONE AL BILANCIO DI PREVISIONE 2025 E PLURIENNALE 2025-2027 AI SENSI DEL D.LGS. N. 118/2011 E SS.MM.II., PER COMPLESSIVI € 113.250,20.

Si esprime: PARERE DI REGOLARITA'CONTABILE POSITIVO
LR 28/2001 art. 79 Comma 5

ANNOTAZIONE:

Responsabile del Procedimento

E.Q.-PAOLINO GUARINI

 **Paolino
Guarini**

Dirigente

D.SSA REGIN.


Firmato digitalmente da
STELLA REGINA
Firmato il 11/09/2025 12:41
Serializzato: 23070987
Valido dal 20/03/2025 al 31/12/2025
InfoCamere Qualified Electronic Signature CA

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 11 settembre 2025, n. 1307

Programma di Cooperazione Europea INTERREG Europe 2021-2027, secondo bando – Progetto “MaaSolutions” – CUP: B39123004590007. Seconda visita di studio a Baia Mare (Romania) periodo 16-18 settembre 2025. Autorizzazione missione all'estero per tre dipendenti della Sezione Trasporto Pubblico Locale e Intermodalità.

LA GIUNTA REGIONALE

VISTI

- gli artt. 4, 5 e 6 della L.R. 4 febbraio 1997, n. 7;
- la Deliberazione della Giunta Regionale n. 3261 del 28 luglio 1998;
- gli artt. 4 e 16 del D.lgs. n. 165 del 30 marzo 2001 e ss.mm.ii.;
- gli artt. 43 e 44 dello Statuto della Regione Puglia;
- il Decreto del Presidente della Giunta regionale 22 gennaio 2021, n. 22 e ss.mm.ii., recante l'Atto di Alta Organizzazione “M.A.I.A. 2.0”;
- il Regolamento interno di questa Giunta;

VISTO il documento istruttorio della Sezione Trasporto Pubblico Locale e Intermodalità, concernente l'argomento in oggetto e la conseguente proposta dell'Assessore ai Trasporti e Mobilità Sostenibile;

PRESO ATTO

- a) delle sottoscrizioni dei responsabili della struttura amministrativa competente, ai fini dell'attestazione della regolarità amministrativa dell'attività istruttoria e della proposta, ai sensi dell'art. 6, co. 8 delle Linee guida sul “Sistema dei controlli interni nella Regione Puglia”, adottate con D.G.R. 23 luglio 2019, n. 1374;
- b) della dichiarazione del Direttore di Dipartimento, in merito a eventuali osservazioni sulla proposta di deliberazione, ai sensi degli artt. 18 e 20 del Decreto del Presidente della Giunta regionale 22 gennaio 2021, n. 22 e ss.mm.ii.;
- c) del parere di regolarità contabile, previsto dall'art. 79, co. 5, della L.R. 28/2001 e ss.mm.ii., e di attestazione di copertura finanziaria, espresso dal Dirigente della Sezione Bilancio e Ragioneria.

Con voto favorevole espresso all'unanimità dei presenti e per le motivazioni contenute nel documento istruttorio che è parte integrante e sostanziale della presente deliberazione

DELIBERA

1. di autorizzare anticipatamente e complessivamente a svolgere la missione a Baia Mare (Romania) nell'ambito del progetto “MaaSolutions” finanziato dal Programma Interreg Europe 2021-2027, i dipendenti regionali Francesca Guadalupi, Giorgia Ligorio e Pasquale Ricciotti, in servizio presso la Sezione Trasporto Pubblico Locale e Intermodalità, per il periodo 16 settembre 2025 (partenza) – 18 settembre 2025 (rientro);
2. di dare atto che le spese di missione in argomento, relativamente ai dipendenti regionali, ammontano presuntivamente e complessivamente ad € 3.400,00 e sono a totale carico del progetto “MaaSolutions”, Programma di Cooperazione Europea INTERREG Europe 2021- 2027, da finanziare con le risorse allocate sui capitoli di spesa dedicati U1178430 *Organizzazione eventi, comunicazione e trasferte – Quota U.E. 80% Programma INTERREG Europe 2021-2027 – Progetto “MaaSolutions”* e U1178930 *Organizzazione*

eventi, comunicazione e trasferite – Quota FdR 20% Programma INTERREG Europe 2021-2027 – Progetto “MaaSolutions”;

3. di prendere atto che l'operazione contabile proposta assicura il rispetto dei vincoli di finanza pubblica vigenti e gli equilibri di bilancio come previsto dal D.lgs. n. 118/2011 e ss.mm.ii.;
4. di pubblicare il presente provvedimento sul BURP in versione integrale;
5. di demandare alla Sezione Trasporto Pubblico Locale e Intermodalità la pubblicazione del presente provvedimento sul sito istituzionale www.regione.puglia.it nella sezione “Amministrazione trasparente”, sottosezione “Provvedimenti della Giunta Regionale”.

Il Segretario Generale della Giunta

NICOLA PALADINO

Il Presidente della Giunta

RAFFAELE PIEMONTESE

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Oggetto: Programma di Cooperazione Europea INTERREG Europe 2021-2027, secondo bando – Progetto “MaaSolutions” – CUP: B39I23004590007. Seconda visita di studio a Baia Mare (Romania) periodo 16-18 settembre 2025. Autorizzazione missione all'estero per tre dipendenti della Sezione Trasporto Pubblico Locale e Intermodalità.

Visti:

- il **Regolamento (UE) 2021/1058** del Parlamento europeo e del Consiglio, relativo al Fondo europeo di sviluppo regionale e al Fondo di coesione;
- il **Regolamento (UE) 2021/1059** del Parlamento europeo e del Consiglio, recante disposizioni specifiche per l'obiettivo "Cooperazione territoriale europea" (INTERREG) sostenuto dal Fondo europeo di sviluppo regionale e dagli strumenti di finanziamento esterno;
- il **Regolamento (UE) 2021/1060** del Parlamento europeo e del Consiglio, recante le disposizioni comuni applicabili al Fondo europeo di sviluppo regionale, al Fondo sociale europeo Plus, al Fondo di coesione, al Fondo per una transizione giusta, al Fondo europeo per gli affari marittimi, la pesca e l'acquacoltura, e le regole finanziarie applicabili a tali fondi e al Fondo Asilo, migrazione e integrazione, al Fondo Sicurezza interna e allo Strumento di sostegno finanziario per la gestione delle frontiere e la politica dei visti;
- il **Programma Operativo regionale FESR-FSE 2021-2027**, adottato con D.G.R. n. 556/2022 "Programmazione FESR-FSE 2021-2027. Approvazione proposta di programma regionale Rapporto ambientale" e approvato con Decisione di esecuzione della Commissione del 17/11/2022;
- il **Programma INTERREG EUROPE 2021-2027** approvato dalla Commissione Europea con Decisione di esecuzione C(2022) n. 4868 del 5 luglio 2022;
- la **Delibera CIPESS n. 78/2021** pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana Serie generale n. 94/2022 e avente per oggetto "Programmazione della politica di coesione 2021-2027 - Approvazione della proposta di accordo di partenariato 2021-2027 e definizione dei criteri di cofinanziamento pubblico nazionale dei programmi europei per il ciclo di programmazione 2021-2027";
- la **D.G.R. n. 790/2024**, che ha preso atto dell'avvenuta approvazione e ammissione a finanziamento del progetto "MaaSolutions" con risorse a valere sul Programma INTERREG Europe 2021-2027, del quale la Regione Puglia-Sezione Trasporto Pubblico Locale e Intermodalità è *Lead Partner*;
- la **D.G.R. n. 1082/2002** "Missioni all'estero da parte dei dirigenti e del personale regionale", la quale fissa le modalità autorizzative delle missioni all'estero dei dirigenti e del personale regionale;
- la **D.G.R. n. 746/2011** "Disciplina per il trattamento di trasferta co. 6 art. 11 della L.R. 4 gennaio 2011, n. 1" ed il successivo D.P.G.R. n. 631 del 06/06/2011.

Visti, inoltre:

- la **D.G.R. n. 1518/2015** e il **D.P.G.R. n.443/2015** di adozione e approvazione del "Modello Ambidestro per l'Innovazione della macchina Amministrativa regionale MAIA";
- la **D.G.R. n. 1974/2020**, recante "Approvazione Atto di Alta Organizzazione. Modello Organizzativo 'MAIA 2.0'", con cui è stato adottato il nuovo modello organizzativo delle strutture della Giunta Regionale e della Presidenza;
- il **D.P.G.R. n. 22/2021** avente a oggetto: "Adozione Atto di Alta Organizzazione. Modello Organizzativo MAIA 2.0";
- la **D.G.R. n. 1466/2021**, recante l'approvazione della Strategia regionale per la parità di genere, denominata "Agenda di Genere";

- la **D.G.R. n. 1295/2024**, recante *“Valutazione di impatto di genere. Sistema di gestione e di monitoraggio (VIG). Approvazione indirizzi metodologico-operativi e avvio fase strutturale”*;
- la **L.R. n. 18/2023** avente ad oggetto *“Ordinamento del Bollettino Ufficiale della Regione Puglia (BURP) e disciplina delle forme e modalità di pubblicazione degli atti”*.

Premesso che:

- la Commissione Europea, con Decisione di esecuzione C(2022) n. 4868 del 5 luglio 2022, ha approvato il nuovo Programma di Cooperazione Territoriale Interregionale INTERREG Europe 2021-2027;
- il Programma INTERREG EUROPE 2021-2027, finanziato dal Fondo Europeo di Sviluppo Regionale (FESR), punta a sostenere la cooperazione e l'apprendimento interregionale tra le organizzazioni di 36 Paesi: UE27, Albania, Bosnia Erzegovina, Moldavia, Montenegro, Nord Macedonia, Serbia, Norvegia, Svizzera e Ucraina;
- l'obiettivo del Programma è di rafforzare l'efficacia delle politiche pubbliche di sviluppo, contando su risorse finanziarie pari a 379,5 milioni di euro provenienti dal Fondo Europeo di Sviluppo Regionale;
- il secondo bando del Programma INTERREG Europe 2021-2027 si è aperto dal 15 marzo al 9 giugno 2023;
- con nota prot. n. 228/sp del 20/03/2023 il Presidente della Giunta Regionale ha delegato *“i Direttori di Dipartimento ed i Dirigenti di Sezione a sottoscrivere, per nome e per conto dell'Amministrazione Regionale, la documentazione relativa alla candidatura di iniziative progettuali adottate, rispettivamente, nell'ambito dei Dipartimenti e delle Sezioni per la partecipazione ai suddetti Programmi di Cooperazione Territoriale Europea 2021/2027, nonché a svolgere i successivi adempimenti in caso di eventuale ammissione a finanziamento delle stesse”*;
- in virtù della delega suddetta la Regione Puglia, per il tramite del Dipartimento di Mobilità e della Sezione scrivente, ha partecipato al secondo bando del Programma di cui sopra, in qualità di partner capofila, presentando una proposta di progetto nell'ambito della Mobilità Urbana Sostenibile intitolato *“MaaSolutions”*;
- l'iniziativa muove parallelamente agli strumenti di programmazione regionale e al progetto *“MaaS4Puglia”*: il focus del progetto è il sistema *Mobility as a Service*, con la possibilità di svolgere esperienze pilota e attività di informazione e divulgazione;
- l'obiettivo è identificare i migliori strumenti interoperabili per aumentare la digitalizzazione, la qualità, la sicurezza e l'attrattiva dei sistemi di trasporto e consentire la diffusione del sistema, valutando tutti i diversi approcci: *digital payment*, sviluppo di sistemi di monitoraggio e gestione della flotta, sistemi informativi all'utenza, prenotazione viaggi, creazioni percorsi multimodali;
- caratteristica essenziale del progetto è la condivisione delle scelte e delle strategie con linee guida, da realizzarsi a due livelli:
 - o la condivisione di scelte e indicazioni con gli stakeholder locali;
 - o la collaborazione con altre autorità europee all'interno del partenariato;

- tramite l'interscambio di buone pratiche, si intendono valutare gli impatti delle scelte in realtà diverse e con modelli diversi di partecipazione, e di ricavarne le indicazioni per gli interventi utili a sfruttare le opportunità offerte dal MaaS per migliorare sostanzialmente la mobilità locale.

Preso atto che:

- il progetto includeva inizialmente, oltre alla Regione Puglia in qualità di capofila, i seguenti partner:
 - o Associazione intercomunitaria per lo sviluppo dell'area metropolitana di Baia Mare, Romania;
 - o Municipalità di Geel, Belgio;
 - o Municipalità di Liepāja, Lettonia;
 - o Contea di Vas, Ungheria;
 - o Regione di Aufbauwerk, Leipzig GmbH, Germania;
 - o Università dell'Egeo, Grecia (*Advisory Partner*);
 - o Municipalità di Vlissingen, Paesi Bassi;
- con nota del 15/12/2023 il Coordinatore del Segretariato Congiunto del Programma (*Joint Secretariat*, in seguito JS) ha comunicato al Dipartimento di Mobilità l'approvazione sotto condizioni del progetto 2C0616 "*MaaSolutions*";
- nei mesi successivi alla comunicazione di cui sopra, è avvenuta la fase di negoziazione delle integrazioni richieste ai fini della definitiva approvazione del progetto;
- durante la fase di negoziazione la Municipalità di Vlissingen, Paesi Bassi, ha espresso impossibilità alla partecipazione al progetto ed è stata sostituita dalla Municipalità di Schouwen-Duiveland, Paesi Bassi, fermo restando il budget originariamente previsto per il partner;
- con nota del 15/03/2024 il Coordinatore del Segretariato Congiunto del Programma ha comunicato al Dipartimento di Mobilità l'approvazione definitiva del progetto 2C0616 "*MaaSolutions*" e delle relative modifiche effettuate;
- il progetto è stato ammesso a finanziamento per un importo complessivo di € 1.637.462,00. La quota di cofinanziamento UE a titolo di strumento INTERREG Europe è pari all'80% e ammonta a complessivi € 1.309.969,60; la quota di cofinanziamento nazionale per ognuno dei partner è pari al 20% e ammonta a € 327.492,40. Nello specifico, dei complessivi € 366.434,00 spettanti alla Regione Puglia per l'implementazione del progetto "*MaaSolutions*", l'80%, pari a € 293.147,20, è coperto dal cofinanziamento UE a titolo di strumento INTERREG Europe, mentre la restante quota del 20% del cofinanziamento nazionale, pari a € 73.286,80, è coperta dal Fondo di Rotazione come stabilito dalla delibera CIPESS n. 78 del 22/12/2021;
- la Regione Puglia in qualità di *Lead Partner* provvede al trasferimento agli altri partner della quota INTERREG;
- in data 27/03/2024 il Dipartimento Mobilità ha trasmesso al Segretariato Congiunto la nota del 26/03/2024, con la quale è stato comunicato che la nuova struttura regionale preposta alla gestione e implementazione del progetto "*MaaSolutions*" è la Sezione Trasporto Pubblico Locale e Intermodalità e che il nuovo legale rappresentante delegato a sottoscrivere il *Subsidy Contract* per la Regione Puglia è il Dirigente di detta Sezione;

- con mail del 29/03/2024 il Segretariato Congiunto ha espresso parere favorevole alla richiesta di modifica inoltrata con la suddetta nota del 27/03/2024;
- in data 03/04/2024 è stato perfezionato e sottoscritto il *Subsidy Contract*, DocuSign ID: E24A6C89-0ADB-46C0-9FA1-EA5BB2775191, tra la Regione Hauts-de-France, in qualità di Autorità di Gestione del programma INTERREG Europe, e la Regione Puglia, in qualità di Lead Partner del progetto 02C0616 - "*MaaSolutions - Digital solutions for sustainable urban mobility*", con data di inizio del progetto al 01/04/2024 per una durata di 51 mesi (30/06/2028);
- in data 02/07/2024 è stato sottoscritto il *Partnership Agreement* con i partner di progetto;
- con D.G.R. n. 790 del 11/06/2024, al fine di attuare il progetto INTERREG Europe "*MaaSolutions*":
 - o si è preso atto dell'avvenuta approvazione e ammissione a finanziamento del progetto "*MaaSolutions*" con risorse a valere sul Programma INTERREG Europe 2021-2027, del quale la Regione Puglia-Sezione Trasporto Pubblico Locale e Intermodalità è *Lead Partner*;
 - o si è preso atto che, per la realizzazione delle attività da porre in essere per l'attuazione del progetto, alla Regione Puglia è stato assegnato un budget di € 366.434,00 e che lo stesso è coperto per l'80%, pari a € 293.147,20, dal cofinanziamento UE a titolo di strumento INTERREG Europe, mentre la restante quota del 20% del cofinanziamento nazionale, pari a € 73.286,80, è coperta dal Fondo di Rotazione come stabilito dalla delibera CIPESS n. 78 del 22/12/2021;
 - o è stata approvata una variazione al bilancio di previsione 2024 e pluriennale 2024-2026 ai sensi dell'art. 51 del D.lgs. n. 118/2011 e ss.mm.ii., con l'istituzione di nuovi capitoli di entrata e di spesa, al fine di stanziare le risorse necessarie all'attuazione dell'intervento "*MaaSolutions*";
- alla fine del 2023, altri sette paesi candidati all'UE hanno aderito al Programma INTERREG Europe: Albania, Bosnia Erzegovina, Moldavia, Montenegro, Macedonia del Nord, Serbia e Ucraina;
- attraverso una call ristretta è stata data la possibilità ai progetti del primo e secondo bando INTERREG Europe 2021-2027 di estendere ed includere nella partnership di progetto i nuovi Stati partner come "*Discovery Partner*";
- la Regione Puglia ha presentato una proposta di modifica dell'*Application Form* di progetto chiedendo l'inclusione della città di Leskovac (Serbia) come *Discovery Partner* e l'aumento del budget a disposizione;
- con nota del 25/07/2024 la *Monitoring Committee* (MC) del Programma ha comunicato l'approvazione della richiesta di inclusione del *Discovery Partner* nel progetto "*MaaSolutions*" (City of Leskovac) e l'aumento del budget a disposizione della Regione Puglia per un totale di € 390.744,00 e del budget complessivo di progetto di € 1.691.772,00;
- in data 13/11/2024 è stato sottoscritto l'Addendum al *Partnership Agreement* tra la città di Leskovac (Serbia) e la Regione Puglia;
- con mail del 10/02/2025, la Municipalità di Schouwen-Duiveland (Paesi Bassi) ha comunicato ufficialmente la volontà di ritirarsi dalla collaborazione nel progetto "*MaaSolutions*", motivando la decisione con una serie di ostacoli imprevisti che ne hanno compromesso la

piena partecipazione: in particolare, l'impossibilità di collaborare con il fornitore di trasporto pubblico locale, che ha ritirato la propria disponibilità rispetto al sostegno alle attività progettuali, e la constatazione di una distanza crescente tra il contesto rurale dell'area di riferimento e l'approccio progettuale, più orientato all'integrazione di sistemi di mobilità urbana;

- per tali motivi il partner, in assenza di questi elementi chiave, si è dichiarato non in grado di contribuire in modo utile al progetto né di ottenere benefici per il proprio territorio;
- a seguito della comunicazione di ritiro, il *Lead Partner* ha attivato un confronto costante con il *Joint Secretariat (JS)*, sia per condividere le implicazioni della situazione sia per valutare possibili soluzioni;
- parallelamente, sono state avviate azioni esplorative per identificare un potenziale partner sostitutivo, coerente con i requisiti del programma e con gli obiettivi progettuali;
- in questa fase, sono stati avviati contatti sia via mail che tramite call con enti pubblici e operatori nel settore della mobilità sostenibile, ciascuna ipotesi è stata valutata attentamente, anche in base alla presenza di un *policy instrument* rilevante, alla capacità tecnica e amministrativa e alla coerenza con la struttura del progetto, tuttavia nessuna delle candidature è risultata compatibile con le esigenze progettuali;
- considerata l'urgenza di garantire la stabilità del partenariato e di non rallentare ulteriormente l'implementazione, il *Lead Partner* – alla luce delle indicazioni del JS – ha infine deciso di procedere con una richiesta formale di modifica dell'*Application Form*, rimuovendo il partner uscente senza sostituzione;
- con nota del 16/04/2025 la MC del Programma ha approvato la richiesta di modifica presentata dalla Regione Puglia e la variazione del budget di progetto, riducendo l'importo complessivo a € 1.508.558,00.

Considerato che:

- il Programma Interreg Europe è specificatamente un programma di "*capacity building*", finalizzato a contribuire al miglioramento e al rafforzamento dei processi e delle politiche di sviluppo regionali da perseguire attraverso lo scambio e il trasferimento di buone pratiche tra i partner di progetto, con l'obiettivo finale di migliorare l'efficienza e l'efficacia degli investimenti finanziati con fondi europei;
- tutti i progetti finanziati sui diversi assi dal Programma Interreg Europe, quindi anche il progetto "*MaaSolutions*", si concentrano sull'individuazione, sullo studio e sul confronto di buone pratiche che ciascun soggetto partner condivide con gli altri componenti del partenariato passando attraverso l'analisi territoriale, il coinvolgimento e la partecipazione degli stakeholder, per l'intera durata del progetto;
- tali buone pratiche diventeranno utili ed essenziali per l'elaborazione da parte di ciascun partner dei "piani d'azione", come richiesto dal Programma Interreg Europe per tutti i progetti finanziati, quali strumenti di lavoro a beneficio del proprio ente di appartenenza con l'obiettivo di sostenere, influenzare e migliorare la qualità degli interventi eseguiti. Lo stesso portale del Programma Interreg Europe è organizzato come una piattaforma telematica di apprendimento delle politiche su tutti gli assi di finanziamento;

- al fine di favorire il processo di apprendimento e lo scambio di conoscenze e buone pratiche tra i partner di progetto, sono state previste, come da *Application Form*, 7 visite di studio tematiche da svolgersi in ognuno dei Paesi partner tra il semestre 2 e il semestre 5, a cui seguiranno dei workshop per approfondire aspetti specifici del MaaS;
- il secondo dei 7 eventi del processo di apprendimento si svolgerà a Baia Mare, Romania (17-18 settembre 2025) e sarà incentrato sui temi della mobilità multimodale e della sostenibilità finanziaria;
- in particolare, durante il primo giorno sarà mostrato il funzionamento della piattaforma di trasporto attiva nella città di Baia Mare, utile per la pianificazione dei percorsi di viaggio sul territorio della città, il programma di viaggio che include le linee di trasporto, gli orari e la frequenza dei mezzi di trasporto, il sistema tariffario, i prezzi dei biglietti e gli abbonamenti per i percorsi, i servizi disponibili per gli utenti, i sondaggi e i questionari degli utenti sulla qualità del servizio;
- durante il workshop organizzato da PP2 il secondo giorno dell'esperienza formativa, verrà affrontato il tema della sostenibilità finanziaria, al fine di comprendere a fondo le strategie di gestione del servizio in una prospettiva finanziaria e stimolare la riflessione su questo complesso tema;
- per ottenere il massimo beneficio, saranno coinvolte le parti interessate a livello regionale delle regioni partner, per garantire la massima capacità nello scambio di know-how, come espressamente richiesto dal Programma Interreg Europe.

Preso atto che:

- con D.D. n. 138 del 30/07/2024 il Dirigente della Sezione Trasporto Pubblico Locale e Intermodalità ha provveduto a conferire n. 2 incarichi di responsabilità equiparati ad Elevate Qualificazioni nell'ambito del progetto "*MaaSolutions*" alle seguenti professionalità interne alla Sezione, al fine di assicurare un efficace ed efficiente svolgimento delle attività e di gestire le relazioni tra i diversi partner internazionali:
 - o incarico di tipologia A "*Project Manager del Progetto MaaSolutions - Digital solutions for sustainable urban mobility - Programma INTERREG Europe 2021/2027*" alla dipendente Francesca Guadalupi;
 - o incarico di tipologia C "*Supporto alla gestione amministrativa-finanziaria del Progetto MaaSolutions - Digital solutions for sustainable urban mobility. Programma INTERREG Europe 2021/2027*" alla dipendente Giorgia Ligorio;
- su proposta del RUP del progetto, individuato nella persona dell'ing. Carmela Iadaresta in qualità di Dirigente della Sezione Trasporto Pubblico Locale e Intermodalità, è stato inserito nello Staff di progetto anche il dipendente Pasquale Ricciotti, in servizio presso la Sezione Trasporto Pubblico Locale e Intermodalità, il quale può partecipare attivamente alle attività di interscambio delle esperienze, oltre che alle visite di studio all'estero;
- pertanto, è opportuno che i suddetti dipendenti partecipino alla seconda visita di studio a Baia Mare (Romania) e alle successive visite di studio che saranno organizzate nell'ambito del progetto, in rappresentanza del *Lead Partner*.

Rilevato che:

- ai sensi della D.G.R. n. 1082 del 26/07/2002, trattandosi di missione all'estero collegata all'attuazione di un Programma europeo, la Giunta Regionale dovrà autorizzare a svolgere la citata missione all'estero i dipendenti regionali Francesca Guadalupi, Giorgia Ligorio e Pasquale Ricciotti, per il periodo 16 settembre 2025 (partenza) – 18 settembre 2025 (rientro);
- le spese di missione sono a carico del budget di progetto;
- la spesa presunta per la missione, relativamente ai dipendenti regionali, è quantificabile in circa € 3.400,00;
- con D.G.R. n. 790 del 11/06/2024, sono stati istituiti i capitoli di spesa U1178430 *Organizzazione eventi, comunicazione e trasferte – Quota U.E. 80% Programma INTERREG Europe 2021-2027 – Progetto “MaaSolutions”* e U1178930 *Organizzazione eventi, comunicazione e trasferte – Quota FdR 20% Programma INTERREG Europe 2021-2027 – Progetto “MaaSolutions”*, predisposti per sostenere le spese relative all'organizzazione degli eventi, alla comunicazione e alle trasferte del progetto “MaaSolutions”;
- con D.D. n. 47 del 13/03/2025 si è provveduto all'accertamento di entrata, all'impegno di spesa e al trasferimento risorse in favore dell'Economo Cassiere Centrale per la copertura delle spese di missione dello Staff di progetto relative all'anno 2025 per un importo di € 2.500,00 e si è stabilito che, ove necessario, si potrà procedere ad ulteriore accertamento di entrata ed impegno di spesa a copertura delle predette spese;
- ai fini della copertura delle spese di missione in Romania, si è reso necessario procedere ad ulteriore accertamento di entrata ed impegno di spesa ad integrazione dell'impegno di spesa già assunto con D.D. n. 47 del 13/03/2025;
- pertanto, con D.D. n. 193 del 03/09/2025 si è provveduto ad un ulteriore accertamento di entrata ed impegno di spesa di € 2.900,00, nonché al trasferimento di tale somma all'Economo Cassiere Centrale della Regione Puglia e, per il suo tramite, all'Economo Cassiere del plesso di via Gentile n. 52, Bari.

Visti:

- il D.lgs. n. 118 del 23/06/2011, così come integrato dal D.lgs. n. 126 del 10/08/2014 “Disposizioni integrative e correttive del D.lgs. n. 118/2011 recante disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli Enti Locali e dei loro organismi, a norma degli artt. 1 e 2 della L. n. 42 del 2009”;
- la L.R. n. 42 del 31/12/2024 “Disposizioni per la formazione del bilancio di previsione 2025 e bilancio pluriennale 2025-2027 della Regione Puglia - Legge di stabilità regionale 2025”;
- la L.R. n. 43 del 31/12/2024 “Bilancio di previsione della Regione Puglia per l'esercizio finanziario 2025 e pluriennale 2025-2027”;
- la D.G.R. n. 26 del 20/01/2025 “Bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2025 e pluriennale 2025-2027. Articolo 39, comma 10, del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118. Documento tecnico di accompagnamento e Bilancio Finanziario Gestionale. Approvazione”;
- la D.G.R. n. 1466 del 15/09/2021, recante l'approvazione della Strategia regionale per la parità di genere, denominata “Agenda di Genere”;
- la D.G.R. n. 1295 del 26/09/2024, recante “Valutazione di Impatto di Genere (VIG). Approvazione indirizzi metodologico-operativi e avvio fase strutturale”.

Si ritiene che, alla luce delle risultanze istruttorie, sussistano i presupposti di fatto e di diritto per:

- autorizzare anticipatamente e complessivamente a svolgere la missione a Baia Mare (Romania) nell'ambito del progetto "MaaSolutions" finanziato dal Programma Interreg Europe 2021-2027, i dipendenti regionali Francesca Guadalupi, Giorgia Ligorio e Pasquale Ricciotti, in servizio presso la Sezione Trasporto Pubblico Locale e Intermodalità, per il periodo 16 settembre 2025 (partenza) – 18 settembre 2025 (rientro);
- dare atto che le spese di missione in argomento, relativamente ai dipendenti regionali, ammontano presuntivamente e complessivamente ad € 3.400,00 e sono a totale carico del progetto "MaaSolutions", Programma di Cooperazione Europea INTERREG Europe 2021-2027, da finanziare con le risorse allocate sui capitoli di spesa dedicati U1178430 *Organizzazione eventi, comunicazione e trasferte – Quota U.E. 80% Programma INTERREG Europe 2021-2027 – Progetto "MaaSolutions"* e U1178930 *Organizzazione eventi, comunicazione e trasferte – Quota FdR 20% Programma INTERREG Europe 2021-2027 – Progetto "MaaSolutions"*.

Garanzie di riservatezza

La pubblicazione sul BURP, nonché la pubblicazione all'Albo o sul sito istituzionale, salve le garanzie previste dalla Legge n. 241/1990 in tema di accesso ai documenti amministrativi, avviene nel rispetto della tutela della riservatezza dei cittadini secondo quanto disposto dal Regolamento UE n. 679/2016 in materia di protezione dei dati personali, nonché dal D.lgs. 196/2003 e ss.mm.ii., ed ai sensi del vigente Regolamento regionale n. 5/2006 per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari, in quanto applicabile. Ai fini della pubblicità legale, il presente provvedimento è stato redatto in modo da evitare la diffusione di dati personali identificativi non necessari ovvero il riferimento alle particolari categorie di dati previste dagli articoli 9 e 10 del succitato Regolamento UE.

Esiti Valutazione di Impatto di Genere

La presente Deliberazione è stata sottoposta a Valutazione di Impatto di Genere e l'impatto di genere stimato risulta: NEUTRO

COPERTURA FINANZIARIA AI SENSI DEL D.LGS. 118/2011 E SS.MM.II.

Il presente provvedimento comporta una spesa presunta di € 3.400,00 da finanziare con le disponibilità dei seguenti capitoli del Bilancio Vincolato:

CAPITOLO DI SPESA	DECLARATORIA	CODICE UE	P.D.C.F.
U1178430	Organizzazione eventi, comunicazione e trasferte – Quota U.E. 80% - Programma INTERREG Europe 2021-2027 – Progetto "MaaSolutions"	3	U.1.03.02.02.005
U1178930	Organizzazione eventi, comunicazione e trasferte – Quota FdR 20% - Programma INTERREG Europe 2021-2027 – Progetto "MaaSolutions"	4	U.1.03.02.02.005

Sui suddetti capitoli è stato già assunto un impegno di spesa comprensivo dell'importo sopra indicato con gli atti della Sezione Trasporto Pubblico Locale e Intermodalità n. 078/DIR/2025/00047 del 13/03/2025 e n. 078/DIR/2025/00193 del 03/09/2025 e le relative risorse sono nella disponibilità dell'Economo Cassiere Centrale che provvede al successivo trasferimento all'Economo di plesso per

far fronte alle spese di missione, previa presentazione della relativa documentazione giustificativa delle spese in questione.

L'operazione contabile proposta con il presente provvedimento assicura il rispetto dei vincoli di finanza pubblica vigenti e gli equilibri di bilancio come previsto dal D.lgs. n. 118/2011 e ss.mm.ii..

L'Assessore ai Trasporti e alla Mobilità Sostenibile, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, ai sensi dell'art. 4, co. 4, lett. k) della L.R. n. 7/1997, propone alla Giunta regionale:

1. autorizzare anticipatamente e complessivamente a svolgere la missione a Baia Mare (Romania) nell'ambito del progetto "MaaSolutions" finanziato dal Programma Interreg Europe 2021-2027, i dipendenti regionali Francesca Guadalupi, Giorgia Ligorio e Pasquale Ricciotti, in servizio presso la Sezione Trasporto Pubblico Locale e Intermodalità, per il periodo 16 settembre 2025 (partenza) – 18 settembre 2025 (rientro);
2. di dare atto che le spese di missione in argomento, relativamente ai dipendenti regionali, ammontano presuntivamente e complessivamente ad € 3.400,00 e sono a totale carico del progetto "MaaSolutions", Programma di Cooperazione Europea INTERREG Europe 2021-2027, da finanziare con le risorse allocate sui capitoli di spesa dedicati U1178430 *Organizzazione eventi, comunicazione e trasferte – Quota U.E. 80% Programma INTERREG Europe 2021-2027 – Progetto "MaaSolutions"* e U1178930 *Organizzazione eventi, comunicazione e trasferte – Quota FdR 20% Programma INTERREG Europe 2021-2027 – Progetto "MaaSolutions"*;
3. di prendere atto che l'operazione contabile proposta assicura il rispetto dei vincoli di finanza pubblica vigenti e gli equilibri di bilancio come previsto dal D.lgs. n. 118/2011 e ss.mm.ii.;
4. di pubblicare il presente provvedimento sul BURP in versione integrale;
5. di demandare alla Sezione Trasporto Pubblico Locale e Intermodalità la pubblicazione del presente provvedimento sul sito istituzionale www.regione.puglia.it nella sezione "Amministrazione trasparente", sottosezione "Provvedimenti della Giunta Regionale".

I sottoscritti attestano la regolarità amministrativa dell'attività istruttoria e della proposta, ai sensi dell'art. 6, co. 3, lett. da a) ad e) delle Linee guida sul "Sistema dei controlli interni nella Regione Puglia", adottate con D.G.R. 23 luglio 2019, n. 1374.

Il Funzionario istruttore E.Q. "Project Manager Progetto MaaSolutions-Digital solutions for sustainable urban mobility - Programma INTERREG Europe 2021/2027"

*Francesca
Guadalupi*



Francesca Guadalupi
05.09.2025 13:27:48
GMT+02:00

Il Funzionario E.Q. "Supporto alla gestione amministrativa-finanziaria del Progetto MaaSolutions - Digital solutions for sustainable urban mobility. Programma INTERREG Europe 2021/2027"

Giorgia Ligorio



Giorgia Ligorio
05.09.2025
12:52:54
GMT+02:00

Il Dirigente della Sezione Trasporto Pubblico Locale e Intermodalità

Carmela Iadaresta



Carmela Iadaresta
05.09.2025
13:35:20
GMT+02:00

Il Direttore di Dipartimento, ai sensi degli artt. 18 e 20 del Decreto del Presidente della Giunta regionale 22 gennaio 2021, n. 22 e ss.mm.ii., NON RAVVISA la necessità di esprimere osservazioni sulla presente proposta di DGR.

Il Direttore del Dipartimento Mobilità

Vito Antonio Antonacci



L'Assessore ai Trasporti e Mobilità Sostenibile, dott.ssa Debora Ciliento, ai sensi del vigente Regolamento della Giunta regionale,

propone

alla Giunta regionale l'adozione del presente atto.

L'Assessore ai Trasporti e Mobilità Sostenibile

Debora Ciliento



Il sottoscritto esprime parere di regolarità contabile positivo, ai sensi dell'art. 79, co. 5 della L.R. n. 28/2001, ed attestazione di copertura finanziaria.

***Il Dirigente della Sezione Bilancio e Ragioneria,
o suo delegato***

firma





REGIONE PUGLIA
SEZIONE BILANCIO RAGIONERIA PARERE DI REGOLARITA' CONTABILE
(D. Lgs. n. 118/11 e s.m.i.)

UFFICIO	TIPO	ANNO	NUMERO	DATA
TRA	DEL	2025	25	10.09.2025

PROGRAMMA DI COOPERAZIONE EUROPEA INTERREG EUROPE 2021-2027, SECONDO BANDO # PROGETTO "MAASOLUTIONS" # CUP: B39I23004590007. SECONDA VISITA DI STUDIO A BAIJA MARE (ROMANIA) PERIODO 16-18 SETTEMBRE 2025. AUTORIZZAZIONE MISSIONE ALL'ESTERO PER TRE DIPENDENTI DELLA SEZIONE TRASPORTO PUBBLICO LOCALE E INTERMODALITÀ.

VISTO SI PRENDE ATTO

ANNOTAZIONE:

Responsabile del Procedimento
E.Q.-CARMEN PARTIPILO



Firmato digitalmente da:
STOLFA REGINA
Firmato il 11/09/2025 12:27
Seriale Certificato: 2300950
Valido dal 20/03/2023 al 20/03/2026
Info: Camera Qualified Electronic Signature CA

Dirigente
D.SSA REGINA STOLFA



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 12 settembre 2025, n. 1308

Legge Regionale n. 1 del 16 febbraio 2024 come modificata dalla Legge Regionale n. 22 del 30 maggio 2024 – Misure per l'aumento della copertura della vaccinazione anti Papilloma virus umano (HPV) – Indirizzi applicativi.

LA GIUNTA REGIONALE

VISTI:

- gli artt. 4, 5 e 6 della L.R. 4 febbraio 1997, n. 7;
- la Deliberazione della Giunta Regionale n. 3261 del 28 luglio 1998;
- gli artt. 4 e 16 del D.lgs. n. 165 del 30.03.2001 e ss.mm.ii.;
- gli artt. 43 e 44 dello Statuto della Regione Puglia;
- il Decreto del Presidente della Giunta regionale 22 gennaio 2021, n. 22 e ss.mm.ii., recante l'Atto di Alta Organizzazione "M.A.I.A. 2.0";
- il Regolamento interno di questa Giunta.

VISTO il documento istruttorio della Sezione Promozione della Salute e del Benessere, concernente l'argomento in oggetto e la conseguente proposta dell'Assessore alla Sanità, Benessere animale, Sport per tutti, congiuntamente all'Assessore Formazione e Lavoro, Politiche per il lavoro, Diritto allo studio, Scuola, Università, Formazione Professionale.

PRESO ATTO

- a) delle sottoscrizioni dei responsabili della struttura amministrativa competente, ai fini dell'attestazione della regolarità amministrativa dell'attività istruttorie e della proposta, ai sensi dell'art. 6, co. 8 delle Linee guida sul "Sistema dei controlli interni nella Regione Puglia", adottate con D.G.R. 23 luglio 2019, n. 1374;
- b) della dichiarazione dei Direttori di Dipartimento, in merito a eventuali osservazioni sulla proposta di deliberazione, ai sensi degli artt. 18 e 20 del Decreto del Presidente della Giunta regionale 22 gennaio 2021, n. 22 e ss.mm.ii.

Con voto favorevole espresso all'unanimità dei presenti e per le motivazioni contenute nel documento istruttorio che è parte integrante e sostanziale della presente deliberazione.

DELIBERA

1. di dare attuazione all'4-bis della legge regionale n.1/2024 e s.m.i. prevedendo:
 - a) la progettazione, organizzazione e realizzazione di una specifica e diffusa campagna di informazione, sensibilizzazione e comunicazione istituzionale, in coerenza con quanto previsto dal Piano regionale di Comunicazione per la Prevenzione (PrCP) approvato con Deliberazione di Giunta Regionale n.1967/2022;
 - b) la modifica ed evoluzione del sistema informativo deputato alla gestione delle attività e dell'anagrafe vaccinale regionale (GIAVA), al fine di assicurare la gestione informatizzata dei dati connessi alle fasi introdotte dalla norma e attualmente non gestite nonché di prevedere l'estensione di talune funzionalità alle Università degli Studi della Puglia;
 - c) la modifica ed evoluzione della piattaforma di comunicazione multicanale (Sm@rtHealth) finalizzandone le funzionalità a supporto delle attività e per il raggiungimento degli obiettivi di sensibilizzazione e consapevolezza previste dalla norma;
 - d) la progettazione di appositi ambiti informativi e funzionali nell'ambito del nuovo portale regionale "Puglia Prevenzione" in via di realizzazione;
2. di disporre che tutti gli istituti scolastici di ogni ordine e grado anche paritari assicurino la messa a disposizione dei dati in loro possesso e l'assolvimento degli adempimenti discendenti dall'attuazione

- dell'art. 4-bis della legge regionale n.1/2024 e s.m.i. mediante l'utilizzo delle funzionalità previste nell'ambito del sistema informativo regionale "GIAVA";
3. di disporre, in specie, che tutti gli istituti scolastici di ogni ordine e grado anche paritari assicurino in favore dei giovani pugliesi nella fascia d'età 11-25 anni:
 - a) l'informazione circa i benefici della vaccinazione anti-HPV;
 - b) la raccolta del consenso o del formale rifiuto circa la produzione di documenti contenenti le informazioni previste dall'art. 4-bis, da parte di chi esercita la responsabilità genitoriale, utilizzando il modello "allegato A", oppure da parte dei soggetti interessati, utilizzando il modello "allegato B", entrambi allegati al presente provvedimento a formarne parte integrante e sostanziale;
 - c) la trasmissione informatica, mediante upload effettuato utilizzando le funzionalità del sistema informativo regionale "GIAVA", degli elenchi dei giovani pugliesi in fascia d'età 11-25 anni per i quali sia stata data l'informativa e raccolto il consenso o il diniego alla produzione di documento contenente le informazioni previste dall'art. 4-bis;
 - d) il recupero informativo, mediante le funzionalità del sistema informativo regionale "GIAVA", dei dati contenenti attestante una delle condizioni di cui all'art. 4-bis.
 4. di disporre che tutti i professionisti e gli operatori sanitari addetti alle attività di prevenzione e di promozione della salute, di counselling, di vaccinazione assicurino in favore dei giovani pugliesi in fascia d'età 11-25 anni e/o di chi esercita la responsabilità genitoriale, puntuale informazione sui benefici della vaccinazione anti-HPV;
 5. di disporre che tutti i professionisti e gli operatori sanitari addetti alle attività vaccinali assicurino, mediante le funzionalità del sistema informativo regionale "GIAVA":
 - a) la raccolta e gestione del dato attestante l'avvenuto espletamento del colloquio informativo sui benefici del vaccino anti-HPV;
 - b) la registrazione, ove non già espresso, del consenso o del formale rifiuto circa la produzione di documenti contenenti le informazioni previste dall'art. 4-bis;
 - c) la raccolta e gestione del dato relativo al rifiuto espresso alla somministrazione del vaccino anti-HPV;
 - d) la raccolta e gestione del dato relativo all'avvio del programma di somministrazione del vaccino anti-HPV;
 - e) la raccolta e gestione del dato relativo alla somministrazione del vaccino anti-HPV.
 6. di disporre che il Dipartimento Politiche del Lavoro, Istruzione e Formazione della Regione Puglia, in specie attraverso la Sezione Istruzione e Università, l'Ufficio Scolastico Regionale della Puglia, l'ANCI Puglia, le Università degli Studi della Puglia, l'ADISU, il CURC Puglia, assicurino - attraverso le rispettive articolazioni territoriali, gli enti e gli organismi di competenza - da parte di tutti gli operatori del sistema di istruzione:
 - a) la più ampia informazione circa i benefici della vaccinazione anti-HPV, utilizzando i materiali informativi e di comunicazione predisposti allo scopo nell'ambito del Piano regionale di Comunicazione per la Prevenzione;
 - b) la raccolta del consenso o del formale rifiuto circa la produzione di documenti contenenti le informazioni previste dall'art. 4-bis, da parte di chi esercita la responsabilità genitoriale, utilizzando il modello "allegato A", oppure da parte dei soggetti interessati, utilizzando il modello "allegato B", entrambi allegati al presente provvedimento a formarne parte integrante e sostanziale;
 - c) il rispetto di quanto previsto dall'art.4-bis della legge regionale n.1/2024 e s.m.i., dal presente provvedimento e dalle indicazioni operative discendenti;
 7. di disporre che i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali, delle Aziende Ospedaliero-Universitarie e degli IRCCS pubblici nonché i Direttori Sanitari delle Strutture private accreditate assicurino da parte dei professionisti, degli operatori sanitari di tutte le articolazioni organizzative di competenza nonché dei

MMG, dei PLS e delle Farmacie aperte al pubblico:

- a) la più ampia informazione circa i benefici della vaccinazione anti-HPV, utilizzando i materiali informativi e di comunicazione predisposti allo scopo nell'ambito del Piano regionale di Comunicazione per la Prevenzione;
 - b) la raccolta e gestione del dato attestante l'avvenuto espletamento del colloquio informativo sui benefici del vaccino anti-HPV;
 - c) la raccolta, gestione e registrazione, ove non già espresso, del consenso o del formale rifiuto circa la produzione di documenti contenenti le informazioni previste dall'art. 4- bis
 - d) la raccolta e gestione del dato relativo al rifiuto espresso alla somministrazione del vaccino anti-HPV;
 - e) la raccolta e gestione del dato relativo all'avvio del programma di somministrazione del vaccino anti-HPV;
 - f) la raccolta e gestione del dato relativo alla somministrazione del vaccino anti-HPV.
 - g) il rispetto di quanto previsto dall'art.4-bis della legge regionale n.1/2024 e s.m.i., dal presente provvedimento e dalle indicazioni operative discendenti;
8. di approvare il modello, allegato C al presente provvedimento a formarne parte integrante e sostanziale, di informativa sul trattamento dei dati da utilizzarsi e pubblicarsi da parte delle scuole, degli atenei e delle Aziende Sanitarie Locali nei termini e con le modalità previsti dal quadro normativo europeo e nazionale in materia di trattamento dei dati;
 9. di stabilire che, in considerazione del calendario delle iscrizioni alle scuole dell'infanzia e delle scuole statali di ogni livello e quello delle immatricolazioni e iscrizioni agli atenei pugliesi, le attività di informazione e quelle di acquisizione del consenso o del rifiuto ai documenti di cui all'art.4-bis, come specificato nel presente provvedimento, saranno svolte anche dopo il termine di scadenza per le iscrizioni al vigente anno scolastico e anno accademico;
 10. di demandare gli ulteriori adempimenti attuativi del presente provvedimento alla Sezione Promozione della Salute e del Benessere, mediante appositi atti dirigenziali predisposti dal competente Servizio Promozione della Salute e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro d'intesa con le competenti articolazioni del Dipartimento Politiche del Lavoro, Istruzione e Formazione della Regione Puglia;
 11. di notificare il presente provvedimento a cura della Sezione Promozione della Salute e del Benessere al Dipartimento Politiche del Lavoro, Istruzione e Formazione della Regione Puglia, all'Ufficio Scolastico Regionale della Puglia, all'ANCI Puglia, alle Università degli Studi della Puglia, all'ADISU, al CURC Puglia, all'AReSS Puglia, ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali, delle Aziende Ospedaliero-Universitarie e degli IRCCS pubblici nonché alle Associazioni di categoria e delle rappresentanze delle strutture private accreditate, dei MMG, dei PLS, delle Farmacie aperte al pubblico;
 12. di pubblicare il presente provvedimento sul BURP in versione integrale;
 13. di dare atto che il presente provvedimento è soggetto a pubblicazione ai sensi dell'art. 23 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, a cura della struttura proponente.

Il Segretario Generale della Giunta

NICOLA PALADINO

Il Presidente della Giunta

RAFFAELE PIEMONTESE

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Oggetto: Legge Regionale n. 1 del 16 febbraio 2024 come modificata dalla Legge Regionale n. 22 del 30 maggio 2024 – Misure per l'aumento della copertura della vaccinazione anti Papilloma virus umano (HPV) – Indirizzi applicativi.

VISTO il Regolamento generale sulla Protezione dei Dati UE n. 2016/679 (GDPR);

VISTO il Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 come modificato e integrato dal Decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101 (Codice per la protezione dei dati personali);

VISTA la Deliberazione della Giunta regionale n.1466 del 15 settembre 2021, recante l'approvazione della Strategia regionale per la parità di genere, denominata Agenda di Genere;

VISTA la Deliberazione della Giunta regionale n.1295 del 26 settembre 2024, recante "Valutazione di Impatto di Genere (VIG)". Approvazione indirizzi metodologico-operativi e avvio fase strutturale";

VISTA la Legge Regionale n.42 del 31 dicembre 2024, recante "Disposizioni per la formazione del bilancio di previsione 2025 e bilancio pluriennale 2025-2027 della Regione Puglia (legge di stabilità regionale 2025)";

VISTA la Legge Regionale n.43 del 31 dicembre 2024, n. 43 "Bilancio di previsione della Regione Puglia per l'esercizio finanziario 2025 e pluriennale 2025-2027";

VISTA la Deliberazione della Giunta regionale n.26 del 20 gennaio 2025 recante "Bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2025 e pluriennale 2025 - 2027. Articolo 39, comma 10, del decreto legislativo 23 giugno 2011, n.118. Documento tecnico di accompagnamento e Bilancio Finanziario Gestionale. Approvazione.".

PREMESSO CHE

1. la Legge Regionale 16 febbraio 2024, n. 1 recante «Programma di eliminazione del carcinoma del collo dell'utero e delle altre patologie HPV-correlate» prevede, nel rispetto delle prestazioni sanitarie ricomprese nei Livelli essenziali di assistenza (LEA), misure specifiche di prevenzione primaria volte a ridurre il rischio di contrarre l'infezione da HPV nella popolazione sia femminile che maschile;
2. la Legge Regionale 30 maggio 2024, n. 22 recante «Modifica alla legge regionale 16 febbraio 2024, n. 1 (Programma di eliminazione del carcinoma del collo dell'utero e delle altre patologie HPV-correlate) e misure per l'aumento della copertura della vaccinazione anti Papilloma virus umano (HPV) e misure per la prevenzione delle infezioni da Virus respiratorio sinciziale nel neonato (VRS - bronchiolite)» ha aggiunto l'art. 4-bis recante «Programma di vaccinazione anti-papilloma virus umano» alla l.r. n.1/2024;
3. con Sentenza n.48/2025 del 12.03.2025 la Corte Costituzionale ha dichiarato inammissibile la questione di legittimità costituzionale dell'art. 1 della legge regionale n. 22/2024, sollevata dal Presidente del Consiglio dei ministri con il ricorso del 31/07/2024, e ha, altresì, dichiarato non fondate le questioni di legittimità costituzionale sempre relative al richiamato art. 1 sempre sollevate con il medesimo ricorso.

POSTO IN EVIDENZA CHE l'art. 4-bis della legge regionale n.1/2024 e s.m.i. prevede che:

1. l'iscrizione ai percorsi d'istruzione previsti nella fascia di età 11-25 anni, compreso quello universitario, sia subordinata alla presentazione di un documento attestante, alternativamente: la somministrazione del vaccino anti-HPV, l'avvio del programma di somministrazione, il rifiuto della somministrazione o l'avvenuto espletamento del colloquio informativo sui benefici del vaccino;

2. la possibilità di esprimere, comunque, il «formale rifiuto» di produrre alcun documento attestante le fattispecie previste dall'art. 4-bis e riportate al punto precedente;
3. come confermato dalla Suprema Corte, che «la produzione dell'attestato non è, dunque, prevista come condizione dell'iscrizione scolastica» atteso che la norma «ha il fine di indurre alla vaccinazione anti-HPV o, almeno, di assicurare il “dissenso informato”, cioè di far sì che il rifiuto avvenga con piena consapevolezza» e che «tale obiettivo è perseguito, però, inducendo il genitore o il giovane maggiorenne a riflettere sulla mancata vaccinazione anti-HPV, non imponendogli la produzione di un attestato»;
4. come opportunamente rimarcato dalla Suprema Corte, si tratta, quindi, «di una “spinta gentile” (*nudge*), cioè di un approccio che mira ad influenzare le decisioni pur salvaguardando la libertà di scelta».

DATO ATTO, quindi, che l'attuazione del disposto normativo regionale impone una evoluzione del modello organizzativo, di processo e tecnologico per assicurare:

1. la raccolta del consenso o del formale rifiuto di produrre documento contenente le informazioni previste dall'art. 4-bis della norma;
2. la raccolta e gestione del dato attestante l'avvenuto espletamento del colloquio informativo sui benefici del vaccino anti-HPV;
3. la raccolta e gestione del dato relativo al rifiuto espresso alla somministrazione del vaccino anti-HPV;
4. la raccolta e gestione del dato relativo all'avvio del programma di somministrazione del vaccino anti-HPV;
5. la raccolta e gestione del dato relativo alla somministrazione del vaccino anti-HPV.

RICHIAMATE le disposizioni contenute nel D.lgs 82/2005 e s.m.i. recante «Codice dell'Amministrazione Digitale» (in breve CAD) e, in specie:

1. gli art. 40 e 41 che impongono a tutte le Pubbliche Amministrazioni di formare, protocollare, gestire e conservare i documenti in formato informatico;
2. l'art. 1 che definisce documento informatico come «la rappresentazione informatica di atti, fatti o dati giuridicamente rilevanti»;
3. l'art. 1, comma 1, lettera p-quater che definisce il «documento amministrativo informatico» come «il documento informatico redatto dalla pubblica amministrazione nell'esercizio della propria attività amministrativa» ossia una sottocategoria del documento informatico, ma con specifico valore amministrativo il quale deve essere formato, gestito, firmato e conservato secondo le regole tecniche AgID e che viene prodotto dalla PA nell'ambito dei suoi compiti istituzionali (es. delibere, inviti, comunicazioni, referti firmati...);
4. l'art. 50 che prevede che le Pubbliche Amministrazioni condividono i dati tra loro per lo svolgimento delle rispettive funzioni istituzionali, nel rispetto del GDPR;
5. l'art. 50-ter che prevede che le Pubbliche Amministrazioni non possono richiedere dati già in possesso di altre amministrazioni, ma devono acquisirli d'ufficio;
6. l'art. 58 che prevede che le Pubbliche Amministrazioni rendono accessibili i propri dati alle altre PA tramite basi di dati, nel rispetto delle regole di interoperabilità e sicurezza;
7. l'art. 64-bis che prevede che l'accesso ai servizi online e lo scambio di dati deve avvenire tramite identità digitale (SPID, CIE, CNS);

8. l'art. 71 che dispone che le verifiche dei requisiti autocertificati devono avvenire tramite consultazione diretta delle banche dati pubbliche.

POSTO IN EVIDENZA CHE

1. il decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, convertito, con modificazioni, dall'art. 1 della legge 31 luglio 2017, n. 119, recante: «Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale, di malattie infettive e di controversie relative alla somministrazione di farmaci» e, in particolare, l'art. 4-bis, prevede che con decreto del Ministro della salute, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, è istituita presso il Ministero della salute, anche attraverso il riuso di sistemi informatici o di parte di essi già realizzati da altre amministrazioni sanitarie, l'Anagrafe nazionale vaccini, nella quale sono registrati i soggetti vaccinati e da sottoporre a vaccinazione, i soggetti di cui all'art. 1, commi 2 e 3, del medesimo decreto-legge n. 73 del 2017, nonché le dosi e i tempi di somministrazione delle vaccinazioni effettuate e gli eventuali effetti indesiderati;
2. il decreto del Ministero della Salute 17 settembre 2018 recante «Istituzione dell'Anagrafe nazionale vaccini» e, in particolare, l'art. 2 prevede che l'Anagrafe nazionale vaccini raccolga, ai sensi del comma 2 dell'art. 4-bis del decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, i dati delle anagrafi vaccinali regionali le quali consistono «in una banca dati regionale dotata di un sistema informativo unico», collegata con l'anagrafe regionale degli assistiti;
3. l'Anagrafe regionale vaccini «ha lo scopo di garantire la corretta conduzione dei programmi di vaccinazione, il monitoraggio dell'efficienza dell'attività ed il controllo della sua efficacia attraverso il calcolo delle coperture vaccinali e di altri indicatori a livello regionale e aziendale, il supporto alla pianificazione di procedure di audit e di processi di benchmarking all'interno della regione e le funzioni di programmazione regionale in tema di strategie vaccinali» e contiene, per gli assistiti residenti nella relativa regione o provincia autonoma, i dati di cui all'art. 1, comma 4, lettere a), b), c), d), e) del citato DM 17/9/2018, come specificati dal disciplinare tecnico di cui all'allegato A al medesimo Decreto;
4. la Regione Puglia si è dotata di un proprio sistema informativo unico regionale denominato «GIAVA» deputato alla gestione delle attività e dei dati relativi alle vaccinazioni, nel rispetto del quadro normativo e dispositivo nazionale;
5. la Regione Puglia ha approvato il Piano Triennale di Riorganizzazione Digitale 2022-2024 con la Deliberazione della Giunta regionale del 30.05.2022, n. 791;
6. il Piano Triennale di Riorganizzazione Digitale della Regione Puglia prevede, tra l'altro, il sistema informativo deputato alla gestione delle attività e dell'anagrafe vaccinale regionale (GIAVA) e la piattaforma di comunicazione multicanale (Sm@rtHealth) deputata ad assicurare il supporto alla chiamata attiva, alle comunicazioni, alle informazioni e al contatto con le persone coinvolte dai programmi di promozione della salute e di prevenzione.

RITENUTO

1. di dare attuazione all'4-bis della legge regionale n.1/2024 e s.m.i. prevedendo:
 - a) la progettazione, organizzazione e realizzazione di una specifica e diffusa campagna di informazione, sensibilizzazione e comunicazione istituzionale, in coerenza con quanto previsto dal Piano regionale di Comunicazione per la Prevenzione (PrCP) approvato con Deliberazione di Giunta Regionale n.1967/2022;
 - b) la modifica ed evoluzione del sistema informativo deputato alla gestione delle attività e dell'anagrafe vaccinale regionale (GIAVA), al fine di assicurare la gestione

- informatizzata dei dati connessi alle fasi introdotte dalla norma e attualmente non gestite nonché di prevedere l'estensione di talune funzionalità alle Università degli Studi della Puglia;
- c) la modifica ed evoluzione della piattaforma di comunicazione multicanale (Sm@rtHealth) finalizzandone le funzionalità a supporto delle attività e per il raggiungimento degli obiettivi di sensibilizzazione e consapevolezza previste dalla norma;
 - d) la progettazione di appositi ambiti informativi e funzionali nell'ambito del nuovo portale regionale "Puglia Prevenzione" in via di realizzazione;
2. di disporre che tutti gli istituti scolastici di ogni ordine e grado anche paritari assicurino la messa a disposizione dei dati in loro possesso e l'assolvimento degli adempimenti discendenti dall'attuazione dell'art. 4-bis della legge regionale n.1/2024 e s.m.i. mediante l'utilizzo delle funzionalità previste nell'ambito del sistema informativo regionale "GIAVA";
 3. di disporre, in specie, che tutti gli istituti scolastici di ogni ordine e grado anche paritari assicurino in favore dei giovani pugliesi nella fascia d'età 11-25 anni:
 - a) l'informazione circa i benefici della vaccinazione anti-HPV;
 - b) la raccolta del consenso o del formale rifiuto circa la produzione di documenti contenenti le informazioni previste dall'art. 4-bis, da parte di chi esercita la responsabilità genitoriale, utilizzando il modello "allegato A", oppure da parte dei soggetti interessati, utilizzando il modello "allegato B", entrambi allegati al presente provvedimento a formarne parte integrante e sostanziale;
 - c) la trasmissione informatica, mediante upload effettuato utilizzando le funzionalità del sistema informativo regionale "GIAVA", degli elenchi dei giovani pugliesi in fascia d'età 11-25 anni per i quali sia stata data l'informativa e raccolto il consenso o il diniego alla produzione di documento contenente le informazioni previste dall'art. 4-bis;
 - d) il recupero informativo, mediante le funzionalità del sistema informativo regionale "GIAVA", dei dati contenenti attestante una delle condizioni di cui all'art. 4-bis.
 4. di disporre che tutti i professionisti e gli operatori sanitari addetti alle attività di prevenzione e di promozione della salute, di counselling, di vaccinazione assicurino in favore dei giovani pugliesi in fascia d'età 11-25 anni e/o di chi esercita la responsabilità genitoriale, puntuale informazione sui benefici della vaccinazione anti-HPV;
 5. di disporre che tutti i professionisti e gli operatori sanitari addetti alle attività vaccinali assicurino, mediante le funzionalità del sistema informativo regionale "GIAVA":
 - a) la raccolta e gestione del dato attestante l'avvenuto espletamento del colloquio informativo sui benefici del vaccino anti-HPV;
 - b) la registrazione, ove non già espresso, del consenso o del formale rifiuto circa la produzione di documenti contenenti le informazioni previste dall'art. 4-bis;
 - c) la raccolta e gestione del dato relativo al rifiuto espresso alla somministrazione del vaccino anti-HPV;
 - d) la raccolta e gestione del dato relativo all'avvio del programma di somministrazione del vaccino anti-HPV;
 - e) la raccolta e gestione del dato relativo alla somministrazione del vaccino anti-HPV.

6. di disporre che il Dipartimento Politiche del Lavoro, Istruzione e Formazione della Regione Puglia, in specie attraverso la Sezione Istruzione e Università, l'Ufficio Scolastico Regionale della Puglia, l'ANCI Puglia, le Università degli Studi della Puglia, l'ADISU, il CURC Puglia, assicurino - attraverso le rispettive articolazioni territoriali, gli enti e gli organismi di competenza - da parte di tutti gli operatori del sistema di istruzione:
 - a) la più ampia informazione circa i benefici della vaccinazione anti-HPV, utilizzando i materiali informativi e di comunicazione predisposti allo scopo nell'ambito del Piano regionale di Comunicazione per la Prevenzione;
 - b) la raccolta del consenso o del formale rifiuto circa la produzione di documenti contenenti le informazioni previste dall'art. 4-bis, da parte di chi esercita la responsabilità genitoriale, utilizzando il modello "allegato A", oppure da parte dei soggetti interessati, utilizzando il modello "allegato B", entrambi allegati al presente provvedimento a formarne parte integrante e sostanziale;
 - c) il rispetto di quanto previsto dall'art.4-bis della legge regionale n.1/2024 e s.m.i., dal presente provvedimento e dalle indicazioni operative discendenti;
7. di disporre che i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali, delle Aziende Ospedaliero-Universitarie e degli IRCCS pubblici nonché i Direttori Sanitari delle Strutture private accreditate assicurino da parte dei professionisti, degli operatori sanitari di tutte le articolazioni organizzative di competenza nonché dei MMG, dei PLS e delle Farmacie aperte al pubblico:
 - a) la più ampia informazione circa i benefici della vaccinazione anti-HPV, utilizzando i materiali informativi e di comunicazione predisposti allo scopo nell'ambito del Piano regionale di Comunicazione per la Prevenzione;
 - b) la raccolta e gestione del dato attestante l'avvenuto espletamento del colloquio informativo sui benefici del vaccino anti-HPV;
 - c) la raccolta, gestione e registrazione, ove non già espresso, del consenso o del formale rifiuto circa la produzione di documenti contenenti le informazioni previste dall'art. 4-bis
 - d) la raccolta e gestione del dato relativo al rifiuto espresso alla somministrazione del vaccino anti-HPV;
 - e) la raccolta e gestione del dato relativo all'avvio del programma di somministrazione del vaccino anti-HPV;
 - f) la raccolta e gestione del dato relativo alla somministrazione del vaccino anti-HPV.
 - g) il rispetto di quanto previsto dall'art.4-bis della legge regionale n.1/2024 e s.m.i., dal presente provvedimento e dalle indicazioni operative discendenti;
8. di approvare il modello, allegato C al presente provvedimento a formarne parte integrante e sostanziale, di informativa sul trattamento dei dati da utilizzarsi e pubblicarsi da parte delle scuole, degli atenei e delle Aziende Sanitarie Locali nei termini e con le modalità previsti dal quadro normativo europeo e nazionale in materia di trattamento dei dati;
9. di stabilire che, in considerazione del calendario delle iscrizioni alle scuole dell'infanzia e delle scuole statali di ogni livello e quello delle immatricolazioni e iscrizioni agli atenei pugliesi, le attività di informazione e quelle di acquisizione del consenso o del rifiuto ai documenti di cui all'art.4-bis, come specificato nel presente provvedimento, saranno svolte anche dopo il termine di scadenza per le iscrizioni al vigente anno scolastico e anno accademico;

- con le competenti articolazioni del Dipartimento Politiche del Lavoro, Istruzione e Formazione della Regione Puglia;
11. di notificare il presente provvedimento a cura della Sezione Promozione della Salute e del Benessere al Dipartimento Politiche del Lavoro, Istruzione e Formazione della Regione Puglia, all'Ufficio Scolastico Regionale della Puglia, all'ANCI Puglia, alle Università degli Studi della Puglia, all'ADISU, al CURC Puglia, all'AReSS Puglia, ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali, delle Aziende Ospedaliere-Universitarie e degli IRCCS pubblici nonché alle Associazioni di categoria e delle rappresentanze delle strutture private accreditate, dei MMG, dei PLS, delle Farmacie aperte al pubblico;
 12. di pubblicare il presente provvedimento sul BURP in versione integrale;
 13. di dare atto che il presente provvedimento è soggetto a pubblicazione ai sensi dell'art. 23 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, a cura della struttura proponente.
- RAVVISATA la necessità di dare attuazione a quanto previsto dall'4-bis della legge regionale n.1/2024 e s.m.i. come innanzi descritto.

Garanzie di riservatezza

“La pubblicazione sul BURP, nonché la pubblicazione all'Albo o sul sito istituzionale, salve le garanzie previste dalla legge n. 241/1990 ss.mm.ii. in tema di accesso ai documenti amministrativi, avviene nel rispetto della tutela della riservatezza dei cittadini secondo quanto disposto dal Regolamento UE n. 2016/679 in materia di protezione dei dati personali, nonché dal D.Lgs. n. 196/2003 ss.mm.ii., ed ai sensi del vigente Regolamento regionale n. 5/2006 per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari, in quanto applicabile. Ai fini della pubblicità legale, il presente provvedimento è stato redatto in modo da evitare la diffusione di dati personali identificativi non necessari ovvero il riferimento alle particolari categorie di dati previste dagli articoli 9 e 10 del succitato Regolamento UE.”.

VALUTAZIONE IMPATTO DI GENERE

Esiti valutazione impatto di genere: neutro.

COPERTURA FINANZIARIA AI SENSI DEL D.LGS. 118/2011 E SS.MM.II.

La presente deliberazione non comporta implicazioni dirette e/o indirette, di natura economico-finanziaria e/o patrimoniale e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale.

Tutto ciò premesso, al fine di procedere con l'attuazione di quanto previsto dall'art. 4-bis della legge regionale n.1/2024, ai sensi dell'art. 4, co. 4, lett. c) e k) della L.R. 7/1997, si propone alla Giunta regionale:

1. di dare attuazione all'4-bis della legge regionale n.1/2024 e s.m.i. prevedendo:
 - a) la progettazione, organizzazione e realizzazione di una specifica e diffusa campagna di informazione, sensibilizzazione e comunicazione istituzionale, in coerenza con quanto previsto dal Piano regionale di Comunicazione per la Prevenzione (PrCP) approvato con Deliberazione di Giunta Regionale n.1967/2022;
 - b) la modifica ed evoluzione del sistema informativo deputato alla gestione delle attività e dell'anagrafe vaccinale regionale (GIAVA), al fine di assicurare la gestione

- informatizzata dei dati connessi alle fasi introdotte dalla norma e attualmente non gestite nonché di prevedere l'estensione di talune funzionalità alle Università degli Studi della Puglia;
- c) la modifica ed evoluzione della piattaforma di comunicazione multicanale (Sm@rtHealth) finalizzandone le funzionalità a supporto delle attività e per il raggiungimento degli obiettivi di sensibilizzazione e consapevolezza previste dalla norma;
 - d) la progettazione di appositi ambiti informativi e funzionali nell'ambito del nuovo portale regionale "Puglia Prevenzione" in via di realizzazione;
2. di disporre che tutti gli istituti scolastici di ogni ordine e grado anche paritari assicurino la messa a disposizione dei dati in loro possesso e l'assolvimento degli adempimenti discendenti dall'attuazione dell'art. 4-bis della legge regionale n.1/2024 e s.m.i. mediante l'utilizzo delle funzionalità previste nell'ambito del sistema informativo regionale "GIAVA";
 3. di disporre, in specie, che tutti gli istituti scolastici di ogni ordine e grado anche paritari assicurino in favore dei giovani pugliesi nella fascia d'età 11-25 anni:
 - a) l'informazione circa i benefici della vaccinazione anti-HPV;
 - b) la raccolta del consenso o del formale rifiuto circa la produzione di documenti contenenti le informazioni previste dall'art. 4-bis, da parte di chi esercita la responsabilità genitoriale, utilizzando il modello "allegato A", oppure da parte dei soggetti interessati, utilizzando il modello "allegato B", entrambi allegati al presente provvedimento a formarne parte integrante e sostanziale;
 - c) la trasmissione informatica, mediante upload effettuato utilizzando le funzionalità del sistema informativo regionale "GIAVA", degli elenchi dei giovani pugliesi in fascia d'età 11-25 anni per i quali sia stata data l'informativa e raccolto il consenso o il diniego alla produzione di documento contenente le informazioni previste dall'art. 4-bis;
 - d) il recupero informativo, mediante le funzionalità del sistema informativo regionale "GIAVA", dei dati contenenti attestante una delle condizioni di cui all'art. 4-bis.
 4. di disporre che tutti i professionisti e gli operatori sanitari addetti alle attività di prevenzione e di promozione della salute, di counselling, di vaccinazione assicurino in favore dei giovani pugliesi in fascia d'età 11-25 anni e/o di chi esercita la responsabilità genitoriale, puntuale informazione sui benefici della vaccinazione anti-HPV;
 5. di disporre che tutti i professionisti e gli operatori sanitari addetti alle attività vaccinali assicurino, mediante le funzionalità del sistema informativo regionale "GIAVA":
 - a) la raccolta e gestione del dato attestante l'avvenuto espletamento del colloquio informativo sui benefici del vaccino anti-HPV;
 - b) la registrazione, ove non già espresso, del consenso o del formale rifiuto circa la produzione di documenti contenenti le informazioni previste dall'art. 4-bis;
 - c) la raccolta e gestione del dato relativo al rifiuto espresso alla somministrazione del vaccino anti-HPV;
 - d) la raccolta e gestione del dato relativo all'avvio del programma di somministrazione del vaccino anti-HPV;
 - e) la raccolta e gestione del dato relativo alla somministrazione del vaccino anti-HPV.

6. di disporre che il Dipartimento Politiche del Lavoro, Istruzione e Formazione della Regione Puglia, in specie attraverso la Sezione Istruzione e Università, l'Ufficio Scolastico Regionale della Puglia, l'ANCI Puglia, le Università degli Studi della Puglia, l'ADISU, il CURC Puglia, assicurino - attraverso le rispettive articolazioni territoriali, gli enti e gli organismi di competenza - da parte di tutti gli operatori del sistema di istruzione:
 - a) la più ampia informazione circa i benefici della vaccinazione anti-HPV, utilizzando i materiali informativi e di comunicazione predisposti allo scopo nell'ambito del Piano regionale di Comunicazione per la Prevenzione;
 - b) la raccolta del consenso o del formale rifiuto circa la produzione di documenti contenenti le informazioni previste dall'art. 4-bis, da parte di chi esercita la responsabilità genitoriale, utilizzando il modello "allegato A", oppure da parte dei soggetti interessati, utilizzando il modello "allegato B", entrambi allegati al presente provvedimento a formarne parte integrante e sostanziale;
 - c) il rispetto di quanto previsto dall'art.4-bis della legge regionale n.1/2024 e s.m.i., dal presente provvedimento e dalle indicazioni operative discendenti;
7. di disporre che i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali, delle Aziende Ospedaliero-Universitarie e degli IRCCS pubblici nonché i Direttori Sanitari delle Strutture private accreditate assicurino da parte dei professionisti, degli operatori sanitari di tutte le articolazioni organizzative di competenza nonché dei MMG, dei PLS e delle Farmacie aperte al pubblico:
 - a) la più ampia informazione circa i benefici della vaccinazione anti-HPV, utilizzando i materiali informativi e di comunicazione predisposti allo scopo nell'ambito del Piano regionale di Comunicazione per la Prevenzione;
 - b) la raccolta e gestione del dato attestante l'avvenuto espletamento del colloquio informativo sui benefici del vaccino anti-HPV;
 - c) la raccolta, gestione e registrazione, ove non già espresso, del consenso o del formale rifiuto circa la produzione di documenti contenenti le informazioni previste dall'art. 4-bis
 - d) la raccolta e gestione del dato relativo al rifiuto espresso alla somministrazione del vaccino anti-HPV;
 - e) la raccolta e gestione del dato relativo all'avvio del programma di somministrazione del vaccino anti-HPV;
 - f) la raccolta e gestione del dato relativo alla somministrazione del vaccino anti-HPV.
 - g) il rispetto di quanto previsto dall'art.4-bis della legge regionale n.1/2024 e s.m.i., dal presente provvedimento e dalle indicazioni operative discendenti;
8. di approvare il modello, allegato C al presente provvedimento a formarne parte integrante e sostanziale, di informativa sul trattamento dei dati da utilizzarsi e pubblicarsi da parte delle scuole, degli atenei e delle Aziende Sanitarie Locali nei termini e con le modalità previsti dal quadro normativo europeo e nazionale in materia di trattamento dei dati;
9. di stabilire che, in considerazione del calendario delle iscrizioni alle scuole dell'infanzia e delle scuole statali di ogni livello e quello delle immatricolazioni e iscrizioni agli atenei pugliesi, le attività di informazione e quelle di acquisizione del consenso o del rifiuto ai documenti di cui all'art.4-bis, come specificato nel presente provvedimento, saranno svolte anche dopo il termine di scadenza per le iscrizioni al vigente anno scolastico e anno accademico;

10. di demandare gli ulteriori adempimenti attuativi del presente provvedimento alla Sezione Promozione della Salute e del Benessere, mediante appositi atti dirigenziali predisposti dal competente Servizio Promozione della Salute e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro d'intesa con le competenti articolazioni del Dipartimento Politiche del Lavoro, Istruzione e Formazione della Regione Puglia;
11. di notificare il presente provvedimento a cura della Sezione Promozione della Salute e del Benessere al Dipartimento Politiche del Lavoro, Istruzione e Formazione della Regione Puglia, all'Ufficio Scolastico Regionale della Puglia, all'ANCI Puglia, alle Università degli Studi della Puglia, all'ADISU, al CURC Puglia, all'AReSS Puglia, ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali, delle Aziende Ospedaliero-Universitarie e degli IRCCS pubblici nonché alle Associazioni di categoria e delle rappresentanze delle strutture private accreditate, dei MMG, dei PLS, delle Farmacie aperte al pubblico;
12. di pubblicare il presente provvedimento sul BURP in versione integrale;
13. di dare atto che il presente provvedimento è soggetto a pubblicazione ai sensi dell'art. 23 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, a cura della struttura proponente.

I sottoscritti attestano la regolarità amministrativa dell'attività istruttoria e della proposta, ai sensi dell'art. 6, co. 3, lett. da a) ad e) delle Linee guida sul "Sistema dei controlli interni nella Regione Puglia", adottate con D.G.R. 23 luglio 2019, n. 1374.

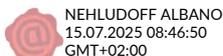
Il Funzionario Istruttore

(Mariangela Dafne Vincenti)



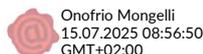
Il Dirigente del Servizio "Promozione della Salute e della Sicurezza nei Luoghi di Lavoro"

(Nehludoff Albano)



Il Dirigente di Sezione "Promozione della Salute e del Benessere"

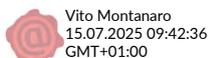
(Onofrio Mongelli)



I Direttori ai sensi degli artt. 18 e 20 del Decreto del Presidente della Giunta regionale 22 gennaio 2021, n. 22 e ss.mm.ii., NON RAVVISANO osservazioni alla presente proposta di DGR.

Il Direttore del Dipartimento "Promozione della Salute e del Benessere Animale"

(Vito Montanaro)



Il Direttore del Dipartimento "Politiche del Lavoro, Istruzione e Formazione"

(Silvia Pellegrini)



L'Assessore alla Sanità e Benessere animale, Sport per tutti, ai sensi del vigente Regolamento della Giunta regionale congiuntamente all'Assessore Formazione e Lavoro, Politiche per il lavoro, Diritto allo studio, Scuola, Università, Formazione Professionale,

propongono

alla Giunta regionale l'adozione del presente atto.

L'Assessore alla Sanità e Benessere animale, Sport per tutti

(Raffaele Piemontese)

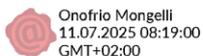
 Raffaele Piemontese
11.09.2025 18:27:23
GMT+02:00

**L'Assessore Formazione e Lavoro, Politiche per il lavoro, Diritto allo studio, Scuola,
Università, Formazione Professionale**

(Sebastiano Leo)

Leo
Sebastiano Giuseppe
30.07.2025
12:08:27
UTC





Onofrio Mongelli
11.07.2025 08:19:00
GMT+02:00

Allegato "A"

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO o di RIFIUTO ALLA PRODUZIONE DI DOCUMENTO
AI SENSI DELL'ART. 4-BIS DELLA LEGGE REGIONALE 16.02.2024, n. 1**

GENITORE 1

Cognome e nome _____ codice fiscale _____ nat_ a _____
 _____ (prov. ___) il ___/___/___ e residente nel comune di _____
 _____ (prov. ___) alla via _____
 n. _____ cap. _____ indirizzo PEC _____ indirizzo PEO _____
 _____ recapito telefonico _____

GENITORE 2

Cognome e nome _____ codice fiscale _____ nat_ a _____
 _____ (prov. ___) il ___/___/___ e residente nel comune di _____
 _____ (prov. ___) alla via _____
 n. _____ cap. _____ indirizzo PEC _____ indirizzo PEO _____
 _____ recapito telefonico _____

RAPPRESENTANTE LEGALE

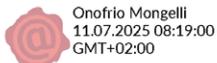
Cognome e nome _____ codice fiscale _____ nat_ a _____
 _____ (prov. ___) il ___/___/___ e residente nel comune di _____
 _____ (prov. ___) alla via _____
 n. _____ cap. _____ indirizzo PEC _____ indirizzo PEO _____
 recapito telefonico _____ Provvedimento _____ rilasciato da _____
 _____ data di rilascio ___/___/___

___ I ___ sottoscritt ___ consapevole/i delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, anche ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del DPR 445/2000 e ss.mm.ii., nonché in caso di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità, dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false, in nome e per conto del minore del minore o del soggetto sottoposto a tutela:

Cognome e nome _____ codice fiscale _____
 nat_ a _____ (prov. ___) il ___/___/___ e residente nel comune di _____
 _____ (prov. ___) alla via _____
 n. _____ cap. _____

- DICHIARA DI AVER PRESO CONOSCENZA DELL'INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI**
- DICHIARA, AI SENSI E PER GLI EFFETTI DELL'ART.4-BIS DELLA L.R. n.1/2024 DI AVER RICEVUTO AMPIA E APPROFONDATA INFORMAZIONE ANCHE MEDIANTE MATERIALI INFORMATIVI CIRCA I VANTAGGI DELLA VACCINAZIONE ANTI PAPPILOMA VIRUS UMANO (HPV)**
- ESPRIME** (barrare l'ipotesi che ricorre)
- il consenso alla produzione di documenti con le informazioni di cui all'art. 4-bis della legge regionale n.1/2024;
- il diniego alla produzione di documenti con le informazioni di cui all'art. 4-bis della legge regionale n.1/2024.

Luogo e data	Firma del Genitore/Genitori/Rappresentante legale
--------------	---



Allegato "B"

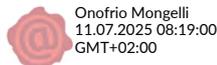
**DICHIARAZIONE DI CONSENSO o di RIFIUTO ALLA PRODUZIONE DI DOCUMENTO
AI SENSI DELL'ART. 4-BIS DELLA LEGGE REGIONALE 16.02.2024, n. 1**

__I__ sottoscritt_ cognome e nome _____
codice fiscale _____ nat_ a _____ (prov. ____)
il __/__/____ e residente nel comune di _____
(prov. ____) alla via _____ n. _____ cap. _____
indirizzo PEC _____ indirizzo PEO _____ recapito
telefonico _____

consapevole/i delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, anche ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del DPR 445/2000 e ss.mm.ii., nonché in caso di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità, dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false,

- DICHIARA DI AVER PRESO CONOSCENZA DELL'INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI**
- DICHIARA, AI SENSI E PER GLI EFFETTI DELL'ART.4-BIS DELLA L.R. n.1/2024 DI AVER RICEVUTO AMPIA E APPROFONDATA INFORMAZIONE ANCHE MEDIANTE MATERIALI INFORMATIVI CIRCA I VANTAGGI DELLA VACCINAZIONE ANTI PAPILOMA VIRUS UMANO (HPV)**
- ESPRIME** (barrare l'ipotesi che ricorre)
- il consenso alla produzione di documenti con le informazioni di cui all'art. 4-bis della legge regionale n.1/2024;
- il diniego alla produzione di documenti con le informazioni di cui all'art. 4-bis della legge regionale n.1/2024.

Luogo e data	Firma
--------------	-------

*Allegato C**Fac-simile*

Informativa ex artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo 2016/679

La presente informativa è resa per adempiere a quanto previsto dall'art. 4-bis della legge del 16 febbraio 2024 n. 1, così come modificata dalla legge 30 maggio 2024 n. 22 con le quali la Regione Puglia ha introdotto, al fine di accrescere l'informazione sul vaccino anti Papilloma virus, un nuovo strumento ("dissenso informato") che consente agli interessati di esercitare una scelta consapevole, anche quella di non vaccinarsi.

La legge – dichiarata costituzionalmente legittima dalla Corte Costituzionale (sentenza n. 48 depositata il 17.4.2025) – richiede agli studenti compresi nella fascia d'età da 11 a 25 anni (per i minori, ai genitori/rappresentanti legali), prima dell'iscrizione a scuola o all'università, di prendere una delle seguenti, tra loro equivalenti, posizioni:

- a) presentazione di certificazione sull'avvenuta vaccinazione;
- b) presentazione di un certificato rilasciato dall'ASL, attestante la somministrazione, l'avvio del programma di somministrazione del vaccino;
- c) presentazione dell'attestazione rilasciata dall'ASL ad oggetto il rifiuto alla somministrazione del vaccino;
- d) presentazione di una attestazione rilasciata dall'ASL, su richiesta degli interessati, in cui si dichiara l'avvenuto espletamento del colloquio informativo sui benefici della vaccinazione;
- e) presentazione, da parte degli interessati, di dichiarazione scritta attestante formale rifiuto di produrre alcun documento.

Ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 recante la disciplina europea per la protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati (in seguito, per brevità, "Regolamento") e nel rispetto del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e ss.mm.ii., si informa che i dati personali forniti formeranno oggetto di trattamento secondo gli obblighi di riservatezza previsti dalla normativa.

Lo scopo della presente informativa Privacy è fornire in maniera trasparente le informazioni relative alla procedura adottata dalle scuole dell'infanzia e delle scuole statali di ogni livello e dagli atenei pugliesi nonché dalle Aziende Sanitarie Locali per il trattamento dei dati sullo stato vaccinale studenti compresi nella fascia d'età da 11 a 25 anni in conformità alle indicazioni di cui all'art. 4-bis della L.R. n. 1 del 16/02/2024 e ss.mm.ii.

La mancata effettuazione della vaccinazione anti Papilloma virus (anti-HPV) non costituisce requisito di accesso alla frequenza scolastica o universitaria.

1. Titolare del trattamento

il Titolare del trattamento è _____ avente personalità giuridica autonoma e legalmente rappresentata da _____
dott. _____ e-mail _____
PEC _____ tel. _____

2. Responsabile Protezione Dati

Il Responsabile della Protezione dei Dati (RPD) è _____
tel. _____ e-mail _____
PEC _____

3. Dati trattati

I dati personali trattati sono quelli previsti dall'art.4-bis della Legge Regionale n. 1 del 16.02.2024 e ss.mm.ii. inerenti le fattispecie sopra richiamate relative alla campagna di informazione e di sostegno alla vaccinazione anti Papilloma virus (HPV) degli studenti compresi nella fascia d'età da 11 a 25 anni.

In particolare saranno oggetto di trattamento le seguenti informazioni:

1. COGNOME E NOME
2. DATA DI NASCITA
3. COMUNE DI NASCITA (se straniero, il Paese di origine)
4. SESSO
5. CODICE FISCALE
6. ESPLETAMENTO COLLOQUIO INFORMATIVO BENEFICI VACCINAZIONE ANTI HPV
7. ASSENSO O RIFIUTO ALLA PRODUZIONE DEI DOCUMENTI previsti dall'art.4-bis L.R. 1/2024
8. IN CASO DI ASSENSO ALLA PRODUZIONE DEI DOCUMENTI, SITUAZIONE VACCINALE relativa all'anti Papilloma virus (HPV) con rilevazione di una delle seguenti condizioni: "vaccinazione eseguita", "avvio del programma di somministrazione", "rifiuto alla somministrazione del vaccino", "espletamento del colloquio informativo sui benefici della vaccinazione".

4. Base legale e finalità

I dati personali - raccolti con il **consenso** degli interessati - sono trattati ai sensi della Legge Regionale n.1/2024 e ss.mm.ii. per consentire l'espletamento degli adempimenti amministrativi connessi alla richiesta di iscrizione al percorso di istruzione.

Il conferimento dei dati personali da parte dell'interessato (ovvero da parte dei genitori/legali rappresentanti) per le finalità sopra indicate è facoltativo, esplicito e volontario; tuttavia, l'eventuale rifiuto di conferirli – se non formalizzato – comporterà l'impossibilità di finalizzare l'istanza di iscrizione.

5. Scambio di informazioni tra istituti scolastici e Aziende Sanitarie Locali

Lo scambio di informazioni tra le scuole dell'infanzia, le scuole statali di ogni livello, gli atenei pugliesi e le Aziende Sanitarie Locali avvengono ai sensi, per gli effetti e con le modalità previste dal D.lgs. 82/2005 e ss.mm.ii. (Codice dell'Amministrazione Digitale) per le sole finalità connesse all'attuazione dell'art. 4-bis della Legge Regionale n.1/2024 e ss.mm.ii.

6. Richiesta di informazioni alle famiglie

Per le finalità di cui alla legge regionale n.1/2024 e ss.mm.ii. gli operatori degli istituti scolastici, delle università e delle Aziende Sanitarie Locali della Puglia richiedono agli interessati (studenti o famiglie/rappresentanti legali degli studenti) la produzione di dichiarazioni e/o documenti come identificati dall'art. 4-bis della norma sopra richiamata e riportati nella presente informativa o li acquisiscono, in caso di assenso, mediante interscambio di dati effettuato ai sensi e con le modalità previste dal D.lgs. n.82/2005 e ss.mm.ii.

7. Modalità di trattamento

I dati personali sono trattati secondo i principi di liceità, correttezza e trasparenza, e vengono acquisiti e conservati con l'ausilio di strumenti, anche elettronici, idonei a garantirne la sicurezza e la riservatezza secondo le modalità previste dalle leggi e dai regolamenti vigenti.

I dati personali, una volta acquisiti dall'interessato unicamente per il conseguimento delle finalità indicate, possono essere trattati dalle seguenti categorie di soggetti:

- dipendenti del Titolare autorizzati al trattamento dei dati personali;

- soggetti a cui la comunicazione dei dati debba essere effettuata in adempimento di un obbligo previsto dalla legge, da un regolamento o dalla normativa comunitaria (es. Autorità con finalità ispettive o che svolgono attività di controllo o di verifica).

8. Trasferimento di dati personali verso paesi terzi o organizzazioni internazionali

Non è previsto nessun trasferimento dei dati personali verso Paesi Extra UE.

9. Esistenza di processi decisionali automatizzati

Non vengono eseguiti trattamenti automatizzati o di profilazione dei dati personali conferiti.

10. Periodo di conservazione dei dati personali

I dati personali verranno conservati per tutta la durata del percorso di studi.

11. Diritti degli interessati

Il Regolamento (UE) 2016/679 attribuisce ai soggetti interessati i seguenti diritti:

- diritto di accesso (art. 15 del Regolamento);
- diritto di rettifica (art. 16 del Regolamento);
- diritto alla cancellazione (art. 17 del Regolamento);
- diritto di limitazione di trattamento (art. 18 del Regolamento);
- diritto di opposizione (art. 21 del Regolamento);
- diritto di non essere sottoposti a una decisione basata unicamente sul trattamento automatizzato, compresa la profilazione, che produca effetti giuridici che li riguardano o che incida in modo analogo significativamente sulle loro persone (art. 22 del Regolamento).

In relazione al trattamento dei dati che La riguardano, si potrà rivolgere al Titolare del trattamento per esercitare i predetti diritti.

12. Diritto di reclamo

Gli interessati nel caso in cui ritengano che il trattamento dei dati personali a loro riferiti sia compiuto in violazione di quanto previsto dal Regolamento (UE) 2016/679 hanno il diritto di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, come previsto dall'art. 77 del Regolamento, o di adire le opportune sedi giudiziarie ai sensi dell'art. 79 del Regolamento.

Il Dirigente Scolastico / Il Rettore / Il Direttore Generale

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 12 settembre 2025, n. 1309

Presa d'atto e approvazione del Regolamento di Organizzazione e Funzionamento dell' IRCCS "G. Paolo II" ai sensi del D.lgs n. 288 e ss mm e ii e della Legge Regionale n. 17 del 29.05.2017

LA GIUNTA REGIONALE

VISTI:

- gli artt. 4, 5 e 6 della L.R. 4 febbraio 1997, n. 7;
- la Deliberazione della Giunta Regionale n. 3261 del 28 luglio 1998;
- gli artt. 4 e 16 del D.lgs. n. 165 del 30.03.2001 e ss.mm.ii.;
- gli artt. 43 e 44 dello Statuto della Regione Puglia;
- il Decreto del Presidente della Giunta regionale 22 gennaio 2021, n. 22 e ss.mm.ii., recante l'Atto di Alta Organizzazione "M.A.I.A. 2.0";
- il Regolamento interno di questa Giunta;

VISTO il documento istruttorio del Servizio Strategie e Governo dell'assistenza Territoriale – Rapporti Istituzionali e Capitale Umano SSR, concernente l'argomento in oggetto e la conseguente proposta del Vicepresidente della Giunta Regionale con delega alla Sanità e Benessere Animale, Sport per Tutti.

PRESO ATTO:

- a) delle sottoscrizioni dei responsabili della struttura amministrativa competente, ai fini dell'attestazione della regolarità amministrativa dell'attività istruttoria e della proposta, ai sensi dell'art. 6, co. 8 delle Linee guida sul "Sistema dei controlli interni nella Regione Puglia", adottate con D.G.R. 23 luglio 2019, n. 1374;
- b) della dichiarazione del Direttore di Dipartimento, in merito a eventuali osservazioni sulla proposta di deliberazione, ai sensi degli artt. 18 e 20 del Decreto del Presidente della Giunta regionale 22 gennaio 2021, n. 22 e ss.mm.ii.;

Con voto favorevole espresso all'unanimità dei presenti e per le motivazioni contenute nel documento istruttorio che è parte integrante e sostanziale della presente deliberazione.

DELIBERA

1. di prendere atto di quanto esposto in narrativa e che qui si intende integralmente trascritto;
2. di prendere atto che la richiesta di attivazione della ulteriore unità operative complessa e, precisamente, della U.O.C. Urologia a direzione Universitaria oltre il parametro standard come definito dalla D.G.R. n. 418 del 07/07/2025 trova capienza rispetto al numero di Strutture Complesse derivanti dall'applicazione dei parametri standard definiti dal Comitato LEA in data 26 marzo 2012 in ambito provinciale e aziendale;
3. di approvare il Regolamento di Organizzazione e Funzionamento dell' IRCCS "G. Paolo II", così come inviato con nota pec del 26.05.2025 acquisita al protocollo dell'Ente al n. 0279278 del 26.05.2025 e approvato con deliberazione del Commissario Straordinario n. 134 del 23.05.2025, di cui all'allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale;
4. di notificare il presente provvedimento a cura Servizio Strategie e Governo dell'assistenza Territoriale – Rapporti Istituzionali e Capitale Umano SSR all' IRCCS "G. Paolo II";

5. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia, ai sensi della L.R. 18/2023.

Il Segretario Generale della Giunta

NICOLA PALADINO

Il Presidente della Giunta

RAFFAELE PIEMONTESE

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Oggetto Presa d'atto e approvazione del Regolamento di Organizzazione e Funzionamento dell' IRCCS "G. Paolo II" ai sensi del D.lgs n. 288 e ss mm e ii e della Legge Regionale n. 17 del 29.05.2017.

Visti:

- la Legge n. 241/1990 recante "Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi" e ss.mm.ii.;
- il D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i., all'art. 2, co. 1, attribuisce alle Regioni l'esercizio delle funzioni legislative ed amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera, nel rispetto dei principi stabiliti dalle leggi nazionali;
- la legge n. 190/2012 recante "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione";
- il D.Lgs. n. 33/2013 recante "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni";
- la D.G.R. 15 settembre 2021, n. 1466 recante l'approvazione della Strategia regionale per la parità di genere, denominata "Agenda di Genere";
- la D.G.R. 3 luglio 2023 n. 938 recante "Valutazione di impatto di genere. Sistema di gestione e di monitoraggio". Revisione degli allegati.

Visto:

- l'articolo 2, comma 2 sexies lett. b) del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 stabilisce che "La regione disciplina altresì: [...] b) i principi e criteri per l'adozione dell'atto aziendale di cui all'articolo 3, comma 1-bis; [...]";
- l'articolo 3, comma 1 bis, del D.Lgs. n. 502/1992 stabilisce che: *"In funzione del perseguimento dei loro fini istituzionali, le unità sanitarie locali si costituiscono in aziende con personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale; la loro organizzazione ed il funzionamento sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato, nel rispetto dei principi e criteri previsti da disposizioni regionali. L'atto aziendale individua le strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico-professionale, soggette a rendicontazione analitica";*
- l'articolo 3, comma 1 quater del D.Lgs. n. 502/1992 stabilisce che *"Sono organi dell'azienda il direttore generale, il collegio di direzione e il collegio sindacale. Il direttore generale adotta l'atto aziendale di cui al comma 1-bis; è responsabile della gestione complessiva e nomina i responsabili delle strutture operative dell'azienda. Il direttore generale è coadiuvato, nell'esercizio delle proprie funzioni, dal direttore amministrativo e dal direttore sanitario. Le regioni disciplinano forme e modalità per la direzione e il coordinamento delle attività sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria. Il direttore generale si avvale del Collegio di direzione di cui all'articolo 17 per le attività ivi indicate.";*

- l'articolo 15 bis commi 1 e 2 del D.Lgs. n. 502/1992 stabilisce che:
 - “1. L'atto aziendale di cui all'articolo 3, comma 1-bis, disciplina l'attribuzione al direttore amministrativo, al direttore sanitario, nonché ai direttori di presidio, di distretto, di dipartimento e ai dirigenti responsabili di struttura, dei compiti comprese, per i dirigenti di strutture complesse, le decisioni che impegnano l'azienda, verso l'esterno, l'attuazione degli obiettivi definiti nel piano programmatico e finanziario aziendale.*
 - 2. La direzione delle strutture e degli uffici è affidata ai dirigenti, secondo i criteri e le modalità stabiliti nell'atto di cui al comma 1, nel rispetto, per la dirigenza sanitaria, delle disposizioni di cui all'articolo 15-ter. Il rapporto dei dirigenti è esclusivo, fatto salvo quanto previsto in via transitoria per la dirigenza sanitaria dall'articolo 15-sexies.”.*
- il D. Lgs n. 288/2003 e ss.mm. e ii. recante *“Riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, a norma dell'articolo 42, comma 1, della legge 16 gennaio 2003, n. 3”* che all'art.5 stabilisce:
 - “Con atto di intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, di seguito denominata: “Conferenza Stato-regioni”, sono disciplinate le modalità di organizzazione, di gestione e di funzionamento degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico non trasformati in Fondazioni, nel rispetto del principio di separazione delle funzioni di indirizzo e controllo da quelle di gestione e di attuazione, nonché di salvaguardia delle specifiche esigenze riconducibili alla attività di ricerca e alla partecipazione alle reti nazionali dei centri di eccellenza assistenziale, prevedendo altresì che il direttore scientifico responsabile della ricerca sia nominato dal Ministro della salute, sentito il Presidente della Regione interessata”.*

Vista

- l'Intesa Stato-Regioni dell'1/7/2004, che all'art. 1 disciplina il regolamento di organizzazione e funzionamento degli IRCCS pubblici non trasformati in Fondazioni, adottato dal Direttore generale dell'Istituto *“sulla base dello schema tipo allegato alla presente intesa, acquisito il parere del Consiglio di indirizzo e verifica di cui all'art. 2”* e trasmesso *“per l'approvazione alla Regione in cui l'Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico ha la sede prevalente di attività ed al Ministero della salute”*, stabilendo altresì che gli aspetti organizzativi non disciplinati dalle predette fonti (D.Lgs. 288/2003 ed Intesa Stato-Regioni 1/7/2004) *“saranno disciplinati dalle Regioni, sulla base dei principi fondamentali desumibili dalla legislazione vigente”*.
 - la Legge Regionale n. 4 del 25/2/2010, che all'art. 19, commi 9 e 10 e 11, prevede che : *“9. I Direttori generali delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale istituiscono, mediante apposito atto aziendale (o regolamento di organizzazione e funzionamento, nel caso degli IRCCS pubblici), i dipartimenti, le unità operative complesse, le unità operative semplici a valenza dipartimentale, le unità operative semplici e le strutture di staff nel rispetto delle disposizioni vigenti in materia.*
10. L'atto aziendale è adottato dai direttori generali entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore

della presente legge. Il provvedimento di adozione dell'atto aziendale è sottoposto alle valutazioni della Giunta regionale che, in ragione della complessità dell'azienda o ente proponente, provvede alla sua approvazione. L'atto aziendale e l'istituzione delle strutture ivi previste divengono efficaci solo a intervenuta approvazione da parte della Giunta regionale. Eventuali modifiche o integrazioni all'atto aziendale devono essere approvate dalla Giunta regionale.

11. L'articolazione organizzativa di ciascuna azienda sanitaria, IRCCS pubblico e delle AOU come risultante dell'atto aziendale approvato dalla Giunta regionale deve essere registrata nel sistema informativo sanitario regionale".

- la Legge Regionale 29 maggio 2017, n. 17 e ss. mm. ii. recante: "Organizzazione e funzionamento degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) di diritto pubblico della Regione Puglia";
- con deliberazione di Giunta regionale n. 418 del 07.04.2025 di "Revoca D.G.R. n. 1603 del 13/09/2018. Determinazione parametri standard regionali per l'individuazione di strutture semplici, strutture complesse e incarichi destinati al personale del Comparto delle Aziende ed Enti del S.S.R." sono stati approvati i parametri standard regionali per l'individuazione delle strutture semplici e complesse, nonché degli incarichi riservati al personale comparto delle Aziende ed Enti SSR alla luce degli alla luce delle specifiche previsioni in materia di incarichi di cui al vigente CCNL Sanità 2019-2021, della nuova rete ospedaliera regionale di cui al Regolamento Regionale n. 8 del 31/10/2024 e ai dati demografici regionali aggiornati all'1/1/2024;
- la medesima D.G.R. n. 418 del 07/04/2025 ha, inoltre, previsto al punto 6) del deliberato che *"qualora i Direttori Generali delle Aziende ed Enti del SSR dovessero ravvisare, in ragione di motivate esigenze di carattere organizzativo, la necessità di attivare un numero di Strutture Complesse aziendali superiore a quelle derivanti dall'applicazione dei parametri standard regionali, come riportate nell'Allegato al presente provvedimento quale sua parte integrante e sostanziale, il Dipartimento "Promozione della Salute e del Benessere Animale" possa autorizzarne l'attivazione, nel rispetto del tetto massimo regionale derivante dall'applicazione dei parametri standard definiti dal Comitato LEA in data 26 marzo 2012"*.

Pertanto, il numero massimo di strutture organizzative attribuibili da parte dell'IRCCS "G. Paolo II" sono i seguenti:

TIPOLOGIA STRUTTURE	
Strutture Complesse	Strutture Semplici
16	24

Preso atto che:

- con Deliberazione n. 1434 del 19.10.2023 la Giunta regionale ha stabilito al punto 17 lett. e) del deliberato che: *"il Direttore Generale dell'IRCCS "G. Paolo II" dovrà adottare l'Atto aziendale, entro*

sei mesi dall'approvazione del presente provvedimento, in conformità alle disposizioni di cui al D. Lgs. n. 502/92 e ss.mm.ii. nonché della normativa nazionale e regionale in materia";

- con deliberazione di Giunta regionale n. 1189 del 07.08.2024 è stato approvato l'assetto organizzativo dell'IRCCS "G. Paolo II";
- con nota prot. n. 7175 del 18.03.2025 il Direttore Generale dell'IRCCS "G. Paolo II" ha formulato istanza circa l'istituzione della Struttura Complessa di Urologia a direzione Universitaria *"per il rafforzamento dei percorsi percorsi clinico-assistenziali dedicati ai pazienti con patologie neoplastiche a carico apparato uro-genitale e per l'implementazione delle attività scientifico-didattiche ivi correlate"*, anche alla luce delle determinazioni condivise in merito dal Comitato Paritetico Regionale";
- con nota prot. 0240233 del 07 maggio 2025 il Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale ha preso atto delle motivazioni addotte e autorizzato l'istituzione della UOC di Urologia a direzione Universitaria alla luce della verificata capienza rispetto al numero di Strutture Complesse derivante dall'applicazione dei parametri standard definiti dal Comitato LEA in data 26 marzo 2012 in ambito provinciale e aziendale, quale struttura ulteriore rispetto al numero massimo di strutture organizzative attivabile come da parametro standard regionale di cui alla DGR 418 del 07.04.2025;
- con deliberazione del Commissario Straordinario n. 134 del 23.05.2025, ravvisata la necessità di adeguare l'Assetto Organizzativo Interno dell'Istituto anche alla luce dei provvedimenti regionali di cui alla DGR n. 418/2025 e al Regolamento Regionale n. 8 del 31/10/2024, si è proceduto ad approvare un nuovo assetto organizzativo interno dell' IRCCS "G. Paolo II";
- il Regolamento di Organizzazione e Funzionamento dell' IRCCS "G. Paolo II" inviato al Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale prevede l'istituzione delle seguenti strutture complesse e semplici:

TIPOLOGIA STRUTTURE	
Strutture Complesse	Strutture Semplici
17	24

- con nota prot. 0012333-07.07.2025-DGVEOC-MDC-P, con riferimento alla deliberazione n. del Commissario Straordinario n. 134 del 23.05.2025 recante la rimodulazione dell'assetto organizzativo dell'Ente, il Ministero della Salute ha comunicato al Commissario Straordinario dell'IRCCS Giovanni Paolo II che "[...] sentita la Direzione generale della ricerca e dell'innovazione in sanità, per quanto di competenza, si comunica di non avere osservazioni da formulare."

Tanto premesso, preso atto delle necessità organizzative dell' IRCCS "G. Paolo II" e verificata la capienza rispetto al numero di Strutture Complesse derivante dall'applicazione dei parametri standard definiti dal Comitato LEA in data 26 marzo 2012 in ambito provinciale e aziendale, si ritiene che le strutture organizzative programmate dell'IRCCS "G. Paolo II" siano conformi alla normativa vigente.

Sulla base dell'istruttoria effettuata dal competente Servizio regionale e stante quanto innanzi, si propone alla Giunta regionale di approvare il Regolamento di Organizzazione e Funzionamento dell' IRCCS "G. Paolo II" di cui all'Allegato al presente provvedimento parte integrante e sostanziale.

Garanzie di riservatezza

“La pubblicazione sul BURP, nonché la pubblicazione all'Albo o sul sito istituzionale, salve le garanzie previste dalla legge 241/1990 in tema di accesso ai documenti amministrativi, avviene nel rispetto della tutela della riservatezza dei cittadini secondo quanto disposto dal Regolamento UE n. 2016/679 in materia di protezione dei dati personali, nonché dal D.Lgs. 196/2003 ss.mm.ii., ed ai sensi del vigente Regolamento regionale 5/2006 per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari, in quanto applicabile. Ai fini della pubblicità legale, il presente provvedimento è stato redatto in modo da evitare la diffusione di dati personali identificativi non necessari ovvero il riferimento alla particolari categoria di dati previsti dagli articoli 9 e 10 del succitato Regolamento UE”.

Esiti Valutazione di impatto di genere

L'impatto di genere stimato è **neutro**

COPERTURA FINANZIARIA AI SENSI DEL D.LGS. 118/2011 E SS.MM.II.

La presente deliberazione non comporta implicazioni, dirette/indirette, di natura economico-finanziaria e/o patrimoniale e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale.

Tutto ciò premesso, al fine di procedere con l'approvazione del Regolamento di Organizzazione e Funzionamento dell' IRCCS "G. Paolo II", si propone alla Giunta regionale:

1. di prendere atto di quanto esposto in narrativa e che qui si intende integralmente trascritto;
2. di prendere atto che la richiesta di attivazione della ulteriore unità operative complessa e, precisamente, della U.O.C. Urologia a direzione Universitaria oltre il parametro standard come definito dalla D.G.R. n. 418 del 07/07/2025 trova capienza rispetto al numero di Strutture Complesse derivanti dall'applicazione dei parametri standard definiti dal Comitato LEA in data 26 marzo 2012 in ambito provinciale e aziendale;
6. di approvare il Regolamento di Organizzazione e Funzionamento dell' IRCCS "G. Paolo II" così come inviato con nota pec del 26.05.2025 acquisita al protocollo dell'Ente al n. 0279278 del 26.05.2025 e approvato con deliberazione del Commissario Straordinario n. 134 del 23.05.2025, di cui all'allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale;
3. di notificare il presente provvedimento a cura Servizio Strategie e Governo dell'assistenza Territoriale – Rapporti Istituzionali e Capitale Umano SSR all' IRCCS "G. Paolo II";
4. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia, ai sensi della L.R. 18/2023.

I sottoscritti attestano la regolarità amministrativa dell'attività istruttoria e della proposta, ai sensi dell'art. 6, co. 3, lett. da a) ad e) delle Linee guida sul "Sistema dei controlli interni nella Regione Puglia", adottate con D.G.R. 23 luglio 2019, n. 1374.

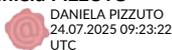
LA RESPONSABILE EQ "Gestione rapporti istituzionali con le Aziende ed Enti S.S.R."

Milena DELL'ACCANTERA



LA RESPONSABILE EQ "Analisi normativa e gestione rapporti contrattuali"

Daniela PIZZUTO



La DIRIGENTE di Servizio "Strategie e Governo dell'Assistenza Territoriale- Rapporti Istituzionali e Capitale Umano SSR":

Antonella CAROLI



IL DIRIGENTE di Sezione "Strategie e Governo dell'Offerta":

Mauro NICASTRO



Il Direttore ai sensi degli artt. 18 e 20 del Decreto del Presidente della Giunta regionale 22 gennaio 2021, n. 22 e ss.mm.ii., NON RAVVISA osservazioni alla presente proposta di DGR.

Il DIRETTORE di Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale:

Vito MONTANARO



L'Assessore alla Sanità e Benessere animale, Sport per Tutti ai sensi del vigente Regolamento della Giunta regionale,

Raffaele PIEMONTESE



propone

alla Giunta regionale l'adozione del presente atto.

SGO_DEL_2025_00092



Mauro
Nicastro
12.09.2025
10:00:25
GMT+02:00



IRCCS "Giovanni Paolo II"

PugliaSalute

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E FUNZIONAMENTO

**REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E
FUNZIONAMENTO**

Sommario**Premessa****TITOLO I – GLI ELEMENTI IDENTIFICATIVI****Art.1 Costituzione, sede legale, sito, logo****Art. 2 Finanziamenti****Art. 3 La Mission istituzionale. La Vision.****Art. 4 Strumenti****Art. 5 Funzioni di assistenza e di ricerca – Attività clinica e attività di ricerca.****TITOLO II – GLI ELEMENTI FONDANTI****Art. 6 Organizzazione****Art. 7 La ricerca****Art. 8 Attività di sperimentazione****Art. 9 Prodotti della ricerca****Art. 10 Formazione e didattica****Art. 11 Patrimonio e mezzi finanziari****Art. 12 Esercizio Finanziario****TITOLO III – GLI ORGANI DELL’ISTITUTO****Art. 13 Gli Organi****Art. 14 Il Consiglio di Indirizzo e Verifica****Art. 15 Il Direttore Generale****Art. 16 Il Direttore Scientifico****Art. 17 Il Collegio Sindacale****TITOLO IV – L’ORGANIZZAZIONE STRATEGICA****Art. 18 Il Direttore Sanitario e il Direttore Amministrativo****TITOLO V – GLI ORGANISMI COLLEGIALI****Art. 19 Il Collegio di Direzione**

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E
FUNZIONAMENTO

Art. 20 Il Comitato tecnico Scientifico

Art. 21 Il Comitato Etico

Art. 22 Il Comitato Consultivo Misto

Art. 23 Il Collegio Tecnico

TITOLO VI – LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA

Art. 24 Il modello organizzativo

TITOLO VII - I PRINCIPI E GLI STRUMENTI DELLA GESTIONE

Art. 25 L'unitarietà della gestione

Art. 26 L'orientamento ai bisogni dell'utenza

Art. 27 L'integrazione con la rete ospedaliera regionale

Art. 28 Il governo clinico

Art. 29 La Trasparenza dell'azione amministrativa

Art. 30 Le risorse umane

Art. 31 Attività Negoziale

Art. 32 I rapporti con le organizzazioni sindacali

Art. 33 L'Organismo Indipendente di Valutazione

Art. 34 Il Comitato Unico di Garanzia

Art. 35 Funzioni di Controllo Interno

Art. 36 Libera Professione

Art. 37 Atti Regolamentari

TITOLO VIII – LA RICERCA

Art. 38 La Ricerca

Art. 39 Le Sinergie tra Ricerca Assistenza e Formazione

Art. 40 Il personale di Ricerca

Art. 41 Linee di Ricerca

Art. 42 L'integrazione tra ricerca e formazione

Art. 43 Il Funzionamento della Ricerca Scientifica

TITOLO IX – I RAPPORTI CON GLI INTERLOCUTORI ESTERNI

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E
FUNZIONAMENTO

Art. 44 Le relazioni con le Istituzioni e con la società civile

Art. 45 La collaborazione con le Università

TITOLO X – VIGILANZA, NORME FINALI E DI RINVIO

ORGANIGRAMMA

FUNZIONIGRAMMA

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E
FUNZIONAMENTO**PREMESSA**

Il presente Regolamento costituisce adeguamento del precedente Regolamento di Organizzazione e Funzionamento (adottato con delibera del Direttore Generale n. 469/2017) a seguito dell'emanazione del d.lgs 200/2022 recante il *"Riordino della disciplina degli Istituti di Ricovero e cura a carattere scientifico"*, tenuto conto della disciplina di cui al d.lgs. 288/2003, dei contenuti dell'Atto d'Intesa Stato-Regioni stipulato il 1 luglio 2004 e successiva Intesa del 29 maggio 2014 recante modifica all'articolo 12 dell'Intesa sancita dalla Conferenza Stato – Regioni del 2004, nonché in coerenza alle disposizioni statali e regionali in materia di Aziende Sanitarie in quanto applicabili.

Il presente Regolamento rappresenta lo strumento giuridico mediante il quale l'IRCCS Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" sancisce i principi e i criteri della propria organizzazione ed i meccanismi di funzionamento, delineando gli ambiti della propria autonomia gestionale nei limiti delle norme che disciplinano l'attività della Pubblica Amministrazione.

Costituiscono documenti di indirizzo:

- D.lgs. 30/12/1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art.1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421" e s.m.i..
- D.lgs. 288/2003 "Riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere Scientifico, a norma dell'articolo 42, comma 1, della legge 16 gennaio 2003, n. 3".
- Atto d'Intesa Stato – Regioni 1° luglio 2004 recante: «Organizzazione, gestione e funzionamento degli istituti di ricovero e cura a carattere Scientifico non trasformati in fondazioni», di cui all'art. 5 del decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288. Intesa ai sensi dell'art. 5 del decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288 e dell'art. 8, com-ma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131.
- Atto d'Intesa Stato – Regioni 29 Maggio 2014 Intesa recante modifica all'articolo 12 dell'Intesa sancita dalla Conferenza Stato – Regioni il 1° luglio 2004 (Rep. atti n. 2037) avente ad oggetto: "Organizzazione, gestione e funzionamento degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico non trasformati in Fondazioni, ai sensi dell'articolo 5 del decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288".
- D.M. 14 marzo 2013 avente ad oggetto "Documentazione necessaria per il riconoscimento degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico."
- D.M. 5 febbraio 2015 Modifica del decreto 14 marzo 2013, recante: «Documentazione necessaria per il riconoscimento degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico».
- DGR Regione Puglia n. 879/2015 Linee guida per l'adozione degli atti aziendali di Aziende Sanitarie Locali ed Aziende Ospedaliere - Universitarie della Regione Puglia - Approvazione.
- D.lgs. n. 171 del 2016 e s.m.i. avente ad oggetto l'Attuazione della delega di cui all'articolo 11, comma 1, lettera p), della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di dirigenza sanitaria.
- Legge Regionale n. 17/2017 recante "Organizzazione e funzionamento degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) di diritto pubblico della Regione Puglia".
- Legge Regionale n. 61/2017 recante "Modifiche alla legge regionale 29 maggio 2017, n. 17 (Organizzazione e funzionamento degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) di diritto pubblico della Regione Puglia)".
- D.M. 8 febbraio 2013 Criteri per la composizione e il funzionamento dei comitati etici.
- Piano Nazionale della Prevenzione e Piano Regionale della Prevenzione.

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E
FUNZIONAMENTO

- D.lgs. n. 200/2022 recante "Riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico.
- Patto della Salute
- Linee Guida OECI (Organization of European Cancer Institute)
- Carta Europea dei Diritti del Malato di Cancro
- Legge 190/2012 recante "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella P.A."
- D.lgs. n.33/2013 recante "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle P.A."
- D.lgs. n. 97/2016 recante revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della L. 190/2012 e del d.lgs. n. 33/2013, ai sensi dell'art. 7 della L. 124/2015 in materia di riorganizzazione delle Amministrazioni Pubbliche.
- l'Intesa Stato Regione n. 131 del 06.08.2020. rep. Atti 127/CSR concernente il "Piano nazionale per la prevenzione (PNP) 2020-2025".
- Deliberazione 23 febbraio 2017, n. 221 con cui la Giunta Regionale ha approvato il modello organizzativo e principi generali di funzionamento della Rete Oncologica Pugliese (R.O.P.).
- Deliberazione 20 febbraio 2018, n. 192 con cui la Giunta Regionale ha preso atto della nomina dei coordinatori Operativi Dipartimentali, dei componenti della Consulta Oncologica Regionale, dei Componenti della Consulta oncologica regionale, dei componenti dei Gruppi di patologia interdisciplinari e dell'Unità di Coordinamento della Rete Oncologica Pugliese (R.O.P.).
- deliberazione di Giunta regionale n. 1603 del 13 settembre 2018 avente ad oggetto: "Parametri standard regionali per l'individuazione di strutture semplici e complesse, posizioni organizzative e coordinamenti per il personale delle Aziende ed Enti del S.S.R. ex art. 12, co. 1, lett. b) Patto per la Salute 2010-2012. Modifica Allegato 1 alla D.G.R. 3008/2012 in adeguamento alla rete ospedaliera ex R.R. n. 7/2017 s.m.i. e ai dati demografici ISTAT aggiornati al 1° gennaio 2017".
- Deliberazione di Giunta Regionale n. 1103 del 16/07/2020 avente ad oggetto: "Presa d'atto delle deliberazioni del Direttore Generale dell'A.Re.S.S. relativa alla individuazione dei Centri Hub e Spoke chirurgici della (ROP) e degli indicatori - Revisione identificazione Centri di Orientamento Oncologico (COro) della Rete Oncologica Pugliese (R.O.P.) e relativo regolamento. Istituzione Comitato Etico Unico Oncologico e l'Alto Comitato per la ricerca Oncologica".
- Deliberazione di Giunta Regionale n. 1104 del 16/07/2020 è stato approvato il documento avente ad oggetto: "Presa d'atto delle deliberazioni del Direttore Generale dell'A.Re.S.S. riferite ai PDTA regionali per Cr. Colon retto, Cr. Polmone, Cr. Prostata, Cr Neoplasie mammarie e Cr. Endometrio".
- Deliberazione della Giunta Regionale Pugliese 7 agosto 2020, n.1332 recante «Approvazione del Documento Tecnico "Organizzazione dei programmi di screening oncologici nella Regione Puglia"».
- Deliberazione 22 dicembre 2021, n. 2198 con cui la Giunta Regionale ha approvato il documento programmatico "Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025" in ottemperanza a quanto stabilito con l'Intesa Stato-Regione del 6 agosto n.131 del 06.08.2020, rep. Atti 127/CSR concernente il Piano nazionale per la prevenzione (PNP) 2020-2025."
- Deliberazione della Giunta Regionale 8 giugno 2022, n. 843 ad oggetto «Definizione dei criteri per l'erogazione di prestazioni specialistiche di secondo livello, previste dai programmi di screening oncologici, da parte delle Aziende Ospedaliero-Universitarie, degli I.R.C.C.S. pubblici della Puglia - Regolazione dei rapporti interaziendali - Approvazione schema-tipo».
- Piano Oncologico Nazionale - documento di pianificazione e indirizzo per la prevenzione e il contrasto del cancro 2023-2027 adottato il 26 gennaio 2023 con Intesa in Conferenza Stato-Regioni.

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E
FUNZIONAMENTO

- Regolamenti regionali 22 novembre 2019, n. 23 e n. 14 del 20 agosto 2020, con i quali la Regione Puglia ha approvato il *“Riordino ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del D.M. n° 70/2015 e delle Leggi di Stabilità 2016/2017”*e s.m.i..

TITOLO I – GLI ELEMENTI IDENTIFICATIVI**Art. 1 Costituzione, sede legale, sito, logo**

L'Istituto è denominato "ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II", di seguito ITB (Istituto Tumori di Bari) ed è un **Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS)**.

Ai sensi dell'art. 2 del d.lgs. n. 288 del 16 ottobre 2003 è Istituto di diritto pubblico a rilevanza nazionale, non trasformato in fondazione, confermato con DM 27 febbraio 2006 pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n.54/2006 e atti successivi, in ultimo confermato con decreto ministeriale 26 novembre 2018 nella specializzazione di "ONCOLOGIA".

L'Istituto trae origine dal Centro Tumori gestito dal Consorzio Provinciale per la lotta contro i tumori, istituito con Decreto Prefettizio del 19 gennaio 1933, n. 264243.

Senza interruzioni di continuità, tale Ente ha continuato a svolgere le sue funzioni fino al 20 maggio 1976, quando, con Decreto del Presidente della Regione Puglia n. 1058, è stato costituito come "Ente Ospedaliero" e definito Ospedale Provinciale Specializzato in Oncologia.

Con Decreto Interministeriale del 13 maggio 1985, l'Ospedale Provinciale specializzato in Oncologia è stato riconosciuto quale **Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico**.

L'assetto istituzionale, organizzativo e gestionale è disciplinato dalle leggi regionali n. 17/2017 e s.m.i. in attuazione del d.lgs. n. 288/2003 e s.m.i., nonché dalle leggi nazionali e regionali in materia di finanziamento, contabilità e organizzazione delle Aziende Sanitarie.

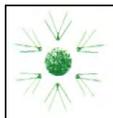
L'ITB è riconosciuto "Clinical Cancer Center (2015-2020)" dalla Organization of European Cancer Institutes (OECI), con Delibera n. 146 del 2015.

Relativamente ai centri regionali di riferimento regionale di patologia, si evidenzia che, come riportato nella DGR 23 febbraio 2017, n. 221 di costituzione della Rete Oncologica Pugliese (R.O.P.), l'ITB, già individuato dalla Regione come "Centro di Riferimento Oncologico Regionale", è sede dell'Unità di Coordinamento (UCoOR) cui compete il coordinamento e la gestione operativa delle attività e delle risorse finanziarie specificamente attribuite dalla Consulta Oncologica Regionale; è Hub della R.O.P. nell'ambito del sistema Hub & Spoke. È Centro Regionale per la Ricerca e la Cura dei Tumori rari riconosciuto con Deliberazione di Giunta Regionale n. 794 del 2 maggio 2019.

La **sede legale** dell'Istituto è in Viale Orazio Flacco 65 – 70124 BARI, dove sono collocate le proprie strutture amministrative, di assistenza e di ricerca. Previa stipula di accordi ad hoc, l'ITB può esercitare attività presso altre sedi.

L'**indirizzo del sito web** dell'Istituto è <https://www.sanita.puglia.it/web/irccs>

Il **logo** dell'Istituto è rappresentato dalla seguente immagine che rappresenta una cellula tumorale "aggredita dalla terapia"; il logo intende esprimere graficamente la mission aziendale:



REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E
FUNZIONAMENTO

Nessun logo diverso da quello formalmente approvato può essere utilizzato nella documentazione ufficiale dell'Istituto. È possibile la compresenza, purché autorizzata, del logo di Agenzie o Aziende o Istituzioni nazionali o internazionali, nonché di eventuali sponsor pubblici e privati, purché connesse ad iniziative e progetti specifici che coinvolgono l'ITB.

Uniformando la propria veste grafica alle linee guida del progetto regionale Hospitality - sull'accoglienza nelle strutture sanitarie pugliesi - finalizzato alla creazione di una comune identità visiva, l'ITB adotta il logo regionale Puglia Salute:



Art. 2 I finanziamenti

Il patrimonio dell'Istituto è costituito da tutti i beni mobili ed immobili ad esso appartenenti come risulta dal libro cespiti. I beni sono inventariati in patrimonio disponibile ed indisponibile.

La partita IVA dell'ITB è la seguente: 00727270720

L'ITB adotta la contabilità economico-patrimoniale secondo le modalità e i criteri stabiliti dalla normativa inerente alle aziende sanitarie regionali. L'ITB è finanziato sulla base delle disposizioni nazionali e regionali, nonché delle previsioni contenute negli eventuali atti di intesa tra Stato e Regione al fine del perseguimento dell'integrazione tra le politiche di assistenza sanitaria e di ricerca, mediante accordi di programma. L'ITB può inoltre beneficiare degli accordi promossi dalla Regione Puglia con altre Regioni, sulla base dei quali sia ritenuto rilevante il coordinamento dell'attività di ricerca corrente e finalizzata svolta dall'Istituto stesso, ovvero, il suo inserimento nelle attività previste dai predetti accordi. L'Istituto accetta inoltre donazioni liberali ed usufruisce dei benefici economici previsti dalla norma che disciplina il finanziamento del cosiddetto "5 x mille".

Art. 3 La Mission istituzionale. La Vision.

L'ITB, in coerenza con le disposizioni di legge vigenti per gli IRCCS e negli ambiti disciplinari individuati in conformità alla programmazione nazionale e regionale, persegue le seguenti finalità:

- svolgere, nel rispetto delle vigenti disposizioni di legge e nell'ambito disciplinare individuato in sede di riconoscimento e in conformità alla programmazione nazionale e regionale, attività di assistenza sanitaria e di ricerca biomedica e sanitaria, di tipo clinico e traslazionale, promuovendo altresì l'innovazione e il trasferimento tecnologico;
- elaborare ed attuare, direttamente o in rapporto con altri enti, programmi di formazione professionale e di educazione sanitaria con riferimento agli ambiti istituzionali di attività e per il miglioramento e lo sviluppo delle stesse;
- sperimentare e verificare forme innovative di gestione e di organizzazione in campo sanitario, nel proprio ambito disciplinare;

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E
FUNZIONAMENTO

- promuovere l'inserimento dell'Istituto nelle reti nazionali ed internazionali.

L'ITB opera in tre aree: clinica, ricerca e formazione. La sua missione è raggiungere e mantenere livelli di eccellenza nella prevenzione dei tumori e nella diagnosi, cura e riabilitazione delle persone affette da patologie neoplastiche, curando in via prioritaria la ricerca nei settori della epidemiologia, della eziologia, della trasformazione e progressione neoplastica e nel settore delle terapie sperimentali. Le attività dell'Istituto vengono svolte curando costantemente i principi dell'etica, della centralità della persona, dell'efficacia delle prestazioni assistenziali e della efficienza dei processi organizzativi.

Obiettivo strategico primario è il potenziamento della ricerca traslazionale volta al miglioramento delle diagnosi e delle terapie in campo oncologico con l'intento di promuovere la sinergia tra ricerca e assistenza. L'ITB individua la ricerca traslazionale come fondamento della propria azione, ponendo, quale obiettivo prioritario, la massima integrazione tra l'attività di ricerca sperimentale e la pratica clinica al fine di migliorare la qualità assistenziale e sviluppare nuovi approcci diagnostici e terapeutici. A tal fine orienta la sua azione al recepimento delle innovazioni tecnologiche, analizzandone il possibile impatto e sostenendo l'innovazione organizzativa come *modus operandi*.

Al fine di promuovere l'internazionalizzazione della Ricerca, l'ITB si pone come obiettivo la valorizzazione dell'attività dei Ricercatori, promuovendo un'attività di formazione specifica anche orientata alla capacità di predisporre proposte progettuali di respiro internazionale. In tale prospettiva promuove analisi comparative della propria performance rispetto alle equivalenti strutture nazionali ed internazionali utili a definire un sistema virtuoso di crescita esperienziale e professionale.

Elementi metodologici fondamentali sono l'approccio multidisciplinare alla patologia e la creazione di collegamento e sinergia con le reti nazionali e regionali. Sostiene collaborazioni e sinergie fra i diversi attori della ricerca (IRCCS, Università, Poli tecnologici) mirate all'innovazione e al trasferimento tecnologico. Per quanto concerne l'inserimento in rete, l'ITB partecipa alla rete interregionale AMORE – Alleanza mediterranea oncologica in Rete, con gli IRCCS Pascale di Napoli e CROB di Rionero in Vulture (PZ), partecipa alle attività della Rete Europea EURACAN, di Alleanza Contro il Cancro (ACC) ed è membro OECl.

L'ITB è integrato nel Servizio Sanitario Regionale quale **Centro di riferimento oncologico regionale** con il compito di garantire assistenza e ricerca in ambito oncologico e di coordinare le funzioni di ricerca e cura anche attraverso la definizione di Percorsi diagnostico terapeutici assistenziali per le patologie oncologiche, monitorandone l'efficacia e provvedendo al loro aggiornamento.

Sulla base di tali premesse l'ITB si candida a diventare centro d'eccellenza nella cura delle patologie oncologiche ponendo le basi per l'implementazione di un percorso di presa in carico del cittadino che affonda le sue radici nella prevenzione attraverso lo **screening territoriale** e si concretizza nell'avvio di percorsi di cura individualizzati e specialistici (medicina di precisione) che trovano nella ricerca la propria fonte di alimentazione e rinnovamento.

Art. 4 Strumenti

Per il raggiungimento della sua missione e delle finalità, in coerenza con le disposizioni di legge nazionali e regionali vigenti per gli IRCCS, l'Istituto può:

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E
FUNZIONAMENTO

- stipulare contratti, ivi comprese la locazione, l'assunzione in concessione o comodato o l'acquisto della proprietà o di altri diritti reali su immobili;
- amministrare, gestire e valorizzare i beni di cui abbia la disponibilità a qualunque titolo;
- acquisire da parte di soggetti pubblici e privati risorse finanziarie e beni da destinare allo svolgimento delle attività istituzionali;
- stipulare accordi, convenzioni e contratti con enti pubblici e soggetti privati, partecipare ad associazioni, consorzi, società, enti ed istituzioni, pubbliche e private, la cui attività sia rivolta al perseguimento di scopi coerenti con quello proprio;
- formalizzare convenzioni e/o protocolli d'intesa con Aziende Sanitarie, Aziende Ospedaliere Universitarie, per specifiche attività cliniche e di ricerca;
- svolgere ogni attività idonea ovvero di supporto al perseguimento delle finalità istituzionali.

Art. 5 Funzioni di assistenza e di ricerca – Attività clinica e attività di ricerca.

L'ITB svolge la propria attività assistenziale e di ricerca sulla base di programmi annuali e pluriennali che pianificano l'attività secondo un principio di stretto collegamento.

In tale contesto eroga prestazioni assistenziali riconosciute come L.E.A. dal Sistema Sanitario Nazionale e Regionale. I volumi e le tipologie dell'attività assistenziale sono definiti mediante appositi atti con la Regione da stipularsi secondo le norme vigenti, tenuto conto delle peculiarità delle attività svolte dall'Istituto, nell'ambito di documenti di programmazione economico-finanziaria della Regione Puglia. Detti accordi costituiscono riferimento per l'attività di indirizzo e programmazione del CIV – Consiglio di Indirizzo e Verifica.

L'ITB attua misure idonee di collegamento e sinergia con altre strutture di ricerca e di assistenza sanitaria, pubbliche e private, con le Università e con le Reti degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, con un beneficio in termini di competitività nazionale ed internazionale e per l'attuazione di progetti di ricerca e/o protocolli di assistenza condivisi con l'obiettivo di garantire al paziente le migliori condizioni assistenziali e terapeutiche.

Al fine di trasferire i risultati della ricerca in ambito industriale (**Trasferimento tecnologico**), l'ITB può stipulare accordi e convenzioni, costituire e/o partecipare a consorzi, società, con soggetti pubblici e privati secondo i criteri e le modalità di cui all'art. 8 del d.lgs. 288/2003 e s.m.i..

A tal proposito, promuove:

- l'individuazione di apposito Regolamento per l'adozione dei partner industriali con adeguate competenze tecnologiche e di ricerca;
- la predisposizione e l'aggiornamento periodico dell'Albo mediante procedura di evidenza pubblica in attuazione del principio di trasparenza e di pubblicità; con apposita procedura selettiva individua tra i soggetti inseriti nell'albo quelli in possesso di requisiti di qualificazione e competenze per la stipula dell'accordo. Per l'attuazione delle procedure di trasferimento tecnologico segue gli atti di indirizzo vigenti.

L'ITB può svolgere attività diverse da quelle istituzionali purché compatibili con le finalità di cui all'art. 1 del D.lgs. 288/2003, per le quali può stipulare accordi e convenzioni, costituire e/o partecipare a consorzi e società di persone o di capitali con soggetti pubblici e privati, scelti nel rispetto della normativa nazionale e

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E
FUNZIONAMENTO

comunitaria. Destina i relativi proventi in misura prevalente alle attività di ricerca ed alla qualificazione del personale. In nessun caso eventuali perdite dei predetti soggetti possono essere poste a carico della gestione dell'ITB.

L'ITB programma l'attività di ricerca coerentemente con il programma di ricerca sanitaria di cui all'art. 12-bis del D.Lgs. 502/92 e s.m.i. e con gli atti di programmazione regionale in materia.

L'ITB si fa promotore della progettualità eseguibile in rete, attraverso l'aggregazione di più soggetti, anche al fine di razionalizzare le attività ed evitare dispersione di finanziamenti.

A tal proposito l'ITB partecipa alla rete AMORE, alla Rete di Alleanza Contro il Cancro (ACC) ed alla Rete Europea EURACAN, in cui sono compresi i sarcomi. EURACAN è una delle 24 reti che costituiscono le Reti di riferimento europee (ERN, European Reference Networks), reti virtuali concentrate su patologie rare o complesse, che mettono in collegamento gli operatori sanitari nei diversi Paesi europei per condividere conoscenza, esperienza, iniziative, risorse e consentire l'accesso alle cure più adeguate). La partecipazione al network OECI (Organisation of European Cancer Institute) consente all'ITB di promuovere la condivisione di modelli, evidenze e soluzioni cliniche sviluppando un sistema virtuoso di crescita professionale ed esperienziale. L'inscindibilità, la reciprocità e il continuum funzionale tra clinica e ricerca costituisce un plusvalore di indubbia positiva portata, la cui presenza simultanea riconosce all'Istituto la certificazione di Clinical Cancer Center, secondo quanto stabilito dall'Organizzazione degli Istituti del Cancro Europei (OECI). L'accreditamento internazionale conferma che l'Istituto rispetta gli standards internazionali in specifico per la multidisciplinarietà, la ricerca/innovazione e la qualità delle prestazioni assistenziali che caratterizzano la sua attività.

La partecipazione alle Reti promuove il progresso delle conoscenze e consente la sperimentazione di modelli di innovazione anche per potenziare la capacità operativa del Servizio sanitario nazionale e delle reti regionali; consente, inoltre, un rapido raggiungimento degli obiettivi oltre alla validazione dei risultati in vista del potenziale trasferimento al SSN.

L'ITB si colloca come polo oncologico di altissima specializzazione, privilegiando prestazioni ad alto tasso di complessità e di innovazione; in coerenza con la mission dell'Istituto e per motivazioni etiche, le prestazioni definite L.E.A. possono essere integrate da ulteriori prestazioni innovative, qualora riconosciute tali dal Comitato Etico dell'Istituto.

L'ITB adotta un modello di presa in carico globale del paziente oncologico, con approccio multi-professionale e multi-disciplinare, attraverso la condivisione di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) adottati a livello aziendale e sottoposti a periodica revisione critica; in coerenza con tali principi, e disponendo di una adeguata logistica, adotta il modello organizzativo dell'assistenza basato sull'intensità delle cure.

L'ITB è HUB della Rete Oncologica Pugliese istituita ai sensi della D.G.R. Puglia n. 221 del 23 febbraio 2017. Dispone inoltre di una Biobanca istituzionale che riveste il ruolo di Biobanca Oncologica Pugliese, BIOBOP (Finanziamento FESR), è sede della Biobanca del Centro Trapianti Pugliese (convenzione con CTR), e coordina la Biobanca nazionale del Microbiota (Finanziamento PON). La tipologia del materiale conservato comprende campioni di tessuto patologico, sano e liquidi biologici provenienti da pazienti oncologici ed altre patologie umane ed animali; il numero di campioni conservati è di circa 40.000 (riferito al triennio 2019-2021); il numero di pazienti è circa 5000 (riferito al triennio 2019-2021); il numero di campioni raccolti

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E
FUNZIONAMENTO

ogni anno è circa 8.000 (riferito al triennio 2019-2021) mentre il numero di campioni distribuiti ogni anno è di circa 4000 (riferito al triennio 2019-2021).

La Biobanca è istituzionalmente riconosciuta nel SSR con det. 1079 del 10/12/2009 dell'Area Politiche per lo Sviluppo, il Lavoro e l'Innovazione della Regione Puglia.

L'ITB assicura l'erogazione di prestazioni appropriate attraverso un monitoraggio costante dell'appropriatezza clinica; favorisce lo sviluppo di sistemi di qualità, la massima accessibilità ai servizi, l'equità delle prestazioni, il raccordo con gli Enti sanitari del territorio anche mediante stipula di accordi per l'erogazione di prestazioni specialistiche di II livello.

L'ITB è orientato alla gestione di patologie oncologiche ad alta complessità attraverso l'utilizzo di un approccio multidisciplinare che permea l'attività clinico-assistenziale. A tal fine istituisce **Team Multidisciplinari** per patologie d'organo specifiche che aggiorna costantemente includendo figure multiprofessionali allo scopo di garantire un approccio sistemico di presa in carico del paziente; opera collegamenti con altre organizzazioni sanitarie e di volontariato ottimizzando ed integrando le risorse disponibili e le risposte assistenziali.

Definisce ed attua procedure volte al miglioramento dei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali integrando le pratiche cliniche con le attività di ricerca effettuate all'interno dell'Istituto. Tale pratica si pone come strumento di governo clinico imprescindibile e necessita di un costante monitoraggio ed aggiornamento attraverso la definizione di indicatori di processo, risultato ed esito finalizzati ad un'analisi e valutazione dei percorsi attuati. Il miglioramento dei processi clinico-assistenziali si fonda sulla revisione continua dei percorsi diagnostico terapeutici effettuata sulla scorta delle evidenze della letteratura scientifica in modo da assicurare i migliori risultati in termini di salute.

L'ITB organizza il livello quali-quantitativo dei propri servizi sulla base di un costante monitoraggio dei bisogni sanitari degli utenti, ponendo particolare attenzione alle determinanti legate alla mobilità intra ed extraregionale.

L'ITB garantisce, inoltre, il diritto all'accesso alle cure palliative ed alla terapia del dolore ai sensi della L. n. 38 del 15.03.2010 e s.m.i..

TITOLO II – GLI ELEMENTI FONDANTI

Art. 6 Organizzazione

L'Istituto organizza il proprio modello di attività con l'intento prioritario di tutelare il bene primario della salute, sia nel processo di lettura ed interpretazione dei bisogni, sia nel governo dei percorsi diagnostico-terapeutici e della più ampia ed aggiornata offerta di prestazioni nel campo dell'oncologia. Ferme restando le disposizioni normative vigenti in materia di IRCCS, L'ITB articola la propria organizzazione interna nel rispetto di quanto disciplinato in materia dalla Regione Puglia.

Le modalità di organizzazione, di gestione e di funzionamento si ispirano al principio di separazione delle funzioni di indirizzo e verifica, da quelle di gestione ed attuazione, nonché di salvaguardia delle specifiche esigenze finalizzate all'attività di ricerca ed alla partecipazione alle reti nazionali dei centri di eccellenza assistenziale. Il numero e la tipologia dei dipartimenti e delle unità operative complesse e semplici e semplici a valenza dipartimentale vengono definiti con apposito atto di organizzazione da sottoporre al CIV e all'Assessorato Regionale alla Salute. Nella definizione dell'assetto organizzativo il Direttore Generale valuta espressamente le esigenze connesse all'attività di ricerca. Su detta materia il Direttore generale acquisisce il parere obbligatorio del Direttore scientifico. Il rapporto di lavoro del personale dell'ITB è disciplinato dalle disposizioni di cui al d.lgs. 165/2001 e s.m.i. , dal d.lgs. 502/92 e s.m.i., nonché dai vigenti CCNL.

Art. 7 La Ricerca

La ricerca permea e qualifica ogni atto svolto nell'Istituto. Ogni operatore all'interno dell'Istituto svolge contemporaneamente, in maniera indissolubile, attività di ricerca e di assistenza, sia pure con diversi valori percentuali; viene pertanto privilegiata la ricerca traslazionale; l'Istituto però destina risorse anche ad attività di ricerca di base.

La ricerca si distingue in corrente e finalizzata: è **ricerca corrente** l'attività di ricerca scientifica diretta a sviluppare la conoscenza nell'ambito della biomedicina e della sanità pubblica; è **ricerca finalizzata** quella attuata attraverso specifici progetti e diretta al raggiungimento di particolari e prioritari obiettivi, biomedici e sanitari, individuati dal Piano Sanitario Regionale e dal Piano Sanitario Nazionale.

Le linee su cui si basa l'attività di ricerca corrente sono definite ed approvate dal Ministero della Salute.

La ricerca finalizzata si sviluppa attraverso la partecipazione a bandi specifici, regionali, nazionali ed internazionali promossi da enti ed istituzioni pubbliche o private ed anche nell'effettuazione di ricerche sponsorizzate. Le pubblicazioni scientifiche rappresentano un obiettivo prioritario attestato anche dal trend positivo di crescita dell'IF come da schema seguente:

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E
FUNZIONAMENTO

Art. 8 Attività di Sperimentazione

Le attività di sperimentazione sono parte integrante della mission dell'ITB e sono orientate a rendere possibili progressi nelle conoscenze trasferibili all'assistenza e a garantire sempre maggiore efficacia nel campo della diagnostica e dei trattamenti terapeutici. Le attività di sperimentazione possono essere condotte nel campo della clinica, dell'assistenza e della gestione. L'Istituto ammette, nei limiti imposti dalla legge e nel rispetto delle norme in materia di anticorruzione e trasparenza, l'intervento di sponsor profit e no profit a sostegno di specifici programmi di sperimentazione. Ogni programma di sperimentazione clinica è preventivamente sottoposto alle valutazioni del Comitato Etico (D.M. 12/08/2006) oltre che del Direttore Scientifico. Al fine di disciplinare l'attività di sperimentazione clinica e degli studi osservazionali eseguiti presso le Unità operative e laboratori dell'Istituto è adottato apposito **Regolamento in materia di sperimentazioni** a cui si rinvia per una trattazione specifica.

Art. 9 Prodotti della ricerca

L'ITB uniforma l'attività di ricerca e cura ai principi della correttezza, trasparenza, equità, responsabilità, affidabilità e completezza riconosciuti a livello nazionale ed internazionale. A tal fine l'ITB valuta le attività di ricerca condotte utilizzando indicatori di efficacia ed efficienza della qualità.

L'ITB adotta ed aggiorna periodicamente un **codice di condotta per l'integrità della ricerca** che disciplina prescrizioni comportamentali volte al corretto utilizzo delle risorse e al rispetto di regole di fair competition. Nel rispetto delle disposizioni vigenti in materia, l'ITB promuove lo sviluppo delle imprese start up e spin off in materia di ricerca biomedica e biotecnologica. A tal fine si dota di un "Regolamento di funzionamento per lo sviluppo delle imprese start up e spin off" che aggiorna con costanza e, comunque, ogni qual volta ne ravvisi la necessità.

Art. 10 Formazione e Didattica

La formazione, promossa e gestita in Istituto ha lo scopo di sviluppare le risorse umane sul piano professionale e relazionale, promuovere l'integrazione organizzativa, migliorare la qualità e fornire un'immagine aziendale positiva. Attraverso apposite convenzioni l'ITB favorisce la realizzazione di percorsi di formazione ed eventi formativi specifici in coerenza con i propri fini istituzionali al fine di soddisfare bisogni formativi e promuovere il trasferimento delle conoscenze. L'Istituto è sede di didattica in ambito oncologico mediante collaborazioni stipulate con Università ed altre Istituzioni, sia con riferimento ai Corsi di Laurea che a Scuole di Specializzazione e di Formazione Universitaria.

Art. 11 Patrimonio e mezzi finanziari

Fermo restando quanto previsto dall'art. 7 del d.lgs. 288/2003, il patrimonio dell'Istituto è costituito dai beni mobili ed immobili di proprietà, come risultanti a libro cespiti e da lasciti, donazioni, eredità ed erogazioni di qualsiasi genere che siano accettati dalla Direzione Generale. I beni mobili e immobili sono inventariati in patrimonio disponibile ed indisponibile. I beni immobili facenti parte del patrimonio disponibile sono gestiti nell'ottica della salvaguardia, della valorizzazione e migliore redditività dei medesimi e possono essere oggetto di alienazione a titolo oneroso nel rispetto della normativa vigente. Costituiscono ricavi dell'Istituto i proventi derivanti dall'esercizio delle attività istituzionali ed i finanziamenti pubblici e privati; i frutti e le rendite generati dai beni non direttamente utilizzati per l'assolvimento delle finalità istituzionali; i proventi derivanti dall'esercizio delle attività strumentali di cui all'art. 9 del d.lgs. 288/2003; i lasciti, le donazioni, le eredità e le erogazioni di qualsiasi genere che siano accettati dalla Direzione Generale e non imputati al patrimonio. È fatto divieto di utilizzare i finanziamenti ricevuti per l'attività di ricerca ad altri fini. L'attività assistenziale dell'ITB, realizzata ed attuata in coerenza con la programmazione sanitaria regionale, è finanziata dalla Regione Puglia in base ai volumi di attività predeterminati annualmente nel Documento di indirizzo economico – finanziario (DIEF), nonché sulla base degli atti di indirizzo regionale.

Art. 12 Esercizio finanziario

Il bilancio di esercizio viene redatto esclusivamente con il sistema della contabilità economico-patrimoniale nel rispetto delle norme del codice civile e di ulteriori normative specifiche nazionali e regionali. L'Istituto si dota di contabilità analitica per centro di costo, coerente con gli atti di organizzazione vigenti, al fine di garantire la programmazione ed il monitoraggio della gestione economica.

Le disposizioni specifiche sull'attività contabile e finanziaria dell'ITB possono essere integrate da appositi Regolamenti adottati dal Direttore Generale nel rispetto delle disposizioni normative in vigore. L'esercizio finanziario ha inizio il 01 gennaio e termina il 31 dicembre di ciascun anno.

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E
FUNZIONAMENTO**TITOLO III – GLI ORGANI DELL'ISTITUTO****Art. 13 Gli Organi**

Sono Organi dell'Istituto:

- Il Consiglio di Indirizzo e Verifica (CIV)
- Il Direttore Generale
- Il Direttore Scientifico
- Il Collegio Sindacale

L'ITB, in coerenza con gli indirizzi normativi nazionali e regionali, garantisce il coordinamento delle attività del Direttore generale e quelle del Direttore scientifico e al fine di assicurare l'integrazione dell'attività assistenziale e dell'attività di formazione con l'attività di ricerca per potenziarne l'efficacia nelle aree tematiche di afferenza. **A norma del comma 1-bis dell'art. 6 del d.lgs. 288/2003 introdotto dal d.lgs. 200/2022, l'ITB assicura che i componenti degli organi di governo siano in possesso di un diploma di laurea di cui all'ordinamento previgente al decreto ministeriale 3 novembre 1999 n. 509, ovvero laurea specialistica o magistrale e di comprovata esperienza e competenza in campo amministrativo, economico, finanziario, medico o biomedico, assicurando l'assenza di conflitti d'interesse.**

Art. 14 Consiglio di Indirizzo e Verifica (CIV)

- 1- A norma della L.R. n. 17/2017 e s.m.i., il Consiglio di indirizzo e verifica, nominato con deliberazione di Giunta regionale, è composto da tre componenti, dei quali uno designato dal Presidente della Regione, uno dal Ministro della salute, e un terzo, con funzioni di presidente, designato dal Presidente della Regione d'intesa con il Ministro della salute; dura in carica cinque anni, salvo revoca per giusta causa, e i suoi componenti possono essere rinominati solo una volta.
- 2- I componenti del Consiglio di indirizzo e verifica vengono scelti tra soggetti di provata competenza scientifica e onorabilità, per i quali non sussistano le cause di inconferibilità e incompatibilità di cui alla normativa vigente in materia.
- 3- Al presidente del C.I.V. spetta un trattamento economico pari al 25 per cento del trattamento economico del Direttore generale. Ai componenti del C.I.V. spetta un trattamento economico pari al 30 per cento del trattamento economico del presidente.

Qualora nel corso del mandato venga a cessare per qualsiasi motivo un componente, il soggetto che lo aveva nominato provvede senza indugio — previa designazione dell'organo di competenza — alla sua sostituzione con altro soggetto per il residuo periodo del mandato degli altri consiglieri in carica. Qualora venga a cessare la maggioranza dei componenti del Consiglio, l'organo è ricostituito con le modalità di cui ai punti 1, 2 e 3.

Il Consiglio di indirizzo e verifica svolge le seguenti funzioni:

- 4- definizione degli indirizzi strategici dell'istituto, approvazione dei programmi annuali e pluriennali di attività dell'istituto stesso e conseguente assegnazione al Direttore generale degli obiettivi annuali di salute e assistenziali, assicurando la coerenza dei predetti indirizzi, programmi e obiettivi con la programmazione sanitaria nazionale e regionale nonché con le risorse assegnate dallo Stato e dalle regioni;

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E
FUNZIONAMENTO

- 5- verifica della corrispondenza delle attività svolte e dei risultati raggiunti dall'istituto rispetto agli indirizzi strategici, ai programmi annuali e pluriennali di attività e agli obiettivi predeterminati di cui al precedente punto. Il Consiglio relaziona annualmente, entro il 30 giugno, all'Assessore regionale alle politiche della salute in ordine alla predetta verifica. In caso di risultato negativo, il Consiglio riferisce al Presidente della Regione e al Ministro della salute, proponendo le misure da adottare;
- 6- espressione di parere preventivo obbligatorio — entro quarantacinque giorni dalla richiesta e da intendersi positivo in caso di silenzio — rispetto agli atti del Direttore generale relativi al bilancio preventivo e di esercizio, Regolamento di organizzazione e funzionamento, alienazione del patrimonio, costituzione o partecipazione a società, consorzi, altri enti ed associazioni;
- 7- nomina dei componenti del Comitato tecnico-scientifico, su proposta del Direttore scientifico.

Il presidente del Consiglio di indirizzo e verifica cura le relazioni con enti, istituzioni, imprese pubbliche e private e altri organismi, anche al fine di instaurare rapporti di collaborazione e sostegno delle iniziative dell'istituto.

In caso di assenza o impedimento temporaneo, il presidente è sostituito da un componente del Consiglio da lui espressamente delegato o, in assenza di delega, da quello più anziano di età.

Il Consiglio di indirizzo e verifica si riunisce almeno una volta al mese, nonché ogni qualvolta se ne ravvisi l'opportunità su istanza di almeno uno dei suoi componenti.

Il Consiglio, che stabilisce alla prima riunione le modalità del proprio funzionamento, si riunisce validamente con la presenza della maggioranza dei componenti e delibera a maggioranza dei presenti. In caso di parità prevale il voto del presidente. Alle riunioni del Consiglio partecipano, senza diritto di voto, il Direttore Generale, il Direttore Scientifico e i componenti del Collegio Sindacale; possono altresì partecipare, senza diritto di voto, i soggetti di volta in volta invitati dal Consiglio medesimo.

Art. 15 Il Direttore Generale

Il Direttore generale, scelto tra soggetti in possesso dei requisiti di cui all'articolo 11, comma 3, del d.lgs. 288/2003 e che risultino inseriti nel vigente elenco dei candidati idonei alla nomina di Direttore generale delle aziende ed enti del Servizio sanitario regionale (S.S.R.), è nominato con provvedimento del Presidente della Regione, sentito il Ministro della salute.

Il rapporto di lavoro del Direttore Generale è esclusivo, ha durata non inferiore ai tre anni e non superiore ai cinque anni, ed è regolato da apposito contratto di diritto privato secondo lo schema approvato dalla Giunta regionale.

Al Direttore Generale sono attribuite funzioni di gestione ordinaria e straordinaria dell'istituto. In particolare:

- a) rappresenta l'istituto nei confronti di terzi e in giudizio;
- b) assicura la coerenza degli atti di gestione con gli indirizzi e i programmi stabiliti dal Consiglio di indirizzo e verifica nonché con la programmazione nazionale e regionale in materia di ricerca e di assistenza sanitaria;

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E
FUNZIONAMENTO

- c) nomina il Direttore Sanitario e il Direttore Amministrativo, scegliendoli tra i soggetti in possesso dei requisiti di cui all'articolo 11, comma 3, del d.lgs. 288/2003 e inseriti nei vigenti albi regionali/nazionali di idonei alla nomina di Direttore Amministrativo e di Direttore Sanitario delle aziende ed enti del S.S.R.;
- d) nomina il Collegio sindacale;
- e) adotta, previa acquisizione del parere del C.I.V., il Regolamento di organizzazione e funzionamento dell'istituto sulla base dello schema-tipo allegato all'Intesa Stato-regioni del 1° luglio 2004 e lo trasmette per la relativa approvazione alla Regione e al Ministero della salute;
- f) adotta i bilanci di previsione annuale e pluriennale e di esercizio, gli atti e i provvedimenti di alienazione del patrimonio e di costituzione o partecipazione a società, consorzi, associazioni o altri enti.

All'atto della nomina, la Regione assegna al Direttore Generale gli obiettivi di mandato, la cui valutazione intermedia, ai sensi dell'articolo 3-bis, comma 6, del d.lgs. 502/1992 e secondo le modalità stabilite dalla Giunta regionale, determina la conferma o meno dell'incarico fino alla sua naturale scadenza. Al Direttore Generale, inoltre, sono assegnati annualmente dal Consiglio di indirizzo e verifica gli obiettivi di salute e assistenziali di cui all'articolo 4, comma 5, lettera a) della L.R. 17/2017, che sono sottoposti alla valutazione del medesimo Consiglio.

In caso di assenza o impedimento temporaneo 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 per età. Ove l'assenza o l'impedimento si protragga oltre sei mesi si procede alla sostituzione. In caso di vacanza dell'ufficio, ove per comprovati motivi non si possa provvedere alla nomina del Direttore generale entro i sessanta giorni previsti dalla normativa di riferimento, si applicano le norme regionali in materia di commissariamento delle aziende sanitarie del S.S.R.

Al Direttore Generale si applicano le disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità vigenti per i direttori generali delle aziende sanitarie.

Il trattamento economico spettante al Direttore Generale è disciplinato dall'articolo 1, comma 5, del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 19 luglio 1995 n. 502 (Regolamento recante norme sul contratto del Direttore generale, del Direttore amministrativo e del Direttore sanitario delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere). Il trattamento economico integrativo è riconosciuto ed eventualmente quantificato dal C.I.V., previa valutazione dell'attività svolta e dei risultati raggiunti dal Direttore generale rispetto agli obiettivi annuali di salute e assistenziali di cui all' articolo 4, comma 5, lettere a) e b) della L.R. 17/2017.

Il Direttore Generale esercita tutti i poteri di gestione complessiva, coadiuvato dal Direttore sanitario e dal Direttore amministrativo, rapportandosi con il Direttore scientifico per quanto riguarda la ricerca e gli atti programmatori e gestionali a essa collegati. In particolare, il Direttore generale si rapporta con il Direttore Scientifico al fine della ottimale integrazione dell'attività assistenziale e di formazione con l'attività scientifica, con particolare riguardo alla definizione degli obiettivi aziendali di dipartimento e di struttura.

Il Direttore Generale uniforma le proprie azioni ai principi di imparzialità e trasparenza nel rispetto dei criteri di efficacia, di efficienza e di economicità della gestione.

Per lo svolgimento delle sue funzioni, il Direttore Generale si avvale delle strutture organizzative dell'Istituto e dei poteri organizzativi e gestionali attribuiti dalle leggi vigenti.

Art. 16 Il Direttore Scientifico

Il Direttore Scientifico, nominato e revocato secondo le procedure di cui al decreto del Presidente della Repubblica 26 febbraio 2007 n. 42 (Regolamento recante disposizioni in materia di direttori scientifici degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico — IRCCS), promuove e coordina l'attività di ricerca

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E
FUNZIONAMENTO

scientifica dell'istituto e gestisce il relativo budget, concordato annualmente con il Direttore Generale in relazione agli indirizzi del Consiglio di indirizzo e verifica, nonché, in coerenza con la programmazione nazionale e regionale.

A norma del comma 3 dell'art.11 del d.lgs. 288/2003 come modificato dal d.lgs. 200/2022, l'incarico di Direttore Scientifico comporta l'incompatibilità con qualsiasi altro rapporto di lavoro pubblico e privato, fatta salva l'attività di ricerca preclinica, clinica, traslazionale e di formazione, esercitata nell'interesse esclusivo dell'Istituto, senza ulteriore compenso.

L'incarico di natura esclusiva, è disciplinato da apposito contratto di lavoro di diritto privato. Al Direttore Scientifico si applicano le norme del d.lgs. 288/2003 e d.lgs. 502/92, nonché le disposizioni regionali vigenti.

L'ITB prevede che il Direttore Scientifico sia supportato da un'apposita struttura organizzativa al fine di consentire lo svolgimento delle attività scientifiche, ivi comprese le procedure di monitoraggio e rendicontazione economica, nonché dalle strutture amministrative dell'IRCCS affinché lo stesso possa concretamente definire le politiche e le strategie della ricerca, individuando il fabbisogno di risorse umane, strumentali e finanziarie da reperire, e decidendo come impiegarlo. Per una trattazione specifica delle articolazioni a supporto del Direttore Scientifico si rinvia alla sezione "Funzionigramma".

Il Direttore Scientifico **presiede il Comitato Tecnico Scientifico** ed esprime parere obbligatorio al Direttore Generale sugli atti inerenti alle attività cliniche e scientifiche, le assunzioni e l'utilizzo del personale medico e sanitario non medico. A norma del comma 2 dell'art.11 D.lgs. 288/2003, il Direttore Scientifico presiede la commissione di cui al comma 2 dell'articolo 15-ter del decreto legislativo n. 502/92.

In particolare, il Direttore Scientifico:

- predispone il Regolamento per le attività scientifiche al fine di disciplinare le procedure di raccordo tra l'attività di ricerca e l'attività assistenziale;
- promuove e coordina la diffusione degli studi scientifici, comprese le pubblicazioni e gli abstract, nel rispetto delle procedure previste;
- promuove e coordina i piani della ricerca clinica e sperimentale, attuando procedure di monitoraggio e rendicontazione degli stessi;
- individua i responsabili di ciascun programma e progetto di ricerca assegnando il relativo budget e verificandone l'impiego in stretta coordinazione con le strutture afferenti alla direzione amministrativa;
- valuta in via preventiva e autorizza le richieste di finanziamento per la realizzazione dei progetti di ricerca scientifica da parte dei ricercatori e delle strutture dell'Istituto;
- promuove e valuta la qualità delle pubblicazioni scientifiche prodotte dall'Istituto;
- gestisce il budget relativo alle attività di ricerca che viene annualmente concordato con il Direttore generale in relazione agli indirizzi strategici ed ai programmi annuali e pluriennali delle attività dell'Istituto;
- promuove e coordina le attività di trasferimento di conoscenze attraverso le pubblicazioni scientifiche, la partecipazione a convegni, congressi e gruppi di lavoro, la realizzazione di corsi di formazione e attività di aggiornamento, in coerenza con i progetti ed i programmi di ricerca e con il piano della formazione adottato dall'Istituto.
- si avvale del supporto di gruppi di ricerca definiti per ogni dipartimento dell'Istituto secondo il corrente organigramma della ricerca. L'ITB provvede all'aggiornamento annuale dei Gruppi di Ricerca in coerenza ai piani della ricerca clinica e sperimentale adottati.
- promuove e coordina le attività di trasferimento tecnologico e di innovazione nella pratica clinica;
- provvede agli adempimenti previsti dal Ministero della salute in riferimento all'attività scientifica;

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E
FUNZIONAMENTO

- presenta annualmente, e comunque ogni qualvolta richiesto, una relazione generale sull'attività scientifica svolta dall'Istituto;
- promuove rapporti di collaborazione funzionali allo svolgimento della mission dell'Istituto con Ministeri, Regione, enti e istituzioni scientifiche pubbliche e private, agenzie internazionali, autorità sanitarie nazionali e internazionali, associazioni e fondazioni;
- concorre alla definizione dell'organizzazione strutturale e funzionale dell'Istituto avendo cura di assicurare l'integrazione tra attività clinico-assistenziale ed attività scientifica;
- partecipa alla definizione degli obiettivi annuali di ricerca da assegnare ai dipartimenti e strutture. A tal proposito propone criteri oggettivi per la valutazione della produttività scientifica del personale impiegato;
- promuove e concorre alla definizione delle attività di formazione inerenti alle linee e i programmi di ricerca.

Art. 17 Collegio Sindacale

Il Collegio Sindacale:

- verifica l'amministrazione dell'Istituto sotto il profilo economico;
- vigila sull'osservanza della legge;
- 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 con cadenza almeno trimestrale.

I componenti del Collegio Sindacale possono procedere ad atti di ispezione e controllo, anche individualmente, dandone preventiva informazione al Presidente del Collegio ed al Direttore Generale.

Il Collegio Sindacale, a norma della L.R. 17/2017 e s.m.i., in applicazione del d.lgs. 288/2003 e s.m.i., dura in carica tre anni ed è composto, fermo restando l'art. 16 della L. 196/2009, da 3 (tre) membri, di cui:

- 1 (uno) designato dal Presidente della Giunta Regionale;
- 1 (uno) designato dal Ministro della Salute;
- 1 (uno) designato dal Ministro dell'Economia e delle Finanze.

I componenti del Collegio Sindacale sono scelti tra gli iscritti nel registro dei revisori contabili istituito presso il Ministero della Giustizia, ovvero fra i funzionari del Ministero dell'economia e delle finanze che abbiano esercitato per almeno tre anni le funzioni di revisori dei conti o di componenti di Collegi Sindacali.

Il Direttore Generale nomina il Collegio Sindacale.

Il Collegio Sindacale nomina il proprio Presidente all'atto della prima seduta, che è convocata dal Direttore Generale.

Il Collegio è convocato dal Presidente.

Il Presidente del Collegio partecipa alle riunioni del CIV e, a tal uopo, deve essergli recapitato l'avviso di convocazione.

Gli emolumenti dei Sindaci sono stabiliti in analogia con quanto previsto per il medesimo incarico presso le Aziende Sanitarie e Ospedaliere della Regione Puglia.

Le spese di funzionamento del Collegio sono a carico dell'Istituto.

TITOLO IV L'ORGANIZZAZIONE STRATEGICA**Art. 18 Direttore Sanitario e Direttore Amministrativo**

Il Direttore Generale è coadiuvato, nell'esercizio delle sue funzioni, dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario, nominati dallo stesso Direttore Generale tra i soggetti in possesso dei requisiti di cui all'articolo 11, comma 3, del d.lgs. 288/2003 e inseriti nei rispettivi albi regionali degli idonei alla nomina di Direttore amministrativo e di Direttore Sanitario delle aziende ed enti del S.S.R. Gli incarichi di Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario sono di natura autonoma, esclusivi e di durata non inferiore a tre anni e non superiore a cinque.

Alle figure di Direttore Sanitario e Amministrativo si applicano altresì le norme di cui all'art. 3-bis del d.lgs. 502/92.

Il **Direttore Sanitario** concorre al governo dell'Istituto e al processo di pianificazione e controllo delle attività anche attuando la "clinical governance", con riferimento sia alla qualità, che all'efficacia e all'efficienza tecnico-professionale, all'integrazione e al coordinamento delle attività volte ad assicurare la qualità clinica delle prestazioni erogate, nonché il loro costante miglioramento. In considerazione del fatto che l'ITB opera su un unico presidio, Il Direttore Sanitario assolve anche alle funzioni del Direttore Medico di Presidio ai sensi dell'art. 15, comma 13, lettera f/ bis del D.L. n. 95 del 6 luglio 2012, come integrato e modificato dalla Legge di Conversione n. 135 del 7 agosto 2012 e recepito quindi dall'articolo 3, comma 7 del D.lgs. 502/1992 s.m.i, e pertanto è altresì responsabile della direzione igienico-organizzativa della struttura, assicurando il coordinamento dei Dipartimenti e delle strutture operative dell'istituto, nonché promuovendo la valorizzazione delle professioni sanitarie, lo sviluppo della loro autonomia e responsabilizzazione, in coerenza con i principi disposti dalla legge 251/2000 e s.m.i.. Il Direttore Sanitario assicura il coordinamento del personale Sanitario operante nella struttura, l'efficienza e l'efficacia dei processi organizzativi di carattere sanitario interni all'Istituto e assicura la corretta comunicazione ai cittadini delle caratteristiche dei servizi erogati e dei dati clinici detenuti dall'Istituto.

Il **Direttore Amministrativo** concorre al governo dell'Istituto e al processo di pianificazione e controllo strategico dell'Istituto, formula pareri al Direttore Generale sulle materie di propria competenza; coadiuva il Direttore Generale nella definizione e direzione del sistema di governo economico-finanziario aziendale, garantendo l'efficace ed efficiente espletamento delle funzioni di supporto tecnico, amministrativo e logistico; garantisce la funzione tecnico-amministrativa complessivamente intesa. A tal fine, supporta tutte le strutture organizzative aziendali e favorisce il coordinamento e l'integrazione delle attività tecnico-amministrative, mettendo a disposizione le informazioni necessarie a valutare la compatibilità e la congruenza tra piani di attività e risorse.

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E
FUNZIONAMENTO**TITOLO V – GLI ORGANISMI COLLEGIALI****Art. 19 Il Collegio di Direzione**

Il Collegio di Direzione è costituito ai sensi della L.R. 17/2017 e s.m.i., in applicazione del d.lgs. 502/92 e s.m.i., dura in carica tre anni, ed è composto da:

- Direttori di Dipartimento pro-tempore
- Dirigente responsabile del Risk Management/rischio clinico o equivalenti;
- Delegato dei Dirigenti delle professioni sanitarie;
- Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione del rischio o equivalenti.

Al Collegio potranno, di volta in volta, essere chiamati a partecipare altri professionisti dell'Istituto, in relazione alla specialità degli argomenti, senza diritto di voto.

Il Direttore Generale si avvale del Collegio di Direzione aziendale, per il governo delle attività cliniche, la programmazione e valutazione delle attività tecnico-sanitarie e di quelle ad alta integrazione sanitaria.

Il Collegio di Direzione concorre alla formulazione dei programmi di formazione, delle soluzioni organizzative per l'attuazione dell'attività libero-professionale intra-muraria e, a livello aziendale, dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi clinici e di ricerca.

Il Direttore Generale si avvale del Collegio di Direzione per l'elaborazione dei programmi annuali e pluriennali dell'Istituto, nonché per l'organizzazione e lo sviluppo dei servizi, anche in attuazione del modello dipartimentale e per l'utilizzazione delle risorse umane.

Il Collegio di Direzione formula pareri e proposte in ordine alle iniziative ed alle modalità per assicurare l'integrazione fra i diversi Dipartimenti/Aree, cliniche e di ricerca, e la necessaria uniformità di gestione, sia sanitaria che scientifica che amministrativa; esprime altresì parere sulla coerenza tra l'attività assistenziale e l'attività di ricerca ed innovazione.

Il Collegio di Direzione esprime parere obbligatorio sull'Atto di Organizzazione per la parte relativa all'organizzazione delle attività cliniche; partecipa alla definizione dei requisiti di appropriatezza e qualità delle prestazioni, nonché degli indicatori di risultato clinico-assistenziale e concorre alla conseguente valutazione interna dei risultati conseguiti in relazione agli obiettivi prefissati.

Il Collegio elegge nella seduta di insediamento il proprio presidente e il vicepresidente scegliendoli tra i componenti di diritto. Ai componenti del collegio non è corrisposto alcun emolumento.

Art. 20 Il Comitato Tecnico Scientifico

Il Comitato Tecnico Scientifico (CTS) è un organismo con funzioni consultive e di supporto tecnico-Scientifico all'attività clinico-scientifica e di ricerca. A norma della L.R. 17/2017, il CTS è presieduto dal Direttore Scientifico, vi partecipa di diritto il Direttore Sanitario ed è composto da altri otto componenti scelti dal CIV, su proposta del Direttore Scientifico, come di seguito riportato:

- Quattro (4) componenti scelti tra i responsabili di dipartimento;

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E
FUNZIONAMENTO

- Un (1) componente scelto nell'ambito del personale medico dirigente;
- Un (1) componente scelto nell'ambito del personale delle professioni sanitarie con incarichi dirigenziali;
- Due (2) componenti esterni scelti tra esperti di comprovata competenza scientifica in ambito nazionale e internazionale.

Il CTS ha durata quinquennale. Qualora nel corso del mandato venga a cessare per qualsiasi motivo un componente del Comitato tecnico Scientifico, questo sarà sostituito da altro soggetto per il residuo periodo del mandato dei componenti in carica.

Il CTS si riunisce su convocazione del Presidente inviata a tutti i componenti. Gli argomenti posti all'ordine del giorno si ritengono approvati solo se, posti a votazione, hanno ottenuto il voto favorevole della maggioranza dei presenti. La partecipazione alle riunioni è obbligatoria e le assenze devono essere giustificate. Il protrarsi di assenze ingiustificate potrà determinare la decadenza dei componenti. Al termine delle riunioni i verbali degli incontri vengono trasmessi al Direttore Generale per le necessarie verifiche di compatibilità con gli indirizzi strategici. Il CTS viene informato dal Direttore Scientifico sull'attività dell'Istituto e formula pareri consultivi e proposte sui programmi e sugli obiettivi scientifici e di ricerca, nonché in via preventiva sulle singole iniziative di carattere scientifico.

Art. 21 Il Comitato Etico

Il Comitato Etico per le sperimentazioni cliniche è un organismo indipendente che ha la responsabilità di garantire la tutela dei diritti, della sicurezza e del benessere dei soggetti inseriti nei protocolli sperimentali e di fornire pubblica garanzia di tale tutela. Il Comitato Etico indipendente opera in forza ed in adempimento del Decreto del Ministero della Salute dell'8 febbraio 2013 avente per oggetto "Criteri per la composizione e il funzionamento dei Comitati Etici".

L'indipendenza del Comitato Etico viene garantita:

- dalla mancanza di un rapporto subordinato gerarchico del Comitato stesso nei confronti della struttura dell'Istituto;
- dalla presenza di personale non dipendente dall'Istituto, ad eccezione di quello ex officio;
- dalla estraneità e dalla mancanza di conflitti di interesse dei votanti rispetto alla sperimentazione proposta;
- dalla mancanza di un legame di tipo economico tra i membri del Comitato e le aziende del settore farmaceutico.

Il Comitato Etico svolge una funzione consultiva in relazione a questioni etiche connesse alle attività scientifiche ed assistenziali, allo scopo di proteggere e di promuovere i valori della persona umana.

Può, inoltre, proporre autonome iniziative di formazione degli operatori sanitari dell'Istituto relativamente a temi in materia di bioetica.

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E
FUNZIONAMENTO

Un numero non inferiore ad un terzo dei componenti totali del Comitato Etico deve essere non dipendente dell'Istituto stesso.

I componenti del Comitato Etico restano in carica tre anni; il mandato può essere rinnovato consecutivamente una sola volta, ad esclusione dei componenti ex-officio.

Il Comitato Etico, per le cui finalità, funzionamento, organizzazione e competenza territoriale si rimanda a quanto espressamente disposto dal già menzionato Decreto Ministeriale e dalle determinate in materia della Regione Puglia, è così composto:

- tre clinici;
- un medico di medicina Generale territoriale;
- un biostatistico;
- un farmacologo;
- un pediatra
- un farmacista del Servizio Sanitario Regionale;
- in relazione agli studi svolti nella propria sede, il Direttore Sanitario o un suo sostituto permanente, il Direttore Scientifico dell'IRCCS sede della sperimentazione;
- esperto in materia giuridica e assicurativa o medico legale;
- un esperto di bioetica;
- un rappresentante dell'area delle professioni sanitarie interessate alla sperimentazione;
- un rappresentante del volontariato o dell'associazionismo di tutela dei pazienti;
- un esperto in dispositivi medici;
- un ingegnere clinico o altra figura professionale qualificata, in relazione all'area medico-chirurgica oggetto dell'indagine con il dispositivo medico in studio;
- un esperto in nutrizione, in relazione allo studio di prodotti alimentari sull'uomo;
- un esperto clinico del settore, in relazione allo studio di nuove procedure tecniche, diagnostiche e terapeutiche, invasive e semi invasive;
- un esperto in genetica, in relazione allo studio di genetica.

Nei casi di valutazioni inerenti ad aree non coperte da propri componenti, il Comitato etico convoca, per specifiche consulenze, esperti esterni al Comitato stesso.

Per personale non dipendente si intende il personale che non abbia rapporti di lavoro a tempo pieno, parziale o di consulenza con questo Istituto.

Il Presidente è, di norma, esterno all'Istituto e viene eletto al suo interno secondo le procedure e con le modalità previste dal Regolamento di funzionamento del Comitato Etico stesso; il Presidente non può ricoprire tale carica per più di due mandati consecutivi.

Il Comitato Etico viene insediato dal Direttore Generale.

È dotato di un Ufficio di Segreteria tecnico-scientifica qualificata e il Dirigente responsabile dell'ufficio di segreteria è componente ex-officio del Comitato stesso.

Il Comitato deve adottare un Regolamento che definisca compiti, modalità di funzionamento e regole di comportamento.

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E
FUNZIONAMENTO

Ai membri del Comitato Etico spetta un gettone di presenza la cui tariffa viene stabilita con delibera della Regione Puglia. La predetta tariffa è posta a carico del promotore delle sperimentazioni secondo quanto stabilito dal Regolamento del Comitato stesso.

Il Comitato:

- valuta sotto il profilo etico i programmi di sperimentazione scientifica e terapeutica da avviare nell'Istituto;
- fornisce pareri sulle questioni Etiche e di Bioetica ad esso sottoposte dal Direttore Generale, dal Direttore Scientifico o dal Consiglio di Indirizzo e Verifica;
- formula proposte sulle materie di propria competenza.

Art. 22 Comitato Consultivo Misto

A fine di garantire la centralità del cittadino, quale titolare del diritto alla salute, nella definizione delle prestazioni sanitarie e nella fruizione dei servizi stessi ed assicurare la partecipazione dell'utente, singolo o tramite le associazioni di volontariato e di tutela dei diritti, alle fasi di programmazione delle attività, valutazione della qualità dei servizi e tutela dei diritti degli utenti, l'Azienda istituisce il Comitato Consultivo Misto, ai sensi dell'art. 14 del D. Lgs. n. 502/1992 e ss. mm. ii.

Il CCM, come previsto dalla Legge della Regione Puglia del 3 agosto 2006 "Principio di riordino del Servizio Sanitario Regionale" è composto da utenti e operatori di servizi socio-sanitari del territorio dell'Azienda.

L'attività del CCM è finalizzata a:

- contribuire alla programmazione delle attività dell'Azienda;
- contribuire all'elaborazione dei Piani Aziendali;
- verificare la funzionalità dei servizi, la loro rispondenza alle finalità del SSN e agli obiettivi dei Piani sanitari nazionali e regionali della salute.

Il CCM ha le seguenti funzioni:

- favorire la partecipazione degli utenti e delle forze sociali attraverso la promozione di campagne di informazione e di iniziative presso le comunità esistenti (scuole, attività produttive, circoli culturali, quartieri o frazioni), nonché attraverso l'organizzazione di dibattiti e incontri pubblici di sensibilizzazione;
- formulare proposte in ordine al programma di erogazione dei servizi, alle modalità di pubblicizzazione dei servizi erogati, ai programmi di indagine e di ricerca sui bisogni, di rispondenza dei servizi alle necessità degli utenti;
- curare la pubblicizzazione dei servizi in collaborazione con gli operatori al fine di:
 - collaborare alla programmazione dei piani di educazione sanitaria;
 - valutare annualmente, tramite una relazione, l'andamento complessivo dei servizi dell'Istituto.

La composizione, il funzionamento, le modalità di nomina, la decadenza, le sostituzioni e le incompatibilità dei componenti, i rapporti tra CCM e Istituto sono disciplinati da apposito regolamento adottato dal Direttore Generale.

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E
FUNZIONAMENTO**Art. 23 Collegio Tecnico**

Il Collegio Tecnico, a norma dell'art. 15 del D. Lgs. n. 502/1992 e ss. mm. ii. nonché ai sensi dell'art. 5 del D. Lgs. n. 517/1999, e ss. mm. ii., è l'organismo preposto alla verifica dell'attività professionali svolte dai dirigenti nonché alla verifica dei risultati raggiunti.

Il Collegio Tecnico procede, per ognuna delle Aree di contrattazione della Dirigenza, alle verifiche stabilite dai rispettivi contratti collettivi nazionali di lavoro. Il Collegio è composto da tre membri, di cui uno con funzioni di presidente su designazione del Direttore Generale, ed è formato esclusivamente da dirigenti in servizio presso pubbliche amministrazioni. I componenti del CT vengono scelti tra i nominativi dei direttori di struttura complessa inseriti nel dataset dell'elenco nazionale dei direttori di struttura complessa del Ministero della Salute (www.dati.salute.gov.it), alimentato direttamente dalle Regioni, previo contatto per acquisirne la disponibilità. La composizione del Collegio Tecnico è informata al principio dell'imparzialità e a tal fine non può fare parte dell'organismo collegiale chi è già chiamato in prima istanza a formulare la proposta di valutazione. I Collegi Tecnici svolgono, in particolare, le seguenti funzioni:

- verificano tutti Dirigenti, attraverso la valutazione dei risultati professionali raggiunti in termini di quantità e di qualità, nell'ambito degli obiettivi prefissati;
- valutano le prestazioni professionali, intese come l'insieme delle azioni svolte e dei risultati conseguiti nell'ambito delle responsabilità delle funzioni attribuite;
- pervengono ad una valutazione positiva o negativa sulla prestazione del Dirigente sottoposto a verifica, attraverso opportuni strumenti (indicatori e standard dirigenziali).

La verifica effettuata dai Collegi Tecnici, così come prevedono i contratti, è periodica e permanente e prevede:

- la valutazione, al termine dell'incarico, di tutti i Dirigenti;
- la valutazione, al termine del quinquennio, dei Dirigenti neo assunti.
- La verifica ha come effetto la conferma, la revoca, o il conferimento di altro incarico.

Le modalità di costituzione e funzionamento del CT sono stabilite da apposito atto regolamentare dell'Istituto, adottato dal Direttore Generale.

TITOLO VI – LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA

Art. 24 Il modello organizzativo

L'Organizzazione dipartimentale, ai sensi dell'art. 17-bis del d.lgs. 502/1992 e s.m.i., è il modello ordinario di organizzazione e gestione operativa dell'ITB che recepisce il principio di superamento della frammentazione nell'ottica dell'aggregazione in dipartimenti e di integrazione operativa e funzionale.

L'organizzazione dell'ITB è articolata nelle seguenti Strutture Organizzative:

- Dipartimenti
- Strutture Complesse (S.C)
- Strutture Semplici a valenza dipartimentale (S.S.D.)
- Strutture Semplici (S.S.)
- Settori di ricerca

I **Dipartimenti** sono aggregazioni di Unità Operative omogenee, affini o complementari tra loro e collegabili sul piano operativo, che perseguono finalità interdipendenti e sono tra loro fortemente integrate, pur mantenendo la propria autonomia e responsabilità organizzativa, gestionale e professionale. Il Dipartimento assume un ruolo negoziale nei rapporti con la Direzione Strategica e con le strutture aziendali, consentendo risposte organiche, flessibili e tempestive.

Il Dipartimento ha come principale obiettivo quello di migliorare la pratica clinico-assistenziale e di ricerca, favorendo l'uniformità delle pratiche.

L'Organizzazione dipartimentale favorisce il rapido passaggio di conoscenze e metodologie dall'ambito della ricerca alla pratica clinica nel rispetto delle specificità delle strutture afferenti.

Il Dipartimento si articola in:

- Comitato di dipartimento
- Direttore di Dipartimento

Per gli aspetti legati alla modalità di istituzione ed organizzazione dei Dipartimenti si rinvia alla sezione del "FUNZIONIGRAMMA".

Il **Direttore del Dipartimento** viene selezionato nel rispetto delle norme vigenti e nominato dal Direttore Generale; deve essere necessariamente Direttore di struttura complessa e conserva la direzione della propria Struttura cui è preposto in qualità di titolare; dura in carica, di norma, **2 anni** ed è gerarchicamente sovra-ordinato ai direttori di Struttura Complessa ed ai Responsabili di Strutture Semplici a valenza dipartimentale.

I Dipartimenti previsti sono riportati nell'ORGANIGRAMMA.

Le **Strutture Complesse** (SC) sono articolazioni interne al Dipartimento con specifico riferimento specialistico e organizzativo di natura complessa. Al loro interno si concentrano competenze professionali e risorse (umane, tecnologiche e strumentali), finalizzate allo svolgimento di funzioni di amministrazione, di programmazione e/o produzione di prestazioni e servizi.

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E
FUNZIONAMENTO

L'individuazione della SC si fonda sui seguenti punti:

- complessità e specializzazione delle materie o delle patologie trattate;
- strategicità rispetto alla mission istituzionale;
- adeguata dotazione di risorse tale da consentire l'osservanza delle disposizioni in tema di articolazione del lavoro;
- livello di autonomia e responsabilità;
- rilevanza economica e autonomia delle risorse gestite;
- complessità delle relazioni intra ed extra- istituzionali;

in virtù della loro complessità queste strutture costituiscono centri di responsabilità all'interno del processo di budget.

Il Direttore di SC è nominato dal Direttore Generale ai sensi della vigente normativa; assicura l'organizzazione e la direzione della SC al fine di garantire il conseguimento degli obiettivi definiti in sede di budget, assicurando un elevato livello di efficacia, efficienza e qualità dell'assistenza erogata, il costante adeguamento delle conoscenze e competenze professionali dei membri dell'equipe.

Il Direttore di SC risponde dell'andamento generale e dei risultati da essa conseguiti. In particolare, al Direttore compete:

- partecipare al processo di negoziazione del budget;
- garantire il perseguimento degli obiettivi di assistenza e di ricerca attribuiti all'Unità Operativa;
- garantire l'attuazione degli indirizzi organizzativi e tecnico-sanitari definiti in sede dipartimentale rispondendone al Direttore Gerarchicamente sovra ordinato;
- la responsabilità della realizzazione dei programmi di miglioramento della qualità clinica;
- la responsabilità di promuovere gli interventi di integrazione a livello dipartimentale tra ricerca ed assistenza;
- partecipare all'attività del Comitato di Dipartimento;
- promuovere l'aggiornamento e la formazione professionale e tecnico scientifica dei professionisti dell'equipe.

Le **Strutture Semplici a valenza Dipartimentale (SSD)** sono strutture che in un'ottica di supporto trasversale al processo produttivo vengono collocate gerarchicamente alle dipendenze del Direttore del Dipartimento e non di una struttura complessa e sono dirette da un dirigente responsabile. Alle SSD viene attribuito un budget operativo (obiettivi e risorse). La SSD, di norma, corrisponde ad un unico centro di costo.

Le **Strutture Semplici** sono strutture che non possiedono dimensioni operative o requisiti di complessità specificati per le strutture complesse e sono articolazioni delle strutture complesse di cui fanno parte. Alle SS viene riconosciuta dal Direttore della SC di afferenza una quantità definita di risorse e vengono assegnati obiettivi specifici nell'ambito del budget operativo (obiettivi e risorse) della SC di afferenza. Il responsabile della SS è titolare delle risorse e degli obiectti affidati alla SS, al cui conseguimento deve concorrere insieme agli obiettivi della SC. Al Responsabile di SS compete la valutazione individuale e la definizione dei risultati raggiunti. La SS, di norma, corrisponde ad un unico centro di costo.

Per il conferimento dell'incarico di dirigente responsabile di struttura semplice e semplice a valenza dipartimentale si applicano le disposizioni di cui al CCNL vigente.

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E
FUNZIONAMENTO

È compito del dirigente responsabile di SS o SSD:

- provvedere ad erogare le prestazioni richieste (diagnostico-terapeutiche o tecnico-amministrative) in coerenza con gli obiettivi dell'UO di afferenza o del Dipartimento di afferenza;
- collaborare con il Direttore di SC (o del Dipartimento) nella definizione dei programmi di attività e nella realizzazione dei progetti assegnati, con assunzione diretta delle responsabilità dei procedimenti;
- promuovere l'aggiornamento e la formazione professionale e tecnico scientifica dei professionisti dell'equipe.

I **Settori di ricerca** sono articolazioni funzionali che riguardano aree di attività di norma affidate a professionisti, la cui autonomia tecnico-professionale si esercita nel rispetto dei protocolli operativi e delle direttive impartite dal Direttore Scientifico. I Settori di ricerca includono le Linee di ricerca come approvate nella Programmazione triennale.

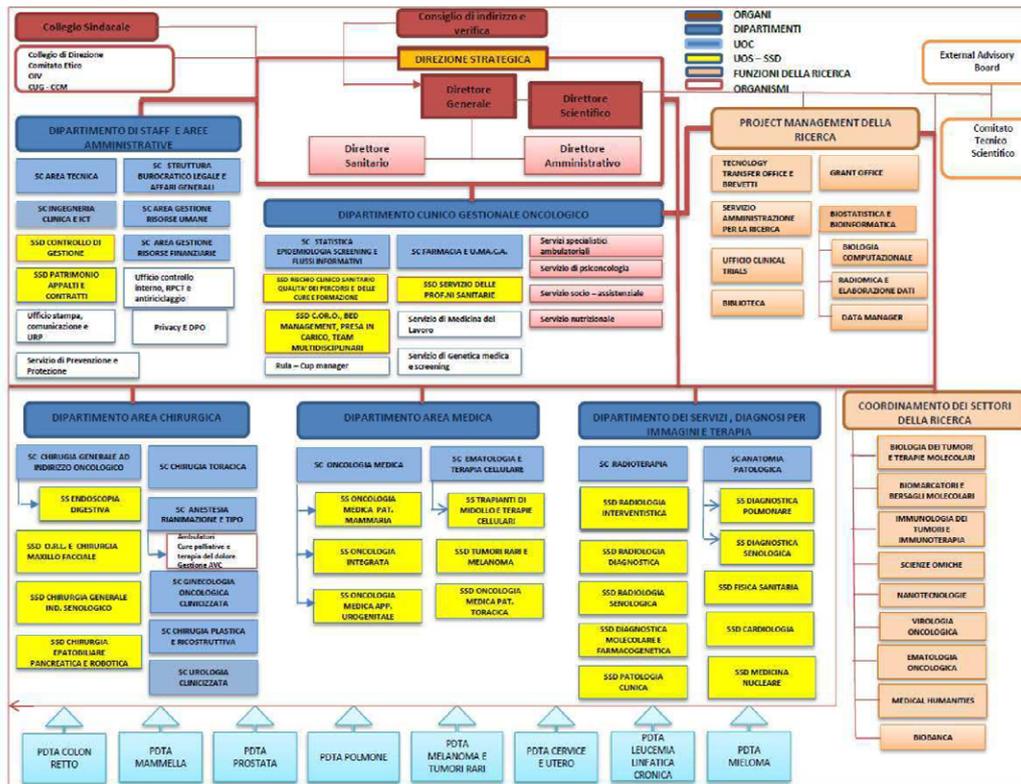
Al fine di supportare il Direttore Scientifico vengono individuate apposite articolazioni di amministrazione della ricerca.

Per gli aspetti funzionali si rinvia alla sezione denominata "Funzionigramma".

In un'ottica di realizzazione delle politiche di governo clinico, il Dipartimento offre l'architettura organizzativa che meglio risponde alle esigenze correlate alla complessità dei processi sanitari, alle innovazioni e al governo delle tecnologie, elementi che rendono indispensabile una forte integrazione tra professionalità e competenze, unico strumento che garantisce efficacia ed efficienza.

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E FUNZIONAMENTO

Le Strutture Organizzative dell'ITB sono, ad oggi, individuate secondo il seguente Organigramma:



L'ITB è presente nella rete ospedaliera regionale, con 179 posti letto per acuti ai sensi del vigente piano di riordino ospedaliero approvato con Deliberazione di Giunta Regionale n. 1384 del 3 ottobre 2024 recante "Approvazione definitiva Regolamento Regionale "Aggiornamento della Rete ospedaliera ai sensi del D.M. n. 70/2015 - Approvazione Schema di Regolamento avente ad oggetto "Modifica e integrazione del Regolamento regionale n. 23/2019 e del R.R. n. 14/2020"". Modifica ed integrazione di deliberazione di Giunta regionale n. 1119 del 31/07/2024." e del Regolamento Regionale 31 ottobre 2024, n. 8 recante "Modifica e integrazione del regolamento regionale n. 23/2019 e del R.R. n. 14/2020" e s.m.i. di cui alla D.G.R. n. 559 del 29 aprile 2025".

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E
FUNZIONAMENTO

Codice Disciplina Ospedaliera	Disciplina Ospedaliera	Posti letto da Piano di Riordino Ospedaliero (R.R. 31 ottobre 2024, n.8)
09	Chirurgia Generale	47
12	Chirurgia Plastica	10
13	Chirurgia Toracica	16
18	Ematologia	21
60	Lungodegenti	10
64	Oncologia	30
37	Ginecologia	16
38	Otorinolaringoiatria	10
49	Terapia Intensiva	7
43	Urologia	10
96	Terapia del Dolore	2
	Totale	179

I posti letto realmente funzionanti non superano quelli accreditati nel rispetto delle procedure vigenti e non possono essere, naturalmente, in numero superiore a quelli autorizzati con DGR.

Annualmente, anche al fine di elaborare correttamente i report di funzionalità, con deliberazione del DG viene definito il numero dei posti-letto attivi, che viene aggiornato tempestivamente anche sulla base delle esigenze epidemiologiche della popolazione di riferimento, della disponibilità della logistica e delle risorse umane e professionali e del rispetto dei criteri di appropriatezza. In tale ottica anche la qualificazione di posti-letto può essere variata nel rispetto del numero totale stabilito a livello regionale. Tale flessibilità risponde alla peculiarità del settore di assistenza che si caratterizza per adeguarsi continuamente alle esigenze assistenziali.

TITOLO VII – I PRINCIPI E GLI STRUMENTI DELLA GESTIONE

Art. 25 Unitarietà della gestione

L'ITB impronta la propria gestione in maniera unitaria, strettamente correlata alle finalità ed agli obiettivi di ricerca e di assistenza che intende perseguire, articolando le diverse funzioni in maniera integrata al fine di programmare, organizzare e realizzare le azioni previste e verificare i risultati raggiunti.

La gestione delle attività si attua attraverso l'**assetto organizzativo** che, in virtù dei continui mutamenti del contesto epidemiologico in cui opera, delle risorse strumentali e umane di cui dispone, e degli indirizzi di politica sanitaria, viene modificato ed adeguato ferme restando le finalità legate alla mission istituzionale.

Sono principi ispiratori della gestione:

- L'integrazione intesa quale raccordo tra le articolazioni dell'Istituto ed i soggetti che vi operano. Integrazione alla base della multi-professionalità nell'approccio clinico, propria dei Team multidisciplinari; integrazione tra ricerca ed assistenza alla base dell'approccio traslazionale;
- La flessibilità organizzativa che si pone alla base della gestione al fine di ridefinire e rideterminare i percorsi e le risorse a seconda delle necessità e criticità;
- L'economicità intesa come ricerca di soluzioni in grado di razionalizzare i costi ottenendo lo stesso beneficio clinico assistenziale e di ricerca; l'economicità si realizza anche attraverso l'individuazione di soluzioni capaci di condividere il patrimonio di risorse professionali e tecnologiche;
- La trasparenza come principio di accessibilità e chiara rappresentazione delle azioni.

Art. 26 Orientamento ai bisogni dell'utenza

Obiettivo prioritario dell'Istituto è quello di orientare i propri servizi al soddisfacimento dei bisogni dell'utenza. L'ITB assicura la multidisciplinarietà delle diverse fasi del percorso clinico-assistenziale, e garantisce la continuità assistenziale mediante procedure di presa in carico del paziente multiprofessionali e trasversali.

A tal fine definisce ed istituisce Team multidisciplinari per patologia e PDTA oncologici che operano in maniera trasversale, coinvolgendo i Dipartimenti ospedalieri per specifica professionalità.

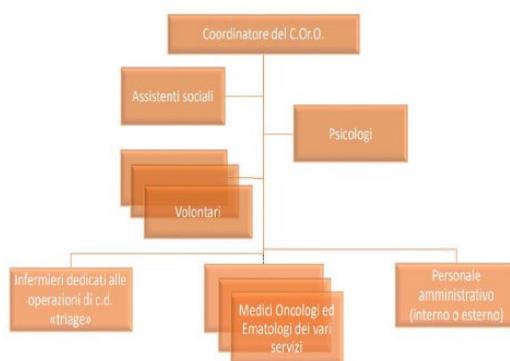
Art. 27 L'integrazione con la rete ospedaliera regionale

L'integrazione con la rete ospedaliera regionale si attua mediante interventi ed attività concordate e condivise tra i diversi interlocutori presenti nella Rete Ospedaliera Regionale. L'ITB assicura la partecipazione alla Rete Ospedaliera Regionale anche attraverso la partecipazione alla **Rete Oncologica Pugliese** - (R.O.P.) istituita con DGR 23 febbraio 2017, n. 221, che individua l'ITB quale **sede dell'unità di coordinamento (UCoor) della ROP**, cui compete il coordinamento e la gestione operativa delle attività e delle risorse finanziarie specificamente attribuite dalla Consulta oncologica regionale – primo livello della

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E
FUNZIONAMENTO

rete, che ne elabora gli obiettivi e valuta la corretta esecuzione dei programmi affidati all'Unità di coordinamento - ed ha il compito di orientare ed accreditare i principali percorsi diagnostico-terapeutici (PDTA) per tutte le strutture oncologiche regionali, di coordinare le attività dei Dipartimenti oncologici integrati per gruppi di patologia interdisciplinare, c.d. **Dionc**, rappresentanti il terzo livello della rete, di monitorare e verificare il funzionamento delle varie articolazioni della rete, in modo omogeneo e standardizzato a livello regionale. Nell'organizzazione del sistema a rete strutturato secondo il modello Hub & Spoke, l'ITB assolve la funzione di **Hub regionale**. I processi di presa in carico assistenziali sono integrati e coerenti con la politica sanitaria regionale. Si attuano mediante l'individuazione di punti di accesso identificati quali C.Or.O. – Centri di orientamento oncologico che utilizzano un approccio di presa in carico trasversale e multidisciplinare proprio di un sistema a rete.

Il C.Or.O. dell'Istituto è organizzato secondo il seguente modello organizzativo; tale organizzazione segue lo schema regionale di strutturazione dei Centri di orientamento oncologico, come di seguito indicato:



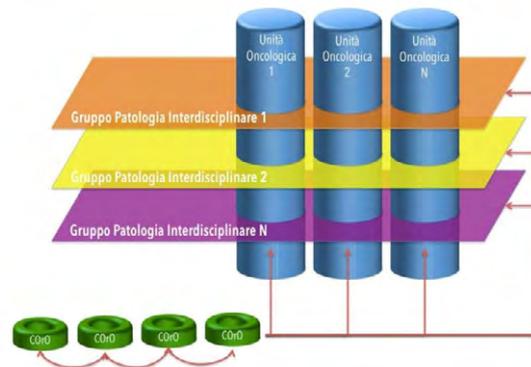
Il C.Or.O. dell'Istituto assolve ai seguenti compiti:

- informazione ed accoglienza;
- gestione medica della patologia oncologica sospetta e delle procedure per giungere alla diagnosi e/o completarla in maniera tempestiva;
- amministrativo – gestionali;
- di segnalazione e supporto;
- di comunicazione e divulgazione degli esiti.

L'ITB si caratterizza per la presenza di Unità Operative che concorrono ai Gruppi Interdisciplinari di Patologia, secondo lo schema di funzionamento definito dalla DGR n. 221/2017 di istituzione della Rete Oncologica Pugliese.

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E
FUNZIONAMENTO

Il Dipartimento Integrato Oncologico (DIOnc)



Il C.Or.O. dell'Istituto rappresenta pertanto, come nel caso di tutti gli altri C.Or.O. regionali, la porta di ingresso al percorso di cura oncologica:

- per pazienti con sospetta diagnosi da accertare;
- per pazienti con diagnosi già accertata, ma che richiedano il completamento dell'iter stadiativo propedeutico all'avvio della terapia.

Al C.Or.O. dell'Istituto spetta il compito di orientare e supportare l'ingresso dei pazienti nella Rete Oncologica Regionale, tenendo in chiaro conto la specifica missione territoriale che è affidata all'Istituto sia in termini di assistenza alla malattia oncologica, sia quale Centro di Riferimento Regionale dell'Oncologia, sia in quanto Istituto di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico.

Il C.Or.O. dell'Istituto si caratterizza per l'indirizzamento nell'assistenza:

- secondo gli standard regionali della Rete Oncologica Pugliese ai pazienti che il D.I.Onc. Barese segnala o che volontariamente pervengono alle Unità Oncologiche di Patologia;
- di più elevata qualificazione e specializzazione sia diagnostica che terapeutica che la stessa Rete Oncologica Pugliese affida al Centro di Riferimento (ad es. Diagnostica di Anatomia Patologica, Diagnostica Molecolare, Tumori rari, ecc.);
- mediante arruolamento nelle sperimentazioni secondo approcci innovativi nella diagnosi e terapia delle patologie tumorali ed onco-ematologiche.

Per disciplinare l'organizzazione ed il funzionamento del C.Or.O. l'ITB si dota di apposito "**Manuale delle procedure e funzionamento**".

Al fine di integrare le funzioni proprie del C.Or.O. con le attività clinico-assistenziali erogate dalle strutture ospedaliere viene istituita la funzione del **Bed Management** come strumento operativo per migliorare il patient flow.

Il Bed Management ha lo scopo di:

- assicurare il corretto setting di cure e assistenza
- centralizzare il controllo della risorsa posti letto
- sviluppare strategie per ottimizzare l'uso delle risorse logistiche, organizzative e di personale dedicate ai pazienti a maggior criticità/complessità.

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E
FUNZIONAMENTO

Per una trattazione specifica delle attività e funzioni si rinvia alla sezione "Funzionigramma".

Nell'ambito della Rete Oncologica Pugliese (R.O.P.) l'ITB partecipa quale componente ai lavori del Tavolo Tecnico Regionale **Molecolar Tumor Board** che si pone l'obiettivo di fornire indirizzi e supporto sia in riferimento alla governance del sistema che sugli aspetti clinici, al fine di promuovere la definizione di criteri condivisi e l'omogeneità delle procedure. In particolare si propone di valutare la necessità di un approfondimento genetico-molecolare e di interpretare l'esito di test molecolari complessi volti all'identificazione, nei tumori dei pazienti o in biopsie liquide, di alterazioni molecolari di varia natura (genomica, epigenomica, trascrittomiche, proteomica, metabolica) che permettano di predire la vulnerabilità a terapia bersaglio molecolare ovvero a immunoterapie (alterazioni molecolari azionabili).

Attraverso l'integrazione con la rete ospedaliera regionale, l'ITB assicura la multidisciplinarietà delle fasi del percorso clinico-assistenziale, includendo anche azioni di prevenzione di II livello come sancito dal piano regionale di prevenzione, nonché la continuità assistenziale mediante individuazione di percorsi individualizzati a seconda delle esigenze clinico-assistenziali rilevate (P.D.T.A.)

In recepimento dell'Accordo Stato - Regioni del 21 settembre 2017 per la realizzazione della Rete Nazionale dei Tumori Rari (RNTR) - (Rep. atti n. 158/CSR), con deliberazione di Giunta regionale n. 794 del 2/5/2019 l'ITB viene individuato quale **Centro Regionale per la Ricerca e la Cura dei Tumori Rari**.

È **Centro Regionale di Riferimento legittimato al rilascio del parere/autorizzazione per cure all'estero** ai sensi dell'art. 3 D.M. 3/11/1989 per le branche specialistiche di Oncologia Medica, Chirurgia Oncologica e Radioterapia.

Nel processo d'integrazione con la rete ospedaliera regionale, l'ITB assicura azioni finalizzate all'ottimizzazione dei criteri di appropriatezza e di contenimento della spesa sanitaria mediante la riduzione di ricoveri impropri e l'individuazione di setting di cura appropriati per le esigenze di cura. Nel sistema della rete regionale assistenziale l'ITB assicura:

- il contenimento delle liste di attesa mediante interventi finalizzati;
- le dimissioni protette per pazienti dimessi con l'inserimento nel sistema delle cure domiciliari e/o residenziali;
- la continuità assistenziale con percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali per patologie d'organo;
- L'erogazione di prestazioni di II livello nell'ambito dei programmi di screening regionali.

Art. 28 Il governo clinico

L'ITB promuove la definizione e l'utilizzo di PDTA come strumento di governo clinico e di continuità della presa in carico del paziente. L'obiettivo di tutela della salute viene perseguito salvaguardando i principi di appropriatezza e qualità delle prestazioni erogate, nonché, di sicurezza, garantendo il principio di sostenibilità economica. L'ITB adotta azioni volte alla riduzione/controllo del rischio assistenziale, nonché alla diffusione di good practice cliniche ed assistenziali funzionali al miglioramento continuo della qualità dei servizi. Il monitoraggio e il miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure indirizzano le azioni clinico-assistenziali e di ricerca dell'Istituto.

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E
FUNZIONAMENTO**Art. 29 La Trasparenza dell'azione amministrativa**

L'attività amministrativa dell'ITB, in ottemperanza alle vigenti disposizioni di legge in materia di trasparenza e semplificazione amministrativa, si conforma ai criteri e principi di cui al d.lgs. 33/2013 (*Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni*) e sm.i e della L.190/2012 (*Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione*).

Tenuto conto della specifica organizzazione aziendale, al fine di assicurare l'efficiente ed efficace azione amministrativa e di favorirne lo svolgimento corretto, si dota di un **codice etico di comportamento aziendale** che integra e specifica le previsioni del codice di comportamento dei pubblici dipendenti di cui al D.P.R. n. 62/2013, definendo i doveri minimi di diligenza, lealtà imparzialità e correttezza che i dipendenti sono tenuti ad osservare. A norma del comma 5 bis dell'art. 8 del d.lgs. 288/2003 introdotte dal d.lgs. 200/2022, l'ITB, dedica un'apposita sezione del codice di comportamento al **codice di condotta per l'integrità della ricerca** che disciplina prescrizioni comportamentali volte al corretto utilizzo delle risorse e al rispetto di regole di fair competition.

Art. 30 Le risorse umane

L'ITB promuove forme di valorizzazione del proprio personale riconoscendo il valore professionale come aspetto da potenziare e tutelare sia nell'ambito clinico che di ricerca.

Il rapporto e l'orario di lavoro, il trattamento giuridico ed economico del personale dell'Istituto sono sottoposti alla disciplina del d.lgs 502/1992 e s.m.i., del d.lgs. 165/2001 e s.m.i. e dei vigenti CCNL.

- Funzioni proprie

I dirigenti esercitano le proprie funzioni di attuazione e gestione degli atti di indirizzo e programmazione annuale delle attività e dei contratti, nell'ambito dell'autonomia che caratterizza il proprio ruolo professionale ed in relazione agli obiettivi di budget annualmente concordati.

Nell'ambito delle deleghe loro attribuite possono anche assumere obbligazioni in nome e per conto dell'Azienda. Nei limiti del proprio ruolo e delle deleghe ricevute, spetta, in particolare ai dirigenti, l'adozione di tutte le decisioni, atti e provvedimenti, compresi quelli che impegnano l'ITB verso l'esterno, nonché la gestione finanziaria, tecnica ed amministrativa mediante l'esercizio di autonome facoltà di spesa e di organizzazione delle risorse umane, strumentali e di controllo. Essi sono responsabili dell'attività e della gestione negli ambiti di competenza e dei relativi risultati.

In particolare, i dirigenti:

- danno attuazione agli obiettivi, ai piani, ai programmi, alle direttive generali per la gestione fissati dalla Direzione Generale nel rispetto delle priorità indicate;
- collaborano con la Direzione Aziendale, formulando proposte ed esprimendo pareri;
- dirigono o coordinano e controllano l'attività delle strutture delle quali hanno la responsabilità, anche mediante l'adozione di direttive, atti di indirizzo, linee guida o procedure;

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E
FUNZIONAMENTO

- provvedono agli atti di gestione del personale, assegnato alla struttura, curandone l'orientamento al risultato anche attraverso l'attribuzione dei trattamenti economici accessori secondo quanto previsto dai contratti collettivi nazionali e integrativi di lavoro;
- provvedono alla gestione delle risorse finanziarie e strumentali assegnate alla struttura di pertinenza secondo criteri di flessibilità e uso razionale ed integrato delle risorse medesime;
- assicurano il controllo sull'attività delle articolazioni organizzative cui sono preposti ai fini della valutazione dei risultati conseguiti;
- assumono tutte le iniziative necessarie al fine di assicurare la semplificazione, la trasparenza e la responsabilizzazione delle procedure interne, sia di diritto pubblico che privato;
- curano la sicurezza sui luoghi di lavoro, per quanto di loro competenza.

L'adozione di atti e decisioni non ricompresi nelle funzioni di competenza costituisce fonte di responsabilità ai sensi della vigente normativa, anche contrattuale.

È fatto salvo il potere del Direttore Generale di annullamento in autotutela per motivi di legittimità degli atti amministrativi compiuti dai dirigenti. Tale potere sarà esercitabile entro un termine ragionevole, qualora sussistano le ragioni di interesse pubblico e tenendo conto degli interessi dei destinatari e dei contro interessati.

In caso di inerzia o ritardo nell'esercizio di funzioni proprie, il Direttore Generale fissa un termine entro il quale il dirigente deve adottare l'atto o il provvedimento contestualmente muovendo formale contestazione e, qualora l'inerzia o il ritardo permangano, dà incarico di provvedere ad altro dirigente.

- **Funzioni delegate**

Il Direttore Sanitario, il Direttore Amministrativo e i Dirigenti dell'Istituto svolgono tutti gli altri compiti e funzioni ad essi delegati dal Direttore Generale ai sensi della vigente disciplina di legge.

Tale delega è gratuita, deve risultare da atto pubblico e deve essere accettata dal delegato per iscritto con atto recante data certa anteriore allo svolgimento dei compiti e delle funzioni delegate; la delega deve attribuire al delegato tutti i poteri di organizzazione, gestione e controllo richiesti dalla specifica natura delle funzioni e dei compiti delegati e deve attribuire al delegato l'autonomia di spesa necessaria allo svolgimento delle funzioni e dei compiti delegati.

Le deleghe possono essere revocate dal Direttore Generale in ogni momento nelle stesse forme seguite per il loro conferimento; la revoca non comporta il riconoscimento di indennizzo alcuno in capo al delegato. Il soggetto al quale sia stata conferita la delega non può, a sua volta, delegare le funzioni e i compiti delegati senza il consenso del delegante (Direttore Generale). Il soggetto delegato ha la piena responsabilità, a qualsiasi effetto interno ed esterno all'Istituto, degli atti compiuti, non essendo previste forme di controllo preventivo sugli atti medesimi né essendo previste forme di controllo successivo a carattere continuativo e sistematico, salva la possibilità per la Direzione Generale di effettuare controlli a campione anche in modo non formalizzato. Avverso gli atti amministrativi compiuti nell'esercizio della delega è ammesso ricorso al Direttore Generale dell'Istituto da proporsi entro 30 giorni dalla notificazione dell'atto ovvero, se anteriore, dalla sua pubblicazione; con il ricorso possono essere richiesti esclusivamente l'annullamento o la revoca

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E
FUNZIONAMENTO

dell'atto. Avverso gli atti di natura privata compiuti dal delegato nell'esercizio della delega sono esperibili i rimedi previsti dal Codice civile e dalle leggi speciali.

Il Direttore Generale, nell'ambito dell'eventuale attività di controllo di cui al comma 4, può, nel rispetto dei principi generali dell'ordinamento, annullare d'ufficio e/o revocare i provvedimenti amministrativi illegittimi o inopportuni assunti dal delegato nonché può assumere rispetto agli atti gestionali di diritto privato invalidi o non convenienti assunti dai delegati le iniziative consentite dal Codice civile.

L'attività delegata non è soggetta a controllo preventivo e diventa esecutiva nelle forme di legge. L'adozione di atti eccedenti la delega costituisce fonte di responsabilità ai sensi della vigente disciplina.

La Determina comportante l'assunzione di costi dell'Istituto, prima della sua adozione deve essere corredata del visto di regolarità contabile attestante la compatibilità economico/finanziaria a cura del Servizio Economico - finanziario e Patrimoniale. Tale visto ha natura di controllo contabile.

- **Responsabilità dirigenziale**

Il Dirigente è responsabile del corretto svolgimento degli incarichi conferiti e risponde, in particolare, della realizzazione dei programmi e dei progetti affidati, del risultato della gestione finanziaria, tecnica ed amministrativa, delle decisioni organizzative, degli atti di gestione del personale e dell'attività svolta dalle strutture alle quali è preposto.

I risultati negativi dell'attività o della gestione, il mancato raggiungimento degli obiettivi o l'inosservanza di indirizzi e direttive generali, sia a tecnico-professionali che operative, nonché l'inosservanza della normativa di cui al presente Regolamento ed ai successivi regolamenti, comportano per il dirigente interessato l'applicazione delle misure previste dalla vigente normativa, anche contrattuale.

L'ITB adotta i criteri generali, definiti nell'ambito della concertazione con le rappresentanze sindacali, per la valutazione delle attività, delle prestazioni e competenze organizzative dei dirigenti. Le procedure di valutazione sono improntate al principio di trasparenza dei criteri e dei risultati, di informazione adeguata e di partecipazione del valutato anche attraverso il contraddittorio. Le relative risultanze della valutazione annuale sono riportate nel fascicolo personale dei dirigenti interessati anche al fine delle verifiche previste dalla vigente normativa contrattuale per la conferma o attribuzione di nuovi incarichi.

Degli esiti della valutazione si tiene conto nelle successive decisioni di affidamento di incarichi di funzione dirigenziale perseguendo logiche meritocratiche. Allo scopo, le relative risultanze sono riportate nel fascicolo personale dei dirigenti interessati.

- **Disciplina del conferimento degli incarichi dirigenziali**

L'art. 15 ter del D. Lgs. n. 502/1992, e s.m.i. prevede l'attribuzione degli incarichi dirigenziali, secondo il principio di trasparenza, selettività e specializzazione.

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E
FUNZIONAMENTO

L'attribuzione degli incarichi di direzione di struttura complessa è effettuata dal Direttore Generale secondo quanto stabilito dall'art. 15/ter, con. 2 del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. nonché a norma della disciplina in materia di IRCCS.

In tutti i casi, quale che sia il destinatario dell'incarico, l'oggetto, gli obiettivi e la durata del medesimo (fatta salva l'ipotesi di revoca), nonché il trattamento economico aggiuntivo sono negoziati e definiti dal Direttore Generale con l'interessato (ex art. 15 ter D.Lgs. 502/92 e s.m.i.) e formalizzati con atto scritto e motivato del Direttore Generale, controfirmato per accettazione dallo stesso interessato, che costituisce presupposto formale e sostanziale per l'attuazione del principio della contestabilità.

L'Azienda, nell'affidamento degli incarichi dirigenziali e nella revoca dei medesimi (fatte salve e riservate le indicazioni specifiche precedentemente indicate) si atterrà altresì ai seguenti criteri integrativi:

- capacità gestionali, con particolare riferimento ai rapporti con l'utenza, alla disponibilità collaborativa, alla integrazione professionale, alla comunicazione intra ed extra Aziendale, al possesso di tecniche di management;
- capacità di gestione delle risorse umane, finanziarie e professionali nella realizzazione degli obiettivi Aziendali in relazione dei risultati conseguiti;
- riconosciuta sensibilizzazione alle strategie della umanizzazione e di tutela dell'utenza;
- frequenza e superamento dei corsi di formazione manageriale ex art. 16 quinquies del D. Lgs. n. 502/1992 e ss. mm. ed ii. Per il conferimento degli incarichi di struttura complessa;
- partecipazione a corsi di aggiornamento professionale;
- tipologia e durata di incarichi precedentemente svolti;
- "curriculum" con particolare riguardo alla natura e durata delle funzioni svolte negli ultimi 5 anni, alle caratteristiche ed ai contenuti dell'attività svolta nonché al possesso di esperienze e di conoscenze correlate all'incarico da conferire.

Per quanto attiene alla disciplina delle "sostituzioni" e a quanto qui non riportato si fa esplicito rinvio ai rispettivi CCNL.

- **Valutazione dei dirigenti**

L'Azienda adotta un sistema di valutazione permanente di tutto il personale dirigente con le finalità e gli scopi definiti dalle norme e dai contratti di categoria.

Oggetto della valutazione sono gli aspetti gestionali, organizzativi e professionali connessi alle attività assistenziali e tenendo conto degli aspetti di ricerca e didattica che caratterizzano la mission/vision dell'ITB.

L'ITB definisce meccanismi e strumenti di monitoraggio e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati dell'attività svolta dai dirigenti, in relazione ai programmi ed obiettivi da perseguire correlati alle risorse umane, finanziarie e strumentali effettivamente disponibili, stabilendo le modalità con le quali si articolano i processi di valutazione.

La valutazione dei dirigenti è effettuata dall' Organismo Interno di Valutazione e dal Collegio Tecnico nei tempi e con le modalità di cui al CCNL.

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E
FUNZIONAMENTO**- Valutazione dei risultati**

La valutazione dei risultati riguarda tutti i dipendenti ed ha ad oggetto la verifica del raggiungimento degli obiettivi generali ed individuali anche al fine dell'attribuzione della retribuzione di risultato.

Essa è effettuata dall'Organismo Indipendente di Valutazione nei tempi e con le modalità di cui al CCNL.

- Atti di diritto privato e provvedimenti amministrativi

Le attività gestionali sono esercitate di norma con atti di diritto privato ovvero con provvedimenti amministrativi nei casi previsti dalla legge.

Gli atti di diritto privato, che generalmente si manifestano mediante "determinazioni", rispettano le forme ed i contenuti previsti dal Codice civile e vengono espressamente motivati soltanto quando la motivazione è richiesta da specifiche disposizioni normative.

I contenuti delle determinazioni rispettano inoltre i principi generali dell'azione amministrativa e, in particolare, il principio di competenza, le attribuzioni di budget, e la delega attribuita dalla Direzione Strategica al dirigente che adotta l'atto, con precisazione preventiva ed espressa di contenuti e limiti finanziari entro i quali esercitare i poteri dirigenziali di determinazione.

I provvedimenti amministrativi, che generalmente si manifestano mediante "deliberazioni", osservano i principi generali dell'azione amministrativa di governo dell'Azienda e vengono adottati nel rispetto delle disposizioni che disciplinano tali azioni. In particolare, non possono essere delegate ad altri, e quindi rientrano nella responsabilità propria del Direttore Generale, gli atti riguardanti i contratti per importi superiori alla soglia comunitaria, gli atti di nomina, designazioni, sospensione, decadenza riservati dalla legge o dal presente Atto alla competenza diretta del Direttore Generale, l'attribuzione e definizione degli incarichi di collaborazione esterna, nonché ogni atto concernente la scelta delle risorse non assegnate per legge o per delega ad altrui competenze.

Art. 31 Attività negoziale

L'attività negoziale dell'Azienda è riferita ai principali processi organizzativi e gestionali.

È necessario distinguere:

- l'attività di negoziazione del budget connessa ai processi di pianificazione strategica e programmazione dell'attività aziendale, con implicazioni relative a decisioni chiave inerenti alle prestazioni, agli investimenti in capitale fisso e circolante, alle politiche di prezzo, all'allocazione delle risorse umane;
- l'attività di negoziazione finalizzata alle forniture di beni, servizi ed esecuzione di lavori.

La negoziazione del budget aziendale

Il processo di budgeting è formulato dalla Direzione Strategica che determina, per grandi linee, l'assegnazione di risorse e obiettivi a ciascun Dipartimento e Struttura, sulla base dei risultati di gestione degli anni precedenti.

Questa prima fase è coerente con il Piano Programmatico, le indicazioni della programmazione regionale e locale, la previsione dei fondi disponibili e la consistenza dei progetti da attuare.

Sulla base di queste prime indicazioni, i responsabili dei Centri di Costo con il supporto dell'Unità Controllo di Gestione, formulano una proposta di budget.

Tale proposta è oggetto di contrattazione con la Direzione Strategica che conferma o stralcia le proposte indicate, in considerazione della compatibilità o meno con le risorse aziendali e le indicazioni programmatiche regionali e locali.

L'insieme dei budget approvati costituisce il Budget Generale dell'Azienda ed è parte integrante del Bilancio Economico Preventivo.

Con cadenza infra-annuale e in modo sistematico, vengono fornite informazioni sull'attività e sull'utilizzo delle risorse per monitorare che l'andamento della gestione sia in linea con gli obiettivi assegnati e per adottare, eventualmente, le misure correttive necessarie. Il ciclo di programmazione, controllo e processo di budgeting determina gli obiettivi individuali dei Dirigenti cui sono affidate risorse, e segue il percorso di negoziazione sancito per le proposte di budget.

La negoziazione degli acquisti

La direzione generale intende perseguire gli obiettivi di razionalizzazione dell'impiego di risorse finanziarie, senza prescindere dalla razionalizzazione della politica degli acquisti. L'attuazione di una politica di contenimento dei costi non può prescindere dalla riorganizzazione dei processi di approvvigionamento di beni e servizi.

La revisione dei processi di approvvigionamento deve prevedere:

- l'implementazione di processi di pianificazione, programmazione e controllo degli acquisti di beni, servizi ed esecuzione di lavori, in coerenza con la pianificazione delle attività sanitarie che si intendono svolgere;
- la elaborazione di un regolamento che individui le singole fasi operative dei processi di acquisto, nel rispetto della normativa vigente, sia nazionale sia regionale;
- processi divisionali e dipartimentali per aree di competenze per lo studio preliminare dei fabbisogni di nuovi investimenti;
- istruttoria procedimentale per la verifica di compatibilità tecnico-finanziaria delle istanze dipartimentali, mercé l'utilizzo trasversale di specifiche funzioni e competenze mediche, tecniche, contabili - finanziarie e strategiche per istruire i processi per l'acquisizione di nuovi investimenti tecnologici e strutturali, mediante il ricorso a forme partecipative delle conferenze di servizi;
- l'implementazione di sistemi di approvvigionamento evoluti (ad esempio, internet based, gruppi di acquisto, ecc.).

Il processo di acquisto prevede, quindi, le seguenti fasi:

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E
FUNZIONAMENTO

- identificazione dei bisogni;
- determinazione dell'ambito specifico che soddisfa il bisogno;
- pianificazione dell'attività correlata alla soddisfazione del bisogno;
- definizione di tecniche specifiche e di meccanismi di valutazione delle offerte;
- individuazione dei potenziali fornitori sul mercato;
- gestione del contratto.

L'attività contrattuale dovrà essere distinta in:

- attività in regime pubblicistico, secondo le norme previste e regolate dal diritto pubblico;
- attività in regime privatistico, secondo le norme previste dall'art.3, comma 1-ter del D.Lgs. n. 502/1992 e successive modificazioni e integrazioni, dal Codice civile, Libro V°, Titolo II e III, nonché dalle altre norme di diritto privato che regolano i contratti tra soggetti giuridici pubblici e privati.

Art. 32 Rapporti con le Organizzazioni Sindacali

L'ITB riconosce l'importanza del ruolo dalle rappresentanze sindacali del personale e s'impegna, nel rispetto delle reciproche competenze e responsabilità, a coinvolgerle, mediante una comunicazione attenta e informata, al fine di perseguire gli obiettivi strategici e gestionali in coerenza con i contenuti della normativa contrattuale vigente. Gli strumenti operativi adottati sono la contrattazione integrativa aziendale, la consultazione e la concertazione in riferimento ai CC.NN.LL. vigenti.

Art. 33 L'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance (OIV)

L'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance (OIV) è istituito ai sensi dell'art. 14 del d.lgs. 27 ottobre 2009, n. 150 e s.m.i..

L'OIV esercita le attività di controllo elencate all'art. 14 di tale Decreto e riferisce al Rappresentante legale dell'Istituto; le modalità di costituzione sono disciplinate dalla normativa vigente.

L'OIV supporta l'amministrazione sul piano metodologico e verifica la correttezza dei processi di misurazione, monitoraggio, valutazione e rendicontazione della performance organizzativa e individuale.

Verifica che l'amministrazione realizzi nell'ambito del ciclo della performance un'integrazione sostanziale tra programmazione economico-finanziaria e pianificazione strategico-gestionale. Promuove e attesta l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità; verifica i risultati e le buone pratiche di promozione delle pari opportunità.

Quanto ai compiti degli OIV in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione si rimanda all'art. 1 della Legge 190/2012 così come modificato dal Decreto legislativo 25 maggio 2016, n. 97 (FOIA), al d.lgs.33/2013 e s.m.i., nonché agli indirizzi normativi espressi in materia.

Art. 34 CUG – Comitato Unico di Garanzia

L'ITB, ai sensi e con le modalità previste dall'art. 57 del D.lgs. 165/2001 e s.m.i., costituisce al proprio interno, senza nuovi o maggiori oneri finanziari, il "Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni" di seguito denominato Comitato Unico di Garanzia (CUG). Il Comitato Unico di Garanzia è organismo dell'Istituto, svolge la propria funzione nei confronti di tutto il personale (dirigente e non dirigente) e si propone di ottimizzare la produttività e migliorare l'efficienza, nonché, di stimolare il senso di appartenenza collegato alla garanzia di un ambiente di lavoro rispettoso dei principi di pari opportunità, di benessere organizzativo e dal contrasto di qualsiasi forma di discriminazione e di violenza morale o psichica per i lavoratori.

L'ITB, con il supporto del CUG, realizza azioni concrete che favoriscono le pari opportunità e prevengano e contrastino i fenomeni, di qualsiasi tipo, che possono costituire un ostacolo alla libera esplicazione personale di tutte le professionalità aziendali. L'organizzazione e il funzionamento del CUG è disciplinata da apposito Regolamento Aziendale.

Il Comitato Unico di Garanzia ha composizione paritetica ed è formato da un componente designato da ciascuna delle Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative a livello aziendale e da un pari numero di rappresentanti dell'Azienda. Il Presidente del Comitato Unico di Garanzia è designato dall'Istituto. Il Comitato Unico di Garanzia ha compiti propositivi, consultivi e di verifica.

Art. 35 Funzioni di controllo Interno

Ai fini del riordino e potenziamento dei meccanismi e degli strumenti di monitoraggio e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati delle attività svolte l'ITB assicura:

- Il controllo di regolarità amministrativa e contabile;
- Il controllo di gestione, con l'obiettivo di ottimizzare il rapporto tra costi e risultati anche mediante tempestivi interventi correttivi sull'efficacia, efficienza ed economicità dell'azione amministrativa;
- La valutazione individuale e organizzativa;
- il controllo strategico direzionale, al fine di verificare l'attuazione delle scelte contenute nelle direttive di programmazione.

Il Controllo di Gestione fornisce gli elementi informativi su cui basare, annualmente, la contrattazione di budget, la cui regolamentazione analitica viene aggiornata tramite provvedimento deliberativo del Direttore Generale.

Art. 36 Libera professione

L'ITB disciplina l'esercizio della libera professione attraverso l'adozione di Regolamento Aziendale al quale si rinvia per ciò che concerne gli aspetti organizzativi e disciplinari.

L'organizzazione dell'ALPI si ispira ai seguenti criteri:

- L'attività deve essere effettuata in modo da non confliggere con i fini istituzionali;

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E
FUNZIONAMENTO

- I cittadini devono essere sempre informati dalle strutture aziendali a ciò preposte (URP e Servizio Cup/Ticket) della possibilità di ottenere le prestazioni offerte sia in regime istituzionale che in regime libero professionale;
- I proventi della libera professione sono ripartiti tra il professionista e l'Istituto in modo da coprire i costi diretti ed indiretti che l'Istituto sostiene per erogare la prestazione;
- Nel rispetto della massima trasparenza ed accessibilità alla documentazione relativa all'attività istituzionale e all'attività libero professionale, l'ITB si impegna ad adottare i più aggiornati strumenti di monitoraggio delle liste di attesa.

Art. 37 Atti Regolamentari

Il Direttore Generale disciplina con atti regolamentari aziendali l'organizzazione ed il funzionamento interno delle varie posizioni funzionali adottando in particolare:

- Il Regolamento per la tenuta dell'inventario delle immobilizzazioni immateriali e materiali
- Il Regolamento del sistema di budget per lo svolgimento del controllo di gestione
- Il Regolamento per il conferimento degli incarichi
- Il Regolamento per il funzionamento dei Collegi Tecnici
- Il Regolamento per la graduazione delle funzioni
- Il Regolamento per le Sperimentazioni
- Il Regolamento per l'Attività Libero Professionale Intramuraria (ALPI)
- Il Regolamento per la determinazione degli incentivi e la premialità

Il Direttore Generale può disciplinare con atti regolamentari ogni aspetto dell'attività aziendale anche con riferimento all'applicazione degli Istituti contrattuali previsti nell'ambito dei vigenti CCNL, nonché, secondo disciplina regionale e nazionale.

TITOLO VIII LA RICERCA

Art. 38 La ricerca

L'Istituto organizza la sua attività di ricerca su linee approvate dal Ministero della Salute, sottoposte a monitoraggio annuale e verifica triennale. Al fine di favorire l'integrazione tra assistenza e ricerca, è stato individuato un modello organizzativo che collega le strutture operative a livello organizzativo alle **Linee di ricerca** che cambiano mutando i programmi di ricerca.

Il responsabile della Linea di ricerca ha quindi il compito di sviluppare l'attività di ricerca, promuovendo momenti di analisi e riflessione. Le attività svolte dai gruppi di ricerca sono oggetto di rendicontazione al Direttore Scientifico che ne diffonde informazione in sede di Comitato tecnico scientifico. Sono inoltre oggetto di discussione in sede di Collegio di direzione a significare l'integrazione delle linee di ricerca con i dipartimenti.

Le attività di ricerca includono programmi di ricerca clinica, diagnostico-terapeutica, organizzativo-gestionale.

I responsabili delle Linee di ricerca seguono gli indirizzi strategici impartiti dal Direttore scientifico ed hanno il compito di favorire l'integrazione tra ricerca e attività diagnostico-terapeutica; definire le procedure atte a valorizzare le attività di ricerca anche mediante collaborazioni con altri centri di eccellenza, enti ed istituzioni; promuovere l'aggiornamento e la formazione inerenti alla linea progettuale; coordinare le attività di rendicontazione, secondo i tempi e le modalità definite dalla direzione scientifica; favorire l'utilizzo coordinato delle banche dati e delle casistiche inerenti la linea di ricerca; farsi promotori nella ricerca di nuove strategie per la valorizzazione delle attività di ricerca applicata.

Art. 39 Le sinergie tra Ricerca, Assistenza e Formazione

Integrare la ricerca, l'assistenza e la formazione rappresenta non solo la mission dell'ITB ma un fondamento del proprio sistema. L'integrazione consente di sviluppare sinergie tra ricerca, assistenza e formazione funzionali al miglioramento dei percorsi di cura. In questo processo sinergico il Direttore Scientifico assume un ruolo propositivo.

Art. 40 Personale di ricerca

Il reclutamento del personale della ricerca sanitaria e di supporto della ricerca è disciplinato dalla L. n. 205/2017 e s.m.i. (c.d. Piramide della Ricerca). A norma del comma 2 dell'art. 10 del d.lgs. 200/2022, l'ITB definisce una quota riservata da destinare al personale della ricerca sanitaria, assunto con contratto di lavoro subordinato a tempo determinato, in misura non inferiore al 35%. L'ITB adotta apposito Regolamento per il conferimento di borse di studio e di ricerca che aggiorna periodicamente. Al personale

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E
FUNZIONAMENTO

di ricerca ed in formazione, nella fattispecie contrattisti, assegnisti, borsisti, dottorandi, specializzandi, tirocinanti, vengono consentiti l'accesso presso gli ambienti dell'Istituto sotto la responsabilità del proprio tutor. Altri Enti o Istituti di ricerca, previo accordo convenzionale, possono inviare il proprio personale di ricerca. È consentito lo svolgimento di tirocini formativi presso le strutture dell'Istituto da parte di soggetti esterni alla struttura previa autorizzazione del Direttore Generale, su proposta del Direttore Scientifico e/o Sanitario.

Art. 41 Linee di ricerca

L'ITB organizza la sua attività di ricerca su linee approvate dal Ministero della Salute attraverso procedura di riconoscimento e sottoposte al monitoraggio annuale - Rendicontazione annuale della ricerca corrente- e verifica triennale. Gli obiettivi di ricerca dell'ITB sono declinati quindi all'interno di queste linee su base triennale.

Ogni linea di ricerca comprende attività che assicurano unitarietà dei percorsi clinico scientifici con riferimento a particolari aree di interesse definite strategicamente dall'Istituto.

Al fine di favorire le reciproche operatività le linee di ricerca sono compiutamente inserite nell'organizzazione; per questo è stato creato un **modello organizzativo che collega le strutture di ricerca a quelle di assistenza**. Le linee di ricerca, che variano con il variare dei programmi di ricerca, s'intersecano con le strutture organizzative.

Il responsabile della Linea di ricerca ha potere d'impulso delle attività correlate alla propria Linea progettuale, promuovendo l'innovazione nell'attività di ricerca, e momenti collegiali di analisi in ordine all'attività scientifica nell'ambito dei dipartimenti. Luogo di sintesi e di discussione delle attività delle Linee di ricerca e della loro integrazione con i Dipartimenti aziendali è il Collegio di Direzione. I Responsabili delle Linee di ricerca dipendono funzionalmente dal Direttore Scientifico per gli indirizzi strategici in materia di ricerca, in particolare hanno il compito di:

- Contribuire alla definizione ed implementazione dei percorsi e procedure atti a valorizzare attività di ricerca in campo diagnostico, attuando procedure in campo clinico ove previsto;
- favorire l'interdisciplinarietà e l'integrazione tra la ricerca e l'attività diagnostico-terapeutica e assistenziale;
- promuovere la ricerca di finanziamenti su progetti inerenti alla Linea di ricerca;
- promuovere iniziative di formazione ed aggiornamento inerenti alle attività svolte;
- rendicontare le attività della Linea di ricerca, secondo le modalità e la tempistica definite dalla Direzione Scientifica;
- farsi promotori dell'individuazione di strategie per valorizzare le attività di ricerca applicata;
- promuovere l'uso coordinato delle tecniche, strumentazioni e banche dati inerenti alla Linea di ricerca;
- individuare strumenti per favorire la realizzazione dei prodotti della ricerca;
- promuovere il trasferimento tecnologico dei risultati della ricerca e lo sviluppo dei brevetti.

L'ITB persegue la cooperazione e lo scambio di conoscenze con gli altri IRCCS e Centri di ricerca anche attraverso la partecipazione alle reti. Promuove, inoltre, come già detto, la collaborazione con altri Enti

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E
FUNZIONAMENTO

pubblici e privati sia nell'ambito di progetti finalizzati che attraverso lo sviluppo di partnership per programmi strutturati a medio-lungo termine.

Le attività di ricerca includono programmi di ricerca clinica, con particolare riferimento alla medicina di precisione, diagnostico-terapeutica, organizzativo-gestionale e di scienze computazionali e di tecnologia artificiale per le applicazioni digitali riferite all'oncologia. Le attività di ricerca includono inoltre lavori di ricerca pre-clinica e sperimentale mirati all'individuazione di nuove conoscenze biologico-molecolari e nuove tecnologie funzionali ad un approccio olistico al paziente oncologico.

Per l'istituzione delle Linee di Ricerca L'ITB segue la Programmazione Triennale.

Art. 42 L'integrazione tra ricerca e formazione

L'integrazione tra ricerca e formazione si pone come ulteriore obiettivo istituzionale funzionale a garantire il rinnovamento del sistema nell'ottica del soddisfacimento dei bisogni formativi e di trasferimento delle conoscenze acquisite. In tale ottica l'ITB favorisce il trasferimento delle conoscenze secondo modelli didattici tradizionali ed innovativi con l'obiettivo di integrare la formazione con le attività di ricerca e di pratica clinica. Attraverso apposite convenzioni l'ITB favorisce la realizzazione di percorsi di formazione ed eventi formativi specifici in coerenza con i propri fini istituzionali.

L'ITB sviluppa un modello di gestione della formazione per i propri dipendenti attraverso i referenti delle Linee di ricerca prevedendo, inoltre, forme di valutazione dell'attività di ricerca del personale quale elemento valutativo ai fini della performance individuale.

Annualmente l'ITB approva un **Piano di formazione** i cui contenuti sono in linea con gli obiettivi strategici, elaborando contenuti specifici sia per l'attività clinica che per quella di ricerca. Sviluppa inoltre il trasferimento di conoscenze e competenze attraverso processi di formazione on-work. La necessità di mantenere una posizione di eccellenza nell'ambito della disciplina dell'oncologia impone una particolare attenzione alla formazione del personale per l'aggiornamento continuo delle conoscenze.

L'ITB incentiva le collaborazioni di ricerca che possono dar luogo a relazioni di partnership e lo sviluppo di brevetti. A tal fine, si dota di un **Regolamento sui Brevetti** coerente con le vigenti disposizioni normative in materia.

Art. 43 Funzionamento della Ricerca Scientifica

Nel rispetto di quanto fissato nel presente Regolamento, la Direzione Scientifica si dota di un apposito Regolamento che disciplina puntualmente le attività di ricerca e sperimentazione. Tale Regolamento è adottato dal Direttore Generale su proposta del Direttore Scientifico.

TITOLO IX – I RAPPORTI CON GLI INTERLOCUTORI ESTERNI**Art. 44 Le Relazioni con le Istituzioni e con la società civile**

L'ITB svolge l'attività di assistenza e ricerca nell'ambito degli indirizzi e della programmazione regionale e concorre alla realizzazione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza, conformemente a quanto stabilito dal SSN e SSR. Oltre ai rapporti inerenti la vigilanza, le nomine e le modalità di riconoscimento, mantiene con lo Stato e segnatamente con il Ministero della Salute, rapporti inerenti il coordinamento e il finanziamento dei programmi di ricerca corrente e finalizzata. A livello regionale inoltre, l'IRCCS favorisce la collaborazione con tutte le Aziende Sanitarie come parte integrante del Sistema Sanitario Regionale.

L'ITB favorisce in tutti i processi di pianificazione e gestione delle attività la collaborazione con le aziende ed Enti ed organizzazioni istituzionali a livello regionale, nazionale ed internazionale. Promuove a tal fine lo scambio di informazioni e la condivisione delle good practice con altre realtà ed organismi nazionali ed internazionali per costruire reti di collaborazione.

Coerentemente con i principi ispiratori che regolano i servizi rivolti all'utenza, l'ITB promuove l'informazione e la partecipazione degli stakeholders attraverso momenti di condivisione delle attività svolte e dei risultati raggiunti. A tal fine promuove lo sviluppo delle attività legate alla comunicazione che coinvolgono trasversalmente tutta l'attività e contribuiscono a rafforzare l'identità e l'immagine dell'Istituto.

L'ITB promuove la partecipazione di volontari ed associazioni di volontariato istituendo il Comitato Consultivo Misto, un organismo di partecipazione dei cittadini per il controllo della qualità dei servizi sanitari dal lato dell'utente.

Art. 45 La collaborazione con le Università

L'ITB promuove l'integrazione tra le attività assistenziali e di ricerca e le funzioni di didattica.

I rapporti sono regolati da apposite Convenzioni ed Accordi che disciplinano le forme di integrazione delle attività assistenziali e di ricerca con le funzioni di didattica. In particolare, si disciplinano i rapporti tra le Università e l'Istituto con particolare riferimento all'individuazione delle strutture essenziali per la didattica e alla disciplina della partecipazione del personale nelle attività di didattica pre e post-laurea.

L'ITB è sede di attività formativa e di ricerca per professori, ricercatori, specializzandi e studenti di tutti i corsi di laurea afferenti alla Scuola di Medicina dell'Università degli Studi di Bari, nonché centro di riferimento per attività formativa per numerose Università e centri formativi del territorio regionale e nazionale. A conferma dello stretto connubio tra attività clinica, di ricerca e didattica, l'ITB ha sottoscritto un protocollo d'intesa con l'Università degli Studi di Bari per la clinicizzazione della U.O. di Ginecologia Oncologica.

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E
FUNZIONAMENTO

TITOLO X – VIGILANZA , NORME FINALI E DI RINVIO

L'Istituto è sottoposto alla vigilanza del Ministero della Salute e dell'Assessorato Regionale alla Salute, che vi provvedono per le rispettive competenze secondo le modalità stabilite dalla normativa vigente. Per tutto quanto non disciplinato dal presente Regolamento si applicano le disposizioni di legge nazionali e regionali vigenti in materia.

L'Organigramma e il Funzionigramma riportano gli assetti organizzativo-funzionali di dettaglio. Eventuali modifiche relative a tali aspetti, che non innovino l'assetto e il funzionamento dell'ITB, saranno oggetto di Delibere del Direttore Generale e non comporteranno rielaborazioni del presente Regolamento.

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E
FUNZIONAMENTO**FUNZIONIGRAMMA**

Il presente Funzionigramma definisce la strutturazione organizzativa dell'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" nei Dipartimenti, nelle Unità Operative Complesse, Semplici e a valenza dipartimentale, funzioni di staff e supporto, Linee di attività e Settori di ricerca.

Le Strutture, semplici e complesse, sono articolate, per numero e tipologia, in funzione della dotazione di posti letto attribuita con vigente Piano di riordino regionale adottato con Regolamento regionale n. 8/2024 e successiva D.G.R. n.919/2023 ed in ossequio ai parametri di cui alla D.G.R. n. 418 del 07/04/2025 recante "Revoca D.G.R. n. 1603 del 13/09/2018. Determinazione parametri standard regionali per l'individuazione di strutture semplici, strutture complesse e incarichi destinati al personale del Comparto delle Aziende ed Enti del S.S.R." e successiva rideterminazione disposta con atto prot. n. 0240233/2025 del 7 maggio 2025.

A - LE UNITA' OPERATIVE POSTE A SUPPORTO DELLE DIREZIONI DELL'ISTITUTO

Le Direzioni dell'Istituto a sostegno delle proprie attività si avvalgono del supporto delle diverse articolazioni organizzative che integrano varie competenze e professionalità. I servizi e le strutture poste funzionalmente a supporto della Direzione Strategica fanno capo rispettivamente al:

- Dipartimento di Staff e Aree Amministrative
- Dipartimento Clinico Gestionale Oncologico

A1 - Dipartimento di Staff e Aree Amministrative

Le strutture e le funzioni poste funzionalmente a supporto della Direzione Strategica, di seguito elencate, svolgono attività nell'ambito delle funzioni strategiche dell'Istituto e, in particolare, nei settori dell'organizzazione amministrativa e tecnica, patrimonio-contabile, della comunicazione interna ed esterna, dell'innovazione gestionale, della valutazione e ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse, della programmazione e controllo di gestione, prevenzione e protezione:

- Area Tecnica
- Ingegneria clinica e ICT
- Area Gestione Risorse Finanziarie
- Area Gestione Risorse Umane
- Patrimonio Appalti e Contratti
- Controllo di Gestione
- Ufficio Stampa, Comunicazione e URP
- SBL, Affari Generali
- Privacy e DPO
- Prevenzione e protezione (SPP)
- Controllo interno, RPCT e anticiclaggio

Per una trattazione specifica delle funzioni si rinvia alla sezione C4.

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E
FUNZIONAMENTO**A 2 – Dipartimento Clinico Gestionale Oncologico**

I servizi, le Strutture e le funzioni che afferiscono al Dipartimento clinico gestionale oncologico svolgono attività nell'ambito delle funzioni assistenziali dell'Istituto, sia per quanto attiene il governo clinico e lo sviluppo innovativo dei modelli assistenziali per i pazienti oncologici, sia per quanto attiene i processi di monitoraggio e miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure. Il legame tra qualità dell'assistenza e sviluppo innovativo dei servizi è elemento fondante e caratterizzante del complesso delle Strutture che compongono il Dipartimento Clinico Gestionale Oncologico. La presenza del C.Or.O. - Centro di Orientamento Oncologico - pone l'accento sull'aspetto fondante del Dipartimento, ovvero, la centralizzazione dell'accoglienza e la presa in carico globale del paziente oncologico. La funzione di supporto e sviluppo dei PDTA e dei Team Multidisciplinari costituisce parte qualificante dell'attività delle strutture incidendo sulla qualità delle prestazioni erogate e sul funzionamento dei servizi di assistenza in un'ottica di supporto trasversale alle attività di assistenza e di ricerca. Il Project management della Ricerca è strutturalmente legato al Dipartimento Clinico Gestionale Oncologico, al fine di promuovere e supportare l'integrazione tra attività di ricerca e attività clinico assistenziale, nonché, funzionalmente legato al Direttore Scientifico per gli aspetti di competenza.

Afferiscono al Dipartimento Clinico Gestionale Oncologico le seguenti Strutture, Servizi e funzioni:

- U.O. di Statistica Epidemiologia, Screening e flussi informativi
- Servizio delle professioni sanitarie
- Servizio di Medicina del Lavoro
- Servizio di Genetica Medica e Screening
- Rischio clinico, Qualità dei percorsi e delle cure e Formazione
- C.Or.O Bed Management presa in carico e Team Multidisciplinari
- Farmacia Ospedaliera e U.Ma.C.A
- R.U.LA. / CUP MANAGER
- Project Management della Ricerca
- Area Direzione Sanitaria di Presidio:
 - Servizio socio-assistenziale
 - Servizio nutrizionale
 - Servizio di psiconcologia
 - Servizi specialistici ambulatoriali che includono, attualmente, le seguenti specialità:
 - medicina fisica e riabilitazione
 - dermatologia
 - neurologia
 - odontoiatria
 - pneumologia

Per una trattazione specifica delle funzioni si rinvia alla sezione C5.

A 3- STRUTTURE E FUNZIONI POSTE A SUPPORTO DEL DIRETTORE SCIENTIFICO

Il PROJECT MANAGEMENT DELLA RICERCA e i settori di ricerca coadiuvano il Direttore Scientifico nella promozione e gestione dell'attività di ricerca coerentemente con la Mission dell'Istituto, con ricadute in ambito clinico, tecnologico, formativo e scientifico, che consentono il raggiungimento degli standard di eccellenza nella disciplina oggetto di specializzazione.

La Direzione Scientifica concorre con la Direzione Sanitaria alla definizione dell'organizzazione strutturale e funzionale avendo cura di assicurare la migliore integrazione tra attività di ricerca e attività clinico assistenziale. A tal fine la Direzione Scientifica individua i **Responsabili Coordinatori della Ricerca**, uno per ciascun dipartimento aziendale, con il compito di raccordare e monitorare i gruppi di ricerca specifici dell'area dipartimentale.

Al fine di favorire l'implementazione di forme di collaborazione scientifica di respiro nazionale ed internazionale l'Istituto individua un **External Advisory Board** con la funzione di fornire un supporto in ambiti di ricerca oncologica strategici anche per l'applicabilità a grant internazionali.

Inoltre, nell'ottica dell'integrazione delle attività di ricerca con le attività assistenziali e di formazione la Direzione Scientifica concorre di concerto alla Direzione Strategica e congiuntamente con l'Area Formazione alla definizione delle attività formative finalizzate al raggiungimento degli obiettivi qualificanti definiti in ambito formativo dal Ministero della Salute, favorendo in particolare:

- lo sviluppo di progetti formativi finalizzati alla ricerca;
- un numero congruo di ricercatori in formazione;
- la predisposizione di convenzioni con Poli Universitari, Corsi di Laurea, Scuole di Specializzazione, Dottorati di Ricerca al fine di favorire la formazione e la diffusione delle conoscenze;
- le attività di ECM come provider;
- l'organizzazione di eventi quali convegni, conferenze e manifestazioni rivolte alla comunità scientifica;
- la formazione del personale al fine di acquisire l'expertise necessario alla traslationalità della ricerca e della gestione clinica.

Tale integrazione ha come obiettivo l'incremento della qualità della ricerca sanitaria in un'ottica traslazionale.

Al fine di consentire la definizione delle politiche e delle strategie della ricerca, attraverso l'individuazione delle risorse umane, strumentali e finanziarie necessarie, nonché al fine di consentire il coordinamento delle attività di ricerca scientifica, il Direttore Scientifico viene supportato dal PROJECT MANAGEMENT DELLA RICERCA.

Il Responsabile del PROJECT MANAGEMENT DELLA RICERCA integra la propria attività con le Strutture Dipartimentali di Area amministrativa gestionale e clinica, gestendo in modo efficiente ed efficace l'economia legata alla ricerca con principi di project management e di attività di fundraising e collaborazioni con centri di ricerca, in modo da essere artefice di visioni del futuro dell'Istituto, garantendo la capacità di competere con i grandi enti internazionali.

A tal fine, la **funzione del Project Management della Ricerca** è strutturalmente legata al Dipartimento Clinico Gestionale Oncologico, per promuovere e supportare l'integrazione tra attività di ricerca e attività clinico assistenziale.

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E
FUNZIONAMENTO

➤ PROJECT MANAGEMENT DELLA RICERCA



Il PROJECT MANAGEMENT DELLA RICERCA è una funzione della **figura di Project manager della ricerca** che dipende funzionalmente dal Direttore Scientifico svolgendo attività dedicate al supporto dei processi di ricerca scientifica. Il Project management della ricerca coordina le attività di ricerca e sperimentazione, effettuando valutazione e validazione dei processi seguiti dalle strutture di ricerca sulla base degli obiettivi prefissati e degli standard definiti a livello ministeriale ed aziendale. Il Project manager della ricerca funge da interfaccia con le strutture e gli enti pubblici e privati coinvolti nei progetti, allo scopo di raccogliere i dati per la gestione amministrativa, contabile e per il trasferimento delle informazioni e dei risultati prodotti. A tal proposito, svolge funzioni di divulgazione scientifica delle informazioni relative ai progetti di ricerca. Supporta i professionisti nella produzione scientifica, nella progettazione e rendicontazione amministrativa e clinico sanitaria, attraverso competenze statistiche, scientifiche ed economiche.

Le articolazioni del PROJECT MANAGEMENT DELLA RICERCA sono le seguenti:

- *TECNOLOGY TRANSFER OFFICE E BREVETTI (TTO)*
- *GRANT OFFICE*
- *SERVIZIO - AMMINISTRAZIONE PER LA RICERCA*
- *BIBLIOTECA*
- *UFFICIO CLINICAL TRIALS*
- *BIOSTATISTICA E BIOINFORMATICA*

TECNOLOGY TRANSFER OFFICE E BREVETTI (TTO)

La mission, del Technology Transfer Office (DDG n.1049 del 16 dicembre 2019), è quella di favorire:

- il sostegno alle politiche di invenzione e di brevettazione dei risultati della ricerca;
- il potenziamento delle capacità dell'IRCCS di cedere e/o dare in licenza i brevetti;
- la promozione della valorizzazione in chiave economica dei risultati e delle competenze della ricerca scientifica e tecnologica;
- la promozione del trasferimento tecnologico e dei processi di sviluppo economico a livello locale e regionale;
- la diffusione di una cultura imprenditoriale della ricerca ed il sostegno alle iniziative di "spin-off".

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E
FUNZIONAMENTO

Gli obiettivi del Technology Transfer Office sono:

- gestire in modo appropriato i risultati della ricerca da un punto di vista sia legale che commerciale;
- tutelare la Proprietà Intellettuale;
- generare risorse aggiuntive per l'IRCCS;
- generare ricadute sull'assistenza sanitaria regionale e nazionale.

Le principali funzioni del Technology Transfer Office sono:

- gestione delle attività di trasferimento tecnologico anche mediante la formulazione dei documenti regolatori per lo scambio di materiali (Material Transfer Agreement), di collaborazione industriale, di "licensing" o di altre tipologie di accordi commerciali (Confidential Disclosure Agreement);
- gestione delle procedure di cessione interna dei brevetti;
- cooperazione con le funzioni preposte allo sviluppo continuo professionale per la materia di interesse;
- ricerca e proposta alla Direzione Scientifica e coordinamento per conto di questa della gestione di accordi con fondi "seed" o "business angel network";
- supporto alla Direzione Scientifica nella gestione dei contratti di ricerca conto terzi e consulenza e sulla gestione dei contratti di ricerca con l'industria;
- supporto alla possibile creazione di impresa "spin-off";
- supporto, laddove richiesto, nella gestione dei contratti di sperimentazione clinica, la ricerca e la gestione dei fondi per la ricerca, la diffusione di informazioni di bandi e brevetti.

IL GRANT OFFICE

Il Grant Office ha la funzione di identificare le opportunità di finanziamento, di supportare i responsabili scientifici in tutte le fasi di preparazione dei progetti di ricerca, monitoraggio e rendicontazione di budget.

In particolare, svolge le seguenti funzioni:

- fundraising in ambito di ricerca scientifica tecnologica e di formazione;
- attività di progettazione e supporto per la presentazione di progetti di ricerca;
- coordinamento della rendicontazione annuale della ricerca al Ministero della Salute;
- coordinamento dei progetti finanziati in ambito nazionale ed internazionale;
- analisi dei fabbisogni di risorse umane e strumentali per la ricerca scientifica;
- promozione ed attuazione del trasferimento tecnologico dei risultati della ricerca e dello sviluppo dei brevetti.

SERVIZIO - AMMINISTRAZIONE PER LA RICERCA

Il Servizio si occupa della gestione di tutte le procedure amministrative e contabili correlate ai finanziamenti ed all'innovazione tecnologica. In particolare:

- segue la gestione amministrativa delle borse di studio, di ricerca, degli incarichi assegnati, dei soggiorni di studio assegnati a medici stranieri e non, delle collaborazioni scientifiche.
- Gestisce gli aspetti amministrativo-contabili dei finanziamenti ricevuti per la ricerca corrente, la ricerca finalizzata e le ricerche commissionate da terzi.
- Gestisce le richieste per l'acquisizione di beni e servizi destinati alla ricerca e quelle riferite all'innovazione tecnologica dell'Istituto.

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E
FUNZIONAMENTO

- Propone e coordina la predisposizione di atti convenzionali per l'esecuzione di prestazioni nell'ambito di progetti di ricerca. Si occupa della rendicontazione amministrativo-contabile delle prestazioni rese e/o richieste nell'ambito della ricerca.
- Gestisce il sistema informativo della ricerca scientifica e dell'integrazione con i sistemi informativi aziendali al fine della rilevazione delle informazioni e dei dati. Si occupa delle trasmissioni dei flussi informativi ministeriali e regionali laddove richiesti e secondo modalità stabilite.

Il personale del predetto servizio dovrà essere reclutato secondo specifici requisiti stabiliti dal Direttore Scientifico sulla base di specifiche competenze.

CLINICAL TRIALS OFFICE

L'Ufficio Clinical Trials svolge funzioni di Pianificazione e gestione degli studi rispondendo agli standard definiti a livello scientifico, nel rispetto delle Good Clinical Practice e della normativa vigente. Fornisce il necessario supporto per la predisposizione, la revisione e la verifica di tutta la documentazione relativa ai protocolli di sperimentazione clinica. Cura i rapporti con la segreteria del Comitato Etico al fine della sottoposizione e successiva approvazione degli studi clinici proposti. Gestisce i rapporti con le Aziende Farmaceutiche, con gli Enti profit e no profit e con il Ministero della Salute nella gestione delle sperimentazioni cliniche. Supporta i Principal Investigator nelle relazioni con i servizi aziendali competenti per la progettazione e la conduzione degli studi clinici. Si dota di un Quality Team al fine di una verifica di qualità e conformità della documentazione sia in caso di studi no-profit che profit. A tal fine predispone delle procedure operative per le attività d'ufficio al fine di standardizzare i processi amministrativo-contabili e scientifici.

BIBLIOTECA

La biblioteca dell'Istituto svolge le sue funzioni a supporto dell'attività clinica, di ricerca e di formazione continua permanente di tutto il personale dell'Istituto ed è specializzata nell'ambito delle Scienze Biomediche.

Si occupa della catalogazione ed inventariazione della documentazione scientifica e progettuale, dell'attività di document delivery, della gestione dell'attività del sistema bibliosan. Il servizio offre inoltre supporto per le attività di valutazione delle pubblicazioni scientifiche secondo i criteri ministeriali, nonché di divulgazione e comunicazione interna.

Il servizio facilita l'accesso all'informazione medico-scientifica aggiornata e di qualità per supportare l'attività clinica e di ricerca. Inoltre, fornisce in tempi rapidi la documentazione scientifica di interesse e forma all'utilizzo di strumenti e risorse per la ricerca della letteratura di interesse.

Le risorse e gli strumenti della biblioteca a disposizione del personale dell'Istituto sono: l'accesso a banche dati bibliografiche di area biomedica come PubMed personalizzato Bibliosan, etc.; la possibilità di accesso a periodici elettronici dei maggiori editori scientifici internazionali come Elsevier, ecc.; l'accesso a risorse on line per il calcolo dei maggiori indicatori di performance dell'attività di ricerca quali il Journal Citation Reports, Web of Science, Incites, Scopus e Scival ed infine il servizio Nilde Utente che permette la richiesta di articoli non disponibili in formato elettronico o non posseduto dalla biblioteca Istituzionale.

BIOSTATISTICA E BIOINFORMATICA

Il laboratorio di bioinformatica e biostatistica si propone di offrire supporto metodologico-statistico e informatico nel collazionamento, gestione ed elaborazione dei dati biomedicali nelle diverse fasi della ricerca oncologica. Il team multidisciplinare costituito da matematici, fisici, statistici e bioinformatici,

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E
FUNZIONAMENTO

coadiuva la ricerca scientifica e collabora attivamente con gli oncologi e clinici dell'Istituto per lo sviluppo delle diverse linee di ricerca in diversi setting clinici e patologie oncologiche. L'attività di ricerca è principalmente orientata all'analisi statistica di dati biomedicali di diversa natura, tra i quali clinici, omici, imaging, biologia molecolare, nonché studi traslazionali finalizzati alla definizione di modelli di medicina personalizzata mediante analisi di Big Data con tecniche di Intelligenza Artificiale.

Il Laboratorio di Biostatistica e Bioinformatica si divide nelle seguenti aree:

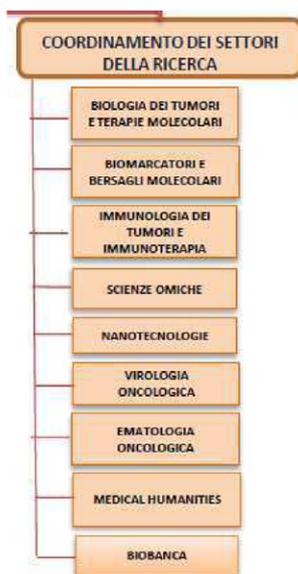
- *BIOLOGIA COMPUTAZIONALE*
- *RADIOMICA ED ELABORAZIONE DATI*
- *DATA MANAGER*

L'area di *BIOLOGIA COMPUTAZIONALE* si propone di definire nuovi biomarcatori prognostico/predittivi al fine di generare ipotesi omic-based per l'identificazione sia di target terapeutici innovativi che dei meccanismi di resistenza alle terapie attualmente utilizzate nella pratica clinica

L'area di *RADIOMICA ED ELABORAZIONE DATI* si occupa dello studio dei dati clinici, delle immagini radiologiche e di Digital Pathology finalizzata allo sviluppo di sistemi di supporto alle decisioni cliniche e terapeutiche mediante l'applicazione di tecniche innovative di intelligenza artificiale.

L'area di *DATA MANAGER* si occupa della gestione sistematica dei database clinici e del coordinamento delle varie fasi degli studi clinici, svolgendo un'attività di supporto, di facilitazione e di organizzazione nel coordinamento delle Sperimentazioni Cliniche dell'Istituto.

➤ **I SETTORI DI RICERCA**



Il Direttore Scientifico individua un **Coordinatore dei Settori di Ricerca** che, per suo conto, si occupa di gestire e di coordinare le attività laboratoristiche e i ricercatori ad esse afferenti.

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E
FUNZIONAMENTO**COORDINAMENTO DEI SETTORI DI RICERCA**

Le attività del Coordinatore dei settori di Ricerca, in sinergia con le aree di Ricerca, sono:

- coordinare i ricercatori, facilitando le interazioni tra il personale dei vari Settori di Ricerca e le attività di Ricerca con lo scopo di ottimizzare i processi e i prodotti della Ricerca,
- occuparsi della mappatura delle risorse strumentali dedicate alla ricerca e della gestione degli strumenti in uso mediante programmazione delle manutenzioni ordinarie degli stessi.
- supportare i responsabili dei progetti nell'individuazione e nei processi di acquisizione di nuove strumentazioni ad alto impatto tecnologico e finalizzate a soddisfare i moderni standard di competitività internazionale.

BIOLOGIA DEI TUMORI E TERAPIE MOLECOLARI

Questo settore di Ricerca analizza e interpreta i processi cellulari alla base della cancerogenesi e progressione tumorale con l'obiettivo di identificare le basi molecolari dello sviluppo dei tumori e di sensibilità o resistenza ai farmaci antitumorali, che consentono di progettare trattamenti farmacologici mirati per la patologia in esame.

Nel Settore, i ricercatori sono coinvolti nello studio delle caratteristiche aberranti che caratterizzano i tumori, come alterazioni bioenergetiche, o aumentata capacità di proliferare o di evadere dal controllo del sistema immunitario; in dettaglio si approfondisce:

- la definizione dei meccanismi molecolari ed epigenetici che sono alla base dell'insorgenza e progressione del cancro;
- la capacità di riprogrammazione metabolica delle cellule tumorali correlata con il grado di invasività del tumore;
- la definizione dei protocolli per la generazione di modelli cellulari rappresentativi di varie patologie tumorali, siano essi linee cellulari primarie, short term-culture o patient-derived organoids (PDOs) utili a determinare la risposta al trattamento farmacologico e il ruolo del microambiente tumorale nella risposta ai farmaci, al fine di predire in tempi rapidi quali farmaci o combinazione di questi possano dare una risposta efficace nel singolo paziente (Medicina Personalizzata);
- la definizione dei meccanismi responsabili della resistenza ad approcci terapeutici anti-tumorali e dello sviluppo di metastasi
- lo sviluppo di innovative combinazioni di farmaci finalizzate all'ottimizzazione dei trattamenti e al superamento della resistenza farmacologica mediante la sperimentazione di nuovi/pre-esistenti principi attivi con attività antitumorale e la combinazione di diverse categorie di farmaci.

La ricerca viene condotta in collaborazione con gli altri Settori di Ricerca, con i gruppi di ricerca presenti dei Dipartimenti di Chirurgia, Oncologia Medica e dei Servizi e con centri di ricerca italiani ed esteri.

BIOMARCATORI E BERSAGLI MOLECOLARI

Questo settore di Ricerca, nel contesto della Medicina di Precisione, identifica marcatori tumorali per la prevenzione, la diagnosi precoce ed il monitoraggio dell'efficacia delle terapie e bersagli molecolari per il trattamento personalizzato dei tumori.

- I biomarcatori per la Medicina di Precisione sono analizzati in campioni di tessuto tumorale o ricercati in campioni di fluidi biologici come sangue, saliva, urine, liquido pleurico, ascite, liquido di lavaggio peritoneale con analisi di biopsia liquida. Le varie categorie di biomarcatori includono il DNA tumorale circolante, le vescicole extracellulari, le cellule dell'immunità, proteine tal quali o che hanno subito modificazioni post-traduzionali, citochine, ncRNA e tutti, quando differenzialmente espressi nei tumori rispetto ai sani, possono avere un ruolo nella diagnosi precoce o sono indicativi

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E
FUNZIONAMENTO

della progressione tumorale (prognostici) o predire la risposta o la resistenza a farmaci antitumorali.

- Nuovi bersagli molecolari, come proteine di membrana, un processo enzimatico fondamentale all'interno della cellula, enzimi che servono a replicare il DNA, segnali di crescita, di proliferazione e di sopravvivenza cellulare, permettono lo sviluppo di nuovi approcci terapeutici che bloccano in maniera selettiva e specifica i meccanismi che consentono alle cellule tumorali di crescere e sopravvivere. Il target ideale è un bersaglio espresso soltanto nelle cellule tumorali ed in tutte le cellule tumorali e che sia indispensabile per la sopravvivenza della cellula tumorale. La sua identificazione è accelerata dall'enorme aumento di potenza delle tecnologie omiche per la caratterizzazione molecolare dei tumori.

La ricerca viene condotta in collaborazione con gli altri Settori di Ricerca, con i gruppi di ricerca presenti nei Dipartimenti di Chirurgia, Oncologia Medica e dei Servizi e con centri di ricerca italiani ed esteri.

IMMUNOLOGIA DEI TUMORI E IMMUNOTERAPIA

In questo Settore di ricerca si approfondisce lo studio delle interazioni esistenti tra sistema immunitario, nelle sue componenti innata e adattativa, ed i tumori al fine di individuare nuove soluzioni terapeutiche basate sulla stimolazione delle componenti effettrici del sistema immunitario responsabili della lotta ai tumori. Obiettivi di questo Settore sono:

- la caratterizzazione precisa e puntuale: dei meccanismi di regolazione genica nelle popolazioni linfocitarie coinvolte nella risposta immunitaria al fine di proporre soluzioni terapeutiche più efficienti, del ruolo dell'infiammazione e dell'immunità innata.
- l'identificazione di nuovi antigeni e marcatori tumorali.
- Lo studio dei meccanismi effettrici dell'immunità antitumorale, di evasione dei tumori dalla immunosorveglianza.
- Nuovi approcci immunoterapici: dagli anticorpi monoclonali ai vaccini antitumorali.

La ricerca viene condotta in collaborazione con gli altri Settori di Ricerca, con i gruppi di ricerca presenti nei Dipartimenti di Chirurgia, Oncologia Medica e dei Servizi e con centri di ricerca italiani ed esteri.

SCIENZE OMICHE

Questo settore intende consolidare e sviluppare una solida pipeline di ricerca nella genomica, trascrittomica, metabolomica e proteomica, permettendo analisi su ampie coorti di pazienti, a livello di singola cellula e su diverse tipologie di campioni, come i fluidi corporei, con un elevato livello di sensibilità e specificità. Le scienze omiche permettono di investigare in maniera dettagliata processi biologici di grande complessità, siano essi genetici, cellulari e biochimici, che sono correlati con i fenotipi clinici delle neoplasie permettendo così l'identificazione delle differenze interindividuali. Queste tipologie di analisi sono possibili solo grazie all'introduzione di tecnologie come la Next Generation Sequencing (NGS) o la Spettrometria di Massa. L'enorme mole di informazioni sono successivamente gestite tramite la bioinformatica.

Notevole impulso è dato all'identificazione di marcatori genetici associati alla predisposizione e all'insorgenza di tumore, alla comprensione dei meccanismi molecolari alla base della regolazione trascrizionale ed epigenetica del cancro e alla identificazione di selettivi profili di proteine e modificazioni post-traduzionali, distintive della patologia e del singolo paziente che possono essere utilizzate per la prevenzione e la diagnosi precoce.

La ricerca viene condotta in collaborazione con gli altri Settori di Ricerca, con i gruppi di ricerca presenti nei Dipartimenti di Chirurgia, Oncologia Medica e dei Servizi e con centri di ricerca italiani ed esteri.

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E
FUNZIONAMENTO**NANOTECNOLOGIE**

Questo settore di Ricerca si focalizza sull'utilizzo delle nanotecnologie in oncologia sia a scopi diagnostici che di terapia mirata. Questo sarà possibile attraverso lo sviluppo di

- nanoparticelle teranostiche capaci di effettuare contemporaneamente diagnosi e cura, come le nanoparticelle magnetiche che possono essere usate come agenti nella risonanza magnetica nucleare per aumentare il contrasto dell'immagine e consentire una migliore rivelazione del tumore;
- nanoparticelle per il drug delivery ossia per il trasporto di farmaci che, una volta raggiunta il tumore, possono essere rilasciati nel tempo, permettendo la somministrazione di una minor dose e un'azione più mirata rispetto ai classici trattamenti e quindi con minore tossicità;
- Nanoparticelle ibride composte da liposomi e membrane di cellule tumorali per ottimizzare il targeting alle cellule tumorali stesse.

La ricerca viene condotta in collaborazione con gli altri Settori di Ricerca, con i gruppi di ricerca presenti nei Dipartimenti di Chirurgia, Oncologia Medica e dei Servizi e con centri di ricerca italiani ed esteri.

VIROLOGIA ONCOLOGICA

In questo settore di Ricerca si studiano le correlazioni tra i tumori e le infezioni virali dovute a virus come il papilloma virus umano (HPV), responsabile dei carcinomi della cervice uterina e coinvolto nella genesi di una parte dei carcinomi ano-genitali e orofaringei. Al fine di identificare e validare biomarcatori virali nei fluidi biologici si utilizzeranno algoritmi di diagnosi precoce di semplice esecuzione a basso costo per un uso diffuso nella routine clinica.

La ricerca viene condotta in collaborazione con gli altri Settori di Ricerca, con i gruppi di ricerca presenti nei Dipartimenti di Chirurgia, Oncologia Medica e dei Servizi e con centri di ricerca italiani ed esteri.

EMATOLOGIA ONCOLOGICA

In questo Settore di Ricerca si sviluppano progetti di ricerca traslazionale orientati principalmente alla identificazione di marcatori biologici prognostici e predittivi nelle patologie linfomatose aggressive e indolenti, mediante tecniche di bioinformatica, biologia cellulare e molecolare, applicate a casistiche interne all'Istituto ed esterne e progetti di ricerca di base orientata allo sviluppo di modelli preclinici di linfoma aggressivo a cellule B, mediante sistemi di coltura avanzata tridimensionale per lo studio della biologia linfomatosa e l'identificazione di nuovi bersagli terapeutici. Tale attività è fondata sulla messa a punto di protocolli di biologia cellulare e molecolare

La ricerca viene condotta in collaborazione con gli altri Settori di Ricerca, con i gruppi di ricerca presenti nei Dipartimenti di Chirurgia, Oncologia Medica e dei Servizi e con centri di ricerca italiani ed esteri.

BIOBANCA

La Biobanca si occupa della gestione della raccolta, crioconservazione ed utilizzo dei tessuti biologici di interesse oncologico, secondo criteri internazionalmente accettati, necessari per la ricerca e sviluppo di nuovi biomarcatori predittivi di rischio, diagnosi precoce, chemiosensibilità, tossicità, prognosi, e di nuovi farmaci/terapie in oncologia.

La Biobanca colleziona materiale biologico umano di varia natura (tessuti, sangue, ecc) di potenziale interesse per pratiche di tipo diagnostico e di ricerca. La capienza potenziale è di 5.000.000 di campioni

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E
FUNZIONAMENTO

biologici crio-preservabili a $-86\text{ }^{\circ}\text{C}$ e di 2.000.000 di campioni preservabili a -176 in azoto liquido. Tutti i campioni sono correlati con la storia e la cartella clinica del paziente. Ciò pone la biobanca al centro di possibili net-work per studi di correlazione biologico-clinica da potersi effettuare su campioni in essa stoccati. La struttura possiede la certificazione ISO 9001:2015, è accreditata BBMRI Italia, coordina il Network delle Biobanche Oncologiche Pugliesi (BIOBOP) e partecipa al Network Europeo delle Biobanche (Biobanking and BioMolecular Resources Infrastructure, BBMRI.ERIC).

MEDICAL HUMANITIES

Le Medical Humanities promuovono un approccio integrato che considera la persona nella sua interezza, non solo dal punto di vista medico-biologico, ma anche da quello psicologico, sociale e culturale, per migliorare l'esperienza di malattia e cura. Questo approccio, che include discipline differenti, aiuta a comprendere meglio le esigenze dei pazienti e delle loro famiglie, promuovendo una esperienza della malattia partecipata e una cura più personalizzata.

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E
FUNZIONAMENTO**B - L'ORGANIZZAZIONE DIPARTIMENTALE – IL DIPARTIMENTO**

L'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di organizzazione e gestione operativa delle attività delle Aziende sanitarie; il dipartimento è costituito da strutture omogenee, affini o complementari, che perseguono comuni finalità e sono tra loro interdipendenti, pur mantenendo la propria autonomia e responsabilità, nell'ambito di un modello gestionale e organizzativo comune, volto a fornire una risposta unitaria, efficace, efficiente, tempestiva e completa alle esigenze delle persone ammalate e della ricerca.

L'obiettivo prioritario è porre gli operatori sanitari ed i ricercatori nelle migliori condizioni per poter svolgere la propria attività, improntandola all'efficacia ed all'appropriatezza, realizzando la "Governance" dei percorsi clinici assistenziali per contrastare logiche meramente formaliste a favore di una visione sistemica

FINALITÀ

Il Dipartimento persegue le seguenti finalità:

- Utilizzazione ottimale ed integrata delle risorse umane e tecnologiche con oculata gestione degli spazi e delle apparecchiature disponibili allo scopo di dare massima efficacia alle prestazioni fornite e di razionalizzare i costi; vale il principio dell'interesse prioritario del paziente: gli operatori, laddove possibile, si spostano per raggiungere il paziente, evitando il più possibile disagi ai cittadini. Viene prevista un'utilizzazione "flessibile" ed equa delle risorse umane; la gestione dei posti-letto segue la stessa logica di flessibilità. Per quel che riguarda le attrezzature vale lo stesso criterio: viene definita la dotazione globale del dipartimento. In caso di necessità o per affrontare eventuali emergenze organizzative, il personale è tenuto, per periodi limitati di tempo, a prestare la propria opera anche in altre unità operative del Dipartimento, nei limiti previsti dai Contratti e dalle norme vigenti. Le disposizioni di servizio in merito sono di competenza del Direttore di dipartimento, sentito il Comitato di dipartimento, il quale, per quel che riguarda il personale tecnico-sanitario appartenente al Comparto deve preliminarmente concordare con il dirigente del Servizio delle Professioni Sanitarie tali assegnazioni.
- Coordinamento tra le attività assistenziali del dipartimento e l'attività extraospedaliera per una integrazione dei servizi del dipartimento stesso con il territorio e in particolare con i Medici di Medicina generale e con coloro che operano negli Hospice territorialmente competenti, garantendo la presa in carico globale del paziente.
- Promozione di iniziative volte ad umanizzare l'assistenza all'interno della struttura dipartimentale.
- Sviluppo di modelli organizzativi innovativi nella gestione delle risorse umane e professionali, favorendo il lavoro di equipe interdisciplinare e multi-professionale.
- Valutazione e verifica della qualità dell'assistenza prestata e rilevazione continua dei dati relativi all'attività svolta e suo miglioramento continuo.
- Organizzazione dell'attività libero-professionale.
- Gestione del budget assegnato mediante la definizione del piano annuale di attività, in cui vengono descritti gli obiettivi e le risorse necessarie al loro perseguimento.
- Organizzazione della formazione e dell'aggiornamento del personale operante nelle UU.OO., in stretta collaborazione con l'Ufficio Formazione dell'Istituto.

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E
FUNZIONAMENTO**MODALITÀ DI ISTITUZIONE ED ORGANIZZAZIONE DEL DIPARTIMENTO**

Il Dipartimento è istituito con provvedimento del Direttore generale, sentito il Direttore Sanitario, il Direttore Amministrativo ed il Direttore Scientifico.

Il Dipartimento è costituito dalle seguenti articolazioni organizzative:

- Il Direttore di Dipartimento
- Il Comitato di Dipartimento

IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO

Il Direttore di Dipartimento è nominato dal D.G. tra i direttori delle strutture complesse, aggregate al dipartimento, e rimane titolare della struttura cui è preposto; nel corso della prima riunione del Comitato di dipartimento il Direttore indica altro dirigente di struttura complessa del dipartimento cui delega le proprie funzioni in caso di temporanea assenza o impedimento. Il Direttore del Dipartimento deve garantire una presenza in servizio congrua e adeguata allo svolgimento dei molteplici compiti a lui affidati. L'incarico ha durata biennale e può essere rinnovato. Il Direttore del Dipartimento può essere rimosso, prima della scadenza dell'incarico, dal Direttore Generale con provvedimento motivato, sulla base della normativa vigente, per ragioni organizzative, gestionali o disciplinari.

Il Direttore del Dipartimento:

- Assicura la funzionalità del Dipartimento e ha autonomia decisionale per quel che riguarda la soluzione dei problemi urgenti e la rappresentanza del Dipartimento nei confronti della Direzione Strategica e nei rapporti all'interno ed all'esterno dell'Istituto. Le decisioni relative alla programmazione generale dei turni di servizio, agli orari di servizio, alla assegnazione del personale, all'utilizzo delle attrezzature, ai piani di formazione, agli obiettivi da concordare nell'ambito della negoziazione di budget, e alla formazione di protocolli e linee-guida vengono prese a maggioranza nel Comitato di dipartimento.
- Verifica la conformità dei comportamenti ed i risultati con gli indirizzi forniti dal Direttore Generale dell'Azienda e le indicazioni del Comitato di dipartimento.
- Gestisce le risorse attribuite al Dipartimento secondo le indicazioni del comitato di dipartimento.
- Negozia il budget con la Direzione Generale e ne verifica costantemente la rispondenza agli obiettivi concordati.
- Convoca e presiede il Comitato di dipartimento: il Comitato deve essere convocato almeno una volta al mese; di ogni incontro deve essere redatto apposito verbale; tale verbale deve essere in ogni momento a disposizione della Direzione Generale.
- Predisporre annualmente, sulla base delle indicazioni fornite dal Comitato di dipartimento, il piano delle attività e dell'utilizzazione delle risorse disponibili, negoziato con la D.G., nell'ambito della programmazione aziendale; la programmazione delle attività dipartimentali, la loro realizzazione e le funzioni di monitoraggio e di verifica sono assicurate con la partecipazione attiva degli altri dirigenti e degli operatori assegnati al dipartimento; è compito del Direttore richiedere relazioni sulle attività svolte ai dirigenti assegnati.
- Sostiene lo sviluppo ed il buon funzionamento del Sistema Informativo aziendale e, in particolare, coordina il monitoraggio, la raccolta e la validazione dei dati e delle informazioni.
- È membro di diritto del Collegio di Direzione aziendale.

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E
FUNZIONAMENTO**COMITATO DI DIPARTIMENTO**

Il Comitato di dipartimento rappresenta, unitamente al Direttore, l'organismo di direzione e coordinamento del dipartimento medesimo; è presieduto dal Direttore di dipartimento, dura in carica 4 anni, ed è composto, a regime:

1. dai direttori delle strutture complesse costituenti il dipartimento;
2. dai dirigenti delle strutture semplici a valenza dipartimentale, ove presenti;
3. da n. 2 dirigenti appartenenti al Dipartimento eletti da tutti i dirigenti che non sono membri di diritto del Comitato con votazione segreta tenuta nell'arco di quattro ore diurne, in giorno non festivo, con preavviso scritto di almeno 15 giorni;
4. dal Referente Coordinatore del personale (infermieristico e/o tecnico-sanitario e/o riabilitativo) del Dipartimento eletto da tutti i coordinatori appartenenti al comparto assegnati al dipartimento con votazione segreta tenuta nell'arco di quattro ore diurne, in giorno non festivo, con preavviso scritto di almeno 15 giorni.
5. da un rappresentante dell'area del comparto, appartenente al ruolo sanitario o tecnico eletto da tutti i dipendenti appartenenti al comparto assegnati al dipartimento con votazione segreta tenuta nell'arco di quattro ore diurne, in giorno non festivo, con preavviso scritto di almeno 15 giorni.
6. da n. 2 rappresentanti dell'area del comparto appartenenti al ruolo amministrativo e/o tecnico e/o professionale eletto da tutti i dipendenti appartenenti al comparto assegnati al dipartimento con votazione segreta tenuta nell'arco di quattro ore diurne, in giorno non festivo, con preavviso scritto di almeno 15 giorni, **solo nel caso** in cui non si possa procedere all'elezione dei componenti di cui ai precedenti punti 4 e 5.

In fase di avvio il Comitato è composto esclusivamente dai direttori di struttura complessa e dai dirigenti delle strutture semplici dipartimentali e ha l'obbligo, tra gli altri, di organizzare, entro 30 giorni, le opportune votazioni per completare la composizione del comitato stesso; una volta definito l'assetto, alla prima riunione utile vengono individuati i nominativi da proporre al Direttore generale per la scelta del Direttore di Dipartimento.

Le convocazioni del Comitato, con l'ordine del giorno, sono inviate per opportuna informazione al Direttore Sanitario che ha facoltà di partecipare alle riunioni o in prima persona o tramite un proprio delegato.

Il Comitato può essere convocato su richiesta di almeno 1/3 dei componenti; delibera con la maggioranza dei voti espressi; a parità di voto prevale il voto del Direttore di dipartimento.

Il Comitato di dipartimento esercita, di norma, decisioni nel rispetto delle direttive della D.G., i seguenti compiti:

- redige il Regolamento definitivo di dipartimento di intesa con il Direttore sanitario;
- definisce i criteri generali per la razionale utilizzazione del personale, degli spazi, delle attrezzature e delle risorse economiche in un'ottica volta al perseguimento dell'efficacia e dell'efficienza ed all'integrazione delle attività di competenza del Dipartimento;
- sottopone a costante verifica l'attività svolta individuando, di concerto con l'Unità Controllo di Gestione, opportuni indicatori che saranno utilizzati allo scopo di variare le modalità operative per andare incontro alle esigenze dell'utenza;
- definisce le linee-guida che dovranno essere seguite in ambito preventivo e assistenziale;
- coordina lo sviluppo delle attività cliniche, di ricerca applicata, di formazione, di studio e di verifica della qualità delle prestazioni;
- propone al D.G. i piani di aggiornamento e di qualificazione del personale e coordina le attività di didattica, di ricerca scientifica e di educazione sanitaria;

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E
FUNZIONAMENTO

- opera con l'intento di raggiungere gli obiettivi concordati con la D.G., valutando, a cadenza mensile, il grado di scostamento rispetto agli stessi;
- stabilisce le priorità, in riferimento alle risorse disponibili ed alle attività da svolgere;
- individua sistemi di coordinamento ed integrazione delle attività ospedaliere con quelle territoriali;
- invia al D.G., alla fine di ogni anno, un resoconto tecnico-economico sulle attività svolte contenente una proposta di obiettivi da perseguire nell'anno successivo.

STRUTTURE COMPLESSE E LIVELLI DI AUTONOMIA E RESPONSABILITÀ

Il Dipartimento si configura come struttura sovraordinata rispetto a tutte le strutture che lo compongono, relativamente ai processi decisionali riguardanti la gestione delle risorse assegnate con particolare riferimento agli spazi, al personale ed alle attrezzature.

Le strutture complesse sono articolazioni interne al dipartimento con specifico riferimento specialistico e organizzativo di natura complessa (sulla base della specificità dei suoi compiti professionali e delle sue dimensioni operative). Il Direttore ha autonomia tecnico-professionale nel campo specifico di competenza, mentre per le patologie di confine, per gli aspetti organizzativi e gestionali l'autonomia è esercitata nell'ambito delle direttive stabilite dal Comitato di dipartimento.

Le strutture complesse sono soggette a rendicontazione analitica delle attività e dei costi.

I Direttori delle strutture complesse sono componenti di diritto del Comitato di Dipartimento.

LE STRUTTURE SEMPLICI A VALENZA DIPARTIMENTALE, LE STRUTTURE SEMPLICI, GLI INCARICHI DI RESPONSABILITÀ DI PROGETTO, PROCESSO, PROGRAMMA, CENTRO DI RIFERIMENTO, GLI INCARICHI PROFESSIONALI.

Le strutture semplici a valenza dipartimentale sono strutture che in un'ottica di supporto trasversale al processo produttivo vengono collocate gerarchicamente alle dipendenze del Direttore del Dipartimento e non di una struttura complessa.

Alle SSD viene attribuito un budget operativo (obiettivi e risorse), ma corrispondono di norma ad un unico centro di costo. Poiché l'individuazione di una UOSD può essere collegata a condizioni che non corrispondono alla sua complessità operativa, la pesatura di una UOSD può non essere superiore a quella di una UOS o di un Incarico di progetto.

Le strutture semplici sono strutture che non possiedono dimensioni operative o requisiti di complessità specificati per le strutture complesse e sono articolazioni delle strutture complesse di cui fanno parte.

Alle UOS viene riconosciuta dal Direttore della SC di afferenza una quantità definita di risorse e vengono assegnati obiettivi specifici nell'ambito del budget operativo (obiettivi e risorse) della SC di afferenza. Il responsabile della UOS è titolare delle risorse e degli obiettivi affidati alla UOS, il conseguimento dei quali deve concorrere insieme agli obiettivi della SC e alla valutazione individuale, alla definizione dei risultati raggiunti. La UOS corrisponde ad un unico centro di costo. Poiché la individuazione di una UOS è

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E
FUNZIONAMENTO

generalmente collegata alla sua complessità operativa la pesatura di una UOS può essere non inferiore a quella di una UOSD o di un Incarico di progetto.

L'incarico di responsabilità di progetto, processo, programma, centro di riferimento è costruito sulla base di uno specifico obiettivo di processo o di risultato. Questo tipo di incarico non è caratterizzato dalla specificità del ruolo professionale ma dall'impegno di coordinare, in base a protocolli concordati, su obiettivi di salute prioritari indicati dall'Istituto, competenze e ruoli professionali diversi. Un incarico di progetto si intende generalmente circoscritto dal punto di vista della durata che coincide con quella prevista per il completamento del progetto (3-5 anni). Le responsabilità di progetto derivano la loro complessità dalla dimensione organizzativa, a seconda del numero e dei livelli degli operatori e delle strutture da coinvolgere, dalla difficoltà degli obiettivi da raggiungere e dalla quantità di risorse presumibilmente impegnate. Il budget di progetto risulta dalla somma delle quote impegnate nel progetto dei budget affidati alle strutture che concorrono alla sua realizzazione. Il raggiungimento degli obiettivi di progetto concorre alla verifica di risultato del responsabile e delle strutture coinvolte.

CONFERENZA DI DIPARTIMENTO

Tutti i dirigenti assegnati al Dipartimento sono convocati almeno una volta all'anno dal Direttore di Dipartimento per discutere i punti critici dell'organizzazione.

C - I DIPARTIMENTI AZIENDALI

L'ITB istituisce i seguenti Dipartimenti:

- DIPARTIMENTO AREA CHIRURGICA
- DIPARTIMENTO AREA MEDICA
- DIPARTIMENTO DEI SERVIZI, DI DIAGNOSI PER IMMAGINI E TERAPIA
- DIPARTIMENTO DI STAFF E AREE AMMINISTRATIVE
- DIPARTIMENTO CLINICO GESTIONALE ONCOLOGICO

C1 - DIPARTIMENTO DELL'AREA CHIRURGICA

Il Dipartimento comprende Unità Operative che trattano le patologie oncologiche del distretto gastroenterologico, toracico, epatobiliopancreatico, urologico, otorinolaringoiatrico, maxillo facciale, patologie senologiche, ginecologiche, assicurando attività chirurgiche di elezione in regime di ricovero ordinario, day surgery e attività specialistica ambulatoriale e di day service. L'attività chirurgica svolta assicura elevati standard qualitativi di cura garantendo, qualora indicato, la chirurgia conservativa, laparoscopica robotizzata, ricostruzione plastica e modalità di trattamento combinato.

E' istituito presso il Dipartimento dell'Area Chirurgica il **Team di ricerca** dedicato allo studio delle patologie oncologiche toraco-addominali, dei carcinomi del tratto genitale ovarico, delle tecniche laparoscopiche, di oncoplastica e di nutrizione e preabilitazione di chirurgia oncologica.

In particolare, il Team di ricerca si propone di uniformare e perfezionare i percorsi di valutazione perioperatoria attraverso l'applicazione in maniera retrospettiva di score di valutazione internazionali, al fine di valorizzare la complessità del paziente (fragilità, assetto nutrizionale, comorbidità, pregresse problematiche toraco-addominali) e attenzionare gli operatori sulla possibile comparsa postoperatoria di complicanze.

Il Team effettua inoltre studi sulla capacità di maturazione delle cellule staminali ovariche a seguito di scongelamento della corticale ovarica umana, sul ruolo della intelligenza artificiale nei percorsi diagnostico terapeutici, sul ruolo del microbiota vaginale e su alcuni aspetti innovativi della biologia del carcinoma

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E
FUNZIONAMENTO

ovarico, studi su Percorsi di Prehabilitation e Posthabilitation in ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) nonché nell'ambito delle patologie toraco-addominali.

SC Chirurgia Generale a indirizzo oncologico	Dip. Area Chirurgica
SSD Otorinolaringoiatria e chirurgia maxillo facciale	Dip. Area Chirurgica
SS Endoscopia Digestiva	Dip. Area Chirurgica
SSD Chirurgia Generale ad indirizzo senologico	Dip. Area Chirurgica
SC Chirurgia Plastica e ricostruttiva	Dip. Area Chirurgica
SC Ginecologia Oncologica Clinicizzata	Dip. Area Chirurgica
SC Urologia Clinicizzata	Dip. Area Chirurgica
SC Anestesia Rianimazione e TIPO	Dip. Area Chirurgica
SC Chirurgia Toracica	Dip. Area Chirurgica
SSD Chirurgia epatobiliare pancreatica e robotica	Dip. Area Chirurgica

La Struttura di Ginecologia Chirurgica Oncologica Clinicizzata svolge attività di diagnosi e cura delle patologie oncologiche ginecologiche, principalmente a carico di utero, ovaio, vulva e vagina. Svolge attività di diagnosi e terapia sia in regime ambulatoriale/Day service che in regime di ricovero ospedaliero ordinario e di day surgery. Si articola in una sezione di Day Surgery, in cui vengono effettuate procedure diagnostiche e/o terapeutiche minori, e nel reparto di degenza ordinaria in cui vengono ricoverate le pazienti sottoposte a interventi chirurgici complessi. Collabora con le Strutture del Dipartimento dei servizi, diagnosi per immagini e terapia e del Dipartimento di Area Medica con cui lavora in team multidisciplinari di patologia e secondo applicazione di Percorsi Diagnostici Terapeutici e Assistenziali formalizzati (PDTA).

Oltre all'attività clinica, è impegnata in attività di formazione e ricerca, nonché in attività di screening di II livello per il tumore della cervice uterina.

La Struttura di Chirurgia Generale ad indirizzo oncologico svolge attività chirurgica per pazienti oncologici affetti da neoplasie dell'apparato gastroenterico, sia in regime di ricovero ordinario che in regime di Day Surgery, ambulatoriale e di day service. Si articola in un settore di degenza ordinaria in cui vengono ricoverati i pazienti sottoposti ad interventi complessi e in una sezione di Day Surgery, in cui vengono effettuate procedure diagnostiche e/o terapeutiche minori.

Questa unità operativa applica il Protocollo multidisciplinare ERAS per il recupero postoperatorio nei pazienti operati per neoplasie coloretali, con ritorno precoce degli stessi alle proprie attività lavorative sociali e familiari.

Collabora con le Strutture del Dipartimento dei servizi, diagnosi per immagini e terapia e del Dipartimento di Area Medica con cui lavora in team multidisciplinari di patologia e secondo applicazione di Percorsi Diagnostici Terapeutici e Assistenziali formalizzati (PDTA). In particolare sviluppa ed attua il PDTA del colon retto. Oltre all'attività clinica, è impegnata in attività di formazione e ricerca.

Al suo interno operano la struttura di Endoscopia digestiva.

- **La Struttura di Endoscopia Digestiva** svolge attività di prevenzione, diagnosi e trattamento delle neoplasie gastrointestinali. Si articola all'interno della Struttura complessa di Chirurgia Generale in cui vengono ricoverati pazienti sottoposti a procedure diagnostiche e/o terapeutiche complesse,

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E
FUNZIONAMENTO

non trattabili in regime ambulatoriale. È coinvolta nel percorso di screening del tumore del colon-retto.

Collabora con le Strutture del Dipartimento dei servizi, diagnosi per immagini e terapia e Dipartimento di Area Medica con cui lavora in team multidisciplinari di patologia e secondo applicazione di Percorsi Diagnostici Terapeutici e Assistenziali formalizzati (PDTA). Oltre all'attività clinica, la struttura svolge attività di ricerca clinica e formazione.

La Struttura di Otorinolaringoiatria e Chirurgia maxillo-facciale svolge attività di diagnosi e cura delle patologie oncologiche del distretto testa-collo, della tiroide e delle paratiroidi. Svolge attività di diagnosi e terapia sia in regime ambulatoriale/Day service che in regime di ricovero ospedaliero ordinario e di day surgery. Si articola in una sezione di Day Surgery, in cui vengono effettuate procedure diagnostiche e/o terapeutiche minori, e nel reparto di degenza ordinaria in cui vengono ricoverati i pazienti sottoposti a interventi chirurgici complessi.

Collabora con le Strutture del Dipartimento dei servizi, diagnosi per immagini e terapia e del Dipartimento di Area Medica con cui lavora in team multidisciplinari di patologia e secondo applicazione di Percorsi Diagnostici Terapeutici e Assistenziali formalizzati (PDTA).

Oltre all'attività clinica, è impegnata in attività di formazione e ricerca.

La Struttura di Urologia svolge attività di diagnosi e cura delle patologie neoplastiche dell'apparato uro genitale. Svolge attività di diagnosi e terapia sia in regime ambulatoriale/Day service che in regime di ricovero ospedaliero ordinario e di day surgery. Si articola in una sezione di Day Surgery, in cui vengono effettuate procedure diagnostiche e/o terapeutiche minori, e nel reparto di degenza ordinaria in cui vengono ricoverati i pazienti sottoposti a interventi chirurgici complessi. Collabora con le Strutture del Dipartimento dei servizi, diagnosi per immagini e terapia e del Dipartimento di Area Medica con cui lavora in team multidisciplinari di patologia e secondo applicazione di Percorsi Diagnostici Terapeutici e Assistenziali formalizzati (PDTA).

Oltre all'attività clinica, è impegnata in attività di formazione e ricerca.

La Struttura di Chirurgia Senologica svolge attività chirurgica per pazienti affette da neoplasie della mammella, sia in regime di ricovero ordinario che in regime di Day Surgery ed ambulatoriale. Si articola in un settore di degenza ordinaria in cui vengono ricoverate le pazienti sottoposte ad interventi complessi, ed un settore ambulatoriale per la valutazione e trattamento delle pazienti con tumore mammario.

Collabora con le Strutture del Dipartimento dei servizi, diagnosi per immagini e terapia e del Dipartimento di Area Medica con cui lavora in team multidisciplinari di patologia.

La Struttura lavora strettamente con la Rete oncologica regionale, in particolare nella condivisione ed applicazione del Percorso Diagnostico Terapeutico e Assistenziale del tumore della mammella e della Breast Unit.

Oltre all'attività clinica, la Struttura svolge attività di ricerca clinica e formazione.

La Struttura di Chirurgia epatobiliare pancreaticata e robotica avvalendosi di sistemi altamente innovativi svolge interventi di chirurgia maggiore di alta complessità sul fegato, vie biliari e pancreas. Questo approccio offre numerosi vantaggi, tra cui una maggiore precisione, una minore invasività e un recupero più rapido per il paziente.

La Struttura di Chirurgia Toracica si occupa della diagnosi e trattamento di patologie chirurgiche toraciche, tumori del polmone e della pleura, tumori della parete toracica e tumori del mediastino. Si articola in un settore di degenza ordinaria in cui vengono ricoverati i pazienti sottoposti ad interventi complessi, ed effettua attività ambulatoriale/Day service per pazienti esterni e di consulenza per pazienti interni ed esterni.

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E
FUNZIONAMENTO

Collabora con le Strutture del Dipartimento dei servizi, diagnosi per immagini e terapia e Dipartimento di Area Medica con cui lavora in team multidisciplinari di patologia e secondo applicazione di Percorsi Diagnostici Terapeutici e Assistenziali formalizzati (PDTA).

Oltre all'attività clinica, la struttura svolge attività di ricerca clinica e formazione.

La Struttura di Chirurgia Plastica e Ricostruttiva si occupa della diagnosi e trattamento dei tumori cutanei, dei tessuti molli, effettuando interventi di chirurgia ricostruttiva e microchirurgia.

Svolge attività di diagnosi e terapia sia in regime ambulatoriale/Day service che in regime di ricovero ospedaliero ordinario e di day surgery. Si articola in una sezione di Day Surgery, in cui vengono effettuate procedure diagnostiche e/o terapeutiche minori, e nel reparto di degenza ordinaria in cui vengono ricoverate le pazienti sottoposte a interventi chirurgici complessi. Collabora con le Strutture del Dipartimento dei servizi, diagnosi per immagini e terapia e Dipartimento di Area Medica con cui lavora in team multidisciplinari di patologia e secondo applicazione di Percorsi Diagnostici Terapeutici e Assistenziali formalizzati (PDTA). Oltre all'attività clinica, è impegnata in attività di formazione e ricerca, nonché nell'ambito delle attività della Breast Unit e della Rete Oncologica regionale.

La Struttura di Anestesia Rianimazione e TIPO si occupa delle attività anestesiológicas a supporto del plesso chirurgico, nonché delle attività di terapia intensiva post-operatoria. Svolge attività in regime ambulatoriale/Day service, gestisce le attività di cateteri venosi centrali ad inserzione periferica sia totalmente impiantabili (PiCC-Port) che non totalmente impiantabili (PiCC). Collabora con tutti i Dipartimenti con cui lavora in team multidisciplinari di patologia e secondo applicazione di Percorsi Diagnostici Terapeutici e Assistenziali formalizzati (PDTA). Accoglie al suo interno **l'Ambulatorio di cure palliative e terapia del dolore e l'Ambulatorio Accessi venosi centrali**.

- **L'Ambulatorio di cure palliative e terapia del dolore** eroga trattamenti rivolti a pazienti la cui malattia non risponde più a nessun intervento farmacologico o chirurgico. Le cure palliative mirano al controllo dei sintomi e del dolore mediante cure proporzionate e personalizzate, nel rispetto della dignità e della volontà del paziente. Sono rivolte alle persone malate di qualsiasi età e non sono prerogativa della fase terminale della malattia; possono infatti affiancarsi alle terapie attive fin dalle fasi precoci della malattia cronico-degenerativa, controllando i sintomi e ponendosi a difesa e recupero della migliore qualità di vita possibile. La Terapia del dolore include diverse metodiche quali, a titolo esemplificativo, elastomero, "patient controlled analgesia" antalgica.
- **L'Ambulatorio Accessi venosi centrali** si occupa della gestione degli accessi venosi centrali (es. Port-a-cath, Broviac, PiCC) L'ambulatorio integra l'attività di posizionamento dei cateteri venosi centrali occupandosi della loro gestione in termini di medicazioni periodiche, irrigazioni, diagnosi e gestione delle complicanze anche verso pazienti che non abbiano posizionato il catetere presso il nostro Istituto.

Oltre all'attività clinica, la struttura **Anestesia Rianimazione e TIPO** svolge attività di ricerca clinica e formazione.

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E
FUNZIONAMENTO**C2 - DIPARTIMENTO DELL'AREA MEDICA**

Il continuo e rapido evolvere della conoscenza impone che i malati siano seguiti da medici dedicati a specifiche patologie per garantire loro la costante appropriatezza delle decisioni.

Il dipartimento dell'Area Medica aggrega le strutture aziendali, con la finalità generale di ottimizzare i percorsi assistenziali e garantire l'approccio multidisciplinare e la continuità delle cure, con particolare riguardo alle patologie complesse, alle condizioni operative più critiche, alle relazioni problematiche di settori.

SC Oncologia medica	Dip. Area Medica
SS Oncologia Medica per la Pat. mammaria	Dip. Area Medica
SS Oncologia medica apparato uro-genitale	Dip. Area Medica
SS Oncologia integrata	Dip. Area Medica
SSD Tumori Rari e melanoma	Dip. Area Medica
SSD Oncologia Medica per la pat. toracica	Dip. Area Medica
SC Ematologia e Terapia Cellulare	Dip. Area Medica
SS Trapianti di midollo e terapie cellulari	Dip. Area Medica

Le Unità Operative del Dipartimento sono associate ad un **Team di ricerca** designato al raggiungimento di obiettivi di ricerca clinica e traslazionale. Da un lato, tutte le Unità cliniche perseguono obiettivi ricompresi in protocolli sperimentali profit e no profit che includono nuovi approcci di immunoterapia antineoplastica. In parallelo, il personale dei laboratori che affiancano le unità cliniche perseguono linee di ricerca rivolte principalmente alla identificazione di nuovi biomarcatori prognostici o predittivi di risposta alle nuove terapie personalizzate. Questo avviene grazie all'applicazione di modelli bioinformatici per lo studio delle caratteristiche genetico-molecolari nei singoli pazienti, di immagini isto-patologiche e strumentali ("radiomica"), così come attraverso studi "in vitro" e "in situ" di liquidi biologici e tessuti.

La Struttura di Ematologia e terapia cellulare svolge attività diagnostico-terapeutica in regime di ricovero ordinario ed in regime di Day Service ed ambulatoriale, procedure diagnostico/terapeutiche ad elevata complessità, terapie in infusione continua e/o in caso di pazienti critici. Si articola in: una Struttura di Degenza Ordinaria e diurna ed in una Struttura di Day Service in cui vengono seguiti i pazienti oncoematologici nelle fasi di diagnosi, stadiazione, trattamento e follow-up della patologia. Accoglie al suo interno la **Struttura Trapianti di midollo e terapie cellulari**.

Collabora con le Strutture del Dipartimento dei servizi, diagnosi per immagini e terapia e Dipartimento di Area Medica con cui lavora in team multidisciplinari di patologia e secondo applicazione di Percorsi Diagnostici Terapeutici e Assistenziali formalizzati (PDTA). Oltre all'attività clinica, la Struttura è impegnata in attività di formazione e ricerca.

Laboratorio di Diagnostica Ematologica e Terapia Cellulare

Il Laboratorio annesso alla U.O. di Ematologia Oncologica segue due aree distinte:

1. L'Area Diagnostica che si occupa
 - di supporto diagnostico di primo e secondo livello delle patologie ematologiche di interesse oncologico (emolinfopatie acute e croniche, disordini mieloproliferativi e discrasie plasma cellulari, ecc) di pazienti afferenti alla sezione clinica della suddetta U.O.;
 - di sviluppo "in house" dei processi convenzionali e standardizzati di stoccaggio, scongelamento e manipolazione di cellule staminali autologhe utili per le procedure routinarie di trapianto.

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E
FUNZIONAMENTO**2. L'Area di Ricerca che si occupa di:**

- attività di ricerca traslazionale orientata principalmente alla identificazione di marcatori biologici prognostici e predittivi nelle patologie linfomatose aggressive e indolenti, mediante tecniche di bioinformatica, biologia cellulare e molecolare, applicate a casistiche interne all'Istituto ed esterne;
- attività di ricerca di base orientata allo sviluppo di modelli preclinici di linfoma aggressivo a cellule B, mediante sistemi di coltura avanzata tridimensionale per lo studio della biologia linfomatosa e l'identificazione di nuovi bersagli terapeutici. Tale attività è fondata sulla messa a punto di protocolli di biologia cellulare e molecolare.

La Struttura di Oncologia medica svolge attività diagnostico-terapeutica in regime di ricovero e in regime di Day Service/ambulatoriale, mediante l'utilizzo di metodiche multidisciplinari e con sviluppo di approcci innovativi volti alla presa in carico e cura dei pazienti affetti da patologie oncologiche.

Al suo interno operano strutture di oncologia medica declinate per patologia e percorso di cura specifico:

- La **Struttura di Oncologia medica per la patologia mammaria** che in aderenza alle Linee guida EUSOMA per l'approccio multidisciplinare alla patologia neoplastica della mammella svolge attività ambulatoriali per la diagnosi e cura oncologica. La Struttura coordina inoltre la Breast Unit Care che in coerenza ai criteri e requisiti di accreditamento regionale del Servizio Qu.O.T.A. dell'Agenzia Regionale Strategica per la Salute e il Sociale - A.Re.S.S., si dota di un proprio regolamento, di un piano qualità e di un PDTA della patologia oncologica della mammella.
- La **Struttura di Oncologia medica apparato uro-genitale** che mediante l'utilizzo di metodiche multidisciplinari e con sviluppo di approcci innovativi svolge attività ambulatoriali per la diagnosi e cura delle patologie oncologiche specifiche in stretta collaborazione con la le Strutture di Chirurgia Ginecologica e Urologiche mediante attuazione ed applicazione dei PDTA della prostata e della cervice uterina.
- La **Struttura di Oncologia integrata** che mediante metodiche multidisciplinari e approcci innovativi svolge attività ambulatoriali per la diagnosi e cura delle patologie oncologiche in stretta collaborazione con la Struttura di Radiologia Interventistica.

La Struttura di Oncologia medica per la patologia toracica svolge attività diagnostico-terapeutica in regime di ricovero e di prevenzione primaria in regime di Day Service/ambulatoriale, dei tumori del polmone, della pleura e del timo. Effettua procedure diagnostiche complesse o di trattamenti in regime di stretto monitoraggio clinico-strumentale in regime di ricovero, mentre svolge attività ambulatoriale/day service per l'effettuazione di prestazioni diagnostiche e terapeutiche. La Struttura è inserita nell'ambito del programma nazionale Risp - Rete italiana di screening polmonare che garantisce percorsi di screening polmonare e desuefazione al fumo, con o senza farmaci. La struttura è infatti dotata del Centro per la Prevenzione e per la Cura del Tabagismo e delle Malattie Fumo-correlate, che svolge attività di valutazione clinico-funzionale e di supporto psicologica e psicoterapeutico. L'approccio terapeutico utilizzato si avvale di metodiche la cui azione antifumo è stata accertata da risultati scientifici.

La Struttura Tumori rari e Melanoma svolge attività diagnostico-terapeutica in regime ambulatoriale mediante l'utilizzo di metodiche multidisciplinari e con sviluppo di approcci innovativi volti alla presa in carico e cura dei pazienti affetti dalle seguenti principali patologie oncologiche:

- Melanoma
- Tumori cutanei non melanoma (carcinoma cutaneo a cellule squamose, carcinoma basocellulare; carcinoma a cellule di Merkel)

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E
FUNZIONAMENTO

- Sarcomi tessuti molli (liposarcoma, leiomiomasarcoma, sinovialsarcoma, tumori maligni delle guaine nervose periferiche, emangioendotelioma, angiosarcoma, tumore fibroso solitario, sarcoma epitelioido, sarcoma alveolare delle parti molli, PEComa, istiocitoma fibroso maligno, raddomiosarcoma, tumore desmoplastico a cellule rotonde, dermatofibrosarcoma protuberans, ecc.)
- Tumori neuroendocrini
- Tumori stromali gastrointestinali (GIST)
- Osteosarcoma, condrosarcoma e Sarcoma di Ewing; Cordoma
- Fibromatosi aggressiva tipo desmoide
- Tumori ultrarari

La Struttura è riconosciuta quale Centro ERN (European Reference Network) per i Sarcomi dei Tessuti molli e, inoltre, quale Centro Regionale per la Ricerca e la cura dei tumori rari con Deliberazioni di Giunta Regionale n. 2243/2017 e n. 794/2019.

Tutte le **Strutture del Dipartimento di Area Medica** collaborano con le Strutture del Dipartimento dei servizi, diagnosi per immagini e terapia, del Dipartimento chirurgico e della Rete Oncologica Regionale, secondo condivisione ed applicazione di Percorsi Diagnostico Terapeutici e Assistenziali formalizzati. Sono presenti Team multidisciplinari di patologia che operano a livello trasversale. Oltre all'attività clinica, le Strutture svolgono attività di ricerca clinica e formazione.

C3 - DIPARTIMENTO DEI SERVIZI, DIAGNOSI PER IMMAGINI E TERAPIA

La "mission" del Dipartimento è duplice: fornire accurate diagnosi isto-citopatologiche, molecolari, di laboratorio e per immagini con informazioni di valore diagnostico, prognostico, predittivo e terapeutico che possano essere utilizzate per la migliore gestione clinica dei pazienti, utilizzando sia tecniche convenzionali che innovative. Al Dipartimento afferiscono UU.OO. che si articolano con percorsi diagnostico terapeutici utilizzando la scienza delle immagini. In particolare, le metodiche terapeutiche vengono eseguite con modalità strumentale mini-invasiva (interventistica/endoscopica) e non invasiva (trattamenti radioterapici). Al Dipartimento afferiscono inoltre UU.OO. che effettuano valutazioni di "second opinion" sia su preparati isto-citopatologici allestiti in altra sede, che per esigenze di natura diagnostica attraverso l'approccio per immagini. Si effettuano inoltre procedure con finalità sia diagnostiche che terapeutiche. Queste ultime vengono eseguite con modalità strumentale mininvasiva (interventistica/ endoscopica) e non invasiva (trattamenti radioterapici) a supporto delle aree ospedaliere medica e chirurgica anche per le determinazioni centralizzate dei parametri di biologia molecolare per utilizzo assistenziale.

Sono svolte attività diagnostiche sui campioni operatori e biotipici, di diagnostica molecolare, di citopatologia e di riscontro autoptico, indagini chimico-cliniche e microbiologiche.

Le attività che si svolgono presso il Dipartimento s'integrano, laddove possibile con quelle della BioBanca istituzionale dove avviene la raccolta sistematica di campioni biologici tissutali e di sangue relativi alle varie patologie oncologiche.

Il Dipartimento comprende dotazioni, risorse e strutture nelle quali varie figure professionali di discipline diverse operano con stretta interdisciplinarietà.

SC Anatomia Patologica	Dip. Dei Servizi, diagnosi per immagini e terapia
SS Diagnostica Polmonare	Dip. Dei Servizi, diagnosi per immagini e terapia
SS Diagnostica Senologica	Dip. Dei Servizi, diagnosi per immagini e terapia

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E
FUNZIONAMENTO

SSD Diagnostica molecolare e farmacogenetica	Dip. Dei Servizi, diagnosi per immagini e terapia
SSD Cardiologia	Dip. Dei Servizi, diagnosi per immagini e terapia
SC Radioterapia	Dip. Dei Servizi, diagnosi per immagini e terapia
SSD Radiologia Interventistica	Dip. Dei Servizi, diagnosi per immagini e terapia
SSD Radiologia Diagnostica	Dip. Dei Servizi, diagnosi per immagini e terapia
SSD Radiologia Senologica	Dip. Dei Servizi, diagnosi per immagini e terapia
SSD Fisica Sanitaria	Dip. Dei Servizi, diagnosi per immagini e terapia
SSD Patologia clinica	Dip. Dei Servizi, diagnosi per immagini e terapia
SSD Medicina Nucleare	Dip. Dei Servizi, diagnosi per immagini e terapia

In stretta interazione con l'attività clinica a livello Dipartimentale l'attività di ricerca viene strutturata da un **Team di ricerca**. L'attività del team di ricerca afferente al Dipartimento per l'aspetto della diagnostica e terapia per immagini è orientata alla valutazione delle immagini biomedicali per rispondere ai principali unmet clinical need nelle diverse patologie oncologiche e alla definizione di interventi terapeutici mirati all'ottimizzazione dell'efficacia terapeutica. Le linee di ricerca attive hanno come fattore comune la definizione di modelli di medicina personalizzata, la definizione di interventi mini-invasivi che mettano in associazione i principi fisici della radiologia interventistica e trattamenti chimici propri dell'oncologia medica. La medicina personalizzata definisce un percorso di cura che consiste nella definizione di terapie su misura per ogni singolo paziente e trova una naturale evoluzione nello sviluppo di sistemi di supporto le decisioni cliniche, diagnostiche e terapeutiche. Analogamente, l'utilizzo di tecniche mini-invasive di radiologia interventistica, chirurgia e radioterapia basate su strumentazioni e device di ultima generazione consentono la definizione di interventi che combinano i principi fisici della radiologia con i trattamenti chimici propri dell'oncologia medica migliorando l'efficacia dei farmaci chemio-radio terapeutici.

Il team di ricerca istituito presso il dipartimento si occupa anche di studi finalizzati ad elaborare efficaci protocolli di prevenzione mediante la realizzazione di progetti volti a definire il rischio di complicanze cardio-vascolari, percorsi di follow-up in pazienti sottoposti a terapia antitumorale, di diagnosi precoce mediante la individuazione di nuovi geni e varianti geniche, di incerto significato, che potrebbero essere correlati al rischio di insorgenza del cancro.

Sono inoltre attivi progetti che si propongono di individuare percorsi terapeutici personalizzati, mediante la scoperta di fattori predittivi di risposta ai farmaci nei fluidi biologici dei pazienti e lo sviluppo di modelli tumorali complessi, che possano essere impiegati nello *screening* farmacologico. Inoltre, mediante l'attuazione di progetti di biologia computazionale si intendono sviluppare *pipeline* bioinformatiche per l'analisi di dati generati dalle tecnologie omiche su larga scala, con lo scopo di individuare biomarcatori di prognosi, diagnosi e predizione della risposta terapeutica tumore-specifico.

La Struttura di Anatomia Patologica svolge attività di diagnostica istologica e citologica, intraoperatoria ed autoptica. Le attività sono sviluppate utilizzando strumentazioni ad alta tecnologia per la processazione dei tessuti e per la loro colorazione. Effettua analisi per la rilevazione di indicatori prognostici predittivi per patologie oncologiche ed analisi di biologia molecolare per la caratterizzazione di alcune patologie, compresi esami di Ibridazione in situ in fluorescenza (FISH). Si articola in :

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E
FUNZIONAMENTO

- una **Struttura** dedicata alla diagnostica della patologia oncologica mammaria (**Diagnostica Senologica**)
- ed una **Struttura** dedicata alla diagnostica della patologia oncologica polmonare (**Diagnostica Polmonare**).

La Struttura di Anatomia Patologica opera in contiguità con i Laboratori di Ricerca e il Laboratorio di Biologia molecolare, lavora strettamente con le Strutture dei Dipartimenti di Area Medica, Chirurgica e dei Servizi in un'ottica trasversale, secondo condivisione ed applicazione di Percorsi Diagnostici Terapeutici e Assistenziali formalizzati. Oltre all'attività clinica, la Struttura svolge attività di ricerca clinica e formazione.

La Struttura di Radiologia Interventistica opera trasversalmente collaborando con le strutture di Area Medica e Chirurgica eseguendo procedure diagnostiche e terapeutiche con un approccio di mini-invasività. Esegue procedure di diagnostica oncologica costituite dai prelievi biotipici mediante tecniche di imaging, supportando, in un'ottica trasversale, le Strutture di Area Medica e Chirurgica.

Le Strutture Radiologiche che effettuano attività ambulatoriali diagnostiche e stadiative mediante metodiche radiologiche tradizionali ed innovative si articolano in:

La Struttura di Radiologia Diagnostica esegue prestazioni di radiologia tradizionale, diagnostica ecografica RM e TC attraverso l'utilizzo di apparecchiature di ultima generazione.

La Struttura di Radiologia Senologica

Tali Strutture effettuano prestazioni ambulatoriali anche nell'ambito di screening per prestazioni di II livello. Per quest'ultimo aspetto sono coordinate da funzioni istituite presso il C.Or.O. aziendale.

Tutte le Strutture di Radiologia operano in collaborazione con le altre Strutture dei Dipartimenti e della rete oncologica pugliese, in particolare nella condivisione ed applicazione dei Percorsi Diagnostico-Terapeutici e Assistenziale istituiti. Oltre all'attività clinica, le Strutture di Radiologia svolgono attività di ricerca clinica e formazione.

La Struttura di Radioterapia svolge attività di trattamento radioterapico delle patologie oncologiche. Si caratterizza per l'impiego di tecniche di irradiazione innovative e ad alta complessità.

La Struttura di Medicina Nucleare esegue prestazioni di diagnostica ai fini della stadiazione ed in fase di follow up per la valutazione dell'efficacia dei trattamenti. La Struttura beneficerà dell'assegnazione, in condivisione con il Servizio di Radioterapia, di posti letto tecnici per garantire la degenza protetta.

La Struttura di Fisica Sanitaria oltre a garantire l'attività nel campo della radioprotezione, indirizzata alla prevenzione e protezione dai danni derivanti dall'utilizzo delle radiazioni ionizzanti e alla sorveglianza dosimetrica del personale esposto alle radiazioni, svolge un importante supporto alle attività della Radioterapia. In particolare, nel settore di Radioterapia, sono svolte attività di supporto alla gestione delle apparecchiature, ai piani di trattamento radioterapici, alla ottimizzazione dei trattamenti ed alle dosimetrie, all'applicazione di informatica e gestione delle immagini.

La Struttura di Patologia Clinica comprende le seguenti aree diagnostiche e di ricerca:

Chimica Clinica

Ematologia e Coagulazione

Immunoprotidologia

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E
FUNZIONAMENTO

Microbiologia e Virologia

Marcatori Tumorali e Ormoni

Si avvale anche di un ambulatorio per terapia anticoagulante orale.

La Struttura di Cardiologia svolge attività ambulatoriale prevalentemente per pazienti oncologici sia in ambito ambulatoriale che di attività interna per pazienti degenti, in particolare esegue:

- consulenza cardioncologiche per pazienti da avviare a trattamenti antitumorali, in terapia o in follow up;
- esami strumentali non invasivi (ECG dinamico Holter, ABPM, test cardiovascolare da sforzo) e diagnostica ecografica cardiaca e vascolare.

La Struttura di Diagnostica Molecolare e Farmacogenetica offre servizi e soluzioni diagnostiche avanzate, con notevole impegno nella ricerca, per favorire e migliorare i processi diagnostici, sviluppando nuovi prodotti e processi nel settore biotecnologico con il focus sulla medicina di precisione. Sono impiegate metodologie di ultima generazione che permettono di costituire complessi profili diagnostico-predittivi basati su dati genomici, genetici ed epigenetici. Si occupa, inoltre, della caratterizzazione molecolare delle neoplasie ematologiche per migliorare la stratificazione dei pazienti e la prognosi, e definire nuovi bersagli terapeutici e vulnerabilità selettive ai farmaci.

La diagnostica è supportata da progetti di ricerca traslazionale, svolti nello stesso laboratorio, focalizzati all'identificazione di marcatori genetici ed epigenetici da utilizzare, dopo opportuna validazione, nella pratica clinica. In particolare, il laboratorio è impegnato nello studio di tali marcatori utili per la costruzione di network biologici in grado di classificare i tumori e predirne la sensibilità alle terapie validandoli anche su DNA circolante. Ciò è possibile anche grazie agli studi di bioinformatica condotti nello stesso laboratorio.

La struttura laboratoristica è inserita nel network italiano di bioinformatica e di genomica, partecipa ai controlli di qualità nazionali (AIOM, SIAPEC) ed internazionali (UK-NEQAS, EMQN, ERIC).

C4 - DIPARTIMENTO DI STAFF E AREE AMMINISTRATIVE

Il Dipartimento comprende Unità Operative che garantiscono l'espletamento delle funzioni amministrative, tecniche, giuridico-legali e patrimonio-contabili. Le strutture curano inoltre l'integrazione delle risorse professionali, finanziarie e tecnologiche e assicurano le attività trasversali a supporto dei Dipartimenti aziendali e delle articolazioni della Ricerca. In particolare, supportano il PROJECT MANAGEMENT DELLA RICERCA per gli aspetti di competenza.

SC Area Gestione Risorse Finanziarie	Dip. di Staff e Aree Amministrative
SSD Patrimonio Appalti e Contratti	Dip di Staff e Aree Amministrative
SC Area Gestione Risorse Umane	Dip. di Staff e Aree Amministrative
SC Area Gestione Tecnica	Dip di Staff e Aree Amministrative
SC Ingegneria Clinica e ICT	Dip di Staff e Aree Amministrative
SC Struttura Burocratica Legale e Affari Generali	Dip di Staff e Aree Amministrative
Privacy e DPO	
SSD Controllo di gestione	Dip. di Staff e Aree Amministrative
Ufficio Stampa Comunicazione e URP	Dip. di Staff e Aree Amministrative

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E
FUNZIONAMENTO

Servizio di prevenzione e protezione	Dip. di Staff e Aree Amministrative
Controllo interno , RPCT e Antiriciclaggio	Dip. di Staff e Aree Amministrative

CONTROLLO DI GESTIONE

Il Controllo di Gestione risponde alle esigenze di monitoraggio dell'attività, supporto del processo di valutazione dell'efficienza e dell'efficacia delle articolazioni dipartimentali al fine di accertare che i comportamenti gestionali siano in linea con i programmi definiti. Supporta la Direzione Strategica nella formulazione ed articolazione degli obiettivi con la possibilità di valutare i risultati conseguiti sia durante la gestione, in modo da consentire l'attivazione di azioni correttive, che al suo termine.

L'Unità Controllo di Gestione svolge in particolare i seguenti compiti:

- supporta la Direzione Strategica nella programmazione e nel controllo interno, raccogliendo e analizzando i dati di gestione, mediante adeguati indicatori, al fine della verifica dei valori della produzione sia in termini di appropriatezza (avvalendosi della Unità di Statistica ed Epidemiologia) che di economicità. Effettua il controllo sulla spesa farmaceutica.
- Valuta la significatività degli scostamenti, l'efficienza nell'impiego delle risorse e la produttività dei fattori operativi impiegati.
- Redige periodici rapporti sulla gestione e sullo stato di avanzamento del budget; redige il rendiconto annuale che attua il sistematico confronto tra i dati di budget e di consuntivo, capace di porre in evidenza gli scostamenti nei costi, nei risultati e nei rendimenti a livello sia di centri di responsabilità sia delle fondamentali strutture dell'Azienda.
- Gestione del sistema di valutazione di tutto il personale.
- Elaborazione delle procedure per la Verifica-Valutazione di tutto il personale, secondo le linee generali concordate con le OO.SS. e i Regolamenti Aziendali nel rispetto del principio della "Partecipazione al Procedimento del Valutato".
- elaborazione dei modelli e protocolli utili alla Verifica-Valutazione di tutta la Dirigenza, nel rispetto del principio della "Partecipazione al Procedimento del Valutato" attraverso il metodo dell'autovalutazione.
- Supporto all'attività di concertazione dei criteri generali di valutazione.
- Definizione del sistema premiante.
- Supporto all'attività dei Collegi Tecnici (ex art. 15, comma 5, del D.Lgs. 229/99).
- Gestione e supporto all'attività di valutazione svolta dai Dirigenti delle Strutture Complesse rispetto ai Dirigenti addetti a tali strutture ed al personale del Comparto.
- Coordinamento della programmazione degli obiettivi e supporto alle procedure di budgeting, sviluppate in collaborazione con l'Unità Controllo di Gestione.
- Supporto allo sviluppo dell'organizzazione generale e strutturale dell'Azienda e al suo funzionamento, sancito dall'Atto di organizzazione aziendale.
- Collaborazione all'individuazione, pesatura e graduazione delle posizioni dirigenziali e delle posizioni organizzative del comparto.

Il controllo di gestione trae le informazioni essenzialmente dalla contabilità economico - patrimoniale, dalla contabilità analitica, dalla metodologia di budget e da altre parti del sistema informativo dell'Azienda

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E
FUNZIONAMENTO

Sanitaria ed effettua una rilevazione analitica degli scostamenti, mediante il confronto tra dati di budget e dati consuntivi, con riguardo ai volumi delle risorse complessivamente utilizzate, ai singoli fattori operativi impiegati e ai risultati ottenuti.

Al Controllo di Gestione sono trasmessi i provvedimenti e le direttive di carattere generale emanate dalla Direzione Strategica, i programmi e i progetti della stessa elaborati, gli obiettivi, gli obiettivi di rendimento e di risultato della gestione finanziaria, tecnica ed amministrativa, incluse le decisioni organizzative e di gestione personale. Svolge inoltre funzioni di supporto e di valutazione e redige il PIAO.

CONTROLLO INTERNO, RPTC E ANTIRICICLAGGIO

Supporta il Direttore Generale attraverso l'analisi degli scostamenti tra le missioni assegnate, gli obiettivi di mandato ed istituzionali, nonché quelli gestionali ed operativi assegnati dal Ministero della Salute, dalla Regione Puglia e dal CIV in materia di assistenza e di ricerca e le azioni esecutive del PIAO in termini di valutazione di appropriatezza della corretta allocazione ed uso di risorse umane finanziarie e strumentali, nonché nella identificazione degli eventuali fattori ostativi, di responsabilità e i possibili rimedi.

In particolare, si pone il compito di

- Verificare l'attuazione delle strategie aziendali
- Effettuare un controllo delle procedure amministrative finalizzato ad assicurare il profilo di coerenza tra gli obiettivi istituzionali e quelli di mandato.

L'Ufficio di Controllo Interno svolge funzioni di controllo strategico, occupandosi delle verifiche-valutazioni legate all'attuazione delle strategie aziendali, che vengono individuate attraverso macro-obiettivi e che attengono al rapporto tra l'Azienda e la Regione (e agli altri portatori di interessi, vedi il Ministero).

In particolare nell'espletamento delle funzioni di controllo strategico:

- cura la metodologia e gli strumenti per la Verifica-Valutazione che attiene al rapporto fiduciario tra Direzione Generale e Dirigenti, in particolare per quel che riguarda il Governo delle Macro Articolazioni, dove l'autonomia gestionale dei Direttori gioca un ruolo rilevante;
- la "Valutazione Strategica" è riferita ai Dirigenti che rispondono direttamente alla Direzione Generale ed è articolata in maniera coerente con i livelli del sistema delle responsabilità;
- la Verifica-Valutazione effettuata attiene il livello di realizzazione dei piani aziendali e delle linee di indirizzo;
- attività di ricerca di finanziamenti pubblici per progetti dedicati alla cura del cittadino e il miglioramento complessivo dell'azienda, individuando nella ricerca continua di fonti di finanziamento esterne, pubbliche e private, una importante e sempre più pregnante modalità alternativa e/o complementare del finanziamento con fondi di bilancio delle attività istituzionali;
- attività di aggiornamento normativo regionale e nazionale che possano determinare una incidenza organizzativa, funzionale, finanziaria e sul governo clinico dell'Azienda
- analisi dei contesti interni ed esterni per la continua verifica di coerenza tra obiettivi istituzionali e di mandato assegnati al Direttore Generale dalla Regione Puglia e di rispetto delle norme di derivazione nazionale di diretta applicazione;
- analisi economico finanziarie e redazione dei business plan relativi a nuovi ambiti di interesse del Policlinico, utilizzando la metodica SWOT.

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E
FUNZIONAMENTO

Con riferimento alla attività di prevenzione della corruzione e tutela della trasparenza il responsabile del controllo strategico, RPCT e gestore anticiclaggio cura l'obiettivo di rafforzare l'azione di vigilanza in materia di trasparenza, attraverso verifiche a campione, oltre a quelle già previste nell'ambito dei controlli successivi a cadenza quadrimestrale, ottimizzando l'efficacia dell'attività ispettiva al fine di fornire massimo ausilio alla successiva attività valutazione del personale dirigenziale, attraverso la fissazione di una o più verifiche mirate sulle sezioni dell'Amministrazione Trasparente.

Inoltre, a garanzia dell'obiettivo strategico anticorruzione pone in essere tutte le attività connesse alla definizione delle attività degli incaricati e dei referenti in attuazione del D.M. 25 settembre 2015, prevedendo, all'interno del PTPCT, le misure necessarie a garantire l'avvio delle attività anticiclaggio all'interno dell'Ente, in ottemperanza alle recenti norme di settore.

Il Controllo Interno relaziona una volta all'anno, in forma riservata, direttamente al Direttore Generale, sui risultati di gestione complessivi dell'Azienda e suggerisce eventuali correttivi.

Il Controllo Interno dipende in via diretta ed esclusiva dal Direttore Generale.

UFFICIO STAMPA, COMUNICAZIONE E URP

Secondo quanto previsto dalla legge 7 giugno 2000, n. 150, l'URP svolge funzioni essenziali di informazione, accoglienza, tutela e partecipazione.

Al suddetto ufficio sono attribuite le seguenti funzioni:

- illustrare e favorire la conoscenza delle disposizioni normative al fine di facilitarne la conoscenza ed applicazione;
- illustrare le attività dei servizi e delle strutture aziendali ed il loro funzionamento, curando l'aggiornamento della carta dei servizi;
- agevolare l'accesso degli utenti ai servizi dell'Istituto, promuovendone la conoscenza;
- favorire i processi interni di comunicazione e semplificazione delle procedure di accesso;
- attuare, mediante l'ascolto degli utenti e la comunicazione interna, i processi di verifica del gradimento dei servizi in termini di qualità percepita;
- gestire i reclami e le segnalazioni dei disservizi in una prospettiva di miglioramento della qualità dei servizi;
- gestire i rapporti con le associazioni di volontariato, di tutela dei diritti dei cittadini;
- organizzare e gestire il sito internet dell'Istituto attraverso l'aggiornamento dei contenuti e la relativa presentazione;
- gestire i rapporti con le associazioni facenti capo al Comitato Consultivo Misto per l'accoglimento delle istanze e delle proposte di miglioramento;
- gestire e coordinare la comunicazione intraziendale ed istituzionale con gli Enti Esterni;
- supportare le attività di comunicazione per migliorare l'immagine istituzionale e la sua visibilità;
- promuovere iniziative di miglioramento organizzativo finalizzate alla semplificazione delle procedure di accesso ai servizi.

All' Ufficio confluisce l'attività di comunicazione istituzionale interna ed esterna (Ufficio Stampa) che ha il compito di favorire la circolazione delle informazioni legate alle scelte organizzative e strategiche aziendali che determinano ricadute sulla visibilità e sull'immagine istituzionale e coinvolgono trasversalmente tutto il processo produttivo attraverso azioni mirate di comunicazione.

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E
FUNZIONAMENTO**STRUTTURA BUROCRATICO LEGALE E AFFARI GENERALI**

La Struttura Burocratico Legale, autonoma ai sensi della legislazione professionale forense, sovrintende le funzioni di carattere amministrativo e legale. Rappresenta l'Azienda, su delega della Direzione Generale, in tutte le attività di carattere giuridico-legale. Elabora proposte, pareri e risposte da inviare ad uffici interni o a studi professionali, ditte e uffici esterni.

Assume il patrocinio processuale in tutte le controversie nelle quali l'Azienda è parte attiva o passiva.

Supporta la Direzione Strategica nella formulazione di atti ufficiali (deliberazioni), finalizzati alla liquidazione delle spese legali e procedurali. In particolare, partecipa in tutte le procedure di formazione delle linee strategiche della Direzione Generale ai fini della verifica di compatibilità con i principi normativi, di diritto e giurisprudenziali nonché ai fini della verifica della sussistenza dei requisiti di legalità e legittimità, formale e sostanziale, degli atti amministrativi di produzione, di gestione dei contratti (anche di lavoro, in tutte le loro forme) ed obbligazioni, di reclutamento, di acquisizione di beni e servizi, di lavori.

Coordina il Comitato di Valutazione dei Sinistri, curando tutti gli adempimenti previsti dalla Legge n. 24/2017. Sovrintende le procedure di gestione degli atti deliberativi e determina, cura l'accesso agli atti e la gestione del protocollo generale. Cura, inoltre, le funzioni non rientranti nelle specifiche competenze delle altre strutture amministrative. Coordina l'istruttoria e la predisposizione degli atti convenzionali con soggetti esterni.

Privacy e DPO

In ossequio al dettato normativo del d.lgs. 196/03 e s.m.i., individua gli ambiti in cui intervenire per garantire la riservatezza dei dati personali:

- avvia un'attività di informazione e formazione sui temi della privacy;
- adotta misure di sicurezza, revisiona procedure già in essere e propone procedure ex novo;
- attiva procedure di auditing per la verifica della rispondenza dei criteri definiti e delle misure adottate.

AREA GESTIONE DELLE RISORSE UMANE

L'Area Gestione Risorse Umane gestisce tutto il personale dipendente e con diverso rapporto contrattuale, sotto l'aspetto giuridico, economico, previdenziale ed amministrativo.

Assicura l'organizzazione, lo sviluppo ed il coordinamento delle politiche relative alle risorse umane secondo gli obiettivi strategici definiti dall'ITB in adesione agli indirizzi formulati in sede regionale / ministeriale; concorre alla definizione delle politiche di reclutamento, gestione, valorizzazione e sviluppo delle risorse umane e ne garantisce l'attuazione in coerenza con le strategie e la mission.

Fornisce supporto alla linea per la gestione e organizzazione del personale; collabora alla pianificazione e definizione del fabbisogno del personale; predispose il Bilancio Preventivo per la parte di competenza; gestisce il debito informativo; costituisce e gestisce i fondi contrattuali aziendali; collabora allo sviluppo e gestione di politiche retributive; tratta i rapporti con le organizzazioni sindacali; supporta la Direzione Strategica e l'attività dell'Organismo Interno di Valutazione.

Svolge le seguenti funzioni:

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E
FUNZIONAMENTO

- Concorsi, Assunzioni e Gestione del ruolo: che gestisce le procedure concorsuali e selettive per il reclutamento del personale e le procedure per l'applicazione di forme di lavoro flessibili applicabili alla pubblica amministrazione; predispone i contratti individuali di lavoro; gestisce i rapporti di lavoro dalla instaurazione alla cessazione;
- Contrattazione e rapporti sindacali: che cura i rapporti con le Organizzazioni Sindacali sotto l'aspetto della convocazione delle delegazioni trattanti e relativa formazione degli ordini del giorno, della convocazione dei tavoli tecnici finalizzati alla redazione e proposizione di regolamenti aziendali devoluti alla contrattazione decentrata e rientranti in tale ambito nonché della calendarizzazione degli incontri secondo le incombenze stabilite dai C.C.N.L.
- Trattamento giuridico: che gestisce i processi relativi all'attribuzione degli incarichi e della valutazione del personale dirigenziale e del comparto, collaborando con l'Organismo Indipendente di Valutazione e, per quanto attiene lo sviluppo e crescita, orizzontale e verticale, delle risorse umane, garantisce l'allineamento delle strategie di gestione delle risorse umane alle strategie competitive aziendali;
- Rilevazione presenze ed assenze: che gestisce il programma di rilevazione informatizzata delle presenze-assenze dei dipendenti;
- Trattamento economico, che corrisponde gli emolumenti relativi al rapporto di lavoro e gestisce la procedura informatizzata degli stipendi. Cura, in collaborazione con l'Area Risorse Finanziarie e con il Controllo di Gestione, la costituzione, l'alimentazione e la modifica dei Fondi Contrattuali della Dirigenza e del Comparto, calendarizzando le scadenze obbligatorie a rilevanza interna ed esterna;
- Previdenza: che gestisce i procedimenti relativi al collocamento a riposo dei dipendenti, ai riscatti, ricongiunzioni, cause di servizio e di equo indennizzo fornendo anche assistenza di natura contributiva e pensionistica.
- Nell'ambito delle attività dell'UPD cura la tenuta di apposito e separato archivio dei procedimenti disciplinari. La costituzione ed il funzionamento dell'UPD è disciplinato da apposito regolamento interno.

AREA GESTIONE DELLE RISORSE FINANZIARIE

L'Area Gestione delle Risorse Finanziarie assolve ai seguenti compiti:

- provvede all'impostazione e alla redazione dei bilanci;
- provvede alla tenuta della contabilità, ivi compresi i rendiconti trimestrali e annuali e le denunce tributarie annuali;
- provvede alla raccolta e all'elaborazione dei dati relativi alle previsioni delle entrate;
- provvede agli adempimenti connessi agli impegni di spesa, assunti dalla Direzioni Operative e ne certifica la capienza negli stanziamenti di bilancio;
- predispone i mandati di pagamento e gli ordinativi di incasso;
- provvede alla tenuta delle scritture e dei libri contabili;
- cura i rapporti con il tesoriere dell'Azienda;
- svolge attività di studio, ricerca, documentazione ed elaborazione in materia di programmazione della spesa.

La Struttura cura:

- gli adempimenti fiscali;

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E
FUNZIONAMENTO

- la tenuta della contabilità generale e analitica;
- la tenuta dei libri e registri obbligatori;
- gli aspetti utili per la certificazione di bilancio.;
- l'emissione delle fatture e dei documenti di incasso relativi alle prestazioni erogate;
- la fatturazione e contabilizzazione delle prestazioni attive;
- la registrazione e contabilizzazione dei ricavi;
- la tenuta dei conti corrente postale;
- la contabilizzazione dei proventi dei CUP aziendali;
- la gestione registri rilevanti ai fini Iva e relativi adempimenti;
- la gestione del recupero crediti;
- la registrazione, pagamento e archiviazione delle fatture e documenti di acquisto;
- la gestione di tutti i rapporti di carattere contabile con i fornitori di beni e servizi;
- la contabilizzazione degli stipendi e connessi adempimenti fiscali;
- la gestione dei rimborsi ticket;
- la tenuta rapporti con il tesoriere e vigilanza sulla corretta gestione del servizio di tesoreria;
- il controllo della situazione finanziaria aziendale;
- l'elaborazione dei budget e della reportistica di cassa e dell'esposizione verso i fornitori;
- la gestione delle anticipazioni ordinarie di cassa.

SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE

Tale Servizio si occupa delle attività di prevenzione e protezione ai sensi di quanto previsto dal D.Lgs n. 81/08 e s.m.i.. Collabora a tal fine, con il Datore di Lavoro, ai fini del monitoraggio e del miglioramento delle condizioni di salute e sicurezza in tutte le aree dell'Istituto. Per conto del Datore di Lavoro effettua l'analisi e la valutazione dei fattori di rischio presenti nei luoghi di lavoro per la sicurezza e la salute degli operatori. Elabora, sulla base della valutazione dei rischi, un piano di interventi per la prevenzione e la protezione degli operatori presenti in tutti i settori lavorativi. In tale attività collabora con il Servizio di Medicina del Lavoro e con la struttura del Rischio Clinico Sanitario.

Si occupa d'implementare, di concerto con le Aree coinvolte, il sistema gestionale della sicurezza dei lavoratori e informare e formare sui rischi tutto il personale. Gestisce i rapporti con l'Area Tecnica, l'Ingegneria Clinica e con il Rischio Clinico Sanitario per gli ambiti di competenza. Quanto elaborato dal Servizio di Prevenzione e Protezione viene assunto per l'adozione dei conseguenziali provvedimenti di competenza.

AREA GESTIONE TECNICA

L'Area Gestione Tecnica ha il compito di seguire il patrimonio, inteso come aree, strutture e impianti dell'azienda, di curarne il buono stato di conservazione e di funzionamento, di adeguarlo alle esigenze dell'attività istituzionale garantendo le condizioni microclimatiche ed impiantistiche necessarie nonché l'ottimizzazione, monitoraggio e risparmio dei consumi.

La Struttura è preposta alla gestione delle utenze serventi l'intero patrimonio aziendale (energia elettrica, gas metano, acqua, telefonia fissa e mobile), predispone gli atti di gara con relative delibere e conseguente gestione dei contratti e dei fornitori; gestisce la contabilizzazione del budget assegnato o finanziamento assegnato, conserva gli atti di proprietà, i contratti di affitto e comodato, tiene e aggiorna annualmente

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E
FUNZIONAMENTO

l'inventario dei beni immobili. Istruisce, avvia e conclude procedure tese alla fornitura di parti di ricambio ed accessoristica varia, materiali soggetti a usura, decadimento e consumo, nonché delle attività inerenti alle operazioni di collaudo/fuori uso delle apparecchiature ed attrezzature.

Svolge compiti di accertamento e controllo per verifiche periodiche dettate dal vigente regime giuridico nel campo prevenzionale per la sicurezza degli impianti e delle attrezzature in luoghi di vita e di lavoro in collaborazione con il Servizio di Prevenzione e Protezione e la Struttura di Rischio Clinico.

Tiene, inoltre, rapporti con altri Enti, quali Comune, A.S.L., VVFF, Regione, relativamente alle autorizzazioni, alle verifiche, ai finanziamenti.

In particolare, l'attività dell'Unità svolge le seguenti funzioni nelle aree di interesse di: manutenzione ordinaria e straordinaria delle strutture edilizie e degli impianti tecnologici e sicurezza impiantistica:

- cura la manutenzione ordinaria e straordinaria dei beni immobili e mobili, garantendo il corretto esercizio dell'impiantistica di servizio;
- provvede, in particolare, alle operazioni di stima, alle perizie tecniche, alla progettazione, alla direzione ed esecuzione di nuove costruzioni ed impianti;
- verifica e controllo di progetti, dallo studio di fattibilità al progetto esecutivo, attuazione e monitoraggio dell'esecuzione dei lavori;
- espleta incarichi di Responsabilità del Procedimento in appalti di lavori pubblici;
- svolge attività di studio, ricerca, documentazione ed elaborazione in materia di adeguamento tecnologico degli impianti
- effettua verifiche periodiche per accertare la rispondenza alla normativa di prevenzione e sicurezza sui luoghi di lavoro e di vita;
- effettua l'attività di prevenzione finalizzata alla sicurezza globale dell'impiantistica nei luoghi di vita e di lavoro al fine dell'applicazione normativa vigente;
- svolge ogni altra attività prevista dalla normativa in materia di sicurezza impiantistica.

inoltre :

- cura la manutenzione delle apparecchiature medicali/ elettromedicali effettuando la verifica di rispondenza a norme vigenti in tema di funzionalità delle apparecchiature in collaborazione con la Struttura di Ingegneria Clinica e ICT;
- Predisporre il piano degli investimenti.
- partecipa con l'Area Gestione patrimonio alle attività istruttorie endoprocedimentali di redazione dei capitolati di gara per la fornitura di nuove apparecchiature e cura l'aggiornamento degli elenchi delle apparecchiature con relativi ordini di priorità di intervento.

AREA GESTIONE DEL PATRIMONIO

L'Area Gestione del Patrimonio assolve ai seguenti compiti:

- tiene e aggiorna annualmente l'inventario di beni mobili, con l'indicazione dei relativi consegnatari;
- cura gli adempimenti relativi all'acquisto e alla fornitura di beni e servizi, predisporre i capitolati d'appalto, cura gli adempimenti conseguenti, procede alla redazione dei contratti;
- controlla la regolare esecuzione dei contratti;

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E
FUNZIONAMENTO

- predispone il budget degli investimenti;
- svolge attività di studio, ricerca, documentazione ed elaborazioni in materia di acquisizione di beni e servizi;
- effettua i riscontri sulle forniture di beni e servizi e provvede alla predisposizione dei provvedimenti di liquidazione delle fatture.

Sono, altresì, di competenza dell'Area Patrimonio le procedure di acquisizione di apparecchiature e/o attrezzature a completamento (upgrade) ed aggiornamenti tecnologici, giacché destinatari di incremento di valore del cespite principale.

Si occupa delle seguenti aree di attività:

- acquisti beni durevoli e grandi apparecchiature
- appalti e contratti
- economato e magazzino economale, liquidazioni
- inventario beni mobili.

INGEGNERIA CLINICA E ICT

La struttura si occupa dell'aspetto gestionale e strategico del patrimonio tecnologico e ICT.

In particolare:

- collabora con la Direzione Aziendale per la valutazione delle richieste di apparecchiature (intese come sostituzioni o nuove introduzioni) utilizzando le metodiche tipiche dell'Health Technology Assessment;
- partecipa in modo fattivo e propositivo alle attività del gruppo aziendale di gestione del rischio clinico;
- esegue il "fuori uso" di apparecchiature obsolete e/o non più conformi alla normativa vigente e mantiene aggiornato l'inventario tecnico;
- collabora con altre Strutture aziendali per le problematiche che coinvolgono le apparecchiature elettromedicali e gli accessori oltre che per l'espletamento degli atti relativi alle procedure di gara di propria competenza;
- Supporta, per le parti di competenza, la redazione del piano degli investimenti.
- È responsabile della definizione dell'architettura ICT aziendale, delle nuove scelte tecnologiche, applicative o di sourcing e della relativa allocazione delle risorse economiche.

C5 - DIPARTIMENTO CLINICO GESTIONALE ONCOLOGICO

Il Dipartimento comprende Unità Operative che per le loro funzioni peculiari sono funzionalmente a supporto della Direzione Strategica per quanto attiene il governo clinico e lo sviluppo di modelli assistenziali per i pazienti oncologici. Supporta i processi di monitoraggio e miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure. Il legame tra qualità dell'assistenza e sviluppo innovativo dei servizi è elemento fondante e caratterizzante il Dipartimento. Al Dipartimento Clinico Gestionale Oncologico è Strutturalmente legata la **funzione del Project Management della Ricerca** per promuovere e supportare l'integrazione tra attività di ricerca e attività clinico assistenziale.

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E
FUNZIONAMENTO

SC Statistica epidemiologia Screening e flussi informativi	Dip. Clinico Gestionale Oncologico
SSD Rischio Clinico Sanitario Qualità dei percorsi e delle cure e Formazione	Dip. Clinico Gestionale Oncologico
SSD Servizio delle Prof.ni sanitarie	Dip. Clinico Gestionale Oncologico
SC Farmacia e Umaca	Dip Clinico Gestionale Oncologico
SSD C.Or.O bed-management, presa in carico e Team Multidisciplinari	Dip Clinico Gestionale Oncologico
Servizio di Medicina del Lavoro	Dip Clinico Gestionale Oncologico
Servizi Specialistici Ambulatoriali	Dip Clinico Gestionale Oncologico
Servizio di Psiconcologia	Dip Clinico Gestionale Oncologico
Servizio Socio Assistenziale	Dip Clinico Gestionale Oncologico
Servizio Nutrizionale	Dip Clinico Gestionale Oncologico
Servizio di Genetica medica e screening	Dip Clinico Gestionale Oncologico
R.U.LA. – Cup Manager	Dip Clinico Gestionale Oncologico
Project Management della Ricerca	Dip Clinico Gestionale Oncologico

E' istituito presso il Dipartimento un **Team di ricerca** orientato all'implementazione di una piattaforma di raccolta del dato "Real-life" in RedCap per le patologie oncologiche ed ematologiche, finalizzato alla validazione di ipotesi scientifiche che richiedono ampie coorti di validazione. L'applicazione di tecnologie basate su NLP (Natural Language Processing) e OCR (Optical Character Recognition) e i modelli matematici basati sugli endpoint clinici, mirano a fornire strumenti a fini prognostici. Le attività attuate dal Team di ricerca operano trasversalmente a supporto delle attività di ricerca dei differenti Dipartimenti aziendali.

UNITA' OPERATIVA DI STATISTICA, EPIDEMIOLOGIA, SCREENING E FLUSSI INFORMATIVI

Tale Struttura supporta la gestione strategica, l'indirizzo e il controllo delle attività sanitarie da parte della Direzione dell'Istituto, effettuando attività di rilevazione dei dati statistici, epidemiologici e il controllo di appropriatezza delle prestazioni. Esegue attività quali:

- produzioni statistiche e reportistiche relative alla quantificazione ed il monitoraggio delle varie tipologie di prestazioni erogate dalle strutture aziendali;
- Adempimenti relativi all'organizzazione al controllo ed alla razionalizzazione dei processi assistenziali;
- Gestione, raccolta, verifica, elaborazione e trasmissione agli Enti esterni sovraordinati dei flussi informativi di pertinenza assessoriale e ministeriale, assicurando il monitoraggio continuo della tempistica di trasmissione e della congruità dei dati;
- Analisi statistiche economiche delle attività assistenziali rese in regime di ricovero, ambulatoriale e in regime di attività libero professionale, a supporto delle attività di pianificazione strategica;
- Gestione dei flussi informativi regionali e ministeriali (EDOTTO, AGENAS, CUP-SGD, MEF);

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E
FUNZIONAMENTO

- Controlli di appropriatezza secondo il modello regionale di analisi di appropriatezza organizzativa dei ricoveri ospedalieri (DGR 90/2019);
- Gestione procedura di controdeduzioni in mobilità extraregionale;
- Gestione delle procedure autorizzative per le abilitazioni prescrittive (ricettari SSN);
- Coordinamento delle attività del Sistema Informativo Regionale EDOTTO per il monitoraggio delle prestazioni di ricovero e ambulatoriali;
- Inoltre, fanno capo a tale Struttura le funzioni proprie del Sistema Cup Aziendale e del Sistema di Gestione dei ricoveri per i flussi che confluiscono nel portale regionale EDOTTO.

La Struttura sovrintende all'organizzazione e gestione della **attività di screening di II e III livello**, secondo indicazioni ministeriali e regionali, rivenienti nel Programma Regionale e Aziendale di Screening.

La Struttura, inoltre, coordina L'**Ufficio ALPI** che si occupa in maniera trasversale della gestione dell'Attività Libero professionale Intramuraria (gestione e monitoraggio delle attività), secondo quanto disciplinato nel Regolamento vigente.

LA STRUTTURA SERVIZIO DELLE PROFESSIONI SANITARIE, esercita funzioni di organizzazione e coordinamento del personale infermieristico, tecnico-sanitario, riabilitativo, della prevenzione. Il Servizio supporta la direzione e le strutture aziendali relativamente alle materie di propria competenza, e concorre alla gestione dell'azienda e alla formulazione delle decisioni strategiche, attraverso le conoscenze professionali e tecniche di cui dispone e le attività ed i processi di cui è titolare. Il SPS collabora con i Servizi Amministrativi al fine di garantire i processi di natura amministrativa che sono interrelati con quelli caratteristici del Servizio.

LA STRUTTURA C.OR.O BED-MANAGEMENT, PRESA IN CARICO E TEAM MULTIDICIPLINARI svolge attività di accoglienza, orientamento e accompagnamento del paziente oncologico in tutto il percorso assistenziale. Il C.Or.O. dell'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" di Bari è una struttura operativa integrata nel Dipartimento Integrato Oncologico Barese (D.I.Onc. Barese). Il D.I.Onc. Barese è titolare della regia/coordinamento di tutte le attività oncologiche di area medica, chirurgica, territoriale e sociale che si svolgono nell'ambito territoriale della Provincia di Bari ha sede presso l'Istituto e comprende anche l'A.O.U. Policlinico Consorziato di Bari, la A.S.L. di Bari, l'IRCCS De Bellis di Castellana Grotte e l'Ente Ecclesiastico Miulli di Acquaviva delle Fonti. In perfetta coerenza con i compiti assegnati alle analoghe strutture di altri Ospedali ed Aziende Sanitarie, il C.Or.O. dell'Istituto assolve compiti di:

- informazione, accoglienza e presa in carico da garantire in tutto il percorso di cura;
- gestione medica della patologia oncologica sospetta e delle procedure per giungere alla diagnosi e/o completarla in maniera tempestiva;
- amministrativo – gestionali;
- di segnalazione e supporto;
- di comunicazione e divulgazione degli esiti.

Il C.Or.O. dell'Istituto si caratterizza pertanto per l'indirizzamento nell'assistenza:

- secondo gli standard regionali della Rete Oncologica Pugliese ai pazienti che il D.I.Onc. Barese segnala o che volontariamente pervengono alle Unità Oncologiche di Patologia;
- di più elevata qualificazione e specializzazione sia diagnostica che terapeutica che la stessa Rete Oncologica Pugliese affida al Centro di Riferimento (ad es. Diagnostica di Anatomia Patologica, Diagnostica Molecolare, Tumori rari, ecc.);

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E
FUNZIONAMENTO

- mediante arruolamento nelle sperimentazioni secondo approcci innovativi nella diagnosi e terapia delle patologie tumorali ed onco-ematologiche.

La presa in carico del paziente non si esaurisce nel percorso di cura attivato all'interno della Struttura dell'ITB ma si protrae anche nell'individuazione di percorsi di assistenza esterni a garanzia del continuum di cura e dell'alleanza terapeutica medico/paziente.

Al fine di integrare le funzioni proprie del C.Or.O. con le attività clinico-assistenziali erogate dalle strutture ospedaliere viene istituita la funzione del **Bed Management** come strumento operativo per migliorare il patient flow.

Il Bed Management ha lo scopo di:

- assicurare il corretto setting di cure e assistenza
- centralizzare il controllo della risorsa posti letto
- sviluppare strategie per ottimizzare l'uso delle risorse logistiche, organizzative e di personale dedicate ai pazienti a maggior criticità/complessità.

Tale processo è regolato da un insieme di politiche, procedure e standard coerenti con l'allocazione delle dotazioni tra unità organizzative e attività cliniche e si integra con la rete assistenziale del territorio.

Il Bed Manager dovrà in particolare:

- gestire le problematiche relative ai ricoveri dei pazienti oncologici ed alla loro presa in carico ospedaliera;
- garantire la Riduzione dei tempi di attesa e dell'overcrowding (criticità assistenziali legate alla presenza contemporanea di un elevato numero di persone assistite in attesa del ricovero);
- gestire il percorso del paziente in ospedale con l'ausilio del personale medico ed infermieristico al fine di raggiungere il setting assistenziale adatto;
- gestire i flussi del paziente all'interno delle U.O.;
- provvedere al coordinamento della risorsa posto letto al fine di garantire un appropriato turn over dello stesso ed evitare ricoveri outliers;
- ottimizzare i percorsi di cura con una corretta logistica dei pazienti;
- garantire l'appropriatezza dell'uso dei posti letto per acuti e limitare il tasso di ricoveri inappropriati;
- implementare uno strumento di classificazione dei pazienti;
- implementare un protocollo interno allo scopo di programmare il percorso post dimissione del paziente.

La Struttura **C.Or.O.**, coordina, mediante l'istituzione di apposite funzioni, le attività di screening di II e III livello

SERVIZIO DI GENETICA MEDICA E SCREENING

Il Servizio, in coerenza con i dettami del Piano Oncologico Nazionale vigente, si occupa della presa in carico personalizzata dei soggetti ad alto rischio eredo familiare.

L'identificazione precoce dei portatori della malattia consente di attivare misure di prevenzione o diagnosi precoce che possono ridurre significativamente l'incidenza e/o la mortalità per tumori.

Opera a supporto delle attività dell'Ambulatorio per la sorveglianza dei Tumori del Pancreas ed in stretta collaborazione, per le finalità diagnostiche, con il laboratorio di patologia molecolare.

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E
FUNZIONAMENTO

Il Servizio, inoltre, si occupa di attività di ricerca nell'ambito genetico e della valutazione del rischio eredo-familiare a cui corrisponde un percorso diagnostico preventivo dedicato.

LA STRUTTURA RISCHIO CLINICO QUALITÀ DEI PERCORSI E DELLE CURE E FORMAZIONE

Tale struttura presiede le attività di sviluppo e gestione delle procedure relative al rischio clinico in ottemperanza alle disposizioni di cui alla Legge 24/2017, meglio nota come Legge Gelli-Bianco.

Fornisce supporto per la definizione, l'applicazione ed il monitoraggio continuo delle procedure aziendali in tema di rischio clinico; a tal fine coordina l'elaborazione di procedure aziendali implementando metodi e strumenti propri della materia.

In un'ottica di coinvolgimento trasversale supporta le strutture aziendali per l'applicazione ed il monitoraggio delle azioni di miglioramento e per lo sviluppo della qualità dei processi e delle procedure.

Supporta le funzioni relative al governo clinico, all'innovazione organizzativa, alla formazione ed alla ricerca. Utilizza sistemi di monitoraggio e audit interno che favoriscono la verifica, la revisione e l'aggiornamento dei processi e delle procedure, il controllo degli standard di sicurezza nell'ottica del miglioramento continuo della qualità dei servizi offerti dall'Istituto, anche in relazione all'utilizzo delle tecnologie sanitarie (in tale attività opera congiuntamente con i responsabili di Struttura).

Sviluppa, coordina e monitora il Piano aziendale del Rischio secondo gli indirizzi normativi nazionali e regionali. La Struttura coordina le attività della formazione aziendale a supporto delle attività cliniche e di ricerca in un'ottica trasversale di crescita e condivisione delle conoscenze e competenze professionali, con particolare focus sulla sicurezza e la qualità delle cure. A tal fine predispose il Piano della Formazione annuale.

FARMACIA OSPEDALIERA E U.MA.C.A.

La Struttura ha tra le sue principali funzioni la pianificazione, programmazione, controllo e coordinamento delle attività farmaceutiche relative all'assistenza farmaceutica, approvvigionamento e distribuzione di beni sanitari, farmacovigilanza e dispositivo-vigilanza, promozione dei valori di qualità ed appropriatezza clinica secondo i principi del governo clinico, preparazione di farmaci antiblastici, attività di informazione sull'uso e le caratteristiche dei farmaci e dei dispositivi medici. La Farmacia inoltre collabora alle attività di ricerca clinica e ai percorsi relativi alla sperimentazione di farmaci e dispositivi medici. Nella U.Ma.C.A. allestisce i preparati a base di farmaci antiblastici, inclusi farmaci in sperimentazione clinica, verifica la qualità e la stabilità chimico-fisica dei preparati indipendentemente dai dati del produttore e supporta il personale infermieristico nelle fasi di somministrazione (durata, accessi venosi, reazioni avverse ai farmaci, ordine di infusione) e gestione dello stravasato.

Inoltre, monitora l'appropriatezza prescrittiva, la spesa farmaceutica ospedaliera e dei dispositivi, trasmette la relazione periodica di cui alla l.r. 7/2022 ed effettua le verifiche delle giacenze di reparto e di magazzino, trasmettendo, all'esito, i relativi fabbisogni alla Struttura Patrimonio.

SERVIZIO DI MEDICINA DEL LAVORO

Tale Servizio si occupa delle attività di prevenzione e protezione disciplinate dal D.Lgs n. 81/08 e s.m.i. per le materie di competenza. Il Servizio contribuisce al perseguimento della sicurezza e alla tutela dello stato di salute dei lavoratori dell'Istituto in relazione all'ambiente di lavoro, ai fattori di rischio professionale ed alle modalità di svolgimento dell'attività lavorativa. Compie accertamenti sanitari finalizzati al rilascio del giudizio di idoneità alla mansione specifica. Esegue, inoltre, attività di sorveglianza sanitaria nei casi previsti.

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E
FUNZIONAMENTO

Collabora con il Servizio di Prevenzione e Protezione alla valutazione dei rischi e all'aggiornamento periodico del documento aziendale di valutazione dei rischi.

L'Area di Direzione Sanitaria di Presidio coadiuva il Direttore Sanitario nelle sue funzioni, proprie e delegate, con particolare riferimento alle attività organizzative e igienico-sanitarie e include i seguenti Servizi.

- **Il Servizio Socio-assistenziale** svolge attività di aiuto, consulenza ed orientamento per gli utenti ed i loro familiari per affrontare le difficoltà legate alle diverse fasi della malattia (anche successive all'ospedalizzazione) e nella gestione di situazioni di particolare disagio sociale o per le quali si richieda un intervento socio-assistenziale. Gli interventi sono attuati anche tenendo conto del programma terapeutico volto ad una integrazione socio-sanitaria che permetta l'utilizzo di risorse personali e dei servizi (pubblici, privati, volontariato, hospice etc.). Opera di concerto con il C.Or.O. dell'Istituto per gli aspetti di propria competenza.
- **Il Servizio Nutrizionale** è orientato alla prevenzione e al trattamento della malnutrizione del paziente oncologico. Funge da riferimento per il ricoverato per gli aspetti relativi al vitto o per specifiche esigenze dietetiche. Nell'espletamento delle sue attività segue le principali linee guida nazionali e internazionali in materia.
- **Il Servizio di Psiconcologia** è finalizzato a gestire le complesse problematiche psicologiche ed emozionali che interessano la maggior parte dei pazienti promovendo la presa in carico delle problematiche comportamentali del paziente oncologico. In particolare, il Servizio si occupa:
 - della presa in carico del paziente oncologico ambulatoriale e degente che manifesta distress psicologico cancro-correlato;
 - del supporto psicologico delle famiglie mediante consulenza psicologica, percorsi di supporto e/o di psicoterapia.

Gli psicologi psicoterapeuti sono inoltre impegnati nelle attività del C.Or.O. (Centro di Orientamento Oncologico), dei Team multidisciplinari, in attività di formazione e di ricerca scientifica e di supporto e collaborazione con le Associazioni di volontariato del territorio.

Al Servizio fanno anche riferimento, per i tirocini curriculari post-laurea e per quelli di specializzazione, gli studenti di Università e scuole di specializzazione in psicoterapia. I professionisti del Servizio partecipano alla programmazione e realizzazione delle attività di psiconcologia promosse sul territorio regionale e nazionale dalla SIPO (Società italiana di Psiconcologia).

- **I Servizi Specialistici ambulatoriali** includono attualmente le seguenti specialità:
 - Medicina Fisica e Riabilitativa
 - Dermatologia
 - Neurologia
 - Odontoiatria
 - Pneumologia

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E
FUNZIONAMENTO

Il Dipartimento Clinico Gestionale Oncologico accoglie le funzioni proprie del **RULA e del Cup Manager**.

Il **R.U.L.A.** (Responsabile Unico Aziendale Liste di Attese), ha funzioni di programmazione e monitoraggio del Piano delle Liste di attesa, vigilanza sulla appropriatezza della domanda e di analisi delle criticità inerenti all'applicazione del processo delle liste di attesa. Aggiorna, secondo indicazioni del PNGLA, il Piano Aziendale delle Liste di attesa.

Il **CUP Manager** sovrintende le attività del CUP unico aziendale al quale affluiscono le prenotazioni ambulatoriali, con funzione organizzativa e di monitoraggio dei processi di prenotazione ed erogazione delle prestazioni sanitarie e di gestione dei sistemi informativi aziendali dedicati.

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 12 settembre 2025, n. 1310

Rettificazione deliberazione di Giunta regionale 20 giugno 2025, n. 876. Modifica e integrazione deliberazione di Giunta regionale 19 giugno 2025, n. 858. Tetto di spesa Case di Cura private accreditate e specialistica ambulatoriale.

LA GIUNTA REGIONALE

VISTI:

- gli artt. 4, 5 e 6 della L.R. 4 febbraio 1997, n. 7;
- la Deliberazione della Giunta Regionale n. 3261 del 28 luglio 1998;
- gli artt. 4 e 16 del D.lgs. n. 165 del 30.03.2001 e ss.mm.ii.;
- gli artt. 43 e 44 dello Statuto della Regione Puglia;
- il Decreto del Presidente della Giunta regionale 22 gennaio 2021, n. 22 e ss.mm.ii., recante l'Atto di Alta Organizzazione "M.A.I.A. 2.0";
- il Regolamento interno di questa Giunta;

VISTO il documento istruttorio del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale, Sezione Strategie e Governo dell'offerta, Servizio Strategie e Governo dell'assistenza Territoriale – Rapporti Istituzionali e Capitale Umano SSR", concernente l'argomento in oggetto e la conseguente proposta del Vicepresidente della Giunta Regionale con delega alla Sanità e Benessere Animale, Sport per Tutti.

PRESO ATTO

- a) delle sottoscrizioni dei responsabili della struttura amministrativa competente, ai fini dell'attestazione della regolarità amministrativa dell'attività istruttoria e della proposta, ai sensi dell'art. 6, co. 8 delle Linee guida sul "Sistema dei controlli interni nella Regione Puglia", adottate con D.G.R. 23 luglio 2019, n. 1374;
- b) della dichiarazione del Direttore di Dipartimento, in merito a eventuali osservazioni sulla proposta di deliberazione, ai sensi degli artt. 18 e 20 del Decreto del Presidente della Giunta regionale 22 gennaio 2021, n. 22 e ss.mm.ii.;

Con voto favorevole espresso all'unanimità dei presenti e per le motivazioni contenute nel documento istruttorio che è parte integrante e sostanziale della presente deliberazione.

DELIBERA

1. di prendere atto dell'allegato A – Parere Tecnico, parte integrante della presente deliberazione;
2. di rettificare, a modifica della DGR 20 giugno 2024 n. 876, il prospetto di cui al punto 2 della suddetta deliberazione con quello di seguito riportato, che individua i fondi aziendali sulla base di quelli consolidati al 2024, come risultanti dalla DGR n. 980/2024:

<u>2025</u>			
TAB 1 - FONDO REGIONALE CITTADINI RESIDENTI CASE DI CURA			
	A	B	C=A+B
AZIENDA SANITARIA LOCALE	FONDO REGIONALE CITTADINI RESIDENTI CASE DI CURA PRIVATE	3,5%	TOTALE
BARI	111.445.407,33 €	4.117.288,69 €	115.562.696,02 €

BRINDISI	8.548.073,95 €	304.293,31 €	8.852.367,26 €
BT	0,0 €	0,00 €	0,0 €
FOGGIA	20.423.023,94 €	745.638,01 €	21.168.661,95 €
LECCE	52.537.407,27 €	1.954.509,59 €	54.491.916,86 €
TARANTO	68.989.908,32 €	2.547.578,81 €	71.537.487,13 €
Totale	261.943.820,81 €	9.669.308,40 €	271.613.129,21 €

TAB 2 - FINANZIAMENTO DERIVANTE DA RIMODULAZIONE FONDI (CITTADINI RESIDENTI)

AZIENDA SANITARIA LOCALE	D	
	FINANZIAMENTO	NOTE
BARI	7.500.000,00 €	PRONTO SOCCORSO - C.B.H. MATER DEI HOSPITAL
	2.010.741,74 €	Art. 17 L.R. 34/2023 (ricoveri) - C.B.H. MATER DEI HOSPITAL
	1.309.723,22 €	Art. 17 L.R. 34/2023 (spec. amb) - C.B.H. MATER DEI HOSPITAL
BRINDISI	3.498.600,00 €	MEDEA
BT	9.417.657,00 €	UNIVERSO SALUTE
FOGGIA	8.143.000,00 €	UNIVERSO SALUTE
LECCE	5.750.848,08 €	Villa Verde cod. 75
TARANTO	0,00 €	-
Totale	37.630.570,04 €	

TAB 3 - FONDO REGIONALE CITTADINI NON RESIDENTI

AZIENDA SANITARIA LOCALE	E	F	G=E+F
	Fondo reg.le cittadini non residenti alta complessità	Fondo reg.le cittadini non residenti media e bassa complessità	TOTALE FONDO REGIONALE CITTADINI NON RESIDENTI
BARI	18.591.379,00 €	5.917.281,16 €	24.508.660,16 €
BRINDISI	50.419,00 €	99.697,36 €	150.116,36 €
BT	0,00 €	0,00 €	0,0 €
FOGGIA	316.263,00 €	2.018.299,22 €	2.334.562,22 €
LECCE	1.081.991,00 €	1.225.325,36 €	2.307.316,36 €
TARANTO	3.518.815,00 €	3.084.914,56 €	6.603.729,56 €
Totale	23.558.867,00 €	12.345.517,66 €	35.904.384,66 €

TAB 4 - TOTALE FONDO 2025

AZIENDA SANITARIA LOCALE	H=C+D+G
	FINANZIAMENTO TOTALE
BARI	150.891.821,14 €
BRINDISI	15.821.548,58 €
BT	14.225.980,22 €
FOGGIA	44.562.481,17 €

LECCE	80.110.738,30 €
TARANTO	92.035.064,77 €
Totale	345.148.083,91 €

2026

TAB 1 - FONDO REGIONALE CITTADINI RESIDENTI CASE DI CURA

AZIENDA SANITARIA LOCALE	A	B	C=A+B
	FONDO REGIONALE CITTADINI RESIDENTI CASE DI CURA PRIVATE	5%	TOTALE
BARI	111.445.407,33 €	5.881.840,99 €	117.327.248,32 €
BRINDISI	8.548.073,95 €	434.704,73 €	8.982.778,68 €
BT	0,0 €	0,00 €	0,0 €
FOGGIA	20.423.023,94 €	1.065.197,15 €	21.488.221,09 €
LECCE	52.537.407,27 €	2.792.156,55 €	55.329.563,82 €
TARANTO	68.989.908,32 €	3.639.398,30 €	72.629.306,62 €
Totale	261.943.820,81 €	13.813.297,72 €	275.757.118,53 €

TAB 2 - FINANZIAMENTO DERIVANTE DA RIMODULAZIONE FONDI (CITTADINI RESIDENTI)

AZIENDA SANITARIA LOCALE	D	NOTE
	FINANZIAMENTO	
BARI	7.500.000,00 €	PRONTO SOCCORSO - C.B.H. MATER DEI HOSPITAL
	2.010.741,74 €	Art. 17 L.R. 34/2023 (ricoveri) - C.B.H. MATER DEI HOSPITAL
	1.309.723,22 €	Art. 17 L.R. 34/2023 (spec. amb) - C.B.H. MATER DEI HOSPITAL
BRINDISI	3.498.600,00 €	MEDEA
BT	9.417.657,00 €	UNIVERSO SALUTE
FOGGIA	8.143.000,00 €	UNIVERSO SALUTE
LECCE	5.750.848,08 €	Villa Verde cod. 75
TARANTO	0,00 €	-
Totale	37.630.570,04 €	

TAB 3 - FONDO REGIONALE CITTADINI NON RESIDENTI

AZIENDA SANITARIA LOCALE	E	F	G=E+F
	Fondo reg.le cittadini non residenti alta complessità	Fondo reg.le cittadini non residenti media e bassa complessità	TOTALE FONDO REGIONALE CITTADINI NON RESIDENTI
BARI	18.591.379,00 €	5.917.281,16 €	24.508.660,16 €
BRINDISI	50.419,00 €	99.697,36 €	150.116,36 €
BT	0,00 €	0,00 €	0,0 €
FOGGIA	316.263,00 €	2.018.299,22 €	2.334.562,22 €
LECCE	1.081.991,00 €	1.225.325,36 €	2.307.316,36 €

TARANTO	3.518.815,00 €	3.084.914,56 €	6.603.729,56 €
Totale	23.558.867,00 €	12.345.517,66 €	35.904.384,66 €

TAB 4 - TOTALE FONDO 2026	
AZIENDA SANITARIA LOCALE	H=C+D+G FINANZIAMENTO TOTALE
BARI	152.656.373,44 €
BRINDISI	12.631.495,04 €
BT	9.417.657,00 €
FOGGIA	31.965.783,31 €
LECCE	63.387.728,26 €
TARANTO	79.233.036,18 €
Totale	349.292.073,23 €

2027

TAB 1 - FONDO REGIONALE CITTADINI RESIDENTI CASE DI CURA

AZIENDA SANITARIA LOCALE	A FONDO REGIONALE CITTADINI RESIDENTI CASE DI CURA PRIVATE	B 5%	C=A+B TOTALE
BARI	111.445.407,33 €	5.881.840,99 €	117.327.248,32 €
BRINDISI	8.548.073,95 €	434.704,73 €	8.982.778,68 €
BT	0,0 €	0,00 €	0,0 €
FOGGIA	20.423.023,94 €	1.065.197,15 €	21.488.221,09 €
LECCE	52.537.407,27 €	2.792.156,55 €	55.329.563,82 €
TARANTO	68.989.908,32 €	3.639.398,30 €	72.629.306,62 €
Totale	261.943.820,81 €	13.813.297,72 €	275.757.118,53 €

TAB 2 - FINANZIAMENTO DERIVANTE DA RIMODULAZIONE FONDI (CITTADINI RESIDENTI)

AZIENDA SANITARIA LOCALE	D FINANZIAMENTO	NOTE
BARI	7.500.000,00 €	PRONTO SOCCORSO - C.B.H. MATER DEI HOSPITAL
	2.010.741,74 €	Art. 17 L.R. 34/2023 (ricoveri) - C.B.H. MATER DEI HOSPITAL
	1.309.723,22 €	Art. 17 L.R. 34/2023 (spec. amb) - C.B.H. MATER DEI HOSPITAL
BRINDISI	3.498.600,00 €	MEDEA
BT	9.417.657,00 €	UNIVERSO SALUTE
FOGGIA	8.143.000,00 €	UNIVERSO SALUTE
LECCE	5.750.848,08 €	Villa Verde cod. 75
TARANTO	0,00 €	-
Totale	37.630.570,04 €	

TAB 3 - FONDO REGIONALE CITTADINI NON RESIDENTI			
AZIENDA SANITARIA LOCALE	E	F	G=E+F
	Fondo reg.le cittadini non residenti alta complessità	Fondo reg.le cittadini non residenti media e bassa complessità	TOTALE FONDO REGIONALE CITTADINI NON RESIDENTI
BARI	18.591.379,00 €	5.917.281,16 €	24.508.660,16 €
BRINDISI	50.419,00 €	99.697,36 €	150.116,36 €
BT	0,00 €	0,00 €	0,0 €
FOGGIA	316.263,00 €	2.018.299,22 €	2.334.562,22 €
LECCE	1.081.991,00 €	1.225.325,36 €	2.307.316,36 €
TARANTO	3.518.815,00 €	3.084.914,56 €	6.603.729,56 €
Totale	23.558.867,00 €	12.345.517,66 €	35.904.384,66 €

TAB 4 - TOTALE FONDO 2027	
AZIENDA SANITARIA LOCALE	H=C+D+G
	FINANZIAMENTO TOTALE
BARI	152.656.373,44 €
BRINDISI	12.631.495,04 €
BT	9.417.657,00 €
FOGGIA	31.965.783,31 €
LECCE	63.387.728,26 €
TARANTO	79.233.036,18 €
Totale	349.292.073,23 €

3. di rettificare, a modifica della DGR 20 giugno 2024 n. 876, il prospetto di cui al punto 3 della suddetta deliberazione con quello di seguito riportato, che individua i tetti di spesa per le singole strutture accreditate sulla base dei tetti consolidati, come risultanti dalla DGR n. 980/2024 e dalla DGR n. 1142/2023, con applicazione degli incrementi ai sensi dell'art. dall'art. 1 comma 233 della Legge n. 213 del 30 dicembre 2023 e dell'art. dall'art. 1 comma 277 della Legge n. 207/2024:

AZIENDA SANITARIA LOCALE	A	C	D	E=A+C	F=A+D	G=A+D
	TETTO DGR 2024 ex DGR 980/2024	INCREMENTO 3,50%	INCREMENTO 5,00%	TOTALE TETTO 2025 (3,5%)	TOTALE TETTO 2026 (5%)	TOTALE TETTO 2027 (5%)
BARI*						
ANTHEA	18.300.762,82 €	662.050,93 €	945.787,04 €	18.962.813,75 €	19.246.549,86 €	19.246.549,86 €
CBH	53.272.827,80 €	1.794.956,09 €	2.564.222,98 €	55.067.783,89 €	55.837.050,78 €	55.837.050,78 €
SANTA MARIA	27.224.632,53 €	1.087.827,17 €	1.554.038,82 €	28.312.459,70 €	28.778.671,35 €	28.778.671,35 €
MEDICOL CONVERSANO	7.510.470,31 €	341.245,30 €	487.493,29 €	7.851.715,61 €	7.997.963,60 €	7.997.963,60 €
MONTE IMPERATORE	5.136.713,87 €	231.209,20 €	330.298,85 €	5.367.923,07 €	5.467.012,72 €	5.467.012,72 €
TOTALE ASL BA	111.445.407,33 €	4.117.288,69 €	5.881.840,99 €	115.562.696,02 €	117.327.248,32 €	117.327.248,32 €
BRINDISI**						
CASA di CURA Salus	8.548.073,95 €	304.293,31 €	434.704,73 €	8.852.367,26 €	8.982.778,68 €	8.982.778,68 €
TOTALE ASL BR	8.548.073,95 €	304.293,31 €	434.704,73 €	8.852.367,26 €	8.982.778,68 €	8.982.778,68 €
FOGGIA***						
DE LUCA	1.563.874,22 €	79.704,51 €	113.863,58 €	1.643.578,73 €	1.677.737,80 €	1.677.737,80 €

BRODETTI-VILLA IGEA	6.042.606,80 €	232.917,76 €	332.739,66 €	6.275.524,56 €	6.375.346,46 €	6.375.346,46 €
CASA DI CURA VILLA SERENA NSF	10.527.089,31 €	389.028,94 €	555.755,63 €	10.916.118,25 €	11.082.844,94 €	11.082.844,94 €
CASA DI CURA SAN MICHELE	2.289.453,61 €	43.986,79 €	62.838,28 €	2.333.440,40 €	2.352.291,89 €	2.352.291,89 €
TOTALE ASL FG	20.423.023,94 €	745.638,01 €	1.065.197,15 €	21.168.661,95 €	21.488.221,09 €	21.488.221,09 €
LECCE****						
CITTA DI LECCE	24.384.793,83 €	1.098.759,59 €	1.569.656,55 €	25.483.553,42 €	25.954.450,38 €	25.954.450,38 €
VILLA BIANCA	5.106.687,46 €	184.426,45 €	263.466,35 €	5.291.113,91 €	5.370.153,81 €	5.370.153,81 €
PETRUCCIANI	8.854.003,93 €	212.666,09 €	303.808,70 €	9.066.670,02 €	9.157.812,63 €	9.157.812,63 €
VILLA VERDE	2.539.601,44 €	84.061,74 €	120.088,20 €	2.623.663,18 €	2.659.689,64 €	2.659.689,64 €
SAN FRANCESCO	6.086.206,31 €	179.496,00 €	256.422,85 €	6.265.702,31 €	6.342.629,16 €	6.342.629,16 €
EUROITALIA	5.566.114,30 €	195.099,73 €	278.713,90 €	5.761.214,03 €	5.844.828,20 €	5.844.828,20 €
TOTALE ASL LE	52.537.407,27 €	1.954.509,59 €	2.792.156,55 €	54.491.916,86 €	55.329.563,82 €	55.329.563,82 €
TARANTO						
BERNARDINI	11.985.904,58 €	451.566,47 €	645.094,95 €	12.437.471,05 €	12.630.999,53 €	12.630.999,53 €
D'AMORE	5.117.132,76 €	142.932,20 €	204.188,85 €	5.260.064,96 €	5.321.321,61 €	5.321.321,61 €
SAN CAMILLO	10.085.525,83 €	379.875,27 €	542.678,95 €	10.465.401,10 €	10.628.204,78 €	10.628.204,78 €
S. RITA	2.483.539,49 €	118.343,19 €	169.061,70 €	2.601.882,68 €	2.652.601,19 €	2.652.601,19 €
VILLA VERDE	24.147.492,58 €	892.764,99 €	1.275.378,55 €	25.040.257,57 €	25.422.871,13 €	25.422.871,13 €
VILLA BIANCA	4.666.290,36 €	170.091,25 €	242.987,50 €	4.836.381,61 €	4.909.277,86 €	4.909.277,86 €
MAUGERI CMR	5.087.424,44 €	184.775,71 €	263.965,30 €	5.272.200,15 €	5.351.389,74 €	5.351.389,74 €
CITTADELLA DELA CARITA	5.416.598,28 €	207.229,75 €	296.042,50 €	5.623.828,03 €	5.712.640,78 €	5.712.640,78 €
TOTALE ASL TA	68.989.908,32 €	2.547.578,81 €	3.639.398,30 €	71.537.487,13 €	72.629.306,62 €	72.629.306,62 €
Totale complessivo	261.943.820,81 €	9.669.308,40 €	13.813.297,72 €	271.613.129,21 €	275.757.118,53 €	275.757.118,53 €

IRCCS	A	B	C	D=A+B	E=A+C	F=A+C
BARI*	TETTO STORICO ex DGR.1142/2022	INCREMENTO 3,5%	INCREMENTO 5%	TOTALE TETTO 2025 (3,5%)	TOTALE TETTO 2026 (5%)	TOTALE TETTO 2027 (5%)
ICS MAUGERI	19.888.000,00 €	696.080,00 €	994.400,00 €	20.584.080,00 €	20.882.400,00 €	20.882.400,00 €
TOTALE ASL BA	19.888.000,00 €	696.080,00 €	994.400,00 €	20.584.080,00 €	20.882.400,00 €	20.882.400,00 €

BRINDISI**	TETTO 2025	TETTO 2026	TETTO 2027
Medea	3.498.600,00 €	3.498.600,00 €	3.498.600,00 €
TOTALE ASL BR	3.498.600,00 €	3.498.600,00 €	3.498.600,00 €
BT	TETTO 2025	TETTO 2026	TETTO 2027
Universo Salute	9.417.657,00 €	9.417.657,00 €	9.417.657,00 €
TOTALE ASL BT	9.417.657,00 €	9.417.657,00 €	9.417.657,00 €
FOGGIA***	TETTO 2025	TETTO 2026	TETTO 2027
Universo Salute	8.143.000,00 €	8.143.000,00 €	8.143.000,00 €
TOTALE ASL FG	8.143.000,00 €	8.143.000,00 €	8.143.000,00 €
LECCE****	TETTO 2025	TETTO 2026	TETTO 2027
VILLA VERDE Cod. 75	5.750.848,08 €	5.750.848,08 €	5.750.848,08 €
TOTALE ASL FG	5.750.848,08 €	5.750.848,08 €	5.750.848,08 €

- di prendere atto, relativamente all'annualità 2025, della necessità di stipulare, con successiva ratifica da parte della Giunta regionale, un apposito *addendum* all'accordo contrattuale sottoscritto con l'IRCCS ICS Maugeri SPA SB di Bari ai sensi dell'art. 8 quinquies del D.Lgs. n. 502/1992, già ratificato dalla DGR n. 1142/2023;
- di stabilire che il punto 10 della deliberazione di Giunta regionale n. 876/2025, limitatamente all'anno 2025 e nelle more della sottoscrizione degli Accordi bilaterali, in attuazione art. 1 commi 319 - 320 della legge di Bilancio 2025 (Legge 30 dicembre 2024, n. 207), debba intendersi riferito anche alla mobilità attiva. Resta inteso che fino a nuove determinazioni regionali in materia di mobilità attiva, si conferma quanto espressamente previsto al punto 9 della deliberazione di Giunta regionale n. 876 del 20/06/2025 incrementato del 10%. L'incremento del 10% decorre a far data dal 01/09/2025;
- di stabilire che il limite minimo di produzione, pari al 50% del dodicesimo del tetto di spesa annuale assegnato, non si applicano nei mesi di agosto e dicembre, considerato anche l'andamento storico degli anni precedenti, e, quindi, la scarsa propensione dei cittadini al ricovero nel predetto periodo, per attività programmata e, quindi, non urgente;
- di rettificare, a modifica della DGR 19 giugno 2024 n. 858 e per le motivazioni espresse in narrativa, il

prospetto di cui al punto 2 della suddetta deliberazione con quello di seguito riportato, che individua per l'anno 2025, per l'anno 2026 e per l'anno 2027, il Fondo unico di remunerazione regionale per le prestazioni da erogarsi in regime ambulatoriale, da parte degli erogatori privati accreditati, nel rispetto dei vincoli di bilancio e comunque nei limiti finanziari:

2025						
AZIENDA SANITARIA LOCALE	A	B	C=A+B	D	E	F=C+D+E
	TETTO INTRAREGIONALE	3,50%	TOTALE TETTO INTRAREGIONALE	TETTO EXTRAREGIONALE	PRESTAZIONI DI DIALISI	TOTALE
BARI	32.265.792,46 €	11.213,31 €	32.277.005,77 €	1.057.506,00 €	18.084.988,79 €	115.734.537,28 €
BRINDISI	8.900.305,97 €	3.115,11 €	8.903.421,08 €	36.284,31 €	2.220.000,00 €	28.963.432,43 €
BT	10.932.694,6 €	3.825,74 €	10.936.520,33 €	76.420,3 €	2.766.530,6 €	35.646.674,10 €
FOGGIA	7.922.174,42 €	2.772,76 €	7.924.947,18 €	494.875,65 €	- €	24.266.944,43 €
LECCE	26.914.192,00 €	9.419,97 €	26.923.611,97 €	181.998,87 €	6.852.064,03 €	87.795.478,83 €
TARANTO	15.872.372,82 €	5.551,77 €	15.877.924,59 €	71.723,47 €	11.700.000,00 €	59.389.763,81 €
TOTALE	102.807.532,26 €	35.898,65 €	102.843.430,91 €	1.918.808,63 €	41.623.583,41 €	351.796.830,89 €

2026						
AZIENDA SANITARIA LOCALE	A	B	C=A+B	D	E	F=C+D+E
	TETTO INTRAREGIONALE	5,00%	TOTALE TETTO INTRAREGIONALE	TETTO EXTRAREGIONALE	PRESTAZIONI DI DIALISI	TOTALE
BARI	32.265.792,46 €	16.019,02 €	32.281.811,48 €	1.057.506,00 €	18.084.988,79 €	115.744.148,69 €
BRINDISI	8.900.305,97 €	4.450,15 €	8.904.756,12 €	36.284,31 €	2.220.000,00 €	28.966.102,53 €
BT	10.932.694,6 €	5.465,34 €	10.938.159,93 €	76.420,3 €	2.766.530,6 €	35.649.953,30 €
FOGGIA	7.922.174,42 €	3.961,09 €	7.926.135,51 €	494.875,65 €	- €	24.269.321,08 €
LECCE	26.914.192,00 €	13.457,10 €	26.927.649,10 €	181.998,87 €	6.852.064,03 €	87.803.553,09 €
TARANTO	15.872.372,82 €	7.931,10 €	15.880.303,92 €	71.723,47 €	11.700.000,00 €	59.394.522,47 €
TOTALE	102.807.532,26 €	51.283,79 €	102.858.816,05 €	1.918.808,63 €	41.623.583,41 €	351.827.601,17 €

2027						
AZIENDA SANITARIA LOCALE	A	B	C=A+B	D	E	F=C+D+E
	TETTO INTRAREGIONALE	5,00%	TOTALE TETTO INTRAREGIONALE	TETTO EXTRAREGIONALE	PRESTAZIONI DI DIALISI	TOTALE
BARI	32.265.792,46 €	16.019,02 €	32.281.811,48 €	1.057.506,00 €	18.084.988,79 €	115.744.148,69 €
BRINDISI	8.900.305,97 €	4.450,15 €	8.904.756,12 €	36.284,31 €	2.220.000,00 €	28.966.102,53 €
BT	10.932.694,6 €	5.465,34 €	10.938.159,93 €	76.420,3 €	2.766.530,6 €	35.649.953,30 €
FOGGIA	7.922.174,42 €	3.961,09 €	7.926.135,51 €	494.875,65 €	- €	24.269.321,08 €
LECCE	26.914.192,00 €	13.457,10 €	26.927.649,10 €	181.998,87 €	6.852.064,03 €	87.803.553,09 €
TARANTO	15.872.372,82 €	7.931,10 €	15.880.303,92 €	71.723,47 €	11.700.000,00 €	59.394.522,47 €
TOTALE	102.807.532,26 €	51.283,79 €	102.858.816,05 €	1.918.808,63 €	41.623.583,41 €	351.827.601,17 €

8. di stabilire, ad integrazione e specificazione della DGR 19 giugno 2025 n. 858, che ferma restando la

- programmazione regionale triennale, i contratti da sottoscrivere con le strutture private accreditate di specialistica ambulatoriale debbano mantenere valenza annuale;
9. di stabilire, a rettifica dei punti 18 e 19 della deliberazione di Giunta regionale n. 876/2025, che i Direttori Generali delle Aziende sanitarie locali procedano alla sottoscrizione dei contratti, che dovrà avvenire, anche da parte delle strutture accreditate, entro e non oltre un mese dalla notifica del presente provvedimento, con successiva trasmissione alla competente Sezione regionale entro 15 giorni dalla sottoscrizione;
 10. di stabilire, per quanto attiene gli incrementi dei tetti di spesa rivenienti da Leggi Nazionali e Regionali e la relativa attuazione, anche in conformità a quanto riportato nella nota protocollo n. 0005206- 02/04/2025-GAB-GAB-P recante “Legge 30 dicembre 2024 n. 207, articolo 1 commi 277-278- applicazione”, acquisita al protocollo regionale n. 0175026/2025, con la quale il Ministero della Salute ha precisato: “ l’articolo 1, commi 277-278 della legge n. 207/2024 (legge di bilancio 2025) ha aggiornato il tetto di spesa per gli acquisti di prestazioni sanitarie da privato accreditato, di cui all’articolo 15, comma 14, del decreto-legge. n. 95/2012, come incrementato dall’articolo 1, comma 233, della legge n. 213/2023” che dette risorse, quindi la relativa valorizzazione economica, debbano essere finalizzate prioritariamente:
 - alle prestazioni di ricovero e ambulatoriali erogate dalle strutture sanitarie private accreditate dotate di pronto soccorso e inserite nella rete dell’emergenza-urgenza, conseguenti all’accesso in pronto soccorso, con codice di priorità rosso o arancio.
 - le prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale in argomento devono essere erogate rispettando il piano di recupero liste di attesa e ricondursi anche alle prestazioni di alta complessità;
 11. di stabilire che per l’attuazione del Regolamento Regionale n. 8 del 31/10/2024 “Modifica e integrazione del Regolamento regionale n. 23/2019 e del R.R. n. 14/2020” ex DGR n. 1384 del 03/10/2024, nonché in ottemperanza al dispositivo di cui all’art. 7, comma 1, punto h) della L.R. n. 42 del 31/12/2024, è possibile trasferire, esclusivamente tra Case di Cura insistenti nel medesimo ambito territoriale provinciale, quota parte del corrispondente tetto di spesa assegnato per l’anno di riferimento, a condizione che il medesimo scorrimento di risorse finanziarie sia coerente con i criteri rivenienti dalla configurazione dei posti letto come declinati nell’atto di programmazione ospedaliera summenzionato;
 12. di stabilire che il presente provvedimento, qualora dovessero essere rilevate eventuali osservazioni da parte dei Ministeri affiancanti (MINSAL e MEF), possa essere modificato in virtù delle stesse;
 13. di stabilire che le tabelle di assegnazione, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, potranno essere modificate con atto dirigenziale da parte della competente Sezione Strategie e Governo dell’Offerta;
 14. di stabilire che il presente provvedimento venga notificato, a cura della Sezione Strategie e Governo dell’Offerta, al Servizio Accreditamenti e Qualità, alla Sezione Bilancio della Sanità e dello Sport, al Direttore Generale dell’A.Re.S.S., alle Organizzazioni Rappresentative, ai Ministeri affiancanti (MINSAL e MEF), alle Aziende Sanitarie Locali e, per il tramite di queste ultime, alle strutture erogatrici già accreditate. Per le strutture autorizzate la pubblicazione sul BURP costituisce notifica;
 15. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia, ai sensi della L.R. 18/2023.

Il Segretario Generale della Giunta
NICOLA PALADINO

Il Presidente della Giunta
RAFFAELE PIEMONTESE

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

OGGETTO: Rettifica deliberazione di Giunta regionale 20 giugno 2025, n. 876. Modifica e integrazione deliberazione di Giunta regionale 19 giugno 2025, n. 858. Tetto di spesa Case di Cura private accreditate e specialistica ambulatoriale.

Visti:

- la Legge n. 241/1990 recante “Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi” e ss.mm.ii.;
- il D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i., all’art. 2, co. 1, attribuisce alle Regioni l’esercizio delle funzioni legislative ed amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera, nel rispetto dei principi stabiliti dalle leggi nazionali;
- la Legge Regionale 28 dicembre 1994, n. 36 “Norme e principi per il riordino del Servizio sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421”;
- il D.Lgs. n. 165/2001 recante “Norme generali sull’ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche” e ss. mm. ii.;
- il Decreto ministeriale n. 279/2001 - Regolamento di istituzione della rete nazionale delle malattie rare e di esenzione dalla partecipazione al costo delle relative prestazioni sanitarie ai sensi dell’articolo 5, comma 1, lettera b) del decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124 e ss.mm.ii.;
- la Legge Regionale 3 agosto 2006, n. 25 “Principi e organizzazione del Servizio sanitario regionale”;
- la legge n. 190/2012 recante “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione”;
- il D.Lgs. n. 33/2013 recante “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”;
- il Decreto ministeriale 2 aprile 2015, n. 70 con cui è stato definito il “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”, acquisita l’intesa in sede di Conferenza Stato – Regioni (Rep. Atti n. 198/CSR del 13 gennaio 2015) e come da indicazioni contenute all’articolo 1, comma 2 del DM 70/2015, le Regioni devono adottare un provvedimento di riduzione della dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati pervenendo ad un tasso non superiore al 3,7 posti letto per mille abitanti., comprensivi dello 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 1158 del 31/07/2015, recante “Adozione del modello organizzativo denominato Modello ambidestro per l’innovazione della macchina amministrativa regionale – MAIA. Approvazione atto di alta amministrazione”;
- il Decreto Ministeriale 12 marzo 2019 “Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell’assistenza sanitaria”;

- la deliberazione di Giunta regionale n. 1974 del 07/12/2020, recante “Approvazione Atto di Alta Organizzazione. Modello Organizzativo “MAIA 2.0”;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 1466 del 15/09/2021 recante l’approvazione della Strategia regionale per la parità di genere, denominata “Agenda di Genere”;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 980 del 8 luglio 2024 recante “Determinazione del fondo unico di remunerazione per l’anno 2024, per il riconoscimento delle prestazioni sanitarie da erogarsi in regime di ricovero (case di cura) da parte delle strutture sanitarie istituzionalmente accreditate, insistenti nell’ambito territoriale della Regione Puglia. Attuazione art. 1, commi 232 e 233 della L.n. 213/2023”;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 1295 del 26/09/2024 recante “Valutazione di Impatto di Genere (VIG). Approvazione indirizzi metodologico-operativi e avvio fase strutturale”;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 1384 del 03/10/2024 avente ad oggetto “Approvazione definitiva Regolamento Regionale “Aggiornamento della Rete ospedaliera ai sensi del D.M. n. 70/2015– Approvazione Schema di Regolamento avente ad oggetto “Modifica e integrazione del Regolamento regionale n. 23/2019 e del R.R. n. 14/2020””. Modifica ed integrazione deliberazione di Giunta regionale n. 1119 del 31/07/2024”;
- Il Regolamento Regionale 31 ottobre 2024, n. 8 recante “Modifica e integrazione del Regolamento regionale n. 23/2019 e del R.R. n. 14/2020”;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 858 del 19.06.2025 recante “Determinazione del fondo unico di remunerazione per il triennio 2025, 2026 e 2027, per il riconoscimento delle prestazioni sanitarie da erogarsi in regime ambulatoriale da parte delle strutture sanitarie istituzionalmente accreditate, insistenti nell’ambito territoriale della Regione Puglia”;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 1142 dell’8 agosto 2023 recante “Ratifica accordo contrattuale con l’IRCCS ICS Maugeri SPA SB di Bari, ai sensi dell’art. 8 quinquies co. 2 lett. a) b) c) d) e) ebis) del D.L.vo 502/92”;
- la Legge Regionale n. 39 del 29 novembre 2024 avente ad oggetto “Disposizioni di carattere finanziario e diverse. Variazione al Bilancio di Previsione per l’esercizio finanziario 2024 e pluriennale 2024 - 2026”;
- la Legge Regionale n. 42 del 31/12/2024 “Disposizioni per la formazione del bilancio di previsione 2025 e bilancio pluriennale 2025-2027 della Regione Puglia (legge di stabilità regionale 2025)”;
- la Legge Regionale n. 43 del 31/12/2024 “Bilancio di previsione della Regione Puglia per l’esercizio finanziario 2025 e bilancio pluriennale 2025-2027”;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 26 del 20/01/2025 “Bilancio di previsione per l’esercizio finanziario 2025 e pluriennale 2025-2027. Art. 39, comma 10, del decreto legislativo 23 giugno 2011, n.118. Documento tecnico di accompagnamento e Bilancio Finanziario Gestionale.
- la deliberazione di Giunta regionale n. 36 del 29/01/2025 recante “Determinazione del risultato di amministrazione presunto dell’esercizio finanziario 2024 sulla base dei dati contabili di preconsuntivo ai sensi dell’articolo 42 del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 e ss.mm.ii.”;

- la deliberazione di Giunta regionale n. 876 del 20.06.2025 recante “Determinazione del fondo unico di remunerazione per il triennio 2025, 2026 e 2027, per il riconoscimento delle prestazioni sanitarie da erogarsi in regime di ricovero (case di cura). Attuazione art. 1, comma 233 della L.n. 213/2023, art.1 comma 277 della L.n.207/2024. Modifica e integrazione DGR 15 maggio 2019, n. 881 e ss.mm.ii.”;

Premesso che:

- con DGR n. 858 del 19.06.2025 la Giunta regionale ha definito, per l’anno 2025, per l’anno 2026 e per l’anno 2027, il fondo unico di remunerazione regionale per le prestazioni da erogarsi in regime ambulatoriale da parte degli erogatori privati accreditati, nel rispetto dei vincoli di bilancio e comunque nei limiti finanziari;
- la definizione del fondo unico di remunerazione costituisce il risultato di una programmazione regionale di carattere triennale;
- la medesima DGR n. 858/2025 ha stabilito che la rivisitazione delle griglie di valutazione per ogni singola branca avvenga con il coinvolgimento delle OO.RR. maggiormente rappresentative nel singolo anno di riferimento;

Valutato che:

- fermo restando il carattere triennale della programmazione regionale, occorre specificare, a integrazione della DGR n. 858/2025, che i contratti da sottoscrivere ai sensi dell’art. 8 quinquies del D.Lgs. n. 502/1992 debbano mantenere valenza annuale all’interno del triennio, in ragione delle fisiologiche variazioni dei tetti di spesa per le singole strutture accreditate, anche in considerazione della programmata modifica delle griglie di valutazione;

Considerato, altresì, che:

- con la DGR n. 876 del 20.06.2025 è stato definito il fondo unico di remunerazione regionale per le prestazioni da erogarsi in regime di ricovero, nel rispetto dei vincoli di bilancio e comunque nei limiti del consolidato anno 2024, per gli anni 2025, 2026 e 2027;
- il suddetto fondo di remunerazione, come convenuto con le OO.RR. datoriali, veniva determinato sulla base e nei limiti del consolidato anno 2024, incrementato ai sensi dell’art. 1 comma 233 della Legge n. 213 del 30 dicembre 2023 e dell’art. 1 comma 277 della Legge n. 207/2024;
- è stato rilevato un errore materiale nel prospetto di cui ai punti 2 e 3 del deliberato, con specifico riferimento alla colonna denominata “Tetto Storico”;
- occorre procedere alla correzione del suddetto errore materiale, sostituendo i predetti prospetti con quelli corretti e facenti riferimento, come convenuto con le OO.RR. datoriali ed esplicitato nello stesso punto 2 della DGR n. 876/2025, alla spesa consolidata 2024, come risultante della DGR n. 980 dell’8 luglio 2024;

Preso atto, inoltre, che:

- con la DGR 8 agosto 2023, n. 1142 è stato rarificato l'accordo contrattuale con l'IRCCS ICS Maugeri SPA SB di Bari, stipulato ai sensi dell'art. 8 quinquies del D.Lgs. n. 502/1992, per il triennio 2023/2024/2025;
- occorre provvedere all'incremento dei tetti di spesa stabiliti per l'IRCCS ICS Maugeri SPA SB di Bari per il triennio 2025/2026/2027, in ottemperanza a quanto stabilito dall'art. 1 comma 233 della Legge n. 213 del 30 dicembre 2023 e dell'art. dall'art. 1 comma 277 della Legge n. 207/2024;
- per l'effetto occorre, anche sotto tale profilo, rettificare i prospetti di cui alla DGR n. 876/2025, in applicazione dell'art. 1 comma 233 della Legge n. 213 del 30 dicembre 2023 e dell'art. dall'art. 1 comma 277 della Legge n. 207/2024;
- occorre conseguentemente procedere, per l'annualità 2025, alla sottoscrizione e successiva ratifica da parte della Giunta regionale, di un apposito *addendum* dell'accordo contrattuale già ratificato con la citata DGR n. 1142/2023.

Atteso che:

- il Regolamento Regionale n. 8 del 31/10/2024 "Modifica e integrazione del Regolamento regionale n. 23/2019 e del R.R. n. 14/2020" ex DGR n. 1384 del 03/10/2024, definisce la nuova offerta ospedaliera della Regione Puglia e, pertanto, appare opportuno, ai fini della attuazione della programmazione in argomento, stabilire che è possibile trasferire, esclusivamente tra Case di Cura insistenti nel medesimo ambito territoriale provinciale, quota parte del corrispondente tetto di spesa assegnato per l'anno di riferimento, a condizione che il medesimo scorrimento di risorse finanziarie sia coerente con i criteri rivenienti dalla configurazione dei posti letto come declinati nell'atto summenzionato;
- con nota prot. n. 0005206-02/04/2025-GAB-GAB-P recante "Legge 30 dicembre 2024 n. 207, articolo 1 commi 277-278-applicazione", acquisita al protocollo regionale n. 0175026/2025, il Ministero della Salute ha precisato che : " l'articolo 1, commi 277-278 della legge n. 207/2024 (legge di bilancio 2025) ha aggiornato il tetto di spesa per gli acquisti di prestazioni sanitarie da privato accreditato, di cui all'articolo 15, comma 14, del decreto-legge n. 95/2012, come incrementato dall'articolo 1, comma 233, della legge n. 213/2023, prevedendo che dette risorse incrementalmente siano anche destinate alle prestazioni di ricovero e ambulatoriali, erogate dalle strutture sanitarie private accreditate dotate di pronto soccorso e inserite nella rete dell'emergenza, conseguenti all'accesso in pronto soccorso, con codice di priorità rosso o arancio. Al fine di fornire indirizzi applicativi uniformi tra le Regioni nell'utilizzo appropriato di dette risorse, nella riunione dell'11 febbraio 2025 il Comitato LEA, di cui all'art. 9 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, ha condiviso che le Regioni debbano finalizzare dette risorse prioritariamente alle prestazioni di ricovero e ambulatoriali erogate dalle strutture sanitarie private accreditate dotate di pronto soccorso e inserite nella rete dell'emergenza-urgenza, conseguenti all'accesso in pronto soccorso, con codice di priorità rosso o arancio. La priorità di tale utilizzo si giustifica anche alla luce di quanto stabilito dalle sentenze del Consiglio di Stato n. 3773-3775/2023. Inoltre, poiché riveste particolare importanza garantire stringenti profili di appropriatezza nell'utilizzo di dette risorse mediante adeguati strumenti informativi, si è condiviso nella predetta riunione che le Regioni debbano impegnarsi ad assicurare

controlli analitici su tale casistica, garantendo una percentuale di SDO controllate pari ad almeno il 10% di quelle relative alle prestazioni di ricovero erogate dalle strutture sanitarie private accreditate dotate di pronto soccorso conseguenti all'accesso in pronto soccorso, con codice di priorità rosso o arancione. Si è concordato, infine, sulla necessità di prevedere uno specifico monitoraggio degli effetti dell'utilizzo di dette risorse in coerenza con quanto stabilito dalla norma, avvalendosi, tra l'altro, del flusso EMUR, al fine di monitorare l'andamento dei codici di pronto soccorso ed intercettare tempestivamente eventuali fenomeni distorsivi". Inoltre le prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale in argomento dovranno prioritariamente essere erogate rispettando il piano di recupero liste di attesa;

- appare quindi opportuno stabilire, in applicazione della citata circolare ministeriale prot. n. 0005206-02/04/2025-GAB-GAB-P, che si proceda successivamente a monitorare l' utilizzo delle risorse assegnate per l' erogazione delle prestazioni di ricovero e specialistica ambulatoriale erogate dalle strutture sanitarie private accreditate, come da indicazioni ministeriali.

Valutato altresì che:

- con nota acquisita al protocollo regionale n. 391520/2025, la ASL di Taranto ha evidenziato un errore materiale già rinveniente nelle DGR n. 350/2021, DGR 1946/2022 e DGR 1982/2023, circa l' errata quantificazione del tetto intraregionale e extraregionale;
- occorre quindi rettificare, a modifica della DGR 19 giugno 2024 n. 858, il prospetto di cui al punto 2 della suddetta deliberazione con quello di seguito riportato, che individua per l'anno 2025, per l'anno 2026 e per l'anno 2027, il fondo unico di remunerazione regionale per le prestazioni da erogarsi in regime ambulatoriale da parte degli erogatori privati accreditati, nel rispetto dei vincoli di bilancio e comunque nei limiti finanziari:

2025						
AZIENDA SANITARIA LOCALE	A	B	C=A+B	D	E	F=C+D+E
	TETTO INTRAREGIONALE	3,50%	TOTALE TETTO INTRAREGIONALE	TETTO EXTRAREGIONALE	PRESTAZIONI DI DIALISI	TOTALE
BARI	32.265.792,46 €	11.213,31 €	32.277.005,77 €	1.057.506,00 €	18.084.988,79 €	115.734.537,28 €
BRINDISI	8.900.305,97 €	3.115,11 €	8.903.421,08 €	36.284,31 €	2.220.000,00 €	28.963.432,43 €
BT	10.932.694,6 €	3.825,74 €	10.936.520,33 €	76.420,3 €	2.766.530,6 €	35.646.674,10 €
FOGGIA	7.922.174,42 €	2.772,76 €	7.924.947,18 €	494.875,65 €	- €	24.266.944,43 €
LECCE	26.914.192,00 €	9.419,97 €	26.923.611,97 €	181.998,87 €	6.852.064,03 €	87.795.478,83 €
TARANTO	15.872.372,82 €	5.551,77 €	15.877.924,59 €	71.723,47 €	11.700.000,00 €	59.389.763,81 €
TOTALE	102.807.532,26 €	35.898,65 €	102.843.430,91 €	1.918.808,63 €	41.623.583,41 €	351.796.830,89 €

2026						
AZIENDA SANITARIA LOCALE	A	B	C=A+B	D	E	F=C+D+E
	TETTO INTRAREGIONALE	5,00%	TOTALE TETTO INTRAREGIONALE	TETTO EXTRAREGIONALE	PRESTAZIONI DI DIALISI	TOTALE
BARI	32.265.792,46 €	16.019,02 €	32.281.811,48 €	1.057.506,00 €	18.084.988,79 €	115.744.148,69 €
BRINDISI	8.900.305,97 €	4.450,15 €	8.904.756,12 €	36.284,31 €	2.220.000,00 €	28.966.102,53 €
BT	10.932.694,6 €	5.465,34 €	10.938.159,93 €	76.420,3 €	2.766.530,6 €	35.649.953,30 €
FOGGIA	7.922.174,42 €	3.961,09 €	7.926.135,51 €	494.875,65 €	- €	24.269.321,08 €
LECCE	26.914.192,00 €	13.457,10 €	26.927.649,10 €	181.998,87 €	6.852.064,03 €	87.803.553,09 €
TARANTO	15.872.372,82 €	7.931,10 €	15.880.303,92 €	71.723,47 €	11.700.000,00 €	59.394.522,47 €
TOTALE	102.807.532,26 €	51.283,79 €	102.858.816,05 €	1.918.808,63 €	41.623.583,41 €	351.827.601,17 €

2027						
AZIENDA SANITARIA LOCALE	A	B	C=A+B	D	E	F=C+D+E
	TETTO INTRAREGIONALE	5,00%	TOTALE TETTO INTRAREGIONALE	TETTO EXTRAREGIONALE	PRESTAZIONI DI DIALISI	TOTALE
BARI	32.265.792,46 €	16.019,02 €	32.281.811,48 €	1.057.506,00 €	18.084.988,79 €	115.744.148,69 €
BRINDISI	8.900.305,97 €	4.450,15 €	8.904.756,12 €	36.284,31 €	2.220.000,00 €	28.966.102,53 €
BT	10.932.694,6 €	5.465,34 €	10.938.159,93 €	76.420,3 €	2.766.530,6 €	35.649.953,30 €
FOGGIA	7.922.174,42 €	3.961,09 €	7.926.135,51 €	494.875,65 €	- €	24.269.321,08 €
LECCE	26.914.192,00 €	13.457,10 €	26.927.649,10 €	181.998,87 €	6.852.064,03 €	87.803.553,09 €
TARANTO	15.872.372,82 €	7.931,10 €	15.880.303,92 €	71.723,47 €	11.700.000,00 €	59.394.522,47 €
TOTALE	102.807.532,26 €	51.283,79 €	102.858.816,05 €	1.918.808,63 €	41.623.583,41 €	351.827.601,17 €

Tenuto conto:

- di quanto richiesto dalle Organizzazioni datoriali anche nel corso della riunione tenutasi in data 11 luglio 2025, con particolare riferimento a quanto disposto:
 - al punto n. 5 della deliberazione di Giunta regionale e precisamente rispetto alla produzione minima percentuale mensile pari al 50% del dodicesimo del tetto di spesa annuale assegnato;
 - ai punti 9 e 10 della deliberazione di Giunta regionale n. 876 del 20/06/2025, con particolare riferimento alla mobilità sanitaria.
- della volontà dell'amministrazione regionale:
 - di accogliere la richiesta delle Organizzazioni datoriali, che prevede la possibilità di una produzione inferiore al 50% nel mese di agosto, considerato anche l'andamento storico degli anni precedenti, e, quindi, la scarsa propensione dei cittadini al ricovero nel citato mese, per attività programmata e, quindi, non urgente;

- b) con riferimento ai punti 9 e 10 della deliberazione di Giunta regionale n. 876 del 20/06/2025, si conferma la volontà dell'amministrazione regionale di dare attuazione dall'art. 9 L.R. n. 42/2024, in materia di mobilità passiva e attiva rimandando a successivi provvedimenti giuntali. Si conferma, ad ogni buon conto, quanto stabilito per la mobilità attiva quanto espressamente previsto al punto 9 della citata deliberazione. Occorre pertanto confermare quanto espressamente previsto al punto 9 della deliberazione di Giunta regionale n. 876 del 20/06/2025 incrementato del 10%. L'incremento del 10% decorre a far data dal 15/09/2025.

Inoltre, con il presente provvedimento si intende dare attuazione alle previsioni di cui all'art. 1 comma 233 della Legge n. 213 del 30 dicembre 2023 e dell'art. dall'art. 1 comma 277 della Legge n. 207/2024 anche alle strutture private accreditate di specialistica ambulatoriale.

Si rappresenta, altresì, che nota del Ministero della Salute Prot. 0012328-20/06/2025 – DGPROGS-MDS-P è stato comunicato che il Comitato di cui all'art. 9 dell'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005 (cd. Comitato LEA) nella riunione del 20 maggio 2025 ha approvato lo schema da utilizzare per la sottoscrizione degli Accordi bilaterali obbligatori per il governo della mobilità sanitaria, ai sensi dell'art. 1, cc. 319-320 della L. 207/2024. Lo schema di Accordo è stato allegato alla citata nota.

Tutto ciò premesso, con il presente provvedimento si intende procedere alla correzione di errore materiale con riferimento ai prospetti di cui ai punti 2 e 3 della DGR n. 876/2025 e alla specificazione, con riferimento alla DGR n. 858/2025, del carattere annuale della contrattazione, ferma restando la programmazione triennale a livello regionale per le prestazioni di specialistica ambulatoriale. Per l'effetto occorre altresì stabilire, a rettifica dei punti 18 e 19 della deliberazione di Giunta regionale n. 876/2025, che i Direttori Generali delle Aziende sanitarie locali procedano alla sottoscrizione dei contratti, che dovrà avvenire, anche da parte delle strutture accreditate, entro e non oltre il 30/09/2025, con trasmissione alla competente Sezione regionale entro 15 giorni dalla sottoscrizione.

Si riporta nell' Allegato-A il parere tecnico, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

Garanzie di riservatezza

“La pubblicazione sul BURP, nonché la pubblicazione all'Albo o sul sito istituzionale, salve le garanzie previste dalla legge 241/1990 in tema di accesso ai documenti amministrativi, avviene nel rispetto della tutela della riservatezza dei cittadini secondo quanto disposto dal Regolamento UE n. 2016/679 in materia di protezione dei dati personali, nonché dal D.Lgs. 196/2003 ss.mm.ii., ed ai sensi del vigente Regolamento regionale 5/2006 per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari, in quanto applicabile. Ai fini della pubblicità legale, il presente provvedimento è stato redatto in modo da evitare la diffusione di dati personali identificativi non necessari ovvero il riferimento alle particolari categorie di dati previste dagli articoli 9 e 10 del succitato Regolamento UE”.

Esiti Valutazione di impatto di genere:

L'impatto di genere stimato è: **neutro**

COPERTURA FINANZIARIA AI SENSI DEL D.LGS. 118/2011 E SS.MM.II.

Dalla presente deliberazione non derivano oneri per il bilancio regionale, in quanto rientranti nell'ambito delle risorse provenienti dal Riparto del Fondo Sanitario Nazionale assegnate alle Aziende Sanitarie a titolo di finanziamento indistinto per l'erogazione dei Livelli essenziali di Assistenza.

La copertura finanziaria rinveniente dal presente provvedimento assicura il rispetto dei vincoli di finanza pubblica vigenti e gli equilibri di bilancio come previsto dal D.Lgs. n. 118/2011 e ss.mm.ii.

Tutto ciò premesso, al fine di procedere alla determinazione del fondo unico di remunerazione per gli anni 2025, 2026 e 2027, volto al riconoscimento delle prestazioni sanitarie da erogarsi in regime ambulatoriale da parte delle strutture sanitarie private accreditate insistenti nella Regione Puglia, ai sensi dell'art. 4, lett. d) della L.R. 7/1997 si propone alla Giunta regionale:

1. di prendere atto dell'allegato A – Parere Tecnico, parte integrante della presente deliberazione;
2. di rettificare, a modifica della DGR 20 giugno 2024 n. 876, il prospetto di cui al punto 2 della suddetta deliberazione con quello di seguito riportato, che individua i fondi aziendali sulla base di quelli consolidati al 2024, come risultanti dalla DGR n. 980/2024:

2025			
TAB 1 - FONDO REGIONALE CITTADINI RESIDENTI CASE DI CURA			
AZIENDA SANITARIA LOCALE	A FONDO REGIONALE CITTADINI RESIDENTI CASE DI CURA PRIVATE	B 3,5%	C=A+B TOTALE
BARI	111.445.407,33 €	4.117.288,69 €	115.562.696,02 €
BRINDISI	8.548.073,95 €	304.293,31 €	8.852.367,26 €
BT	0,0 €	0,00 €	0,0 €
FOGGIA	20.423.023,94 €	745.638,01 €	21.168.661,95 €
LECCE	52.537.407,27 €	1.954.509,59 €	54.491.916,86 €
TARANTO	68.989.908,32 €	2.547.578,81 €	71.537.487,13 €
Totale	261.943.820,81 €	9.669.308,40 €	271.613.129,21 €
TAB 2 - FINANZIAMENTO DERIVANTE DA RIMODULAZIONE FONDI (CITTADINI RESIDENTI)			
AZIENDA SANITARIA LOCALE	D FINANZIAMENTO	NOTE	
BARI	7.500.000,00 €	PRONTO SOCCORSO - C.B.H. MATER DEI HOSPITAL	
	2.010.741,74 €	Art. 17 L.R. 34/2023 (ricoveri) - C.B.H. MATER DEI HOSPITAL	
	1.309.723,22 €	Art. 17 L.R. 34/2023 (spec. amb) - C.B.H. MATER DEI HOSPITAL	
BRINDISI	3.498.600,00 €	MEDEA	
BT	9.417.657,00 €	UNIVERSO SALUTE	
FOGGIA	8.143.000,00 €	UNIVERSO SALUTE	
LECCE	5.750.848,08 €	Villa Verde cod. 75	
TARANTO	0,00 €	-	
Totale	37.630.570,04 €		
TAB 3 - FONDO REGIONALE CITTADINI NON RESIDENTI			
AZIENDA SANITARIA LOCALE	E Fondo reg.le cittadini non residenti alta complessità	F Fondo reg.le cittadini non residenti media e bassa complessità	G=E+F TOTALE FONDO REGIONALE CITTADINI NON RESIDENTI
BARI	18.591.379,00 €	5.917.281,16 €	24.508.660,16 €
BRINDISI	50.419,00 €	99.697,36 €	150.116,36 €
BT	0,00 €	0,00 €	0,0 €
FOGGIA	316.263,00 €	2.018.299,22 €	2.334.562,22 €
LECCE	1.081.991,00 €	1.225.325,36 €	2.307.316,36 €
TARANTO	3.518.815,00 €	3.084.914,56 €	6.603.729,56 €
Totale	23.558.867,00 €	12.345.517,66 €	35.904.384,66 €
TAB 4 - TOTALE FONDO 2025			
AZIENDA SANITARIA LOCALE	H=C+D+G FINANZIAMENTO TOTALE		
BARI	150.891.821,14 €		
BRINDISI	15.821.548,58 €		
BT	14.225.980,22 €		
FOGGIA	44.562.481,17 €		
LECCE	80.110.738,30 €		
TARANTO	92.035.064,77 €		
Totale	345.148.083,91 €		

2026			
TAB 1 - FONDO REGIONALE CITTADINI RESIDENTI CASE DI CURA			
AZIENDA SANITARIA LOCALE	A FONDO REGIONALE CITTADINI RESIDENTI CASE DI CURA PRIVATE	B 5%	C=A+B TOTALE
BARI	111.445.407,33 €	5.881.840,99 €	117.327.248,32 €
BRINDISI	8.548.073,95 €	434.704,73 €	8.982.778,68 €
BT	0,0 €	0,00 €	0,0 €
FOGGIA	20.423.023,94 €	1.065.197,15 €	21.488.221,09 €
LECCE	52.537.407,27 €	2.792.156,55 €	55.329.563,82 €
TARANTO	68.989.908,32 €	3.639.398,30 €	72.629.306,62 €
Totale	261.943.820,81 €	13.813.297,72 €	275.757.118,53 €
TAB 2 - FINANZIAMENTO DERIVANTE DA RIMODULAZIONE FONDI (CITTADINI RESIDENTI)			
AZIENDA SANITARIA LOCALE	D FINANZIAMENTO	NOTE	
BARI	7.500.000,00 €	PRONTO SOCCORSO - C.B.H. MATER DEI HOSPITAL	
	2.010.741,74 €	Art. 17 L.R. 34/2023 (ricoveri) - C.B.H. MATER DEI HOSPITAL	
	1.309.723,22 €	Art. 17 L.R. 34/2023 (spec. amb) - C.B.H. MATER DEI HOSPITAL	
BRINDISI	3.498.600,00 €	MEDEA	
BT	9.417.657,00 €	UNIVERSO SALUTE	
FOGGIA	8.143.000,00 €	UNIVERSO SALUTE	
LECCE	5.750.848,08 €	Villa Verde cod. 75	
TARANTO	0,00 €	-	
Totale	37.630.570,04 €		
TAB 3 - FONDO REGIONALE CITTADINI NON RESIDENTI			
AZIENDA SANITARIA LOCALE	E Fondo regole cittadini non residenti alta complessità	F Fondo regole cittadini non residenti media e bassa complessità	G=E+F TOTALE FONDO REGIONALE CITTADINI NON RESIDENTI
BARI	18.591.379,00 €	5.917.281,16 €	24.508.660,16 €
BRINDISI	50.419,00 €	99.697,36 €	150.116,36 €
BT	0,00 €	0,00 €	0,0 €
FOGGIA	316.263,00 €	2.018.299,22 €	2.334.562,22 €
LECCE	1.081.991,00 €	1.225.325,36 €	2.307.316,36 €
TARANTO	3.518.815,00 €	3.084.914,56 €	6.603.729,56 €
Totale	23.558.867,00 €	12.345.517,66 €	35.904.384,66 €
TAB 4 - TOTALE FONDO 2026			
AZIENDA SANITARIA LOCALE	H=C+D+G FINANZIAMENTO TOTALE		
BARI	152.656.373,44 €		
BRINDISI	12.631.495,04 €		
BT	9.417.657,00 €		
FOGGIA	31.965.783,31 €		
LECCE	63.387.728,26 €		
TARANTO	79.233.036,18 €		
Totale	349.292.073,23 €		

2027			
TAB 1 - FONDO REGIONALE CITTADINI RESIDENTI CASE DI CURA			
AZIENDA SANITARIA LOCALE	A FONDO REGIONALE CITTADINI RESIDENTI CASE DI CURA PRIVATE	B 9%	C=A+B TOTALE
BARI	111.445.407,33 €	5.881.840,99 €	117.327.248,32 €
BRINDISI	8.548.073,95 €	434.704,73 €	8.982.778,68 €
BT	0,0 €	0,00 €	0,0 €
FOGGIA	20.423.023,94 €	1.065.197,15 €	21.488.221,09 €
LECCE	52.537.407,27 €	2.792.156,55 €	55.329.563,82 €
TARANTO	68.989.908,32 €	3.639.398,30 €	72.629.306,62 €
Totale	261.943.820,81 €	13.813.297,72 €	275.757.118,53 €
TAB 2 - FINANZIAMENTO DERIVANTE DA RIMODULAZIONE FONDI (CITTADINI RESIDENTI)			
AZIENDA SANITARIA LOCALE	D FINANZIAMENTO	NOTE	
BARI	7.500.000,00 €	PRONTO SOCCORSO - C.B.H. MATER DEI HOSPITAL	
	2.010.741,74 €	Art. 17 L.R. 34/2023 (ricoveri) - C.B.H. MATER DEI HOSPITAL	
	1.309.723,22 €	Art. 17 L.R. 34/2023 (spec. amb) - C.B.H. MATER DEI HOSPITAL	
BRINDISI	3.498.600,00 €	MEDEA	
BT	9.417.657,00 €	UNIVERSO SALUTE	
FOGGIA	8.143.000,00 €	UNIVERSO SALLITE	
LECCE	5.750.848,08 €	Villa Verde cod. 75	
TARANTO	0,00 €	-	
Totale	37.630.570,04 €		
TAB 3 - FONDO REGIONALE CITTADINI NON RESIDENTI			
AZIENDA SANITARIA LOCALE	E Fondo regole cittadini non residenti alta complessità	F Fondo regole cittadini non residenti media e bassa complessità	G=E+F TOTALE FONDO REGIONALE CITTADINI NON RESIDENTI
BARI	18.591.379,00 €	5.917.281,16 €	24.508.660,16 €
BRINDISI	50.419,00 €	99.697,36 €	150.116,36 €
BT	0,00 €	0,00 €	0,0 €
FOGGIA	316.263,00 €	2.018.299,22 €	2.334.562,22 €
LECCE	1.081.991,00 €	1.225.325,36 €	2.307.316,36 €
TARANTO	3.518.815,00 €	3.084.914,56 €	6.603.729,56 €
Totale	23.558.867,00 €	12.345.517,66 €	35.904.384,66 €
TAB 4 - TOTALE FONDO 2027			
AZIENDA SANITARIA LOCALE	H=C+D+G FINANZIAMENTO TOTALE		
BARI	152.656.373,44 €		
BRINDISI	12.631.495,04 €		
BT	9.417.657,00 €		
FOGGIA	31.965.783,31 €		
LECCE	63.387.728,26 €		
TARANTO	79.233.036,18 €		
Totale	349.292.073,23 €		

3. di rettificare, a modifica della DGR 20 giugno 2024 n. 876, il prospetto di cui al punto 3 della suddetta deliberazione con quello di seguito riportato, che individua i tetti di spesa per le singole strutture accreditate sulla base dei tetti consolidati, come risultanti dalla DGR n. 980/2024 e dalla DGR n. 1142/2023, con applicazione degli incrementi ai sensi dell'art. dall'art. 1 comma 233 della Legge n. 213 del 30 dicembre 2023 e dell'art. dall'art. 1 comma 277 della Legge n. 207/2024:

AZIENDA SANITARIA LOCALE	A	C	D	E=A+C	F=A+D	G=A+D
	TETTO DGR 2024 ex DGR 980/2024	INCREMENTO 3,50%	INCREMENTO 5,00%	TOTALE TETTO 2025 (3,5%)	TOTALE TETTO 2026 (5%)	TOTALE TETTO 2027 (5%)
BARI*						
ANTHEA	18.300.762,82 €	662.050,93 €	945.787,04 €	18.962.813,75 €	19.246.549,86 €	19.246.549,86 €
CBH	53.272.827,80 €	1.794.956,09 €	2.564.222,98 €	55.067.783,89 €	55.837.050,78 €	55.837.050,78 €
SANTA MARIA	27.224.632,53 €	1.087.827,17 €	1.554.038,82 €	28.312.459,70 €	28.778.671,35 €	28.778.671,35 €
MEDICOL CONVERSANO	7.510.470,31 €	341.245,30 €	487.493,29 €	7.851.715,61 €	7.997.963,60 €	7.997.963,60 €
MONTI IMPERATORE	5.136.713,87 €	231.209,20 €	330.298,85 €	5.367.923,07 €	5.467.012,72 €	5.467.012,72 €
TOTALE ASL BA	111.445.407,33 €	4.117.288,69 €	5.881.840,99 €	115.562.696,02 €	117.327.248,32 €	117.327.248,32 €
BRINDISI**						
CASA di CURA Salus	8.548.073,95 €	304.293,31 €	434.704,73 €	8.852.367,26 €	8.982.778,68 €	8.982.778,68 €
TOTALE ASL BR	8.548.073,95 €	304.293,31 €	434.704,73 €	8.852.367,26 €	8.982.778,68 €	8.982.778,68 €
FOGGIA***						
DE LUCA	1.563.874,22 €	79.704,51 €	113.863,58 €	1.643.578,73 €	1.677.737,80 €	1.677.737,80 €
BRODETTI-VILLA IGEA	6.042.606,80 €	232.917,76 €	332.739,66 €	6.275.524,56 €	6.375.346,46 €	6.375.346,46 €
CASA DI CURA VILLA SERENA NSF	10.527.089,31 €	389.028,94 €	555.755,63 €	10.916.118,25 €	11.082.844,94 €	11.082.844,94 €
CASA DI CURA SAN MICHELE	2.289.453,61 €	43.986,79 €	62.838,28 €	2.333.440,40 €	2.352.291,89 €	2.352.291,89 €
TOTALE ASL FG	20.423.023,94 €	745.638,01 €	1.065.197,15 €	21.168.661,95 €	21.488.221,09 €	21.488.221,09 €
LECCE****						
CITTA DI LECCE	24.384.793,83 €	1.098.759,59 €	1.569.656,55 €	25.483.553,42 €	25.954.450,38 €	25.954.450,38 €
VILLA BIANCA	5.106.687,46 €	184.426,45 €	263.466,35 €	5.291.113,91 €	5.370.153,81 €	5.370.153,81 €
PETRUCCIANI	8.854.003,93 €	212.666,09 €	303.808,70 €	9.066.670,02 €	9.157.812,63 €	9.157.812,63 €
VILLA VERDE	2.539.601,44 €	84.061,74 €	120.088,20 €	2.623.663,18 €	2.659.689,64 €	2.659.689,64 €
SAN FRANCESCO	6.086.206,31 €	179.496,00 €	256.422,85 €	6.265.702,31 €	6.342.629,16 €	6.342.629,16 €
EUROITALIA	5.566.114,30 €	195.099,73 €	278.713,90 €	5.761.214,03 €	5.844.828,20 €	5.844.828,20 €
TOTALE ASL LE	52.537.407,27 €	1.954.509,59 €	2.792.156,55 €	54.491.916,86 €	55.329.563,82 €	55.329.563,82 €
TARANTO						
BERNARDINI	11.985.904,58 €	451.566,47 €	645.094,95 €	12.437.471,05 €	12.630.999,53 €	12.630.999,53 €
D'AMORE	5.117.132,76 €	142.932,20 €	204.188,85 €	5.260.064,96 €	5.321.321,61 €	5.321.321,61 €
SAN CAMILLO	10.085.525,83 €	379.875,27 €	542.678,95 €	10.465.401,10 €	10.628.204,78 €	10.628.204,78 €
S. RITA	2.483.539,49 €	118.343,19 €	169.061,70 €	2.601.882,68 €	2.652.601,19 €	2.652.601,19 €
VILLA VERDE	24.147.492,58 €	892.764,99 €	1.275.378,55 €	25.040.257,57 €	25.422.871,13 €	25.422.871,13 €
VILLA BIANCA	4.666.290,36 €	170.091,25 €	242.987,50 €	4.836.381,61 €	4.909.277,86 €	4.909.277,86 €
MAUGERI CMR	5.087.424,44 €	184.775,71 €	263.965,30 €	5.272.200,15 €	5.351.389,74 €	5.351.389,74 €
CITTADELLA DELA CARITA	5.416.598,28 €	207.229,75 €	296.042,50 €	5.623.828,03 €	5.712.640,78 €	5.712.640,78 €
TOTALE ASL TA	68.989.908,32 €	2.547.578,81 €	3.639.398,30 €	71.537.487,13 €	72.629.306,62 €	72.629.306,62 €
Totale complessivo	261.943.820,61 €	9.669.308,40 €	13.813.297,72 €	275.713.129,21 €	275.757.118,53 €	275.757.118,53 €

IRCCS	A	B	C	D=A+B	E=A+C	F=A+C
	TETTO STORICO ex DGR 1142/2022	INCREMENTO 3,5%	INCREMENTO 5%	TOTALE TETTO 2025 (3,5%)	TOTALE TETTO 2026 (5%)	TOTALE TETTO 2027 (5%)
BARI*						
ICS MAUGERI	19.888.000,00 €	696.080,00 €	994.400,00 €	20.584.080,00 €	20.882.400,00 €	20.882.400,00 €
TOTALE ASL BA	19.888.000,00 €	696.080,00 €	994.400,00 €	20.584.080,00 €	20.882.400,00 €	20.882.400,00 €

IRCCS	TETTO 2025	TETTO 2026	TETTO 2027
	BRINDISI**		
Medea	3.498.600,00 €	3.498.600,00 €	3.498.600,00 €
TOTALE ASL BR	3.498.600,00 €	3.498.600,00 €	3.498.600,00 €
BT			
Universo Salute	9.417.657,00 €	9.417.657,00 €	9.417.657,00 €
TOTALE ASL BT	9.417.657,00 €	9.417.657,00 €	9.417.657,00 €
FOGGIA***			
Universo Salute	8.143.000,00 €	8.143.000,00 €	8.143.000,00 €
TOTALE ASL FG	8.143.000,00 €	8.143.000,00 €	8.143.000,00 €
LECCE****			
VILLA VERDE Cod. 75	5.750.848,08 €	5.750.848,08 €	5.750.848,08 €
TOTALE ASL FG	5.750.848,08 €	5.750.848,08 €	5.750.848,08 €

4. di prendere atto, relativamente all'annualità 2025, della necessità di stipulare, con successiva ratifica da parte della Giunta regionale, un apposito *addendum* all'accordo contrattuale sottoscritto con l'IRCCS ICS Maugeri SPA SB di Bari ai sensi dell'art. 8 quinquies del D.Lgs. n. 502/1992, già ratificato dalla DGR n. 1142/2023;

5. di stabilire che il punto 10 della deliberazione di Giunta regionale n. 876/2025, limitatamente all'anno 2025 e nelle more della sottoscrizione degli Accordi bilaterali, in attuazione art. 1 commi 319 - 320 della legge di Bilancio 2025 (Legge 30 dicembre 2024, n. 207), debba intendersi riferito anche alla mobilità attiva. Resta inteso che fino a nuove determinazioni regionali in materia di mobilità attiva, si conferma quanto espressamente previsto al punto 9 della deliberazione di Giunta regionale n. 876 del 20/06/2025 incrementato del 10%. L'incremento del 10% decorre a far data dal 01/09/2025;
6. di stabilire che il limite minimo di produzione, pari al 50% del dodicesimo del tetto di spesa annuale assegnato, non si applicano nei mesi di agosto e dicembre, considerato anche l'andamento storico degli anni precedenti, e, quindi, la scarsa propensione dei cittadini al ricovero nel predetto periodo, per attività programmata e, quindi, non urgente;
7. di rettificare, a modifica della DGR 19 giugno 2024 n. 858 e per le motivazioni espresse in narrativa, il prospetto di cui al punto 2 della suddetta deliberazione con quello di seguito riportato, che individua per l'anno 2025, per l'anno 2026 e per l'anno 2027, il Fondo unico di remunerazione regionale per le prestazioni da erogarsi in regime ambulatoriale da parte degli erogatori privati accreditati, nel rispetto dei vincoli di bilancio e comunque nei limiti finanziari:

2025						
AZIENDA SANITARIA LOCALE	A	B	C=A+B	D	E	F=C+D+E
	TETTO INTRAREGIONALE	3,50%	TOTALE TETTO INTRAREGIONALE	TETTO EXTRAREGIONALE	PRESTAZIONI DI DIALISI	TOTALE
BARI	32.265.792,46 €	11.213,31 €	32.277.005,77 €	1.057.506,00 €	18.084.988,79 €	115.734.537,28 €
BRINDISI	8.900.305,97 €	3.115,11 €	8.903.421,08 €	36.284,31 €	2.220.000,00 €	28.963.432,43 €
BT	10.932.694,6 €	3.825,74 €	10.936.520,33 €	76.420,3 €	2.766.530,6 €	35.646.674,10 €
FOGGIA	7.922.174,42 €	2.772,76 €	7.924.947,18 €	494.875,65 €	- €	24.266.944,43 €
LECCE	26.914.192,00 €	9.419,97 €	26.923.611,97 €	181.998,87 €	6.852.064,03 €	87.795.478,83 €
TARANTO	15.872.372,82 €	5.551,77 €	15.877.924,59 €	71.723,47 €	11.700.000,00 €	59.389.763,81 €
TOTALE	102.807.532,26 €	35.898,65 €	102.843.430,91 €	1.918.808,63 €	41.623.583,41 €	351.796.830,89 €

2026						
AZIENDA SANITARIA LOCALE	A	B	C=A+B	D	E	F=C+D+E
	TETTO INTRAREGIONALE	5,00%	TOTALE TETTO INTRAREGIONALE	TETTO EXTRAREGIONALE	PRESTAZIONI DI DIALISI	TOTALE
BARI	32.265.792,46 €	16.019,02 €	32.281.811,48 €	1.057.506,00 €	18.084.988,79 €	115.744.148,69 €
BRINDISI	8.900.305,97 €	4.450,15 €	8.904.756,12 €	36.284,31 €	2.220.000,00 €	28.966.102,53 €
BT	10.932.694,6 €	5.465,34 €	10.938.159,93 €	76.420,3 €	2.766.530,6 €	35.649.953,30 €
FOGGIA	7.922.174,42 €	3.961,09 €	7.926.135,51 €	494.875,65 €	- €	24.269.321,08 €
LECCE	26.914.192,00 €	13.457,10 €	26.927.649,10 €	181.998,87 €	6.852.064,03 €	87.803.553,09 €
TARANTO	15.872.372,82 €	7.931,10 €	15.880.303,92 €	71.723,47 €	11.700.000,00 €	59.394.522,47 €
TOTALE	102.807.532,26 €	51.283,79 €	102.858.816,05 €	1.918.808,63 €	41.623.583,41 €	351.827.601,17 €

2027						
AZIENDA SANITARIA LOCALE	A	B	C=A+B	D	E	F=C+D+E
	TETTO INTRAREGIONALE	5,00%	TOTALE TETTO INTRAREGIONALE	TETTO EXTRAREGIONALE	PRESTAZIONI DI DIALISI	TOTALE
BARI	32.265.792,46 €	16.019,02 €	32.281.811,48 €	1.057.506,00 €	18.084.988,79 €	115.744.148,69 €
BRINDISI	8.900.305,97 €	4.450,15 €	8.904.756,12 €	36.284,31 €	2.220.000,00 €	28.966.102,53 €
BT	10.932.694,6 €	5.465,34 €	10.938.159,93 €	76.420,3 €	2.766.530,6 €	35.649.953,30 €
FOGGIA	7.922.174,42 €	3.961,09 €	7.926.135,51 €	494.875,65 €	- €	24.269.321,08 €
LECCE	26.914.192,00 €	13.457,10 €	26.927.649,10 €	181.998,87 €	6.852.064,03 €	87.803.553,09 €
TARANTO	15.872.372,82 €	7.931,10 €	15.880.303,92 €	71.723,47 €	11.700.000,00 €	59.394.522,47 €
TOTALE	102.807.532,26 €	51.283,79 €	102.858.816,05 €	1.918.808,63 €	41.623.583,41 €	351.827.601,17 €

8. di stabilire, ad integrazione e specificazione della DGR 19 giugno 2025 n. 858, che ferma restando la programmazione regionale triennale, i contratti da sottoscrivere con le strutture private accreditate di specialistica ambulatoriale, debbano mantenere valenza annuale;
9. di stabilire, a rettifica dei punti 18 e 19 della deliberazione di Giunta regionale n. 876/2025, che i Direttori Generali delle Aziende sanitarie locali procedano alla sottoscrizione dei contratti, che dovrà avvenire, anche da parte delle strutture accreditate, entro e non oltre un mese dalla notifica del presente provvedimento, con successiva trasmissione alla competente Sezione regionale entro 15 giorni dalla sottoscrizione;
10. di stabilire, per quanto attiene gli incrementi dei tetti di spesa rivenienti da Leggi Nazionali e Regionali e la relativa attuazione, anche in conformità a quanto riportato nella nota protocollo n. 0005206-02/04/2025-GAB-GAB-P recante "Legge 30 dicembre 2024 n. 207, articolo 1 commi 277-278-applicazione", acquisita al protocollo regionale n. 0175026/2025, con la quale il Ministero della Salute ha precisato: " l'articolo 1, commi 277-278 della legge n. 207/2024 (legge di bilancio 2025) ha

aggiornato il tetto di spesa per gli acquisti di prestazioni sanitarie da privato accreditato, di cui all'articolo 15, comma 14, del decreto-legge n. 95/2012, come incrementato dall'articolo 1, comma 233, della legge n. 213/2023" che dette risorse, quindi la relativa valorizzazione economica, debbano essere finalizzate prioritariamente:

- alle prestazioni di ricovero e ambulatoriali erogate dalle strutture sanitarie private accreditate dotate di pronto soccorso e inserite nella rete dell'emergenza-urgenza, conseguenti all'accesso in pronto soccorso, con codice di priorità rosso o arancio.
 - le prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale in argomento devono essere erogate rispettando il piano di recupero liste di attesa e ricondursi anche alle prestazioni di alta complessità;
11. di stabilire che per l'attuazione del Regolamento Regionale n. 8 del 31/10/2024 "Modifica e integrazione del Regolamento regionale n. 23/2019 e del R.R. n. 14/2020" ex DGR n. 1384 del 03/10/2024, nonché in ottemperanza al dispositivo di cui all'art. 7, comma 1, punto h) della L.R. n. 42 del 31/12/2024, è possibile trasferire, esclusivamente tra Case di Cura insistenti nel medesimo ambito territoriale provinciale, quota parte del corrispondente tetto di spesa assegnato per l'anno di riferimento, a condizione che il medesimo scorrimento di risorse finanziarie sia coerente con i criteri rivenienti dalla configurazione dei posti letto come declinati nell'atto di programmazione ospedaliera summenzionato;
 12. di stabilire che il presente provvedimento, qualora dovessero essere rilevate eventuali osservazioni da parte dei Ministeri affiancanti (MINSAL e MEF), possa essere modificato in virtù delle stesse;
 13. di stabilire che le tabelle di assegnazione, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, potranno essere modificate con atto dirigenziale da parte della competente Sezione Strategie e Governo dell'Offerta;
 14. di stabilire che il presente provvedimento venga notificato, a cura della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta, al Servizio Accreditamenti e Qualità, alla Sezione Bilancio della Sanità e dello Sport, al Direttore Generale dell'A.Re.S.S., alle Organizzazioni Rappresentative, ai Ministeri affiancanti (MINSAL e MEF), alle Aziende Sanitarie Locali e, per il tramite di queste ultime, alle strutture erogatrici già accreditate. Per le strutture autorizzate la pubblicazione sul BURP costituisce notifica;
 15. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia, ai sensi della L.R. 18/2023.

I sottoscritti attestano la regolarità amministrativa dell'attività istruttoria e della proposta, ai sensi dell'art. 6, co. 3, lett. da a) ad e) delle Linee guida sul "Sistema dei controlli interni nella Regione Puglia", adottate con D.G.R. 23 luglio 2019, n. 1374.

IL RESPONSABILE E.Q. "Gestione e monitoraggio degli accordi contrattuali rivenienti dal d.lgs. n. 502/1992 e s.m.i.":

Emanuele CARBONARA



Emanuele Carbonara
11.09.2025 20:33:35
GMT+02:00

IL RESPONSABILE E.Q. "Nuovo Sistema di Garanzia ed Attività di Monitoraggio":

Nicola GIRARDI



Nicola Girardi
11.09.2025
20:31:06
GMT+02:00

La DIRIGENTE di Servizio "Strategie e Governo dell'Assistenza Territoriale- Rapporti Istituzionali e Capitale Umano SSR":

Antonella CAROLI



ANTONELLA
CAROLI
11.09.2025
18:35:22 UTC

IL DIRIGENTE di Sezione "Strategie e Governo dell'Offerta":

Mauro NICASTRO



Mauro
Nicastro
12.09.2025
09:56:04
GMT+02:00

Il Direttore di Dipartimento, ai sensi degli artt. 18 e 20 del Decreto del Presidente della Giunta regionale 22 gennaio 2021, n. 22 e ss.mm.ii., NON RAVVISA osservazioni alla presente proposta di DGR.

Il DIRETTORE di Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale:

Vito MONTANARO



Vito Montanaro
12.09.2025 11:16:47
GMT+02:00

Il Vicepresidente della Giunta Regionale con delega alla Sanità e Benessere Animale, Sport per Tutti, ai sensi del vigente Regolamento della Giunta Regionale,

propone

alla Giunta regionale l'adozione del presente atto.

Raffaele PIEMONTESE



Raffaele Piemontese
12.09.2025 11:30:39
GMT+02:00

Il sottoscritto esprime parere di regolarità contabile positivo, ai sensi dell'art. 79, comma 5, della Legge regionale n. 28/2001, ed attestazione di copertura finanziaria.

La Dirigente della Sezione Bilancio e Ragioneria o suo delegato



Firmato digitalmente da:
STOLFA REGINA
Firmato il 12/09/2025 13:49
Seriale Certificato: 2300950
Valido dal 20/03/2023 al 20/03/2026
InfoCamere Qualified Electronic Signature CA

ALLEGATO A

Codice CIFRA: SGO/DEL/2025/00103

PARERE TECNICO

OGGETTO: Rettifica deliberazione di Giunta regionale 20 giugno 2025, n. 876. Modifica e integrazione deliberazione di Giunta regionale 19 giugno 2025, n. 858. Tetto di spesa Case di Cura private accreditate e specialistica ambulatoriale.

Con la DGR n. 876 del 20.06.2025 è stato definito il fondo unico di remunerazione regionale per le prestazioni da erogarsi in regime di ricovero, nel rispetto dei vincoli di bilancio e comunque nei limiti del consolidato anno 2024, per gli anni 2025, 2026 e 2027.

Con la presente deliberazione si procede alla correzione di errore materiale, sostituendo i prospetti di cui ai punti 2 e 3 della citata DGR con quello corretto e facente riferimento, come convenuto con le OO.RR. datoriali ed esplicitato nel punto 1 della stessa DGR n. 876/2025, alla spesa consolidata 2024, come risultante della DGR n. 980 dell'8 luglio 2024.

Si procede altresì a specificare, per quanto concerne la DGR n. 858 del 19.06.2025, che ferma restando la programmazione regionale triennale, i contratti da sottoscrivere con le strutture accreditate mantengono carattere annuale.

LA PRESENTE PROPOSTA DI DELIBERAZIONE COMPORTA IMPLICAZIONI DI NATURA FINANZIARIA SUL FONDO SANITARIO REGIONALE

SI NO

FIRMA DEL DIRIGENTE DELLA SEZIONE

PROPONENTE

Dott. Mauro Nicastro

Mauro
Nicastro
12.09.2025
09:56:04
GMT+02:00

PRESA D'ATTO DEGLI EFFETTI FINANZIARI DELLA PROPOSTA DI DELIBERAZIONE
SUL FONDO SANITARIO REGIONALE (D.LGS. 118/2011 – Art. 5 comma 6 e art. 7 LL.GG. approvate con DGR
1161/2024)

FIRMA DEL RESPONSABILE DELLA GSA

(NEL CASO IN CUI COMPORTI IMPLICAZIONI SUL FSR)*Dott. Benedetto Giovanni Pacifico*

REGIONE PUGLIA
BENEDETTO GIOVANNI
PACIFICO
12.09.2025 08:16:28
UTC



REGIONE PUGLIA
SEZIONE BILANCIO RAGIONERIA PARERE DI REGOLARITA' CONTABILE
(D. Lgs. n. 118/11 e s.m.i.)

UFFICIO	TIPO	ANNO	NUMERO	DATA
SGO	DEL	2025	103	12.09.2025

RETTIFICA DELIBERAZIONE DI GIUNTA REGIONALE 20 GIUGNO 2025, N. 876. MODIFICA E INTEGRAZIONE DELIBERAZIONE DI GIUNTA REGIONALE 19 GIUGNO 2025, N. 858. TETTO DI SPESA CASE DI CURA PRIVATE ACCREDITATE E SPECIALISTICA AMBULATORIALE.

VISTO SI PRENDE ATTO

ANNOTAZIONE:

Responsabile del Procedimento
E.Q.-CARMEN PARTIPILO

Firmato digitalmente da:
STOLFA REGINA
Firmato il 12/09/2025 13:49
Seriale Certificato: 2300950
Valido dal 20/05/2025 al 20/05/2026
InfoCertare Qualified Electronic Signature CA

Dirigente

D.SSA REGINA STOLFA



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 12 settembre 2025, n. 1311

Legge Regionale n. 21 del 30.05.2024 - Centro di Riabilitazione di Ceglie Messapica. Disposizioni attuative.

LA GIUNTA REGIONALE

VISTI:

- gli artt. 4, 5 e 6 della L.R. 4 febbraio 1997, n. 7;
- la Deliberazione della Giunta Regionale n. 3261 del 28 luglio 1998;
- gli artt. 4 e 16 del D.lgs. n. 165 del 30.03.2001 e ss.mm.ii.;
- gli artt. 43 e 44 dello Statuto della Regione Puglia;
- il Decreto del Presidente della Giunta regionale 22 gennaio 2021, n. 22 e ss.mm.ii., recante l'Atto di Alta Organizzazione "M.A.I.A. 2.0";
- il Regolamento interno di questa Giunta.

VISTO il documento istruttorio della Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie condiviso con la Sezione Strategia e Governo dell'Offerta, concernente l'argomento in oggetto e la conseguente proposta dell'Assessore alla Sanità, Benessere animale e Sport per tutti, Vicepresidente Raffaele Piemontese,

PRESO ATTO

- a) delle sottoscrizioni dei responsabili della struttura amministrativa competente, ai fini dell'attestazione della regolarità amministrativa dell'attività istruttorie e della proposta, ai sensi dell'art. 6, co. 8 delle Linee guida sul "Sistema dei controlli interni nella Regione Puglia", adottate con D.G.R. 23 luglio 2019, n. 1374;
- b) della dichiarazione del Direttore di Dipartimento, in merito a eventuali osservazioni sulla proposta di deliberazione, ai sensi degli artt. 18 e 20 del Decreto del Presidente della Giunta regionale 22 gennaio 2021, n. 22 e ss.mm.ii.

Con voto favorevole espresso all'unanimità dei presenti e per le motivazioni contenute nel documento istruttorio che è parte integrante e sostanziale della presente deliberazione

DELIBERA

1. di prendere atto di quanto esposto in narrativa;
2. di dare mandato alla Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie di avviare una procedura di selezione per interventi di riabilitazione e teleriabilitazione a valere sull'azione 8.6 del PR FESR/FSE+ 2021/2027;
3. di stabilire che potranno partecipare alla selezione degli interventi esclusivamente le Aziende Sanitarie Pubbliche;
4. di approvare, a stralcio dell'approvazione del PTFP ASL BR 2023-2025, le assunzioni di cui all'Allegato B) al presente provvedimento quale sua parte integrante e sostanziale, fermo restando il vincolo del tetto di spesa assegnato con la deliberazione di Giunta regionale n. 1876 del 23/12/2024;
5. di prendere atto del Protocollo d'Intesa che l'Azienda intende firmare con l'Università degli Studi di Foggia e la Regione Puglia avente come oggetto la cooperazione didattica e lo svolgimento di attività di comune interesse rivolto agli operatori del Centro di Riabilitazione di Ceglie Messapica, di cui all'allegato A parte integrante e sostanziale della presente deliberazione, i cui oneri sono a carico della ASL BR;

6. di prendere atto dell'autorizzazione concessa dal Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale all'istituzione della UOC NEURORIABILITAZIONE (COD. 75), della UOC MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA (COD. 56) nonché della UOSD UNITA' SPINALE (COD. 28) presso il Centro di Riabilitazione di Ceglie Messapica;
7. di dare mandato all'Assessore alla Sanità e Benessere animale e Sport per tutti di procedere alla sottoscrizione del Protocollo d'Intesa tra l'Università degli Studi di Foggia, la Regione Puglia e la Asl di Brindisi, avente come oggetto la cooperazione didattica e lo svolgimento di attività di comune interesse rivolto agli operatori del Centro di Riabilitazione di Ceglie Messapica;
8. di notificare il presente provvedimento a cura della Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie alla Direzione Generale della ASL di Brindisi e all'Università degli Studi di Foggia;
9. di pubblicare il presente provvedimento nel Bollettino Ufficiale della Regione Puglia, ai sensi della L.R.15 giugno 2023, n.18.

Il Segretario Generale della Giunta

NICOLA PALADINO

Il Presidente della Giunta

RAFFAELE PIEMONTESE

DOCUMENTO ISTRUTTORIO**Oggetto: Legge Regionale n. 21 del 30.05.2024. Centro di Riabilitazione di Ceglie Messapica.****Diposizioni attuative****Visti:**

- la Legge n. 241/1990 recante “Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi” e ss.mm.ii.;
- il D.Lgs. n. 36/2023 recante il codice dei contratti pubblici;
- il D.Lgs. n. 165/2001 recante “Norme generali sull’ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche” e ss. mm. ii.;
- il Decreto legislativo n. 118 del 23 giugno 2011, come integrato dal D. Lgs. 10 agosto 2014, n. 126, contenente le disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili delle Regioni, degli Enti Locali e dei loro organismi, a norma degli artt. 1 e 2 della legge 5 maggio 2009 n. 42 e ss.mm.ii;
- il D.Lgs. n. 33/2013 recante “*Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni*”;
- la legge n. 190/2012 recante “*Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione*”;

Richiamati:

- la Legge n. 241/1990 recante “Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi” e ss.mm.ii.;
- il D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i., all’art. 2, co. 1, attribuisce alle Regioni l’esercizio delle funzioni legislative ed amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera, nel rispetto dei principi stabiliti dalle leggi nazionali;
- il D.Lgs. n. 165/2001 recante “Norme generali sull’ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche” e ss. mm. ii.; il D.Lgs. n. 33/2013 recante “*Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni*”;
- la legge n. 190/2012 recante “*Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione*”;
- il Decreto ministeriale 2 aprile 2015, n. 70 con cui è stato definito il “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”, acquisita l’intesa in sede di Conferenza Stato – Regioni (Rep. Atti n. 198/CSR del 13 gennaio 2015);
- il Decreto Ministeriale 12 marzo 2019 “Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell’assistenza sanitaria”;

- la Legge Regionale 3 agosto 2006, n. 25 "Principi e organizzazione del Servizio sanitario regionale";
- il Regolamento regionale 22 novembre 2019, n. 23, con il quale la Regione Puglia ha approvato il "Riordino ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del D.M. n° 70/2015 e delle Leggi di Stabilità 2016/2017", dopo aver acquisito il parere favorevole da parte del Ministero della Salute;
- il Regolamento Regionale 20 agosto 2020, n. 14 recante: "Potenziamento della rete ospedaliera, ai sensi dell'art. 2 del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34. Modifica e integrazione del Regolamento regionale n. 23/2019";
- la deliberazione di Giunta regionale n. 1384 del 03/10/2024 avente ad oggetto "Approvazione definitiva Regolamento Regionale "Aggiornamento della Rete ospedaliera ai sensi del D.M. n. 70/2015– Approvazione Schema di Regolamento avente ad oggetto "Modifica e integrazione del Regolamento regionale n. 23/2019 e del R.R. n. 14/2020"". Modifica ed integrazione deliberazione di Giunta regionale n. 1119 del 31/07/2024";
- Il Regolamento Regionale 31 ottobre 2024, n. 8 recante "Modifica e integrazione del Regolamento regionale n. 23/2019 e del R.R. n. 14/2020";
- Il Regolamento regionale 18 novembre 2019, n. 22 ad oggetto "Regolamento regionale sulle prestazioni ambulatoriali erogate dai Presidi territoriali di recupero e riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche, sensoriali o miste - Modifica al regolamento regionale 16 aprile 2015, n. 12";
- la D.G.R. 15 settembre 2021, n. 1466 recante l'approvazione della Strategia regionale per la parità di genere, denominata "Agenda di Genere";
- la D.G.R. 26 settembre 2024, n. 1295 recante "Valutazione di Impatto di Genere (VIG).Approvazione indirizzi metodologico-operativi e avvio fase strutturale";
- la L.R. n. 42 del 31/12/2024 "Disposizioni per la formazione del bilancio di previsione 2025 e bilancio pluriennale 2025–2027 della Regione Puglia (legge di stabilità regionale 2025)";
- la L.R. n. 43 del 31/12/2024 "Bilancio di previsione della Regione Puglia per l'esercizio finanziario 2025 e bilancio pluriennale 2025–2027";
- la D.G.R. n. 26 del 20/01/2025 "Bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2025 e pluriennale 2025–2027. Art. 39, comma 10, del decreto legislativo 23 giugno 2011, n.118. Documento tecnico di accompagnamento e Bilancio Finanziario Gestionale. Approvazione"

PREMESSO CHE:

- la Legge Regionale n. 21 del 30.05.2024 avente oggetto "Istituzione del Centro regionale di riabilitazione pubblica ospedaliera di Ceglie Messapica (CRRIPOCeM)" ha previsto il passaggio alla gestione interamente pubblica del Centro di Riabilitazione di pari denominazione incardinato nell'organizzazione funzionale della Asl Brindisi, corredato da tutte le unità operative e relativi day-hospital per tutti i livelli delle attività riabilitative;

- la DGR 1384 del 03.10.2024 di aggiornamento della Rete Ospedaliera ai sensi del D.M. 70/2015 ha previsto, per il Centro di Riabilitazione di Ceglie Messapica, l'assegnazione dei seguenti posti letto: n. 40 posti letto di Neuroriabilitazione (cod. 75), n. 45 posti letto di Recupero e Riabilitazione (cod. 56), n. 20 posti letto di Unità Spinale (cod. 28), oltre che il servizio senza posti letto di "Direzione Sanitaria di Presidio";
- il Regolamento Regionale n. 6 del 04.03.2013 ha introdotto e disciplinato il Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione, quale articolazione organizzativa che garantisce il coordinamento di tutte le attività ambulatoriali e residenziali delle strutture pubbliche ospedaliere e territoriali.

PRESO ATTO CHE:

- con il Regolamento Regionale n. 8 del 31/10/2024 avente ad oggetto "Modifica e integrazione del Regolamento Regionale n. 23/2019 e R.R. n. 14/2020" è stato aggiornato il piano ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del DM n. 70/2015;
- l'offerta assistenziale del Presidio Ospedaliero di Ceglie Messapica, afferente alla ASL di Brindisi, si sostanzia in un totale di 105 posti letto di riabilitazione come di seguito suddivisi:
 - numero 40 posti letto codice 75 – Neuroriabilitazione;
 - numero 45 posti letto codice 56 – Recupero e Riabilitazione;
 - numero 20 posti letto codice 28 – Unità spinale.
- la ASL BR è stata autorizzata ad implementare l'offerta di prestazioni riabilitative mediante attivazione di n. 1 Nucleo di riabilitazione ambulatoriale per l'età evolutiva ai sensi del R.R. n. 22/2019 presso il Centro di Riabilitazione di Ceglie Messapica;
- l'art. 1 del R.R. 22/2019 prevede: *"Il Nucleo di riabilitazione ambulatoriale eroga prestazioni di riabilitazione ad utenti affetti da menomazioni e/o disabilità importanti, spesso multiple, con possibili esiti permanenti, elevato grado di disabilità nelle ADL che richiedono un team multi professionale (almeno 3 tipologie di professionisti della riabilitazione, compreso il medico specialista in riabilitazione o in NPIA) che effettui una presa in carico omnicomprensiva nel lungo termine mediante un Progetto Riabilitativo Individuale in caso di adulto, o un Programma Terapeutico e Abilitativo/Riabilitativo personalizzato nel caso di soggetti in età evolutiva, che preveda molteplici programmi terapeutici, con una durata complessiva dei trattamenti giornalieri di almeno 90 minuti. Per disabilità complessa s'intende la disabilità con alterazione di più funzioni secondarie a lesioni del SNC, a polineuropatie gravi, a traumi fratturativi interessanti almeno due arti o un arto e la colonna vertebrale, a patologia reumatica infiammatoria cronica non degenerativa (AR, connettiviti), a patologia oncologica. La riabilitazione ambulatoriale viene prescritta, erogata e retribuita per giornata di assistenza. Tutte le prestazioni riabilitative ambulatoriali erogate allo stesso paziente nell'arco della medesima giornata*

costituiscono un'unica prestazione riabilitativa ambulatoriale (n. 1 accesso). In nessun caso al paziente può essere attribuito più di n. 1 accesso/pro die."

TENUTO CONTO CHE:

- con nota prot. n. 0013717 del 06.02.2025 acquisita al protocollo dell'Ente al n. 0065226 del 13.02.2025, il Direttore Generale della ASL BR ha rappresentato la necessità di essere autorizzati ad istituire n. 3 Unità Operative, a stralcio rispetto all'adozione dell'atto Aziendale, in ragione della necessità di definire l'assetto strutturale del Centro di Riabilitazione di Ceglie Messapica e precisamente di istituire la UOC di Neuroriabilitazione (cod. 75), la UOC di Medicina Fisica e Riabilitativa (cod. 56) e la UOSV Unità Spinale (cod. 28);
- con nota prot. 0093369 del 02.02.2025 il Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale ha autorizzato l'istituzione della UOC di Neuroriabilitazione (cod. 75), della UOC di Medicina Fisica e Riabilitativa (cod. 56) e della UOSV Unità Spinale (cod. 28);
- con Deliberazione del Direttore Generale n. 490 del 21.02.2025 sono state istituite le Unità Operative:
 - UOC NEURORIABILITAZIONE (COD. 75)
 - UOC MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA (COD. 56)
 - UOSD UNITA' SPINALE (COD. 28)

presso il Centro di Riabilitazione di Ceglie Messapica, articolazione funzionale del P.O. Perrino nel rispetto degli standard previsti dal D.M. 70/2015 e dei parametri previsti dalla DGR 1603/2018 per l'istituzione delle strutture organizzative aziendali.

CONSIDERATO CHE:

con deliberazione DG n. 388 del 14/02/2025, l'ASL BR ha proceduto all'adozione del rispettivo Piano Triennale del Fabbisogno di Personale (PTFP) 2023-2025, nel quale è definito il fabbisogno di personale necessario per le attività del Centro regionale di riabilitazione pubblica ospedaliera di Ceglie Messapica, comprensivo del Centro Ambulatoriale di Riabilitazione per l'età evolutiva ex RR n. 22/2019, come riportato nell'Allegato B) al presente provvedimento quale sua parte integrante e sostanziale.

PRESO ATTO CHE:

- con nota prot. n. 0041809 del 17.04.2025 il Direttore Generale ASL BR ha inviato la bozza di Protocollo d'Intesa che l'Azienda Sanitaria di Brindisi intende firmare con l'Università degli Studi di Foggia e la Regione Puglia avente come oggetto la cooperazione didattica e lo svolgimento di attività di comune interesse rivolto agli operatori del Centro di Riabilitazione di Ceglie Messapica;
- oggetto del citato protocollo d'Intesa è il seguente: *"L'Ente, al fine di potenziare le conoscenze e le competenze nell'ambito della riabilitazione delle patologie neurologiche, dell'apparato osteoarticolare e cardiorespiratorio del personale medico, infermieristico, fisioterapico e*

logopedico, nonché delle altre figure professionali operanti presso la propria struttura sanitaria mediante l'organizzazione di uno specifico percorso formativo, propone all'Università degli Studi di Foggia – Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche - che accetta, una collaborazione avente ad oggetto lo svolgimento di attività di aggiornamento formativo e collaborazione scientifica presso il proprio Centro di Riabilitazione di Ceglie Messapica. Tale collaborazione prevede l'organizzazione di uno specifico percorso formativo nell'ambito della riabilitazione delle patologie neurologiche, dell'apparato osteoarticolare e cardiorespiratorio, rivolto al personale medico, infermieristico, fisioterapico e logopedico nonché delle altre figure professionali operanti presso la struttura sanitaria dell'Ente, che si articolerà così come sinteticamente di seguito riportato:

- incontri finalizzati allo sviluppo di percorsi assistenziali riabilitativi;
- incontri finalizzati allo sviluppo di servizi in ambito riabilitativo da attivare presso il centro di riabilitazione di Ceglie Messapica;
- incontri finalizzati all'analisi delle tecnologie più innovative da acquisire presso il centro di riabilitazione di Ceglie Messapica;
- lezioni (anche in videocollegamento) su:
 - Impiego della tecnologia robotizzata nelle patologie del sistema nervoso centrale;
 - Impiego delle terapie farmacologiche per il trattamento della spasticità;
 - Nuove tecniche riabilitative nelle patologie del sistema nervoso centrale e periferico;
 - Impiego delle terapie fisiche innovative;
- progetti di ricerca;
- raccolta dati sulle misure di outcomes riabilitative finalizzata a pubblicazioni scientifiche.

Le prestazioni oggetto del presente contratto saranno espletate mediante accessi nella struttura ed incontri in videoconferenza, d'intesa con la Direzione Sanitaria dell'Ente.

- Il Responsabile scientifico e coordinatore delle attività formative viene individuato dall'Università nella persona del prof. Andrea Santamato, professore ordinario per il s.s.d. MEDS-19/B – “Medicina Fisica e Riabilitativa; mentre la ASL BR designa quale coordinatore e referente aziendale il dott. Andrea Molino;
- La ASL BR si impegna a versare all'Università, a titolo di corrispettivo per le attività oggetto del Protocollo di Intesa di che trattasi, la somma di € 40.000,00 (euro quarantamila/00) annui;
- La durata del progetto è di 24 mesi a decorrere dalla sottoscrizione del Protocollo di Intesa con eventuale proroga da concordarsi espressamente previa motivata richiesta da una delle parti;
- *Nell'ambito del progetto, relativo a tutte le attività programmate e autorizzate per il Centro di riabilitazione di Ceglie Messapica, s'intende anche l'attività didattica e consulenziale su percorsi clinici, tecnologie e organizzazione, per avviare a livelli d'eccellenza il costruendo (in fase avanzata) Centro risvegli.”*

CONSIDERATO, ALTRESÌ, CHE:

- La Regione Puglia intende proseguire il percorso di completamento e rinnovamento della riabilitazione garantendo più elevati standard del servizio per offrire un miglior risultato in termini di recupero e rieducazione funzionale dei pazienti, al fine di potenziare il grado di soddisfazione delle prestazioni sanitarie richieste dal territorio regionale.
- La riabilitazione svolge una funzione fondamentale nel recupero o miglioramento della funzionalità fisica, sociale e psicologica del paziente, favorendone un miglioramento della qualità

della vita, anche in termini di svolgimento delle attività lavorative e partecipazione alle attività sociali.

- La realizzazione del Centro di Riabilitazione pubblica di Ceglie Messapica riveste un'importanza strategica per la Regione Puglia, poiché consente di rafforzare l'offerta pubblica riabilitativa nel territorio brindisino, garantendo l'erogazione di prestazioni sanitarie di alta qualità in un'ottica di equità, prossimità e sostenibilità. La gestione pubblica del Centro, incardinata nella ASL di Brindisi, rappresenta non solo una garanzia di controllo diretto sulla qualità clinica ed organizzativa, ma determina anche un significativo risparmio per il Servizio Sanitario Regionale, evitando l'acquisto di prestazioni da soggetti privati accreditati a tariffe più elevate.
- Dalle ricognizioni effettuate dalle strutture tecniche della ASL Brindisi è emersa la necessità di un potenziamento della dotazione strutturale e strumentale del Centro, con particolare riferimento agli arredi e alle attrezzature sanitarie, tecnologiche e informatiche, oggi insufficienti rispetto al volume di attività previsto. Contestualmente, si evidenzia l'urgenza di garantire il reclutamento e/o l'assegnazione del personale necessario all'avvio e alla piena operatività delle unità operative istituite.
- La robotica in riabilitazione è un approccio innovativo che utilizza robot e sistemi avanzati per aiutare i pazienti a recuperare le funzioni motorie e cognitive compromesse, spesso a seguito di ictus, lesioni del midollo spinale, paralisi cerebrale, o altre condizioni neurologiche e ortopediche, mediante ricorso a esoscheletri, robot indossabili, sistemi end-effector (che interagiscono con il paziente tramite un punto di contatto) e piattaforme interattive che permettono di eseguire esercizi mirati e ripetitivi.
- Le tecnologie assistive per l'autismo includono una varietà di strumenti e software progettati per supportare la comunicazione, l'interazione sociale, l'apprendimento e l'organizzazione nelle persone con disturbi dello spettro autistico. Questi strumenti possono aiutare a superare le difficoltà legate all'autismo, migliorare le capacità di comunicazione e promuovere l'autonomia.
- Alla luce di quanto sopra, si rende imprescindibile assicurare la copertura finanziaria specifica per l'acquisizione delle dotazioni materiali e il supporto alle esigenze organizzative, così da rendere tempestivamente fruibili i servizi riabilitativi in coerenza con gli standard di qualità e sicurezza previsti dalla normativa vigente e con i fabbisogni assistenziali della popolazione regionale.
- il PR Puglia, all'obiettivo RSO4.5 sostiene la parità di accesso all'assistenza sanitaria e promuove la resilienza dei sistemi sanitari, compresa l'assistenza sanitaria di base, come anche il passaggio dell'assistenza istituzionale a quella su base familiare e sul territorio. In particolare, l'azione 8.6 supporta un maggiore accesso a segmenti sempre più ampi oltre a migliorare la capacità dei sistemi sanitari. L'azione mira a offrire servizi di qualità alla popolazione e supporta tecnologie digitali, che hanno tutto il potenziale per rivoluzionare il modo di interagire con il servizio sanitario pubblico.

Pertanto, ai fini di potenziare l'attività di riabilitazione del Centro di Riabilitazione di Ceglie Messapica, si dispone di rintracciare le risorse necessarie per la quota investimenti a valere sul PR Puglia 2021-2027 Asse prioritario VIII Welfare e salute Azione 8.6.

Garanzie di riservatezza

“La pubblicazione sul BURP, nonché la pubblicazione all'Albo o sul sito istituzionale, salve le garanzie previste dalla legge 241/1990 in tema di accesso ai documenti amministrativi, avviene nel rispetto della tutela della riservatezza dei cittadini secondo quanto disposto dal Regolamento UE n. 2016/679 in materia di protezione dei dati personali, nonché dal D.Lgs. 196/2003 ss.mm.ii., ed ai sensi del vigente Regolamento regionale 5/2006 per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari, in quanto applicabile. Ai fini della pubblicità legale, il presente provvedimento è stato redatto in modo da evitare la diffusione di dati personali identificativi non necessari ovvero il riferimento alle particolari categorie di dati previste dagli articoli 9 e 10 del succitato Regolamento UE.”.

Esiti Valutazione di impatto di genere: Neutro.

COPERTURA FINANZIARIA AI SENSI DEL D.LGS. 118/2011 E SS.MM.II.

La presente deliberazione non comporta implicazioni, dirette e/o indirette, di natura economico-finanziaria e/o patrimoniale e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del Bilancio regionale.

Tutto ciò premesso, ai sensi dell'art. 4, comma 4, lett. d), lett. k) della Legge Regionale n. 7/1997 e dell'art. 44 comma 4 lett. a) della Legge Regionale n.7/2004, si propone alla Giunta regionale:

1. di prendere atto di quanto esposto in narrativa;
2. di dare mandato alla Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie di avviare una procedura di selezione per interventi di riabilitazione e teleriabilitazione a valere sull'azione 8.6 del PR FESR/FSE+ 2021/2027;
3. di stabilire che potranno partecipare alla selezione degli interventi esclusivamente le Aziende Sanitarie Pubbliche;
4. di approvare, a stralcio dell'approvazione del PTFP ASL BR 2023-2025, le assunzioni di cui all'Allegato B) al presente provvedimento quale sua parte integrante e sostanziale, fermo restando il vincolo del tetto di spesa assegnato con la deliberazione di Giunta regionale n. 1876 del 23/12/2024;
5. di prendere atto del Protocollo d'Intesa che l'Azienda intende firmare con l'Università degli Studi di Foggia e la Regione Puglia avente come oggetto la cooperazione didattica e lo svolgimento di attività di comune interesse rivolto agli operatori del Centro di Riabilitazione di Ceglie Messapica, di cui all'allegato A parte integrante e sostanziale della presente deliberazione, i cui oneri sono a carico della ASL BR;

6. di prendere atto dell'autorizzazione concessa dal Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale all'istituzione della UOC NEURORIABILITAZIONE (COD. 75), della UOC MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA (COD. 56) nonché della UOSD UNITA' SPINALE (COD. 28) presso il Centro di Riabilitazione di Ceglie Messapica;
7. di dare mandato all'Assessore alla Sanità e Benessere animale e Sport per tutti di procedere alla sottoscrizione del Protocollo d'Intesa tra l'Università degli Studi di Foggia, la Regione Puglia e la Asl di Brindisi, avente come oggetto la cooperazione didattica e lo svolgimento di attività di comune interesse rivolto agli operatori del Centro di Riabilitazione di Ceglie Messapica;
8. di notificare il presente provvedimento a cura della Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie alla Direzione Generale della ASL di Brindisi e all'Università degli Studi di Foggia;
9. di pubblicare il presente provvedimento nel Bollettino Ufficiale della Regione Puglia, ai sensi della L.R.15 giugno 2023, n.18.

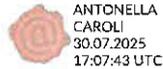
I sottoscritti attestano la regolarità amministrativa dell'attività istruttoria e della proposta, ai sensi dell'art. 6, co. 3, lett. da *a*) ad *e*) delle Linee guida sul "Sistema dei controlli interni nella Regione Puglia", adottate con D.G.R. 23 luglio 2019, n. 1374.

La Responsabile E.Q.:

Daniela Pizzuto

**La Dirigente di Servizio:**

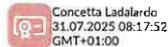
Antonella Caroli

**La Dirigente di Servizio:**

Elena Memeo

**La DIRIGENTE di Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie:**

Concetta Ladalardo

**Il Dirigente della Sezione Strategia e Governo dell'Offerta**

Mauro Nicastro



Il Direttore del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale e il Direttore del Dipartimento Bilancio Affari Generali ed Infrastrutture ai sensi degli artt. 18 e 20 del Decreto del Presidente della Giunta regionale 22 gennaio 2021, n. 22 e ss.mm.ii., NON RAVVISANO la necessità di esprimere osservazioni alla presente proposta di D.G.R. .

Il Direttore del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale

Vito Montanaro



L'Assessore alla Sanità e Benessere animale, Sport per tutti, Vicepresidente Raffaele Piemontese, ai sensi del vigente Regolamento della Giunta regionale,

propone

alla Giunta regionale l'adozione del presente atto.

Assessore alla Sanità e Benessere animale, Sport per tutti, Vicepresidente

Raffaele Piemontese





Mauro
Nicastro
08.08.2025
09:29:20
GMT+02:00

Protocollo di intesa

Tra

Università degli Studi di Foggia (C.F. 94045260711 - P. I.V.A. 03016180717) nel prosieguo del presente atto denominato semplicemente "Università", con sede legale in Foggia - Via Gramsci, 89/91 rappresentato dal Rettore pro-tempore Prof. Lorenzo Lo Muzio, [REDACTED] domiciliato per la carica presso la sede legale dell'Università autorizzato con delibera del Consiglio di Amministrazione resa nella riunione del _____

e

La ASL Brindisi, con sede legale e amministrativa in Brindisi - Casale, 72100, alla Via Napoli n. 8 (di seguito, per brevità, anche indicata come "Ente"), rappresentata dal Dott. Maurizio De Nuccio, [REDACTED], nella sua qualità di Direttore Generale e legale rappresentante ivi domiciliato per la carica - C. F. e P.IVA n° 01647800745

e

REGIONE PUGLIA con sede legale in Bari - LUNGOMARE NAZARIO SAURO 31/33 - Partita IVA: 01105250722 - Codice Fiscale: 80017210727 rappresentata dall'Assessore alla Sanità e Benessere animale, Sport per Tutti avv. Raffaele Piemontese

Di seguito indicati congiuntamente come "parti"

	VISTI	
	a) il Regolamento di ateneo per la gestione delle attività di autofinanziamento;	
	b) l'articolo 4 dello Statuto dell'Università di Foggia, ai sensi del quale l'Ateneo, per il perseguimento dei propri fini istituzionali, può stabilire rapporti con enti pubblici e privati italiani attraverso contratti e convenzioni per ogni forma di cooperazione didattica e comunque per lo svolgimento di attività di comune interesse.	
	c) l'articolo 1 comma 2 della Legge Regionale n. 21 del 30/05/2024, ai sensi del quale la ASL di Brindisi può avvalersi nella gestione sanitaria del Centro regionale pubblico di riabilitazione ospedaliera di Ceglie Messapica e previa sottoscrizione di protocollo d'intesa, di altre Aziende ospedaliere universitarie o ASL della Regione.	
	TUTTO CIO' PREMESSO, SI CONVIENE E STIPULA QUANTO SEGUE	
	Articolo 1 - Premesse	
	Le premesse al presente contratto costituiscono parte integrante e sostanziale della stessa.	
	Articolo 2 - Oggetto	
	L'Ente, al fine di potenziare le conoscenze e le competenze nell'ambito della riabilitazione delle patologie neurologiche, dell'apparato osteoarticolare e cardiorespiratorio del personale medico, infermieristico, fisioterapico e logopedico,	

	nonché delle altre figure professionali operanti presso la	
	propria struttura sanitaria mediante l'organizzazione di uno	
	specifico percorso formativo, propone all'Università degli	
	Studi di Foggia - Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche	
	- che accetta, una collaborazione avente ad oggetto lo	
	svolgimento di attività di aggiornamento formativo e	
	collaborazione scientifica presso il proprio Centro di	
	Riabilitazione di Ceglie Messapica. Tale collaborazione prevede	
	l'organizzazione di uno specifico percorso formativo	
	nell'ambito della riabilitazione delle patologie neurologiche,	
	dell'apparato osteoarticolare e cardiorespiratorio, rivolto al	
	personale medico, infermieristico, fisioterapico e logopedico	
	nonché delle altre figure professionali operanti presso la	
	struttura sanitaria dell'Ente, che si articolerà così come	
	sinteticamente di seguito riportato:	
	- incontri finalizzati allo sviluppo di percorsi assistenziali	
	riabilitativi;	
	- incontri finalizzati allo sviluppo di servizi in ambito	
	riabilitativo da attivare presso il centro di riabilitazione di	
	Ceglie Messapica;	
	- incontri finalizzati all'analisi delle tecnologie più	
	innovative da acquisire presso il centro di riabilitazione di	
	Ceglie Messapica;	
	- lezioni (anche in videocollegamento) su:	

	<ul style="list-style-type: none"> • Impiego della tecnologia robotizzata nelle patologie del sistema nervoso centrale; 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Impiego delle terapie farmacologiche per il trattamento della spasticità; 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Nuove tecniche riabilitative nelle patologie del sistema nervoso centrale e periferico; 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Impiego delle terapie fisiche innovative; 	
	- progetti di ricerca;	
	- raccolta dati sulle misure di outcomes riabilitative finalizzata a pubblicazioni scientifiche.	
	Le prestazioni oggetto del presente contratto saranno espletate mediante accessi nella struttura ed incontri in videoconferenza, d'intesa con la Direzione Sanitaria dell'Ente.	
	Articolo 3 - Responsabile scientifico e referente aziendale	
	L'Università individua quale responsabile scientifico e coordinatore delle attività formative, nel prosieguo del presente atto denominato "responsabile della prestazione", il prof. Andrea Santamato, professore ordinario per il s.s.d. MEDS-19/B - "Medicina Fisica e Riabilitativa". L'Ente designa quale coordinatore e referente aziendale il dott. Andrea Molino che avrà la funzione di cooperare con il prof. Santamato alla realizzazione del progetto nelle sue diverse fasi. In particolare il Dott. Molino si occuperà di:	
	- intrattenere rapporti direttamente con il responsabile del	

	progetto offrendo tutto il supporto necessario per la buona	
	riuscita dei programmi formativi e ottemperando ad ogni loro	
	esigenza;	
	- intrattenere rapporti con il personale amministrativo del	
	Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche cui afferisce il	
	prof. Andrea Santamato.	
	Articolo 4 - Durata e rinnovo	
	L'attività stabilita si svolgerà per la durata di 24 mesi a	
	decorrere dalla data di sottoscrizione reciproca del contratto	
	attestata dal numero di registrazione del presente documento	
	nel repertorio contratti del Dipartimento e si intenderà	
	tacitamente risolto alla scadenza. L'eventuale proroga del	
	contratto dovrà essere concordata previa motivata richiesta	
	scritta di una delle parti da spedire all'altra parte a mezzo	
	PEC almeno due mesi prima della scadenza. Trascorsi gg trenta	
	dalla data di spedizione della PEC il silenzio della controparte	
	acquisterà valore di assenso alla proroga del contratto per il	
	periodo e secondo i termini e le condizioni poste dalla parte	
	che propone la proroga stessa. A tale riguardo si fa presente	
	che l'indirizzo PEC del Dipartimento è il seguente:	
	dipartimentoscienzemediche@cert.unifg.it.	
	Articolo 5 - Impegno economico	
	L'Ente si impegna a versare all'Università, a titolo di	
	corrispettivo per le attività oggetto del presente contratto,	

	la somma di € 40.000,00 (euro quarantamila/00) annui, esente	
	I.V.A. ex articolo art. 10, n. 20, D.P.R. n. 633/72, per	
	l'effettuazione delle attività indicate nell'art.2 del presente	
	protocollo. Tale somma sarà erogata con la seguente modalità: €	
	20.000 (euro ventimila/00) ogni sei mesi, nel corso dei 24 mesi.	
	Il Dipartimento provvederà ad emettere regolari fatture	
	elettroniche intestate a (indicare la sede legale e le	
	informazioni anagrafiche per l'intestazione della fattura):	
	ASL BRINDISI	
	Via Napoli, 8	
	72100 Brindisi	
	C.F. E P. IVA 01647800745	
	CODICE SDI PER FATTURAZIONE ELETTRONICA: JBYB66	
	INDIRIZZO PEC: protocollo.asl.brindisi@pec.rupar.puglia.it	
	L'Ente, a fonte dell'emissione delle fatture elettroniche da	
	parte del Dipartimento, effettuerà il versamento mediante	
	bonifico sul conto di tesoreria unica della Banca d'Italia,	
	intestato all'Università degli studi di Foggia, utilizzando il	
	seguente IBAN: IT73 U010 0004 306T U000 0027 171.	
	Articolo 6 - Variazione del programma formativo	
	Qualora durante l'esecuzione delle attività previste	
	nell'ambito del presente contratto e delle relative prestazioni	
	emerge la necessità di operare una variazione del programma	
	stesso, tale modifica deve essere concordata fra le parti	

	mediante scambio di corrispondenza. Le ragioni della necessità	
	della variazione devono risultare dallo scambio	
	sopramenzionato.	
	Articolo 7 - Accesso alle strutture ed utilizzo di	
	attrezzature	
	1. L'Ente si impegna a fornire all'Università e ai suoi	
	collaboratori l'assistenza necessaria per condurre le attività	
	formative.	
	2. Qualora sia necessario, l'Ente consente al personale	
	dell'Università incaricato dello svolgimento delle attività	
	formative l'accesso alle proprie strutture individuate di volta	
	in volta, nonché l'utilizzo eventuale di proprie attrezzature,	
	nel rispetto delle disposizioni di legge e dei regolamenti	
	vigenti nelle stesse, in conformità e osservanza delle norme di	
	protezione, di sicurezza e sanitarie ivi applicate.	
	3. Il personale di ciascuna delle parti contraenti che, in virtù	
	del presente contratto, ha accesso alle strutture e alle	
	apparecchiature dell'altra parte, è responsabile dei danni	
	causati alle apparecchiature stesse e a terzi.	
	4. Le parti garantiscono copertura assicurativa al proprio	
	personale relativamente agli infortuni e per i danni ad essi	
	imputati secondo le regole di responsabilità civile.	
	Art. 8 - Tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di	
	lavoro	

	1. Al fine di garantire la tutela della salute e la sicurezza	
	del personale coinvolto nelle attività di cui al presente	
	Accordo, le Parti si impegnano, ciascuna per quanto di propria	
	competenza, a rispettare gli obblighi previsti in materia dal	
	D. Lgs. n. 81 del 09/04/2008 e s.m.i.	
	2. Le Parti sono responsabili per l'attuazione, nei locali e	
	laboratori di propria pertinenza, delle misure di prevenzione e	
	tutela della salute e della sicurezza sul luogo di lavoro,	
	secondo quanto previsto dal D. Lgs. n. 81 del 09/04/2008 e	
	s.m.i.	
	3. Ai fini dell'applicazione delle disposizioni vigenti in	
	materia di prevenzione, protezione e igiene nei luoghi di	
	lavoro, i Datori di lavoro di entrambe le Parti si impegnano a	
	fornire ai propri lavoratori esaustiva formazione in materia di	
	salute e sicurezza nei luoghi di lavoro e sorveglianza sanitaria	
	adeguata in relazione a tutti i rischi ai quali i lavoratori	
	sono esposti.	
	4. L'Ente si impegna a garantire la rispondenza dei propri	
	locali, spazi ed attrezzature, messi a disposizione per lo	
	svolgimento delle attività previste dall'Accordo alle vigenti	
	normative in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro.	
	Art. 9 - Utilizzazione e pubblicazione dei risultati	
	Il Dipartimento e l'Ente considerano riservato il programma di	
	attività e reciprocamente si impegnano, usando la migliore	

	diligenza, ad osservare e a far osservare ai loro rispettivi	
	collaboratori il segreto per quanto riguarda fatti,	
	informazioni, cognizioni, documenti. Salvo specifici accordi	
	scritti tra le parti, è escluso l'utilizzo diretto del nome e/o	
	del logo dell'Università per scopi pubblicitari.	
	Il Responsabile Scientifico individuato dal Dipartimento, prof.	
	Andrea Santamato, consegnerà all'Ente al termine dell'attività	
	o, comunque, nei tempi e con le modalità riportate nel	
	programma, apposita relazione tecnica e saranno di proprietà	
	esclusiva della ASL Brindisi. Le pubblicazioni e le diffusioni	
	dei risultati parziali o finali delle attività oggetto del	
	presente contratto potranno avvenire, con l'indicazione dei	
	soggetti che hanno condotto lo studio e di quelli che lo hanno	
	finanziato, solo previo consenso delle parti.	
	Articolo 10 - Utilizzo dei segni distintivi delle parti	
	1. Il presente contratto non conferisce alle parti alcun diritto	
	di utilizzare alcun segno distintivo dell'altra Parte.	
	Articolo 11 - Riservatezza	
	1. Le Parti si impegnano a segnalare, di volta in volta, le	
	informazioni da considerarsi confidenziali scambiate in	
	esecuzione del presente Accordo, la cui eventuale divulgazione	
	dovrà essere autorizzata per iscritto.	
	2. Le Parti si impegnano pertanto per tutta la durata del	
	presente Accordo e per un periodo ulteriore di anni 5 (cinque)	

	a:	
	a) non rivelare a terzi, né in tutto né in parte,	
	direttamente o indirettamente, in qualsivoglia forma,	
	qualsiasi informazione confidenziale trasmessa loro	
	dall'altra parte;	
	b) non utilizzare né in tutto né in parte, direttamente o	
	indirettamente, qualsiasi informazione confidenziale	
	trasmessa loro dall'altra parte per fini diversi da quanto	
	previsto dal presente accordo;	
	c) ad impiegare ogni mezzo idoneo e a porre in essere ogni e	
	qualsiasi atto o attività ragionevolmente necessari, al	
	fine di garantire che le informazioni confidenziali non	
	siano liberamente accessibili a terzi;	
	d) a non duplicare, copiare, riprodurre, registrare o	
	diversamente rappresentare, salve le necessità che	
	discendano dall'esecuzione del presente contratto, o	
	salvo consenso espresso della parte che ne abbia diritto,	
	con ogni e qualunque mezzo a tali fini idoneo, in tutto o	
	in parte, file, atti, documenti, elenchi, note, disegni,	
	schemi, corrispondenza e/o ogni altro materiale	
	contenente una o più informazioni confidenziali;	
	e) a restituire o distruggere immediatamente, al termine o	
	alla risoluzione del presente contratto, ogni e qualsiasi	
	file, atto, documento, elenco, nota, disegno, schema,	

	lettera ed ogni altro materiale, comprese le loro	
	eventuali copie o riproduzioni, contenenti una o più	
	informazioni confidenziali, sempre che non vi sia un	
	obbligo di legge che ne prescriva la conservazione.	
	3. Le informazioni confidenziali verranno comunicate unicamente	
	a coloro che oggettivamente necessitano di acquisirne conoscenza	
	per gli scopi della presente collaborazione e che abbiano a loro	
	volta previamente assunto un obbligo di riservatezza conforme	
	alle previsioni del presente accordo.	
	4. Le Parti si danno reciprocamente atto che in nessun caso	
	potranno essere considerate informazioni confidenziali:	
	a) quelle informazioni per le quali possa essere fornita	
	prova che al momento della comunicazione siano	
	generalmente note o facilmente accessibili ai terzi;	
	b) le informazioni che, in qualunque momento, divengano di	
	pubblico dominio o comunque liberamente accessibili da	
	parte dei terzi, senza che la parte che ne è venuta a	
	conoscenza abbia violato il presente contratto, a	
	condizione che la loro divulgazione o la loro	
	accessibilità non siano causati da fatto illecito o non	
	siano stati comunque espressamente vietati dalla parte	
	che li abbia comunicati, e a partire dal momento in cui	
	esse divengono effettivamente di pubblico dominio o	
	liberamente accessibili;	

	c) le informazioni che una parte possa dimostrare di essere	
	state in suo legittimo possesso in un momento antecedente	
	a quello in cui gli sono state comunicate dall'altra parte	
	o in cui essa ne sia venuta comunque a conoscenza in virtù	
	dell'attività di ricerca;	
	d) le informazioni che una parte possa dimostrare essere in	
	suo legittimo possesso indipendentemente dal rapporto di	
	collaborazione;	
	e) le informazioni che una parte sia tenuta a comunicare o a	
	rendere accessibili in adempimento di norme di legge o	
	regolamento nonché di un ordine impartito dalla pubblica	
	Autorità.	
	Articolo 12 - Trattamento dei dati	
	1. Le Parti si danno reciprocamente atto di conoscere ed	
	applicare, nell'ambito delle proprie organizzazioni, tutte le	
	norme vigenti, sia primarie che secondarie, rilevanti per la	
	corretta gestione del trattamento, ivi compreso il Regolamento	
	UE 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del	
	27/04/2016 (di seguito "GDPR").	
	2. Le Parti si danno reciprocamente atto, inoltre, che i "dati	
	personali" forniti, anche verbalmente, per l'attività	
	precontrattuale o comunque raccolti in conseguenza e nel corso	
	dell'esecuzione del presente Contratto, verranno trattati	
	esclusivamente per le finalità strettamente connesse	

	all'Accordo ovvero allo svolgimento dell'attività di ricerca e	
	sviluppo, mediante consultazione, elaborazione,	
	interconnessione, raffronto con altri dati e/o ogni ulteriore	
	elaborazione manuale e/o automatizzata e inoltre, per fini	
	statistici, con esclusivo trattamento dei dati in forma anonima,	
	mediante comunicazione a soggetti pubblici, quando ne facciano	
	richiesta per il perseguimento dei propri fini istituzionali,	
	nonché a soggetti privati, quando lo scopo della richiesta sia	
	compatibile con i fini istituzionali dell'Università,	
	consapevoli che il mancato conferimento può comportare la	
	mancata o la parziale esecuzione del Contratto.	
	3. Titolari, per quanto concerne il presente articolo, sono le	
	Parti che impegnano a rispettare tutte le normative rilevanti	
	sulla protezione ed il trattamento dei dati personali loro	
	applicabili in base all'Accordo, compresa l'adozione di misure	
	di sicurezza idonee e adeguate a proteggere i dati personali	
	contro i rischi di distruzione, perdita, anche accidentale, di	
	accesso o modifica non autorizzata dei dati o di trattamento	
	non consentito o non conforme alle finalità connesse all'Accordo	
	4. Le Parti si impegnano alla ottimale cooperazione reciproca	
	nel caso in cui una di esse risulti destinataria di istanze per	
	l'esercizio dei diritti degli interessati previsti	
	dall'articolo 12 e ss. del GDPR ovvero di richieste delle	
	Autorità di controllo che riguardino ambiti di trattamento di	

	competenza dell'altra Parte	
	5. I dati di contatto delle parti ai fini del presente articolo	
	sono i seguenti:	
	<ul style="list-style-type: none">• Per l'Università di Foggia: il Titolare del trattamento	
	dei dati è l'Università di Foggia, con sede in Via	
	Gramsci, n. 89-91, 71122 Foggia, nella persona del	
	Rettore. I dati di contatto del Titolare sono PEC:	
	protocollo@cert.unifg.it, per informazioni e chiarimenti:	
	teamprivacy@unifg.it.; il responsabile della protezione	
	dei dati dell'Università è contattabile a: dpo@unifg.it.	
	<ul style="list-style-type: none">• Per l'Ente: il Titolare del trattamento dei dati è	
	Dott.ssa Sandra Fersini, Dirigente Amministrativo.	
	email: responsabileprotezionedati@asl.brindisi.it	
	6. L'Ente autorizza l'Università a pubblicare sul proprio sito	
	istituzionale notizie riguardanti il presente Contratto tra cui,	
	in via esemplificativa: tema della ricerca, nominativo del	
	committente, valore economico del Contratto.	
	Articolo 13 - Recesso e risoluzione	
	1. Le parti hanno facoltà di recedere dal presente contratto	
	solamente per giustificati motivi o di risolverlo	
	consensualmente. Il recesso deve essere esercitato mediante	
	comunicazione scritta da trasmettere all'altra parte con	
	raccomandata A/R o PEC, con preavviso minimo di trenta giorni.	
	2. Il recesso o la risoluzione consensuale non hanno effetto	

	che per l'avvenire e non incidono sulla parte di contratto già	
	eseguita.	
	3. In caso di recesso ai sensi del comma precedente, l'Ente è	
	obbligato nei confronti dell'Università per le spese sostenute	
	e per quelle impegnate, relative al programma, fino al momento	
	della ricezione della comunicazione di recesso. Le spese	
	sostenute e impegnate debbono essere provate mediante	
	trasmissione della relativa documentazione attestante	
	l'attività svolta.	
	4. In caso di mancato pagamento alle scadenze pattuite,	
	l'Università si riserva il diritto di sospendere l'attività	
	formativa, previa comunicazione all'Ente con lettera	
	raccomandata A/R o PEC.	
	Articolo 14 - Clausola di forza maggiore	
	1. Nessuna delle Parti sarà reciprocamente responsabile per	
	eventuali perdite o danni derivanti da ritardi o inadempienze	
	nell'esecuzione totale o parziale dei propri obblighi	
	contrattuali, qualora tali ritardi o inadempienze derivino da	
	un evento di forza maggiore o ad altri eventi, occorrenze o	
	cause comunque al di fuori del proprio controllo e ad esse non	
	imputabili.	
	2. In particolare, ciascuna Parte potrà sospendere l'esecuzione	
	dei propri obblighi qualora tale esecuzione sia resa impossibile	
	o irragionevolmente onerosa a causa di un evento imprevedibile,	

	indipendente dalla sua volontà quale, a titolo esemplificativo,	
	ma non esaustivo: pandemie, sciopero, boicottaggio, serrata,	
	incendio, guerra (dichiarata o non), guerra civile, sommosse e	
	rivoluzioni, requisizioni, embargo, interruzioni di energia,	
	ritardi nella consegna di componenti o materie prime, terremoti	
	e altre calamità naturali.	
	3. La Parte che desidera avvalersi della presente clausola dovrà	
	comunicare immediatamente, per iscritto o tramite PEC, all'altra	
	Parte il verificarsi e la cessazione delle circostanze di forza	
	maggiore.	
	Articolo 15 - Legge applicabile e controversie	
	1. Il presente contratto è regolato dalla legge italiana. Per	
	tutto quanto non espressamente indicato, restano ferme le	
	disposizioni previste dalle norme vigenti in materia, in quanto	
	compatibili. Le parti, nell'adempimento dei rispettivi obblighi	
	derivanti dal presente contratto, sono tenute a osservare e	
	rispettare quanto previsto dai Codici Etici.	
	2. Ogni controversia concernente l'interpretazione o	
	l'esecuzione del presente contratto è definita amichevolmente	
	tra le parti.	
	3. Ove non sia possibile raggiungere un accordo ai sensi del	
	comma precedente, il foro competente in via esclusiva a dirimere	
	qualunque controversia, inerente la validità,	
	l'interpretazione, l'esecuzione o la risoluzione del contratto,	

	è il foro di Foggia.	
	Articolo 16 - Registrazione e spese	
	1. Il presente accordo è soggetto a registrazione solo in caso	
	d'uso ai sensi dell'art. 5, primo comma D.P.R. 131 del 26/4/1986	
	ed art. 4, Tariffa Parte Seconda allegata al medesimo decreto.	
	2. Il presente contratto è redatto in un unico originale in	
	formato digitale ed è soggetto ad imposta di bollo assolta in	
	modo virtuale dall'Università degli Studi di Foggia	
	autorizzazione dell'Agenzia delle Entrate di Foggia prot. n.	
	7406 del 10/07/2000.	
	Foggia, --/--/---	
	Per l'UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI FOGGIA	
	Il Rettore	
	Prof. Lorenzo Lo Muzio	

	Il Responsabile scientifico	
	Prof. Andrea Santamato	

	Per l'ASL Brindisi	
	Il Direttore Generale	
	Dott. Maurizio De Nuccio	

	Pur essendo le clausole del presente contratto frutto della	
	contrattazione delle parti, le stesse dichiarano, ai sensi e	
	per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 c.c., di approvare	
	espressamente le disposizioni contenute negli articoli 4 (Durata	
	e rinnovo), 5 (Impegno economico), 11 (Riservatezza), 13	
	(Recesso e risoluzione), 14 (Clausola di forza maggiore) e 15	
	(Legge applicabile e Controversie).	
	Per l'UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI FOGGIA	
	Il Rettore	
	Prof. Lorenzo Lo Muzio	

	Il Responsabile scientifico	
	Prof. Andrea Santamato	

	Per l'ASL Brindisi	
	Il Direttore Generale	
	Dott. Maurizio De Nuccio	

Allegato B)

PTFP 2023-2025 ASL BR - STRALCIO FABBISOGNO DI PERSONALE PLESSO CEGLIE MESSAPICA

UNITA' OPERATIVA	PROFILO PROFESSIONALE	DISCIPLINA	FABBISOGNO 2025
NEURORIABILITAZIONE	Direttore Medico	Neurologia	1
NEURORIABILITAZIONE	Dirigente Medico	Medicina Fisica e Riabilitativa	3
NEURORIABILITAZIONE	Dirigente Medico	Neurologia	3
NEURORIABILITAZIONE	Dirigente Sanitario Psicologo	/	1
NEURORIABILITAZIONE	Infermiere	/	31
NEURORIABILITAZIONE	Operatore Socio Sanitario	/	23
NEURORIABILITAZIONE	Tecnico di Neurofisiopatologia	/	2
NEURORIABILITAZIONE	Terapisti occupazionali	/	1
NEURORIABILITAZIONE	Fisioterapista	/	16
NEURORIABILITAZIONE	Logopedista	/	3
NEURORIABILITAZIONE	Assistente Sociale	/	1
RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	Direttore Medico	Medicina Fisica e Riabilitativa	1
RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	Dirigente Medico	Anestesia e Rianimazione	1
RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	Dirigente Medico	Cardiologia	1
RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	Dirigente Medico	Malattie dell'apparato respiratorio	1
RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	Dirigente Medico	Medicina Fisica e Riabilitativa	5
RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	Dirigente Medico	Radiodiagnostica	1
RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	Dirigente Sanitario Psicologo	/	1
RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	Infermiere	/	23
RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	Operatore Socio Sanitario	/	17
RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	Terapisti occupazionali	/	2
RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	Fisioterapista	/	18
RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	Logopedista	/	2
RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	Assistente Sociale	/	1
UNITA' SPINALE	Direttore Medico	Medicina Fisica e Riabilitativa	1
UNITA' SPINALE	Dirigente Medico	Anestesia e Rianimazione	1
UNITA' SPINALE	Dirigente Medico	Malattie dell'apparato respiratorio	1
UNITA' SPINALE	Dirigente Medico	Medicina Fisica e Riabilitativa	3
UNITA' SPINALE	Dirigente Medico	Neurochirurgia	1
UNITA' SPINALE	Dirigente Medico	Neurologia	2
UNITA' SPINALE	Dirigente Medico	Urologo	1
UNITA' SPINALE	Dirigente Sanitario Psicologo	/	1
UNITA' SPINALE	Infermiere	/	15
UNITA' SPINALE	Operatore Socio Sanitario	/	11
UNITA' SPINALE	Terapista occupazionale	/	2
UNITA' SPINALE	Fisioterapista	/	8
UNITA' SPINALE	Logopedista	/	1
UNITA' SPINALE	Assistente Sociale	/	1
UFFICI AMMINISTRATIVI	Dirigente Sanitario Biologo	/	1
UFFICI AMMINISTRATIVI	Educatore Professionale	/	2
UFFICI AMMINISTRATIVI	Tecnico di Laboratorio Biomedico	/	1
UFFICI AMMINISTRATIVI	Tecnico di Radiologia Medica	/	1
UFFICI AMMINISTRATIVI	Ausiliario Specializzato	/	21
UFFICI AMMINISTRATIVI	Operatore Tecnico	/	2
UFFICI AMMINISTRATIVI	Assistente Amministrativo	/	3
UFFICI AMMINISTRATIVI	Coadiutore Amministrativo	/	12
UFFICI AMMINISTRATIVI	Collaboratore Amministrativo	/	1
Totale complessivo			252

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 12 settembre 2025, n. 1312

Preso d'atto e approvazione dell'Atto Aziendale della ASL BT ai sensi dell'art. 19, comma 10 della Legge regionale 25/02/2010, n. 4.

LA GIUNTA REGIONALE

VISTI:

- gli artt. 4, 5 e 6 della L.R. 4 febbraio 1997, n. 7;
- la Deliberazione della Giunta Regionale n. 3261 del 28 luglio 1998;
- gli artt. 4 e 16 del D.lgs. n. 165 del 30.03.2001 e ss.mm.ii.;
- gli artt. 43 e 44 dello Statuto della Regione Puglia;
- il Decreto del Presidente della Giunta regionale 22 gennaio 2021, n. 22 e ss.mm.ii., recante l'Atto di Alta Organizzazione "M.A.I.A. 2.0";
- il Regolamento interno di questa Giunta;

VISTO il documento istruttorio del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale, Sezione Strategie e Governo dell'offerta e Servizio Strategie e Governo dell'assistenza Territoriale – Rapporti Istituzionali e Capitale Umano SSR, concernente l'argomento in oggetto e la conseguente proposta del Vicepresidente della Giunta Regionale con delega alla Sanità e Benessere Animale, Sport per Tutti.

PRESO ATTO

- a) delle sottoscrizioni dei responsabili della struttura amministrativa competente, ai fini dell'attestazione della regolarità amministrativa dell'attività istruttoria e della proposta, ai sensi dell'art. 6, co. 8 delle Linee guida sul "Sistema dei controlli interni nella Regione Puglia", adottate con D.G.R. 23 luglio 2019, n. 1374;
- b) della dichiarazione del Direttore di Dipartimento, in merito a eventuali osservazioni sulla proposta di deliberazione, ai sensi degli artt. 18 e 20 del Decreto del Presidente della Giunta regionale 22 gennaio 2021, n. 22 e ss.mm.ii.;

Con voto favorevole espresso all'unanimità dei presenti e per le motivazioni contenute nel documento istruttorio che è parte integrante e sostanziale della presente deliberazione.

DELIBERA

1. di prendere atto di quanto esposto in narrativa e che qui si intende integralmente trascritto;
2. di approvare l'atto aziendale contenente l'assetto organizzativo dell'ASL BT, come inviato con nota acquisita al prot. dell'Ente al n. 0285254 del 28/05/2025, di cui all'allegato alla presente quale parte integrante e sostanziale;
3. di dare atto che:
 - a. con nota prot. 0352250 del 26.06.2025 il Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale ha autorizzato la ASL BT all'istituzione della UOC Cure Palliative;
 - b. con nota prot. 0057491 dell'08.07.2025 il Commissario Straordinario della ASL BT chiedeva "un'ulteriore implementazione di una struttura complessa al fine di ripristinare la UOC di Laboratorio Analisi presso il P.O. di Andria";
 - c. con nota prot. n. 0071978 del 04.09.2025 il Commissario Straordinario della ASL BT comunicava variazione compensative di Strutture Semplici e precisamente a:
 - cassare la UOS Centro per i disturbi della nutrizione e alimentazione (afferente alla Struttura Complessa DSM CSM Barletta Dss1) nell'Ambito del Dipartimento Salute Mentale;

- istituire la UOS Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali (MICI) (affidente alla Struttura Complessa PO Barletta Gastroenterologia) nell'ambito del Dipartimento Medico-Specialistico
4. di dare atto che l'atto aziendale, allegato alla presente deliberazione quale parte integrante e sostanziale, come da richieste del Commissario Straordinario con note prot. n. 0048852 del 10/06/2025, prot. n. 0057491 dell'08.07.2025 e prot. n. 0071978 del 04.09.2025 agli atti del competente Servizio, deve intendersi:
 - a. integrato con le ulteriori due Unità Operative Complesse e precisamente con la UOC Cure Palliative, già autorizzata dal Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale con nota prot. 0352250 del 26.06.2025, e UOC Laboratorio Analisi da autorizzarsi con il presente atto, nonché della UOS Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali (MICI) (affidente alla Struttura Complessa PO Barletta Gastroenterologia) nell'ambito del Dipartimento Medico-Specialistico;
 - b. cassato della UOS Centro per i disturbi della nutrizione e alimentazione (affidente alla Struttura Complessa DSM CSM Barletta Dss1) nell'Ambito del Dipartimento Salute Mentale;
 5. di prendere atto che la richiesta di attivazione delle ulteriori due unità operative complesse oltre il parametro standard come definito dalla D.G.R. n. 418 del 07/04/2025 e precisamente della U.O.C. Cure Palliative e della UOC Laboratorio Analisi, in ossequio al punto 6) del deliberato della citata DGR n. 418 del 07.04.2025, è coerente con il tetto massimo regionale di strutture Complesse derivante dall'applicazione dei parametri standard definiti dal Comitato LEA in data 26 marzo 2012 in ambito provinciale e aziendale;
 6. di stabilire che la ASL BT debba procedere con un progressivo allineamento dell'assetto organizzativo aziendale in conformità agli atti di programmazione regionale sia in termini di rispetto della rete ospedaliera che dello standard ex D.M. n. 70/2015 di cui all'Allegato C del Regolamento regionale n. 8/2024 e precisamente per le discipline di:
 - a. Cardiologia;
 - b. Chirurgia Generale;
 - c. Medicina Urgenza e Accettazione;
 - d. Anestesia e Rianimazione;
 - e. Direzione Sanitaria di Presidio;
 - f. Radiologia;
 - g. Anatomia Patologica;
 7. di stabilire che gli incarichi di direzione delle unità operative debbano essere conferiti in conformità all'atto aziendale, di cui all'Allegato alla presente deliberazione parte integrante e sostanziale del presente atto, con particolare riferimento alle unità operative non allineate con l'allegato C del Regolamento regionale n. 8/2024;
 8. di stabilire che la ASL BT debba dare attuazione alla presente deliberazione e, conseguentemente, procedere alla modifica dell'atto aziendale, già adottato con deliberazione del Commissario straordinario n. 346 del 27 maggio 2025, prevedendo, quindi, la UOC Cure Palliative, la UOC Laboratorio Analisi, la UOS Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali (MICI) e cassando la UOS Centro per i disturbi della nutrizione e alimentazione affidente alla Struttura Complessa DSM CSM Barletta Dss1) nell'Ambito del Dipartimento Salute Mentale;
 9. di notificare il presente provvedimento a cura Servizio Strategie e Governo dell'assistenza Territoriale – Rapporti Istituzionali e Capitale Umano SSR, alla ASL BT;
 10. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia, ai sensi della L.R. 18/2023.

Il Segretario Generale della Giunta
NICOLA PALADINO

Il Presidente della Giunta
RAFFAELE PIEMONTESE

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Oggetto: Presa d'atto e approvazione dell'Atto Aziendale della ASL BT ai sensi dell'art. 19, comma 10 della Legge regionale 25/02/2010, n. 4.

Visti:

- la D.G.R. 15 settembre 2021, n. 1466 recante l'approvazione della Strategia regionale per la parità di genere, denominata "Agenda di Genere";
- la D.G.R. 3 luglio 2023 n. 938 recante "Valutazione di impatto di genere. Sistema di gestione e di monitoraggio". Revisione degli allegati;
- la Legge n. 241/1990 recante "Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi" e ss.mm.ii.;
- il D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i., all'art. 2, co. 1, attribuisce alle Regioni l'esercizio delle funzioni legislative ed amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera, nel rispetto dei principi stabiliti dalle leggi nazionali;
- il D.Lgs. n. 33/2013 recante "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni";
- la legge n. 190/2012 recante "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione";

Visto:

- l'articolo 2, comma 2 sexies lett. b) del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 stabilisce che *"La regione disciplina altresì: [...] b) i principi e criteri per l'adozione dell'atto aziendale di cui all'articolo 3, comma 1-bis; [...]"*;
- l'articolo 3, comma 1 bis, del D.Lgs. n. 502/1992 stabilisce che: *"In funzione del perseguimento dei loro fini istituzionali, le unità sanitarie locali si costituiscono in aziende con personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale; la loro organizzazione ed il funzionamento sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato, nel rispetto dei principi e criteri previsti da disposizioni regionali. L'atto aziendale individua le strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico-professionale, soggette a rendicontazione analitica"*;
- l'articolo 3, comma 1 quater del D.Lgs. n. 502/1992 stabilisce che: *"Sono organi dell'azienda il direttore generale, il collegio di direzione e il collegio sindacale. Il direttore generale adotta l'atto aziendale di cui al comma 1-bis; è responsabile della gestione complessiva e nomina i responsabili delle strutture operative dell'azienda. Il direttore generale è coadiuvato, nell'esercizio delle proprie funzioni, dal direttore amministrativo e dal direttore sanitario. Le regioni disciplinano forme e modalità per la direzione e il coordinamento delle attività sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria. Il direttore generale si avvale del Collegio di direzione di cui all'articolo 17 per le attività ivi indicate."*;
- l'articolo 15 bis commi 1 e 2 del D.Lgs. n. 502/1992 stabilisce che: *"1. L'atto aziendale di cui all'articolo 3, comma 1-bis, disciplina l'attribuzione al direttore amministrativo, al direttore*

sanitario, nonché ai direttori di presidio, di distretto, di dipartimento e ai dirigenti responsabili di struttura, dei compiti comprese, per i dirigenti di strutture complesse, le decisioni che impegnano l'azienda, verso l'esterno, l'attuazione degli obiettivi definiti nel piano programmatico e finanziario aziendale.

2. La direzione delle strutture e degli uffici è affidata ai dirigenti, secondo i criteri e le modalità stabiliti nell'atto di cui al comma 1, nel rispetto, per la dirigenza sanitaria, delle disposizioni di cui all'articolo 15-ter. Il rapporto dei dirigenti è esclusivo, fatto salvo quanto previsto in via transitoria per la dirigenza sanitaria dall'articolo 15-sexies.”.

Visto l'art. 19, comma 10 della Legge regionale 25/02/2010, n.4, e in particolare il comma 9, secondo cui: *“I direttori generali istituiscono, mediante l'atto aziendale, i dipartimenti, le unità operative complesse, le unità operative semplici a valenza dipartimentale, le unità operative semplici e le strutture di staff nei limiti delle disposizioni vigenti. L'atto aziendale è adeguatamente motivato in relazione alla tipologia delle strutture di cui è prevista l'istituzione e alla coerenza della spesa derivante dall'articolazione organizzativa con i vincoli previsti dalle norme nazionali e regionali in materia di patto di stabilità, spesa sanitaria e costi del personale del SSR”.*

Preso atto che:

- con deliberazione di Giunta regionale n. 879 del 29.04.2015 sono state adottate le *“Linee guida per l'adozione degli atti aziendali di Aziende Sanitarie Locali ed Aziende Ospedaliere – Universitarie della Regione Puglia – Approvazione”* e, contestualmente, è stato stabilito che i Direttori generali delle Aziende Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere-Universitarie del SSR sono tenuti ad adottare l'atto aziendale nel rispetto delle Linee Guida medesime;
- con Deliberazione n. 1430 del 19.10.2023 la Giunta regionale ha stabilito al punto 17 lett. e) del deliberato che: *“il Direttore Generale dell'ASL BT dovrà adottare l'Atto aziendale, entro sei mesi dall'approvazione del presente provvedimento, in conformità alle disposizioni di cui al D. Lgs. n. 502/92 e ss.mm.ii. nonché della normativa nazionale e regionale in materia”;*
- con Regolamento regionale n. 8/2024 è stato previsto l'aggiornamento della Rete Ospedaliera ai sensi del D.M. n. 70/2015;
- con deliberazione di Giunta regionale n. 1384 del 03.10.2024 recante *“Approvazione definitiva del Regolamento Regionale “Aggiornamento delle Rete Ospedaliera ai sensi del D.M. n. 70/2015 - Approvazione Schema di Regolamento avente ad oggetto “Modifica e integrazione del Regolamento regionale n. 23/2019 e del R.R. n. 14/2020””. Modifica ed integrazione deliberazione di Giunta regionale n. 1119 del 31/07/2024”* è stato previsto al punto 11 del deliberato che *“[...] le Direzioni strategiche delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale concordino la rimodulazione delle Unità Operative ospedaliere, in termini di Complesse o Semplici (anche a Valenza Dipartimentale) con il Dipartimento “Promozione della Salute e del Benessere Animale”, atteso che, in particolare le Unità Operative Complesse concorrono al raggiungimento dello standard D.M. n. 70/2015, in termini di “strutture” per disciplina. Si rimanda, inoltre, alle*

disposizioni nazionali e regionali in materia di adozione dell'atto aziendale, ex D.Lgs. n. 502/1992 e art. 19 L.R. n. 14 del 25/02/2010”;

- con deliberazione di Giunta regionale n. 418 del 07.04.2025 di “Revoca D.G.R. n. 1603 del 13/09/2018. Determinazione parametri standard regionali per l’individuazione di strutture semplici, strutture complesse e incarichi destinati al personale del Comparto delle Aziende ed Enti del S.S.R.” sono stati approvati i parametri standard regionali per l’individuazione delle strutture semplici e complesse, nonché degli incarichi riservati al personale comparto delle Aziende ed Enti SSR alla luce degli alla luce delle specifiche previsioni in materia di incarichi di cui al vigente CCNL Sanità 2019-2021, della nuova rete ospedaliera regionale di cui al Regolamento Regionale n. 8 del 31/10/2024 e ai dati demografici regionali aggiornati all’1/1/2024;
- con deliberazione di Giunta regionale n. 418 del 07.04.2025 di “Revoca D.G.R. n. 1603 del 13/09/2018. Determinazione parametri standard regionali per l’individuazione di strutture semplici, strutture complesse e incarichi destinati al personale del Comparto delle Aziende ed Enti del S.S.R.” sono stati approvati i parametri standard regionali per l’individuazione del numero massimo di strutture semplici e complesse, nonché del numero massimo degli incarichi riservati al personale del comparto delle Aziende ed Enti SSR alla luce delle specifiche previsioni in materia di incarichi di cui al vigente CCNL Sanità 2019-2021, della nuova rete ospedaliera regionale di cui al Regolamento Regionale n. 8 del 31/10/2024 e ai dati demografici regionali aggiornati all’1/1/2024. In applicazione di tali parametri standard, il numero massimo di strutture organizzative attribuibili da parte della ASL BT è il seguente:

PARAMETRI STANDARD DGR n. 418/2025	
S.C. (OSP. + NON OSP.)	S.S.
65	96

- ai sensi del punto 6) della Deliberazione n. 418 del 07.04.2025 la Giunta regionale ha stabilito che:

“qualora i Direttori Generali delle Aziende ed Enti del SSR dovessero ravvisare, in ragione di motivate esigenze di carattere organizzativo, la necessità di attivare un numero di Strutture Complesse aziendali superiore a quelle derivanti dall’applicazione dei parametri standard regionali, come riportate nell’Allegato al presente provvedimento quale sua parte integrante e sostanziale, il Dipartimento “Promozione della Salute e del Benessere Animale” possa autorizzarne l’attivazione, nel rispetto del tetto massimo regionale derivante dall’applicazione dei parametri standard definiti dal Comitato LEA in data 26 marzo 2012, di seguito riportati:

 - *STRUTTURE COMPLESSE OSPEDALIERE : Numero standard di posti letto pubblici per struttura complessa ospedaliera prevista (PL pubblici/SC ospedal.) = 17,5;*
 - *STRUTTURE COMPLESSE NON OSPEDALIERE : Numero di abitanti residenti per struttura complessa non ospedaliera prevista (Popolaz. Resid./SC non ospedal.) = 13.515;”;*
- in esecuzione alla normativa vigente in materia, nonché alle disposizioni di Giunta regionale, il Commissario Straordinario della ASL BT, con nota acquisita al prot. dell’Ente al n. 0285254 del 28/05/2025, ha trasmesso l’atto aziendale contenente l’assetto organizzativo interno;

- con nota prot. n. 0048852 del 10.06.2025 il Commissario Straordinario della ASL BT *“stante la necessità di implementare l'integrazione Ospedale-Territorio”* con particolare riferimento all'assistenza domiciliare e alle cure palliative, richiedeva autorizzazione ad attivare la Struttura Complessa Cure Palliative quale struttura ulteriore rispetto a quelle massime attivabili in osservanza dei parametri standard regionali di cui alla deliberazione di Giunta regionale n. 418 del 074.04.2025;
- con nota prot. 0352250 del 26.06.2025 il Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale ha autorizzato la ASL BT all'istituzione della UOC Cure Palliative anche *“alla luce della verificata capienza rispetto al numero di Strutture Complesse derivante dall'applicazione dei parametri standard definiti dal Comitato LEA in data 26 marzo 2012 in ambito provinciale e aziendale”* anche in ragione *“degli indirizzi regionali in materia di potenziamento delle Cure Palliative da ultimo previsti con D.G.R. n. 29 del 29/01/2024, recante “Approvazione del piano regionale di potenziamento delle cure palliative ai sensi della legge di Bilancio n.197 del 29/12/22, art. 1, c. 83, anno 2024 l'istituzione della UOC Cure Palliative”*;
- con nota prot. 0057491 dell'08.07.2025 il Commissario Straordinario della ASL BT chiedeva *“un'ulteriore implementazione di una struttura complessa al fine di ripristinare la UOC di Laboratorio Analisi presso il P.O. di Andria”*;
- con nota prot. n. 0071978 del 04.09.2025 il Commissario Straordinario della ASL BT comunicava variazione compensative di Strutture Semplici e precisamente a:
 - a. cassare la UOS Centro per i disturbi della nutrizione e alimentazione (afferisce alla Struttura Complessa DSM CSM Barletta Dss1) nell'Ambito del Dipartimento Salute Mentale;
 - b. istituire la UOS Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali (MICI) (afferisce alla Struttura Complessa PO Barletta Gastroenterologia) nell'ambito del Dipartimento Medico-Specialistico

Preso, altresì, atto che:

- la bozza dell'atto aziendale adottato dalla ASL BT e inviato al Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale, con nota acquisita al protocollo dell'Ente al n. 0285254 del 28/05/2025, tenuto conto anche delle integrazioni richiesta con nota prevede l'istituzione delle seguenti strutture complesse e semplici:

TIPOLOGIA STRUTTURE	
S.C. (OSP. + NON OSP.)	S.S.
67	95

Considerato che:

- il numero massimo di strutture organizzative attribuibili da parte della ASL BT e i conseguenti parametri standard calcolati sulla rilevazione della popolazione al 01.01.2024 sono pari a: n. 65 Strutture Complesse e n. 96 Strutture Semplici;

- le ulteriori unità operative complesse di cui si è richiesta l'attivazione oltre il parametro standard come definito dalla D.G.R. n. 418 del 07/07/2025 e, precisamente, la U.O.C. Laboratorio Analisi e la UOC Cure Palliative, trovano capienza rispetto al numero di Strutture Complesse derivanti dall'applicazione dei parametri standard definiti dal Comitato LEA in data 26 marzo 2012 in ambito provinciale e aziendale;
- l'articolazione delle unità operative ospedaliere in termini di strutture Complesse, Semplici e Semplici a Valenza Dipartimentale devono attenersi, inoltre, alla programmazione della rete ospedaliera regionale di cui all'allegato C del Regolamento regionale n. 8/2024;
- le Unità Operative Complesse istituite nelle Aziende ed Enti SSR concorrono, inoltre, al raggiungimento dello standard D.M. n. 70/2015, in termini di "strutture" per disciplina e, pertanto, l'istituzione delle strutture deve essere preventivamente approvato dal Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale al fine di evitare il disallineamento con lo standard di cui al D.M. 70/2015 di ciascuna disciplina per bacino di utenza;
- nel proposto atto aziendale la ASL BT ha previsto un'articolazione di strutture complesse non perfettamente allineate alla programmazione della rete ospedaliera regionale di cui all'allegato C del Regolamento regionale n. 8/2024 nelle seguenti discipline:
 - a. Cardiologia;
 - b. Chirurgia Generale;
 - c. Medicina Urgenza e Accettazione;
 - d. Anestesia e Rianimazione;
 - e. Direzione Sanitaria di Presidio;
 - f. Radiologia;
 - g. Anatomia Patologia;
- per la discipline di Medicina e Chirurgia d'accettazione ed urgenza, Anestesia e Rianimazione, Radiologia, Anatomia Patologia e Direzione Sanitaria di Presidio il rilevato disallineamento dalla programmazione regionale non incide sullo standard per il dimensionamento delle strutture per disciplina per bacino di utenza di cui al D.M. 70/2015; mentre per le discipline di Cardiologia, Chirurgia Generale il disallineamento dalla programmazione regionale impatta sul dimensionamento delle relative delle strutture per disciplina per bacino di utenza ex D.M. 70/2015;
- l'atto aziendale, ai sensi dell'art. 3 comma 1 bis del D.lgs n. 502/1992, è lo strumento mediante il quale le Aziende sanitarie definiscono la propria organizzazione e il proprio funzionamento nel rispetto dei principi emanati dalla Regione ed è, quindi, espressione della funzione organizzativa di autogoverno delle Aziende sanitarie;
- l'organizzazione di cui all'atto aziendale deve tendere al rispetto della programmazione regionale anche in termini di rispetto della programmazione della rete ospedaliera e dello standard D.M. n. 70/2015, nonché in termini di conferimento dei conseguenti incarichi di direzione delle unità operative.

Tutto ciò premesso sulla base dell'istruttoria effettuata dal competente Servizio regionale, l'assetto organizzativo dell'ASL BT risulta:

- a. superiore a quelle derivanti dall'applicazione del parametro standard di cui al punto 2) e 4) del deliberato della DGR n. 418 del 07.04.2024;
- b. presentare difformità nell'articolazione delle strutture rispetto alla programmazione della rete ospedaliera regionale di cui all'allegato C del Regolamento regionale n. 8/2024;

tuttavia le ulteriori Strutture complesse di cui si chiede l'attivazione è coerente con il tetto massimo regionale di strutture Complesse derivante dall'applicazione dei parametri standard definiti dal Comitato LEA in data 26 marzo 2012 in ambito provinciale e aziendale e il disallineamento dalla programmazione regionale.

Stante quanto innanzi, con il presente schema di provvedimento si propone alla Giunta regionale di approvare l'atto aziendale contenente l'assetto organizzativo interno dell'ASL BT, così come inviato con nota acquisita al prot. dell'Ente al n. 0285254 del 28/05/2025, di cui all'Allegato, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, da intendersi integrato con le ulteriori strutture UOC di Cure Palliative, UOC Laboratorio Analisi e UOS Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali (MICI), nonché cassato della UOS Centro per i disturbi della nutrizione e alimentazione, con la prescrizione di tendere ad un allineamento dell'organizzazione aziendale a quanto stabilito negli atti di programmazione della rete ospedaliera e dello standard D.M. n. 70/2015 di cui al Regolamento regionale n. 8/2024.

Garanzie di riservatezza

“La pubblicazione sul BURP, nonché la pubblicazione all'Albo o sul sito istituzionale, salve le garanzie previste dalla legge 241/1990 in tema di accesso ai documenti amministrativi, avviene nel rispetto della tutela della riservatezza dei cittadini secondo quanto disposto dal Regolamento UE n. 2016/679 in materia di protezione dei dati personali, nonché dal D.Lgs. 196/2003 ss.mm.ii., ed ai sensi del vigente Regolamento regionale 5/2006 per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari, in quanto applicabile. Ai fini della pubblicità legale, il presente provvedimento è stato redatto in modo da evitare la diffusione di dati personali identificativi non necessari ovvero il riferimento alla particolari categoria di dati previsti dagli articoli 9 e 10 del succitato Regolamento UE”.

Esiti Valutazione di impatto di genere

L'impatto di genere stimato è **neutro**.

COPERTURA FINANZIARIA AI SENSI DEL D.LGS. 118/2011 E SS.MM.II.

La presente deliberazione non comporta implicazioni, dirette/indirette, di natura economico-finanziaria e/o patrimoniale e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale.

Tutto ciò premesso, al fine di procedere con l'approvazione dell'atto Aziendale della ASL BT, si propone alla Giunta regionale:

1. di prendere atto di quanto esposto in narrativa e che qui si intende integralmente trascritto;

2. di approvare l'atto aziendale contenente l'assetto organizzativo dell'ASL BT, come inviato con nota acquisita al prot. dell'Ente al n. 0285254 del 28/05/2025, di cui all'allegato alla presente quale parte integrante e sostanziale;
3. di dare atto che:
 - a. con nota prot. 0352250 del 26.06.2025 il Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale ha autorizzato la ASL BT all'istituzione della UOC Cure Palliative;
 - b. con nota prot. 0057491 dell'08.07.2025 il Commissario Straordinario della ASL BT chiedeva *"un'ulteriore implementazione di una struttura complessa al fine di ripristinare la UOC di Laboratorio Analisi presso il P.O. di Andria"*;
 - c. con nota prot. n. 0071978 del 04.09.2025 il Commissario Straordinario della ASL BT comunicava variazione compensative di Strutture Semplici e precisamente a:
 - cassare la UOS Centro per i disturbi della nutrizione e alimentazione (afferente alla Struttura Complessa DSM CSM Barletta Dss1) nell'Ambito del Dipartimento Salute Mentale;
 - istituire la UOS Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali (MICI) (afferente alla Struttura Complessa PO Barletta Gastroenterologia) nell'ambito del Dipartimento Medico-Specialistico
4. di dare atto che l'atto aziendale, allegato alla presente deliberazione quale parte integrante e sostanziale, come da richieste del Commissario Straordinario con note prot. n. 0048852 del 10/06/2025, prot. n. 0057491 dell'08.07.2025 e prot. n. 0071978 del 04.09.2025 agli atti del competente Servizio, deve intendersi:
 - a. integrato con le ulteriori due Unità Operative Complesse e precisamente con la UOC Cure Palliative, già autorizzata dal Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale con nota prot. 0352250 del 26.06.2025, e UOC Laboratorio Analisi da autorizzarsi con il presente atto, nonché della UOS Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali (MICI) (afferente alla Struttura Complessa PO Barletta Gastroenterologia) nell'ambito del Dipartimento Medico-Specialistico;
 - b. cassato della UOS Centro per i disturbi della nutrizione e alimentazione (afferente alla Struttura Complessa DSM CSM Barletta Dss1) nell'Ambito del Dipartimento Salute Mentale;
5. di prendere atto che la richiesta di attivazione delle ulteriori due unità operative complesse oltre il parametro standard come definito dalla D.G.R. n. 418 del 07/04/2025 e precisamente della U.O.C. Cure Palliative e della UOC Laboratorio Analisi, in ossequio al punto 6) del deliberato della citata DGR n. 418 del 07.04.2025, è coerente con il tetto massimo regionale di strutture Complesse derivante dall'applicazione dei parametri standard definiti dal Comitato LEA in data 26 marzo 2012 in ambito provinciale e aziendale;
6. di stabilire che la ASL BT debba procedere con un progressivo allineamento dell'assetto organizzativo aziendale in conformità agli atti di programmazione regionale sia in termini di rispetto della rete ospedaliera che dello standard ex D.M. n. 70/2015 di cui all'Allegato C del Regolamento regionale n. 8/2024 e precisamente per le discipline di:
 - a. Cardiologia;

- b. Chirurgia Generale;
 - c. Medicina Urgenza e Accettazione;
 - d. Anestesia e Rianimazione;
 - e. Direzione Sanitaria di Presidio;
 - f. Radiologia;
 - g. Anatomia Patologica;
7. di stabilire che gli incarichi di direzione delle unità operative debbano essere conferiti in conformità all'atto aziendale, di cui all'Allegato alla presente deliberazione parte integrante e sostanziale del presente atto, con particolare riferimento alle unità operative non allineate con l'allegato C del Regolamento regionale n. 8/2024;
 8. di stabilire che la ASL BT debba dare attuazione alla presente deliberazione e, conseguentemente, procedere alla modifica dell'atto aziendale, già adottato con deliberazione del Commissario straordinario n. 346 del 27 maggio 2025, prevedendo, quindi, la UOC Cure Palliative, la UOC Laboratorio Analisi, la UOS Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali (MICI) e cassando la UOS Centro per i disturbi della nutrizione e alimentazione afferente alla Struttura Complessa DSM CSM Barletta Dss1) nell'Ambito del Dipartimento Salute Mentale;
 9. di notificare il presente provvedimento a cura Servizio Strategie e Governo dell'assistenza Territoriale – Rapporti Istituzionali e Capitale Umano SSR, alla ASL BT;
 10. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia, ai sensi della L.R. 18/2023.

I sottoscritti attestano la regolarità amministrativa dell'attività istruttoria e della proposta, ai sensi dell'art. 6, co. 3, lett. da a) ad e) delle Linee guida sul "Sistema dei controlli interni nella Regione Puglia", adottate con D.G.R. 23 luglio 2019, n. 1374.

LA RESPONSABILE EQ "Analisi normativa e gestione rapporti contrattuali"

Daniela PIZZUTO
 DANIELA PIZZUTO
 11.09.2025 11:47:15
 UTC

La DIRIGENTE di Servizio "Strategie e Governo dell'Assistenza Territoriale- Rapporti Istituzionali e Capitale Umano SSR":

Antonella CAROLI
 ANTONELLA
 CAROLI
 11.09.2025
 13:57:38 UTC

IL DIRIGENTE di Sezione "Strategie e Governo dell'Offerta":

Mauro NICASTRO
 Mauro
 Nicastro
 11.09.2025
 16:32:58
 GMT+02:00

Il Direttore ai sensi degli artt. 18 e 20 del Decreto del Presidente della Giunta regionale 22 gennaio 2021, n. 22 e ss.mm.ii., NON RAVVISA osservazioni alla presente proposta di DGR.

Il DIRETTORE di Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale:

Vito MONTANARO
 Vito Montanaro
 11.09.2025
 18:09:44
 GMT+02:00

L'Assessore alla Sanità e Benessere animale, Sport per Tutti ai sensi del vigente Regolamento della Giunta regionale,

propone

alla Giunta regionale l'adozione del presente atto.

Raffaele PIEMONTESE





ATTO AZIENDALE
AZIENDA SANITARIA LOCALE di
BARLETTA-ANDRIA-TRANI

(ex art. 3, comma 1-bis, del D.lgs n. 502/92)

Il giorno **27** del mese di **maggio** dell'anno **2025**, nell'ufficio della dott.ssa **Tiziana DIMATTEO, Commissario Straordinario dell'ASL BT**, nominata giusta delibera di Giunta Regionale n. 372 del 27.03.2025 e recepita con deliberazione CS dell'ASL BT n. 1 del 31.03.2025,

Visto il D.lgs n. 502/92 e s.m.i., a tenore del quale:

“La Regione disciplina, fra l'altro, “i principi e criteri per l'adozione dell'atto aziendale di cui all'articolo 3, comma 1-bis” (art. 2, co. 2-sexies, lett. b)”;

“Le Unità Sanitarie Locali, in funzione del perseguimento dei propri fini istituzionali, “si costituiscono in Aziende con personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale”, la cui **organizzazione** ed il cui **funzionamento** sono disciplinate con atto aziendale di diritto privato, nel rispetto dei principi e criteri previsti da disposizioni regionali. L'atto aziendale individua le strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico-professionale, soggette a rendicontazione analitica” (art. 3, co. 1-bis)”;

“Il Direttore Generale dell'Azienda “adotta l'atto aziendale di cui al comma 1-bis” (art. 3, co. 1- quater);

“L'atto aziendale disciplina l'attribuzione al direttore amministrativo, al direttore sanitario, nonché ai direttori di presidio, di distretto, di dipartimento e ai dirigenti responsabili di struttura, dei compiti, comprese - per i dirigenti di strutture complesse - le decisioni che impegnano l'azienda verso l'esterno, per l'attuazione degli obiettivi definiti nel piano programmatico e finanziario aziendale” (art. 15-bis, co. 1);

“La direzione delle strutture e degli uffici è affidata ai dirigenti secondo i criteri e le modalità stabilite nel predetto atto aziendale e nel rispetto, per la dirigenza sanitaria, delle disposizioni di cui all'articolo 15-ter “(art. 15-bis, co. 2);

Evidenziato che la Legge nazionale n. 191/2009 (Finanziaria 2010) prima e la Legge Regionale n. 2/2011, poi, recante “Approvazione del Piano di Rientro della Regione Puglia 2010-2012”, hanno previsto una serie di interventi con effetti sulla riduzione della spesa finalizzata al risanamento finanziario ed alla riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale;



Rilevato che, in attuazione delle predette Leggi n. 191/2009 (Finanziaria 2010) prima e Legge Regionale n. 2/2011, poi, con Deliberazioni di Giunta Regionale n. 1388 del 21/6/2011 e n. 3008 del 27/12/2012, sono stati rispettivamente approvati e confermati i parametri standard regionali per l'individuazione di strutture semplici e complesse, posizioni organizzative e coordinamenti per il personale delle Aziende ed Enti del SSR definendo, altresì, le modalità di recepimento all'interno dei rispettivi atti aziendali e regolamentari di organizzazione;

Vista la D.G.R. 1603 del 13/09/2018, avente ad oggetto "Parametri standard regionali per l'individuazione di strutture semplici e complesse, posizioni organizzative e coordinamenti per il personale delle Aziende ed Enti del S.S.R. ex art. 12, co. 1, lett. b) Patto per la Salute 2010 – 2012. Modifica Allegato 1 alla D.G.R. 3008/2012 in adeguamento alla rete ospedaliera ex R.R. n. 7/2017 s.m.i. e ai dati demografici ISTAT aggiornati al 1° gennaio 2017", con cui si procede all'adeguamento del numero massimo di strutture organizzative attribuibili;

Viste, altresì, le Deliberazioni di Giunta Regionale n. 412/2023 e n. 640/2023 con le quali sono state introdotte misure di riqualificazione e razionalizzazione della spesa in Sanità;

Tenuto conto che, relativamente al personale di comparto, il CCNL 2016-2018 prima, e il CCNL 2019-2021 poi, hanno definito un nuovo impianto degli incarichi da assegnare al personale dei ruoli dell'azienda sanitaria;

Richiamate le Linee guida per l'adozione degli atti aziendali di Aziende Sanitarie Locali ed Aziende Ospedaliere Universitarie della Regione Puglia, adottate con Deliberazione della Giunta Regionale n. 879 del 29 Aprile 2015, così come aggiornate alla luce degli obiettivi di contenimento della spesa del personale del S.S.R. di cui all'art. 15, comma 20, del D.L. n. 95/2012 conv. in L. 135/2012, recepiti nel Programma Operativo della Regione Puglia 2013-2015, approvato con D.G.R. 1403 del 04/07/2014;

Sentiti, ex art. 3 comma 1-quinquies, del D.lgs n. 502/92 e s.m.i. il **Direttore Amministrativo, dott. Ivan Viggiano**, e il **Direttore Sanitario, dott. Alessandro Scelzi**, nominati giuste Deliberazioni della Direttrice Generale nn. 2 e 3 del 16.02.2022;

Acquisito il parere favorevole del Collegio di Direzione che, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 2, comma 1 lett. c) e 4, comma 11 della Legge n. 43 del 17 ottobre 2014, esprime parere obbligatorio sull'atto aziendale per la parte relativa all'organizzazione delle attività cliniche;



Dato atto che ogni successiva modifica e o integrazione all'assetto organizzativo e funzionale dell'Azienda sarà, come per legge, sottoposta al controllo preventivo, nella forma dell'approvazione (integrativa dell'efficacia) della Giunta della Regione Puglia;

Alla luce di quanto innanzi, in conformità alla legislazione nazionale nonché alla legislazione e programmazione regionale

Il Commissario Straordinario

ADOTTA

L' ATTO AZIENDALE dell'AZIENDA SANITARIA LOCALE di Barletta – Andria-Trani _ ASL (BT)

Il Commissario Straordinario

Tiziana DIMATTEO

**Tiziana
Dimatteo**

Firmato
digitalmente da
Tiziana Dimatteo
Data: 2025.05.27
19:03:31 +02'00'

Il Direttore Amministrativo

Ivan VIGGIANO

**ivan
viggiano**

Firmato
digitalmente da
ivan viggiano
Data: 2025.05.27
18:34:47 +02'00'

Il Direttore Sanitario

Alessandro SCELZI

**Alessandro
Scelzi**

Firmato
digitalmente da
Alessandro Scelzi
Data: 2025.05.27
18:34:05 +02'00'



INDICE

- TITOLO I -	10
ELEMENTI IDENTIFICATIVI E CARATTERIZZANTI L'AZIENDA	10
Art. I – DENOMINAZIONE E NATURA GIURIDICA	10
Art. II – SEDE LEGALE	10
Art. III - LOGO E MARCHIO AZIENDALE	11
Art. IV - SITO WEB	11
Art. V - POPOLAZIONE E TERRITORIO	12
Art. VI - PATRIMONIO	14
Art. VII – MISSION	14
Art. VIII - VISION	15
Art. IX – DURATA	16
.....	17
- II TITOLO -	17
ORGANI E ORGANISMI DELL'AZIENDA	17
- CAPO I -	17
GLI ORGANI AZIENDALI	17
Art. 1. - DIREZIONE STRATEGICA – GLI ORGANI	17
Art. 1.1 - GLI ORGANI DELL'ASL BT: II DIRETTORE GENERALE	18
Art. 1.1.1 - LE COMPETENZE DEL DIRETTORE GENERALE	18
Art. 1.2. - GLI ORGANI DELL'ASL BT: IL COLLEGIO SINDACALE	20
Art. 1.2.1- LE COMPETENZE DEL COLLEGIO SINDACALE	21
Art. 1.3 - GLI ORGANI DELL'ASL BT: II COLLEGIO DI DIREZIONE	22
Art. 1.3.1 - LE COMPETENZE DEL COLLEGIO DI DIREZIONE	22
- CAPO II -	23
LA DIREZIONE STRATEGICA E GLI ORGANISMI COLLEGIALI	23
Art. 2 - LA DIREZIONE STRATEGICA	23
Art. 2.1 - II DIRETTORE AMMINISTRATIVO	24
Art. 2.1.1. - LE COMPETENZE DEL DIRETTORE AMMINISTRATIVO	24
Art. 2.1.2 - II DIRETTORE SANITARIO	25
Art. 2.1.3 - LE COMPETENZE DEL DIRETTORE SANITARIO	25
Art. 2.1.4 - SOSTITUZIONE DEI DIRETTORI AMMINISTRATIVO E SANITARIO	26
Art. 3.1 - II CONSIGLIO DEI SANITARI	28



ASL BT

PugliaSalute

Art. 3.2 - LA CONFERENZA DEI SINDACI.....	28
Art. 3.3 - COMITATO DEI SINDACI DI DISTRETTO.....	29
Art. 3.4 - L'ORGANISMO INDIPENDENTE.....	29
DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE	29
(O.I.V.).....	29
Art. 3.5 - L'UFFICIO PROCEDIMENTI DISCIPLINARI (U.P.D) E CONVENZIONATO UPDC (U.P.D.C)	30
Art. 3.6 - IL COMITATO UNICO DI GARANZIA PER LE PARI OPPORTUNITÀ, LA VALORIZZAZIONE DEL BENESSERE DI CHI LAVORA E CONTRO LE DISCRIMINAZIONI	31
(C.U.G.)	31
Art. 3.7 - IL COMITATO ETICO.....	31
Art. 3.9 - II COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI.....	33
Art. 3.10 - II COMITATO PERMANENTE AZIENDALE DEI MMG	34
Art. 3.11 - II COMITATO PERMANENTE AZIENDALE DEI PLS	34
Art. 3.12 - II COMITATO ZONALE PER LA SPECIALISTICA AMBULATORIALE.....	35
Art. 3.13 - II COMITATO PARITETICO PER L'INNOVAZIONE	35
Art. 3.14 – IL COMITATO INFEZIONI OSPEDALIERE (C.I.O)	36
Art. 3.15 – IL COMITATO BUON USO DEL SANGUE (CoBUS)	37
Art. 3.16 - I COMITATI DI DIPARTIMENTO	38
Art. 4. - LE ORGANIZZAZIONI E LE RELAZIONI SINDACALI	39
Art. 5 – LE SOCIETÀ PARTECIPATE DELL'ASL BT.....	40
TITOLO III – ORGANIZZAZIONE.....	40
- CAPO I –	40
I PRINCIPI DELL'ORGANIZZAZIONE E IL MODELLO ORGANIZZATIVO	40
Art. 6 - PRINCIPI DELL'ORGANIZZAZIONE	40
Art. 6.1 - IL MODELLO ORGANIZZATIVO	41
- CAPO II –	41
MODELLO ORGANIZZATIVO DIPARTIMENTALE.....	41
E ASSETTO STRUTTURALE DELLA NUOVA ASL BT.....	41
Art. 7 - IL MODELLO ORGANIZZATIVO DIPARTIMENTALE	41
Art. 7.1. - ASSETTO STRUTTURALE ED ORGANIZZATIVO: LA NUOVA ORGANIZZAZIONE DELL'ASL BT.....	42
I DIPARTIMENTI AZIENDALI.....	42
Art. 7.2 – I DIPARTIMENTI INTERAZIENDALI	54
Art. 7.3 - MODALITÀ E CRITERI DI INDIVIDUAZIONE DELLE STRUTTURE	57



ASL BT

PugliaSalute

Art. 7.4 - LE STRUTTURE COMPLESSE	57
Art. 7.5 - LE STRUTTURE SEMPLICI DIPARTIMENTALI	58
Art. 7.6 - LE STRUTTURE SEMPLICI.....	58
Art. 7.7 - LA FUNZIONE PROFESSIONALE DELLA DIRIGENZA	58
Art. 7.8 - GLI INCARICHI DI FUNZIONE ORGANIZZATIVA E GLI INCARICHI DI POSIZIONE ORGANIZZATIVA DEL RUOLO DEL COMPARTO	59
Art. 7.9 - FABBISOGNO DEL PERSONALE E PIANIFICAZIONE TRIENNALE.....	59
- CAPO III -	60
MODELLO ORGANIZZATIVO DI BASE.....	60
Art. 8 - MODELLO ORGANIZZATIVO DI BASE	60
- CAPO IV -	61
L'ASSETTO STRUTTURALE E ORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA	61
Art. 9 - L'ASSETTO STRUTTURALE E L'ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA.....	61
Art. 9.1 - L'OSPEDALE.....	63
Art. 9.2 - L'ASSETTO STRUTTURALE DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA.....	64
DELLA ASL BT	64
Art. 9.3 - L'ORGANIZZAZIONE DEI DIPARTIMENTI OSPEDALIERI.....	65
- CAPO V -	76
ASSETTO STRUTTURALE E FUNZIONE TERRITORIALE	76
Art. 10 - LA RIORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA DISTRETTUALE	76
Art. 10.1 - L'ASSETTO ORGANIZZATIVO DEI DISTRETTI SOCIO-SANITARI	78
Art. 10.2. - L'ORGANIZZAZIONE STRUTTURALE INTERNA AL DIPARTIMENTO DEI DISTRETTI SOCIO SANITARI (D.S.S.).....	79
Art. 10.3. - LE FUNZIONI DEL DISTRETTO SOCIO SANITARIO.....	83
Art. 10.4 - FUNZIONI DELLA DIREZIONE DEL DISTRETTO SOCIO SANITARIO	84
Art. 10.5. - L'ASSISTENZA PRIMARIA.....	84
Art. 10.6 - IL RUOLO DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE, DEI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA E DEI MEDICI DELLA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE.....	85
Art. 10.7 - UFFICIO DI COORDINAMENTO AZIENDALE DELLE CURE PRIMARIE .. (U.A.C.P.)	85
Art. 10.8 - CURE PRIMARIE E SVILUPPO DELLE FORME COMPLESSE DI	86
ASSOCIAZIONE.....	86
Art. 10.9 - AGGREGAZIONE FUNZIONALE TERRITORIALE (AFT)	87
Art. 10.10 - PRESIDI TERRITORIALI DI ASSISTENZA.....	88
Art. 10.11 - LE UNITA DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE (UCA)	90



ASL BT

PugliaSalute

Art. 10.12 - CASE DI COMUNITÀ	91
Art. 10.13 - OSPEDALE DI COMUNITÀ	93
Art. 10.14 - LE CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI (C.O.T)	94
Art. 10.15 - CURE A DOMICILIO	96
Art. 10.16 - CURE PALLIATIVE	97
Art. 10.17 - LE CURE PALLIATIVE A DOMICILIO	97
Art. 10.18 - L'HOSPICE	98
Art. 10.19 - LA PORTA UNICA DI ACCESSO (P.U.A.).....	99
Art. 10.20 - L'UNITÀ VALUTATIVA MULTIDIMENSIONALE (U.V.M.) DISTRETTUALE.....	100
Art. 10.21 - LA POPOLAZIONE CARCERARIA E LA MEDICINA PENITENZIARIA .	101
Art. 11 - L'ASSISTENZA TERRITORIALE. I DIPARTIMENTI TERRITORIALI	101
Art. 12 - SERVIZI DELLE PROFESSIONI SANITARIE	105
- CAPO VI -.....	107
L'ORGANIZZAZIONE DELLA FUNZIONE AMMINISTRATIVA,.....	107
TECNICA, PROFESSIONALE E DI STAFF.....	107
Art. 13 - LA RIORGANIZZAZIONE DELLA FUNZIONE AMMINISTRATIVA, TECNICA E PROFESSIONALE	107
Art. 13.1 - L'ORGANIZZAZIONE STRUTTURALE INTERNA.....	107
DEL DIPARTIMENTO DELLE ATTIVITÀ OPERATIVE.....	107
Art. 13.2 - L'ORGANIZZAZIONE STRUTTURALE INTERNA.....	108
DEL DIPARTIMENTO DIREZIONALE AMMINISTRATIVO	108
Art. 13.3 - L'ORGANIZZAZIONE STRUTTURALE INTERNA.....	108
DEL DIPARTIMENTO STAFF DI DIREZIONE STRATEGICA.....	108
- CAPO VII -.....	109
.....	109
LA PARTECIPAZIONE. TRASPARENZA E ANTICORRUZIONE.....	109
Art. 14. - I DIRITTI DEGLI UTENTI.....	109
Art. 14.1 - TRASPARENZA E ANTICORRUZIONE	109
Art. 14.2 - LA COMUNICAZIONE E LA RISERVATEZZA	110
Art. 14.3 - L'ACCESSO E L'ACCOGLIENZA	111
Art. 14.4 - INFORMAZIONE, TUTELA E PARTECIPAZIONE DELLE PERSONE	111
Art. 14.4 - LA CARTA DEI SERVIZI.....	112
Art. 14.5 - II VOLONTARIATO E L'ASSOCIAZIONISMO	113
TITOLO IV - FUNZIONAMENTO DELL'ASL BT	113
- CAPO I -	113



ASL BT

PugliaSalute

PRINCIPI GENERALI	113
Art. 15 - I PRINCIPI SUL FUNZIONAMENTO DELL'AZIENDA	113
Art. 15.1. - FUNZIONI DI INDIRIZZO POLITICO E FUNZIONI DI GESTIONE	114
- CAPO II -	114
FUNZIONI DI GOVERNO E FUNZIONI DI GESTIONE	114
Art. 16 – IL RUOLO DI COMMITTENZA	114
Art. 17 - LA FUNZIONE DI PRODUZIONE.....	115
Art. 18 - LA FUNZIONE DI GOVERNO	116
Art. 18.1 - IL GOVERNO CLINICO – ASSISTENZIALE	116
Art. 18.2 - IL GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA	119
Art. 18.3 – L'ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE INTRAMURARIA - A.L.P.I.....	120
Art. 18.4 - IL GOVERNO ECONOMICO - GESTIONALE	121
- CAPO III -	122
- GESTIONE E PIANIFICAZIONE STRATEGICA INTEGRATA -	122
Art. 19 – LA PIANIFICAZIONE STRATEGICA INTEGRATA	122
Art. 19.1 – LA PIANIFICAZIONE STRATEGICA DEL GOVERNO CLINICO, SOCIO-SANITARIO E ASSISTENZIALE	124
Art. 19.2. – PIANIFICAZIONE DEL GOVERNO ECONOMICO – IL BILANCIO	127
Art. 19.3 – LA PIANIFICAZIONE DEL GOVERNO GESTIONALE.....	128
IL BUDGETING INTERNO	128
Art. 19.4 – LA PIANIFICAZIONE DEL GOVERNO GESTIONALE – IL PIANO DELLE PERFORMANCE.....	129
Art. 19.5 – MONITORAGGIO E VALUTAZIONE.....	131
- CAPO IV –	132
SISTEMA DI RESPONSABILITÀ E DELEGHE	132
Art. 20. – LA GESTIONE DEI PROCESSI AMMINISTRATIVI.....	132
Art. 20.1 - INCARICHI DIRIGENZIALI.....	133
Art. 20.2 - DOVERI E RESPONSABILITÀ DEI DIRIGENTI.....	134
Art. 21 - LA DELEGA DIFFUSA.....	135
Art. 21.1 - ADOZIONE DI ATTI AMMINISTRATIVI	135
Art. 21.2. - DELEGHE E SOTTOSCRIZIONE DEI CONTRATTI	135
Art. 21.3 - DELEGHE E REVOCA IN AUTOTUTELA DEL DIRETTORE GENERALE.....	136
Art. 21.4. - PROVVEDIMENTI IN CASO DI RITARDI O INERZIA DEL DIRIGENTE..	136
Art. 21.5. – RESPONSABILITÀ E DELEGHE IN MATERIA DI SALUTE E SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO	136



ASL BT

PugliaSalute

- CAPO V -	137
FUNZIONAMENTO, RESPONSABILITÀ E DELEGHE SPECIFICHE	137
CONFERITE AI DIRIGENTI	137
Art. 22 - LA FUNZIONE OSPEDALIERA	137
Art. 21.1- DELEGA DI FUNZIONI ALLA DIREZIONE MEDICA DELL'OSPEDALE...	138
Art. 22.2 - FUNZIONI DEL DIPARTIMENTO OSPEDALIERO	138
Art. 22.3- FUNZIONI DELLA DIREZIONE DI DIPARTIMENTO OSPEDALIERO	138
Art. 23. FUNZIONI DEL DIPARTIMENTO DEI DISTRETTI SOCIO-SANITARI.....	138
Art. 24 – FUNZIONI DEL DIPARTIMENTO DI RIABILITAZIONE	139
Art. 25 - FUNZIONI DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	140
Art. 26. - FUNZIONI DEL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE	143
Art. 27 - FUNZIONI DEL DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE..	144
Art. 28 - FUNZIONI DEL DIPARTIMENTO FARMACEUTICO	146
Art. 29. LE STRUTTURE AMMINISTRATIVE E TECNICHE AZIENDALI	147
Art. 29.1 - FUNZIONI DEL DIPARTIMENTO DIREZIONALE AMMINISTRATIVO	147
Art. 29.2 - FUNZIONI DEL DIPARTIMENTO DELLE ATTIVITÀ OPERATIVE	151
Art. 30. FUNZIONI DEL DIPARTIMENTO DI STAFF DELLA DIREZIONE STRATEGICA	157
- CAPO VI -	166
II SISTEMA DEI CONTROLLI.....	166
ART. 31 - TIPOLOGIE DI CONTROLLO	166
Art. 31.1. - IL CONTROLLO DI REGOLARITÀ AMMINISTRATIVA – CONTABILE ..	166
Art. 31.2 - LA VALUTAZIONE DEL PERSONALE.....	166
Art. 31.3. VALUTAZIONE E CONTROLLO STRATEGICO.....	167
- CAPO VII -	167
Art. 32 - DISPOSIZIONI FINALI	167



- TITOLO I -

ELEMENTI IDENTIFICATIVI E CARATTERIZZANTI L'AZIENDA

Art. I – DENOMINAZIONE E NATURA GIURIDICA

Il presente atto aziendale concerne l'Azienda Sanitaria Locale di Barletta- Andria – Trani, da ora in poi per brevità ASL BT, istituita per effetto della legge n. 148 del 11.06.2004, istitutiva della Provincia di Barletta Andria Trani, ai sensi dell'art. 3 del D.lgs n. 502/92 e s.m.i., in combinato disposto con l'art. 1, lett. a) della Legge Regionale n. 11 del 12.08.2005, modificativa degli ambiti territoriali delle Unità Sanitarie Locali.

L'Azienda assume personalità giuridica ed autonomia imprenditoriale, ai sensi e per gli effetti dell'art. 3 comma 1-bis del d.lgs. n. 502/1992 e ss.mm.ii.

L'Azienda disciplina la propria organizzazione ed il proprio funzionamento con il presente atto aziendale, secondo un'ottica di autonomia del Direttore Generale, finalizzata al raggiungimento degli obiettivi fissati dalla Regione, declinati nella relativa delibera di nomina e che concorrono a perseguire la *mission* di questa Azienda Sanitaria.

Art. II – SEDE LEGALE

L'ASL BT ha sede legale in Andria in via Fornaci n.° 201, (BT) - P.I. 06391740724 Cod. Fisc. 90062670725, come deliberato con Deliberazione della Giunta Regionale n. 1921 del 20/12/2005.

Le determinazioni concernenti la sede legale dell'ASL spettano, ex art. 2 della L.R. Puglia n. 11 del 12/08/2005, alla relativa Conferenza dei Sindaci, che vi provvede con decisione assunta col voto favorevole della maggioranza dei sindaci.

In caso di inerzia o ritardo qualificato, le relative determinazioni sono assunte, in via sostitutiva, dalla Giunta regionale.

Le sedi operative per l'erogazione dell'assistenza ospedaliera sono dislocate sul territoriale provinciale di riferimento, organizzate in Plessi Ospedalieri, secondo i dati demografici ISTAT e i parametri fissati dal D.M n. 70 del 2015 nonché secondo i dettami di cui alla regolamentazione regionale n. 7 del 10.03.2017, come da ultimo aggiornata con R.R. n. 23 del 22.11.2019, di cui si dirà *infra* nell'apposito Titolo III del presente atto aziendale.

Le sedi operative per l'assistenza territoriale sanitaria e integrata socio-sanitaria erogata dai P.T.A. e dai Distretti Socio Sanitari, sono individuate tenuto conto della popolazione di riferimento secondo i dati demografici ISTAT e tenuto conto degli ambiti territoriali individuati con apposito Regolamento Regionale del 21 gennaio 2019, n.7, di cui si dirà *infra* nell'apposito Titolo III del presente atto aziendale.



Art. III - LOGO E MARCHIO AZIENDALE

Il marchio ed il logo aziendale sono i seguenti:



Il logo ed il marchio aziendale rappresentano il segno distintivo dell'azienda che simbolicamente avvia un processo di cambiamento e d'innovazione verso un percorso virtuoso di umanizzazione e fiducia nelle cure.

Il Sistema Regionale integrato di informazione e comunicazione nella Sanità di cui alle Linee di indirizzo, denominate "*Linee Guida Hospitality*" della Regione Puglia, deliberate con Delibera di Giunta Regionale n. 1985 del 06/11/2018, tende ad una concezione visiva di accoglienza e orientamento identitario e sostenibile.

Il colore *Pantone 500C*¹, il "colore dell'accoglienza", ha uno spiccato effetto calmante², osservato e sperimentato in tutte le fasce di età e a prescindere dal sesso.

La terra e la pianta Puglia Salute, generatrici ed inclusivi, diventano "pelle" all'ombra dell'Ulivo Pugliese che è simbolo di rigenerazione, vita e pace ed è il nostro monumento naturale identitario più riconosciuto affinché la presenza di milioni di persone e il tempo di attenzione che si sviluppa nelle strutture sanitarie rendano questi luoghi ideali per ricordarne il valore ed avere cura.

Il suo olio produce benessere ed economia che nell'azienda deve tradursi in volume e valore di produzione.

L'utilizzazione del logo per patrocini ed in associazione ad altri loghi è subordinata alla richiesta di autorizzazione della Direzione Generale.

Art. IV - SITO WEB

Il sito internet ufficiale dell'azienda è registrato al dominio <https://www.sanita.puglia.it/web/asl-barletta-andria-trani>.

Al fine di favorire e realizzare un primo contatto efficace dell'utente con i servizi offerti e con le prestazioni rese, l'azienda è tenuta ad osservare e a conformarsi ai requisiti di accessibilità, fruibilità, facilità e semplicità d'uso dei siti web, così come

¹ PANTONE 500C – RGB: R204 G133 B138

² "La guida scientifica dell'Ospedale Paracelsus di Richteswil ha mostrato con grandissima significatività statistica che "Cool Down Pink abbassa la pressione sanguigna ed è strettamente correlato alla riduzione delle tensioni e dell'aggressività, grazie alla conduzione degli stimoli delle valenze cromatiche nel diencefalo".



disposti dal D.Lgs n. 106 del 10 agosto 2018 e dalla legge n. 4 del 9 gennaio 2004, in recepimento della direttiva UE 2016/2012 del Parlamento europeo e del Consiglio.

Al fine di favorire, altresì, forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche, l'Azienda, ai sensi e per gli effetti di cui al Decreto Trasparenza D.lgs n. 33/2013 e s.m.i., istituisce sul sito istituzionale l'apposita Sezione di "Amministrazione Trasparente" e relative sottosezioni di "I e II livello" e si impegna a pubblicare e ad aggiornare i dati, i documenti e le informazioni, oggetto di pubblicazione obbligatoria, accessibili al seguente link <https://www.sanita.puglia.it/web/asl-barletta-andria-trani/amministrazione-trasparente>.

L'azienda comunica e informa l'utenza anche mediante l'utilizzo adeguato e congruo dei *social media* secondo i canoni dettati nell'apposita "Policy Social Media", all'uopo adottata.

Art. V - POPOLAZIONE E TERRITORIO

Ai sensi dell'art. 1, lett. a) della Legge della Regione Puglia n. 11 del 12.08.2005, L'ASL BT, eroga servizi socio-sanitari alle comunità dei 10 Comuni, per un'estensione territoriale pari a 1.538,68 Km², il cui andamento demografico viene registrato secondo gli indici ISTAT aggiornati al 31.12. di ogni anno.

Regione PUGLIA			
ASL BT			
COMUNI	POPOLAZIONE	SUPERFICE Km ²	DENSITA' ABITANTI PER Km ²
ANDRIA	96.941	407,86	237,7
BARLETTA	92.365	146,91	628,7
TRANI	54.948	102,08	538,2
BISCEGLIE	53.536	68,48	781,8
CANOSA DI PUGLIA	27.701	149,53	185,25
TRINITAPOLI	13.715	147,62	92,9
S.FERDINANDO DI PUGLIA	13.625	41,82	325,8
MARGHERITA DI SAVOIA	11.154	36,35	306,8



MINERVINO MURGE	8.050	255,39	31,5
SPINAZZOLA	5.894	182,64	32,27
TOTALE*(DATI ISTAT AGGIORNATI AL 31.12.2024) https://demo.istat.it/app/?i=POS&l=it	377.929	1.538,68	

Il territorio provinciale si presenta prevalentemente pianeggiante e collinare. Il territorio comprende parte della Valle dell'Ofanto, a cavallo tra il basso Tavoliere e la Terra di Bari (nord barese).

Il Parco Nazionale dell'Alta Murgia ne è massimo esempio e ne fanno parte 3 comuni della provincia, Andria per i suoi 12.000 ettari, Minervino Murge per i suoi 7.481 ettari, e Spinazzola per i suoi 3.944 ettari.

Corre l'obbligo di specificare che il territorio della provincia BAT ricade in quattro ambiti territoriali, caratterizzati da specifiche connotazioni fisiche, così come identificati nel Piano Territoriale Paesaggistico della Regione Puglia, (a cui si demanda per una più specifica disamina), ovvero:

- Ambito Ofanto comprendente parte dei comuni di San Ferdinando di Puglia, Barletta, Trinitapoli, Margherita di Savoia e totalmente il comune di Canosa di Puglia;
- Ambito Puglia Centrale comprendente interamente i comuni marittimi di Trani e Bisceglie, e parte dei comuni di Barletta e Andria;
- Ambito Tavoliere con parte dei comuni che si estendono lungo il corso del fiume: San Ferdinando di Puglia, Trinitapoli e Margherita di Savoia;
- Ambito interno dell'Alta Murgia settentrionale che costituisce l'area a maggiore quota sul livello del mare, con parte dei comuni di Minervino Murge, Spinazzola e Andria.

La densità di popolazione dei comuni della provincia BT e l'orografia del territorio, costituiscono fondamentale fattori per lo sviluppo di una politica socio-sanitaria territoriale adeguata e fungono da parametri dinamici, utili e necessari ai fini di una migliore programmazione regionale e riordino aziendale della rete ospedaliera nonché dei connessi servizi amministrativi.

L'assistenza sanitaria erogata dall'Azienda tiene, altresì, conto delle diverse condizioni ambientali, della struttura della popolazione, del reddito, delle condizioni di deprivazione, degli stili di vita, dell'incidenza e prevalenza delle malattie, soprattutto croniche, e della disabilità.



Art. VI - PATRIMONIO

Il patrimonio dell'Azienda è costituito, ai sensi dell'art. 5 del D.lgs n. 502 del 30 dicembre 1992 da:

- tutti i beni mobili ed immobili ad essa appartenenti;
- tutti i beni acquisiti nell'esercizio delle proprie attività;
- tutti i beni acquisiti da atti di liberalità;
- tutti i beni trasferiti dallo Stato o da altri enti pubblici, in virtù di leggi o di provvedimenti amministrativi

L'elenco di tali beni è quello risultante dallo stato patrimoniale allegato al Bilancio di esercizio.

L'Azienda dispone del proprio patrimonio secondo il regime della proprietà privata, fermo restando che i beni mobili ed immobili utilizzati per il perseguimento dei propri fini istituzionali costituiscono patrimonio indisponibile e, pertanto, non possono essere sottratti alla loro destinazione se non nei modi stabiliti dalla legge.

Gli atti di trasferimento a terzi di diritti reali su immobili sono assoggettati a previa autorizzazione della Regione.

L'Azienda riconosce la valenza strategica del patrimonio quale strumento di un'adeguata qualificazione strutturale e tecnologica dell'offerta di servizi e ne assicura la migliore valorizzazione.

A tal fine, l'Azienda, in ottemperanza al Decreto Trasparenza di cui al D.lgs n. 33/2013 e s.m.i. pubblica e aggiorna i dati concernenti il proprio patrimonio immobiliare e mobiliare nella sezione di I livello "Patrimonio"- nonché nella sezione di I livello "Bilanci" della sezione "Amministrazione Trasparente" del sito istituzionale, accessibile ai seguenti link:

<https://www.sanita.puglia.it/web/asl-barletta-andria-trani/patrimonio-immobiliare>.

<https://www.sanita.puglia.it/web/asl-barletta-andria-trani/bilanci>

Art. VII – MISSION

L'Azienda assume una responsabilità di governo dell'intero sistema di offerta dei servizi sanitari e di coordinamento attivo di tutti gli attori pubblici e privati che concorrono a promuovere e mantenere salute e benessere della persona e della comunità, a garantire la **qualità** delle cure e delle prestazioni sanitarie e amministrative rese secondo i principi di

- efficienza,
- efficacia,



➤ economicità.

L'Azienda, a tal fine,

- predispone strumenti di monitoraggio sull'appropriatezza delle prestazioni erogate dalle strutture sanitarie pubbliche e private con particolare riferimento agli indicatori ex DM N. 70/2015, PNE E Nuovo Sistema di Garanzia (NSG);
- contiene la spesa sanitaria del personale, rispetta la soglia limite per quella farmaceutica e rispetta gli obblighi in materia di gestione dei fondi comunitari e nazionali;
- garantisce l'impiego del sistema di contabilità analitica per centri di costo e responsabilità e rispetta le attività del P.E.D (Piano esecutivo di dettaglio) necessarie ad un sistema informativo per il monitoraggio della spesa del servizio sanitario;
- implementa una sanità elettronica;
- attua le attività di prevenzione secondo la programmazione regionale e i piani attuativi locali;
- attua le strategie regionali per il governo dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie attraverso un sistema di monitoraggio periodico dei ricoveri e delle prestazioni di specialistica ambulatoriale;
- supporta e sostiene le attività di trasparenza e anticorruzione;
- attua un più marcato ciclo di programmazione, reporting, e ripianificazione al fine di misurare e valutare la performance individuale ed organizzativa aziendale.

Art. VIII - VISION

La ASL BT concorre all'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) garantendo, altresì, la continuità di presa in carico della persona nel proprio contesto di vita, anche attraverso articolazioni organizzative a rete e modelli integrati tra ospedale e territorio, gestendo il sistema di cure primarie del territorio di competenza in una ottica di tutela e promozione della salute fisica e mentale degli utenti.

I valori ai quali si orienta l'intera organizzazione Aziendale sono:

- la centralità della Persona e del suo bisogno di salute;
- gli operatori, sanitari e non, soggetti imprescindibili per garantire la qualità dei servizi
anche attraverso la loro costante attività formativa;
- l'innovazione, a tutti i livelli, per rispondere alle sempre nuove esigenze in campo sanitario;
- lo sviluppo della massima efficienza organizzativa, al fine di allocare al meglio le risorse disponibili sia umane che materiali;
- la qualità misurabile dei servizi offerti.

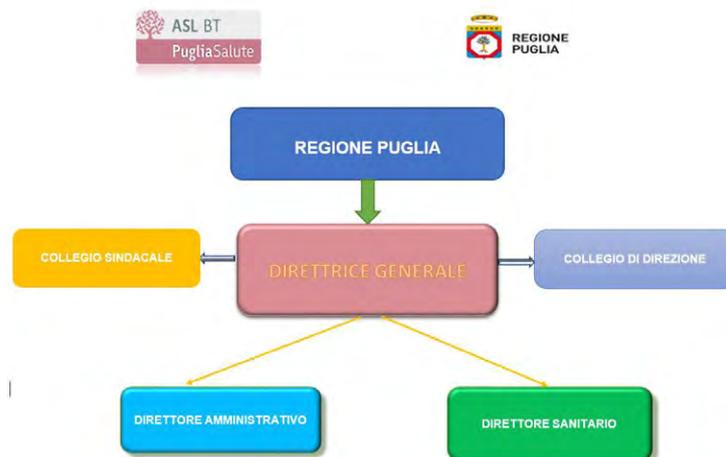
La Visione antropocentrica dell'Azienda volta all'accoglienza e all'umanizzazione dell'assistenza, si esplica secondo le seguenti matrici:



- perseguire attivamente il sistema delle alleanze inter istituzionali a livello locale, regionale, nazionale ed europeo, al fine di favorire una sanità più rapida, semplice, inclusiva e sostenibile;
- favorire un'informatizzazione integrata che possa consentire interventi programmati e valutare in termini misurabili la qualità delle strutture, delle cure e delle persone responsabili che se ne occupano;
- avviare un più marcato processo di dematerializzazione dei servizi (ricetta, fascicolo, cartella clinica elettronica) e di telemedicina mediante la diffusione di nuovi dispositivi individuali che possano dialogare con il sistema sanitario per una più efficace diagnosi, cura e prevenzione.
- qualificare l'offerta dei servizi e interventi preventivi e clinico assistenziali, sviluppando la capacità di analizzare e far esprimere i bisogni di salute della popolazione, di identificare le priorità, di valutare l'appropriatezza e gli esiti dell'azione svolta;
- qualificare l'accesso a tutti i servizi della rete aziendale, ponendo particolare attenzione all'equità e alla trasparenza delle forme di accesso adeguate alle problematiche complessive dell'utenza;
- razionalizzare il sistema dell'offerta per migliorare l'efficienza dei processi produttivi e di erogazione, così da utilizzare in modo ottimale le risorse disponibili;
- sviluppare il sistema della continuità clinico assistenziale, adottando soluzioni organizzative e gestionali che permettano la presa in carico globale dell'assistito in tutti i momenti del percorso di cura, anche attraverso una logica improntata alla gestione per processi;
- potenziare la capacità dei servizi territoriali attivando la rete di relazioni con medici MMG, PLS, enti locali e privato sociale, per rispondere ai bisogni degli individui e delle collettività, migliorando le cure domiciliari e l'appropriatezza delle attività di ricovero, perseguendo una coerente riduzione del tasso di ospedalizzazione;
- attivare nuove prassi per potenziare l'assistenza domiciliare e la sanità territoriale, intervenire in sicurezza e tempestivamente e prevenire nuovi rischi epidemici;
- perseguire l'obiettivo della valorizzazione, dello sviluppo professionale, della motivazione degli operatori, utilizzando anche la formazione e la ricerca quale elemento strategico, favorendo attivamente la ricerca;

Art. IX – DURATA

La durata dell'Azienda Sanitaria, benché a lungo termine, è subordinata alla condizione potestativa esercitabile dallo Stato e dalla Regione Puglia che con legge nazionale e regionale potrebbero disporre la trasformazione, fusione e modifica degli ambiti territoriali nonché l'estinzione.



Art. 1.1 - GLI ORGANI DELL'ASL BT: II DIRETTORE GENERALE

Il Direttore Generale è nominato dal Presidente della Regione Puglia ai sensi e per gli effetti di cui al D.lgs n. 171 del 4 agosto 2016 nonché della Legge Regione Puglia n. 15 del 2018.

Ai sensi dell'art. 3, comma 1 quater e comma 6 del D.lgs n. 502/1992, la persona fisica del Direttore Generale, in quanto Titolare dell'Organo Direzione Generale, è responsabile della gestione complessiva dell'azienda, ne detiene la rappresentanza legale e nomina i responsabili delle strutture operative di cui si avvale per il compimento della mission.

Il Direttore Generale, con il supporto degli organismi e delle strutture operative dell'intera organizzazione, persegue obiettivi di mandato individuati dalla Giunta Regionale e obiettivi gestionali annuali di carattere economico finanziario e di salute, oltre a quelli vincolanti previsti per legge, a pena di decadenza dall'incarico, volti alla corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate nonché all'imparzialità e al buon andamento dell'azione amministrativa.

Nella direzione dell'Azienda, il Direttore Generale è coadiuvato dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario i quali partecipano, con assunzione diretta di responsabilità alla formazione delle decisioni strategiche.

Art. 1.1.1 - LE COMPETENZE DEL DIRETTORE GENERALE

Il Direttore Generale, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 2 del cit. D.lgs n.171/2016 ha competenze, in particolare, sulle seguenti materie:



- ✓ raggiungimento di obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi definiti nel quadro della programmazione regionale, con particolare riferimento all'efficienza, all'efficacia, alla sicurezza, all'ottimizzazione dei servizi sanitari e al rispetto degli obiettivi economico-finanziari e di bilancio concordati;
- ✓ garanzia dei livelli essenziali di assistenza, anche attraverso la riduzione delle liste di attesa;
- ✓ puntuale e corretta trasmissione dei flussi informativi ricompresi nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario, dei risultati del programma nazionale valutazione esiti dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali e dell'appropriatezza prescrittiva;
- ✓ trasparenza, con particolare riferimento ai dati di bilancio sulle spese e ai costi del personale;
- ✓ responsabilità nella gestione complessiva del Budget Generale dell'Azienda;
- ✓ esercita le funzioni di verifica e controllo dei risultati conseguiti, soprattutto quelli relativi ai Dirigenti che rispondono direttamente alla Direzione Strategica, avvalendosi degli Organismi di Controllo Interno.

Al Direttore Generale, ai sensi delle disposizioni dettate dal D.lgs n. 502/92 e s.m.i., nonché dalle ulteriori leggi speciali nazionali e regionali, sono riservati prioritariamente i seguenti atti:

- la nomina, la sospensione e la decadenza del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario;
- la nomina dei Direttori di Dipartimento, di Struttura Complessa dei ruoli medico, sanitario e amministrativo;
- l'attribuzione delle Posizioni Dirigenziali, con atto scritto e motivato e in conformità con quanto previsto dalle norme contrattuali e dai regolamenti interni;
- la nomina, su designazione delle amministrazioni competenti, dei membri, componenti il Collegio Sindacale, e la prima convocazione del Collegio;
- la nomina dei membri componenti l'Organismo indipendente di Valutazione, nonché quelli dei Servizi di Controllo Interno;
- la nomina dei componenti dell'Ufficio Procedimenti Disciplinari;
- la nomina del RPCT Aziendale;
- la designazione dei membri di diritto del Collegio di Direzione, come previsto dalla normativa vigente;
- l'adozione dei bilanci annuali e pluriennali e degli atti riguardanti l'uso e la distribuzione di risorse definite dai bilanci, compresi quelli che definiscono le dotazioni organiche;
- l'approvazione dell'Atto Aziendale e degli altri regolamenti interni.

Il Direttore Generale provvede all'assolvimento dei suoi compiti mediante l'adozione di delibere, se l'oggetto ha rilevanza esterna, tramite disposizioni o ordini di servizio, se l'oggetto ha rilevanza interna.

Le funzioni di governo sono attribuite al Direttore Generale che può delegarle, solo in caso di assenza o impedimento, al Direttore Amministrativo o al Direttore Sanitario. In mancanza di delega, le funzioni di governo vengono assunte dal Direttore



Amministrativo o Sanitario più anziano di età (art. 3, comma 6, D.L.vo 502/1992 ss.mm.).

Il Direttore Generale, mediante l'istituto della delega di funzioni ex art. 17 del T.U.P.I., attribuisce ai Direttori e Dirigenti Responsabili la gestione ordinaria dei processi e procedimenti propri delle strutture aziendali semplici e complesse a cui sono preposti secondo quanto delineato nel TITOLO IV- CAPO IV del presente atto aziendale.

In particolare, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro il Direttore Generale, in qualità di Datore di lavoro, ex art. 2, comma 1, lett. b) del D.lgs n. 81/2008 e s.m.i. si avvale della delega di funzione ex art. 16 del cit. D.lgs n. 81/2008 nei confronti di figure istituzionali appositamente individuate per l'assolvimento degli obblighi vigenti in materia e per l'esercizio dei connessi poteri di organizzazione, gestione e controllo, così come meglio enucleati nel **Piano delle Competenze e delle Responsabilità** adottato dall'ASL BT con proprio atto deliberativo e a cui si rinvia per l'applicazione della disciplina ivi contenuta.

Art. 1.2. - GLI ORGANI DELL'ASL BT: IL COLLEGIO SINDACALE

Il Collegio Sindacale è, ex art. 3-ter del D.lgs n. 502/92 e s.m.i., l'organo collegiale dell'Azienda preposto alla verifica sulla corretta gestione dell'azienda.

Il collegio sindacale dura in carica tre anni ed è composto, ex art. 13 dell'Accordo tra il Governo e le Regioni sancito attraverso il c.d. "Patto della salute 2014 – 2016", da tre membri, persone fisiche, di cui uno designato dal Presidente della Giunta Regionale, uno dal Ministro dell'Economia e delle Finanze e uno dal Ministro della Salute.

Per la complessità dei compiti affidati nonché per il tipo di contabilità economico-patrimoniale adottata dall'azienda sanitaria, i componenti del collegio sindacale sono scelti tra gli iscritti nel registro dei revisori contabili istituito presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze, 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.

L'Azienda mette a disposizione del Collegio Sindacale un'adeguata sede per lo svolgimento dei propri compiti e la relativa custodia della documentazione inerente le funzioni svolte, nonché il personale necessario per lo svolgimento dei compiti di segreteria.

Al Presidente è riconosciuta ordinariamente una funzione organizzativa e di coordinamento dell'attività collegiale.

Il Presidente convoca le riunioni del Collegio, intrattiene i rapporti istituzionali con gli organi dell'Azienda, riceve la corrispondenza indirizzata al Collegio, vigila sulla conservazione dei documenti collegiali, dà riscontro alle richieste delle Amministrazioni vigilanti, provvede alla predisposizione della programmazione dell'attività dell'Organo ed invia segnalazioni o denunce alla Procura regionale della Corte dei Conti.

Le relazioni tra il Collegio Sindacale e il Direttore Generale dell'Azienda devono essere sempre improntate alla massima correttezza e collaborazione.



Art. 1.2.1- LE COMPETENZE DEL COLLEGIO SINDACALE

Il Collegio Sindacale, conformandosi ai principi della continuità, del campionamento e della programmazione dei controlli, sanciti negli artt. 12, co 4. Della Legge Regione Puglia n. 36/94 esercita in particolare, le seguenti competenze:

- verifica l'attività complessiva dell'Azienda per gli aspetti economici, finanziari e patrimoniali;
- vigila sull'osservanza delle leggi e accerta che la tenuta della contabilità sia regolare e che il Bilancio sia conforme alle risultanze dei libri e delle scritture contabili;
- effettua verifiche periodiche di cassa e svolge ogni altra funzione di ispezione e controllo prevista dalle leggi nazionali e regionali;
- trasmette periodicamente, e comunque con cadenza almeno semestrale, una propria relazione sull'andamento dell'attività dell'ASL alla Conferenza dei Sindaci.

Il Collegio esprime una valutazione complessiva sull'andamento della gestione, sotto il profilo dell'efficienza, dell'economicità e dei risultati conseguiti, mediante i seguenti interventi:

- verifica del nesso causale tra i fattori di produzione impiegati e i servizi prodotti, tra gli obiettivi programmati e gli obiettivi raggiunti, tra i livelli di spesa previsti e i livelli di spesa sostenuti;
- riscontro, nel corso dell'esercizio, dei risultati di gestione rispetto ai dati del bilancio preventivo economico;
- analisi degli scostamenti tra gli obiettivi programmati e gli obiettivi raggiunti e tra i livelli di spesa previsti e i livelli di spesa sostenuti;
- controllo dell'appropriato utilizzo di beni strumentali, attrezzature mediche e dei farmaci.

In ossequio alle disposizioni di cui agli artt. 12, co. 5 della Legge della Regione Puglia n. 36/1994 e all'art. 45 della Legge Regione Puglia n. 38/1994, *“tutti gli atti adottati dal Direttore Generale sono notificati al Collegio Sindacale all'atto della pubblicazione nell'Albo Aziendale ed entro 15 giorni dal ricevimento dell'atto, il Collegio notifica al Direttore Generale eventuali rilievi”*.

Le ulteriori attribuzioni del Collegio Sindacale sono disciplinate, per quanto applicabili, con le disposizioni dell'art. 20 del Titolo III del D.lgs n. 123 del 30.06.2011, recante la Riforma dei controlli di regolarità amministrativa e contabile e potenziamento dell'attività di analisi e valutazione della spesa, a norma dell'articolo 49 della legge 31 dicembre 2009, n. 196.



Art. 1.3 - GLI ORGANI DELL'ASL BT: II COLLEGIO DI DIREZIONE

Il Collegio di Direzione, in quanto organo dell'Azienda, concorre ex art. 17 del D.lgs n. 502 del 1992 con il Direttore Generale al governo delle attività cliniche, alla programmazione e valutazione delle attività tecnico sanitarie e di quelle ad alta integrazione sanitaria e dura in carica tre anni.

I componenti sono individuati in modo da garantire la partecipazione di tutte le figure professionali presenti nell'Azienda.

A tal proposito, in ossequio all'art. 3 della legge Regione Puglia n. 43 del 17 ottobre 2014 che ne definisce la composizione, la Direzione Strategica, costituisce il Collegio di Direzione mediante apposito atto deliberativo.

Le funzioni di segreteria del Collegio di Direzione sono svolte da un Ufficio di segreteria composto da almeno due dipendenti dell'azienda (e loro sostituti, in caso di assenza), individuati dal Direttore Generale nell'ambito della segreteria della Direzione generale, sanitaria o amministrativa, ovvero nell'ambito di altra struttura dell'azienda.

Il Collegio di Direzione nomina il Presidente, scegliendolo tra i componenti di diritto, il quale stabilisce un calendario ordinario di riunioni, prevedendone le relative convocazioni con cadenza almeno mensile.

Per gli ulteriori aspetti, l'ASL BT si uniforma alle disposizioni dettate dalla Legge della Regione Puglia n. 43 del 17 ottobre 2014 e adotta, all'uopo, apposito regolamento aziendale che disciplini le modalità operative per il relativo funzionamento, nonché le forme e le modalità di interazione con gli altri Organi dell'Azienda.

Art. 1.3.1 - LE COMPETENZE DEL COLLEGIO DI DIREZIONE

Il Collegio di Direzione assicura le funzioni di cui all'art. 17 del D.lgs n. 502/1992 e ss.mm. e dell'art. e svolge, in particolare, le seguenti funzioni:

- a) concorre al governo delle attività cliniche dell'azienda, formulando proposte ed esprimendo pareri dietro obbligatoria consultazione del Direttore Generale in merito a tutte le questioni attinenti il governo delle attività cliniche;
- b) concorre alla pianificazione delle attività dell'azienda, ivi comprese la didattica e la ricerca, e allo sviluppo organizzativo e gestionale dell'azienda, con particolare riferimento all'organizzazione dei servizi, alla valorizzazione delle risorse umane, alle attività di formazione continua degli operatori sanitari, alle soluzioni organizzative per l'attuazione dell'attività libero-professionale intramuraria;
- c) esprime parere obbligatorio sull'atto aziendale per la parte relativa all'organizzazione delle attività cliniche;
- d) esprime parere obbligatorio sul piano aziendale annuale della formazione, tenendo conto degli obiettivi formativi nazionali e regionali, nonché degli specifici bisogni



- formativi espressi dalle Aree e dai Dipartimenti aziendali e dalle categorie di operatori, ai fini della successiva approvazione da parte del Direttore Generale;
- e) esprime parere obbligatorio sul piano aziendale annuale per la gestione del rischio clinico ai fini della successiva approvazione da parte del Direttore Generale;
 - f) partecipa alla definizione dei requisiti di appropriatezza e qualità delle prestazioni, nonché degli indicatori di risultato clinico-assistenziale, e concorre alla conseguente valutazione interna dei risultati conseguiti in relazione agli obiettivi prefissati.

- CAPO II -

LA DIREZIONE STRATEGICA E GLI ORGANISMI COLLEGIALI

Art. 2 - LA DIREZIONE STRATEGICA

Il governo strategico aziendale è esercitato dalla Direzione Strategica, costituita dal **Direttore Generale**, dal **Direttore Amministrativo** e dal **Direttore Sanitario**, la cui funzione principale è quella di guidare il sistema organizzativo per il raggiungimento degli obiettivi aziendali, coordinando le strutture organizzative secondo i seguenti criteri generali:

- **Funzionalità**, rispetto ai compiti e ai programmi di attività, in coerenza con gli obiettivi di efficienza, efficacia ed economicità da perseguire;
- **Flessibilità**, a garanzia di adeguati margini per le determinazioni operative e gestionali che potranno essere assunte per la rispondenza dell'azione amministrativa al pubblico interesse, agendo anche con la capacità e i poteri tipici del datore di lavoro privato;
- **Comunicazione**, interna ed esterna, finalizzata al collegamento delle attività svolte dalle varie Strutture, che sono tenute ad adeguarsi all'obbligo di migliorare e snellire i flussi informativi;
- **Imparzialità e Trasparenza** dell'azione amministrativa;
- **Fruibilità** dei servizi e delle prestazioni, attraverso l'armonizzazione degli orari di apertura delle Strutture alle esigenze dell'utenza.

La Direzione Strategica

- privilegia il metodo della collegialità tra i Direttori Generale, Sanitario e Amministrativo;
- esercita la funzione di committenza interna attribuendo obiettivi e risorse economiche, umane e strumentali ai Direttori delle Macrostrutture, contrattando con le strutture convenzionate accreditate i volumi e le tipologie di prestazioni e le modalità di erogazione;



- definisce e assegna specifiche responsabilità di gestione sia nell'ambito del governo assistenziale che economico, attribuendole, rispettivamente, al Direttore Sanitario e al Direttore Amministrativo.

Art. 2.1 - II DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Il Direttore Amministrativo è nominato dal Direttore Generale, ai sensi e per gli effetti delle disposizioni della Legge Regionale n. 48 del 31 ottobre 2019, attingendo obbligatoriamente dagli elenchi regionali degli idonei istituiti e aggiornati, con cadenza biennale e ai sensi del combinato disposto del decreto legislativo del 30 dicembre 1992 n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421) e del d.lgs. 171/2016.

Il Direttore Amministrativo partecipa al processo di pianificazione strategica ed esercita tutti i compiti attribuiti alla sua funzione, al fine di coadiuvare il Direttore Generale nella definizione e direzione del sistema di governo economico - finanziario dell'Azienda, assolvendo in particolare ai seguenti compiti:

- Contribuisce alla definizione delle linee strategiche e delle politiche aziendali finalizzate agli obiettivi economico- finanziari;
- Espleta la funzione di direzione, coordinamento e supporto nei confronti dei responsabili delle strutture e uffici aziendali;
- Formula proposte e pareri sugli atti relativi alle materie di competenza;
- Esercita le responsabilità del governo economico-finanziario con riferimento all'efficienza tecnica, operativa e qualitativa di tutte le Strutture Amministrative di supporto all'intera Organizzazione, soprattutto, per l'erogazione delle prestazioni finali.
- Assicura nell'esercizio delle sue funzioni il rispetto di leggi, regolamenti, nonché dei principi di buon andamento e imparzialità dell'azione amministrativa, a pena di decadenza dall'incarico.

Gli atti del Direttore Amministrativo si esprimono in proposte di delibera, se l'oggetto ha rilevanza esterna, con disposizioni di servizio per i servizi di competenza, se l'oggetto ha rilevanza interna.

Art. 2.1.1. - LE COMPETENZE DEL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Il Direttore Amministrativo ha competenze, in particolare, sui seguenti atti ed attività:

- Dirige i servizi amministrativi, e adotta gli atti delegati dal Direttore Generale;
- Coordina la funzione di governo economico-finanziario aziendale;
- Garantisce l'adeguato sviluppo e l'efficienza dei servizi informativi in modo da assicurare le previsioni ed i consuntivi necessari per la rappresentazione economica e finanziaria, secondo i principi della correttezza, completezza e trasparenza;
- Formula proposte al Direttore Generale, al fine dell'assegnazione delle risorse e per il conferimento degli incarichi di struttura e delle nomine delle commissioni tecniche previste da leggi e regolamenti;



- Promuove e verifica la qualità, l'efficacia, l'efficienza e l'economicità dell'attività svolta dalle Strutture Amministrative e Tecniche;
- Cura e verifica il corretto e razionale utilizzo delle risorse assegnate, assicurando il rispetto delle direttive del Direttore Generale e delle linee di pianificazione aziendale;
- Cura e promuove, d'intesa con il Direttore Sanitario, le iniziative ed i programmi di accoglienza e di tutela dell'Utenza;
- Promuove e progetta, di concerto con il Direttore Sanitario e con i Direttori di Area e di Struttura, le iniziative di formazione e addestramento destinate al personale dell'Azienda, nel rispetto di quanto stabilito nel Regolamento di Formazione;
- Sostituisce, su delega, il Direttore Generale, in caso di sua assenza o impedimento temporaneo.

Art. 2.1.2 - II DIRETTORE SANITARIO

Il Direttore Sanitario è nominato dal Direttore Generale, ai sensi e per gli effetti delle disposizioni della Legge Regionale n. 48 del 31 ottobre 2019, attingendo obbligatoriamente dagli elenchi regionali degli idonei istituiti e aggiornati, con cadenza biennale e ai sensi del combinato disposto del decreto legislativo del 30 dicembre 1992 n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della Legge 23 ottobre 1992, n. 421) e del d.lgs. n. 171/2016, presso il competente Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per Tutti della Regione Puglia.

Il Direttore Sanitario partecipa al processo di pianificazione strategica ed esercita tutte le funzioni attribuite alla sua competenza al fine di coadiuvare il Direttore Generale nella definizione e direzione del sistema di governo clinico, professionale e gestionale dell'Azienda.

Contribuisce alla definizione delle linee strategiche e delle politiche aziendali finalizzate agli obiettivi di salute.

Espleta la funzione di direzione mediante l'espressione di pareri obbligatori sugli atti relativi alle materie di competenza.

Esercita le responsabilità del governo clinico, che si riferiscono alla qualità e alla efficienza tecnica ed operativa delle strutture di produzione delle prestazioni e ai singoli prodotti che subiscono l'integrazione in Servizi, Programmi e Percorsi di assistenza, orientati al singolo o alla collettività, avvalendosi delle Strutture operative Aziendali.

Art. 2.1.3 - LE COMPETENZE DEL DIRETTORE SANITARIO

Il Direttore Sanitario ha competenza, in particolare, sui seguenti atti ed attività:

- Dirige e coordina i servizi sanitari della ASL e sovrintende alla tutela igienico sanitaria degli stessi dettandone gli indirizzi generali;
- Fornisce parere obbligatorio al Direttore Generale;



ASL BT

PugliaSalute

- Promuove percorsi clinico-assistenziali per interventi mirati a singole patologie e/o a specifici gruppi di popolazione;
- Intercetta ed esplicita gli ambiti delle deleghe conferite ai Direttori delle Macrostrutture, anche attraverso l'individuazione di obiettivi specifici, soprattutto per quanto attiene gli aspetti legati alla organizzazione, gestione e produzione;
- Sorveglia e controlla la corretta applicazione delle norme vigenti in materia di tutela sanitaria del personale dipendente attraverso le Strutture e gli Organismi preposti, fissandone i criteri di funzionamento;
- Formula proposte al Direttore Generale per l'assegnazione delle risorse e il conferimento degli incarichi ai Dirigenti delle Strutture e per la nomina di commissioni tecniche previste da leggi e regolamenti;
- Promuove e verifica la qualità, l'efficacia, l'efficienza e l'economicità dell'attività svolta dalle Strutture Sanitarie;
- Cura, per quanto di competenza, l'attuazione di programmi e progetti definiti dagli atti di pianificazione;
- Cura e verifica il corretto e razionale utilizzo delle risorse assegnate, assicurando il rispetto delle direttive del Direttore Generale e delle linee di pianificazione aziendale;
- Cura e promuove, d'intesa con il Direttore Amministrativo, le iniziative e i programmi di accoglienza e di tutela dei diritti dell'utenza;
- Promuove e progetta, di concerto con il Direttore Amministrativo e il Collegio di Direzione, le iniziative di formazione e addestramento destinate al personale dell'Azienda, nel rispetto di quanto stabilito nel Regolamento di Formazione;
- Esercita le funzioni delegate dal Direttore Generale per le materie di sua competenza;

Gli atti del Direttore Sanitario si esprimono in proposte di delibera, se l'oggetto ha rilevanza esterna, oppure con disposizioni di servizio, per gli uffici di competenza, se l'oggetto ha rilevanza interna.

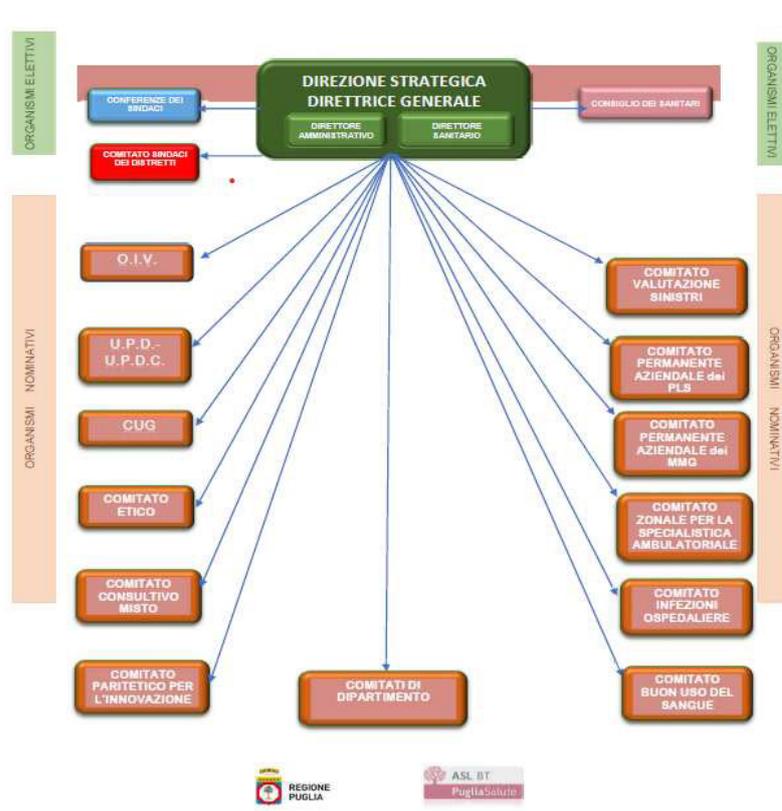
Art. 2.1.4 - SOSTITUZIONE DEI DIRETTORI AMMINISTRATIVO E SANITARIO

In caso di assenza o impedimento temporaneo del Direttore Amministrativo o del Direttore Sanitario le rispettive funzioni sono svolte da un sostituto, Direttore di Struttura Complessa dell'Azienda, designato dagli stessi tra i Direttori di struttura Complessa e nominato dal Direttore Generale con atto scritto;

La funzione sostitutiva non deve superare i sei mesi e può essere revocata in qualsiasi momento;

Qualora l'assenza o l'impedimento si protragga, in modo continuativo, oltre i sei mesi, il Direttore Generale procede alla sostituzione definitiva nei modi e nei termini previsti dalla legge.

Art. 3 - GLI ORGANISMI COLLEGIALI



Sono **Organismi** Aziendali a titolo elettivo o nominativo:

- Il Consiglio dei Sanitari
- La Conferenza dei Sindaci
- Il Comitato dei Sindaci di Distretto
- L'O.I.V.
- L'Ufficio Procedimenti Disciplinari (U.P.D) e L'Ufficio Procedimenti Disciplinari personale Convenzionato (U.P.D.C)
- Il Comitato Unico di garanzia (CUG)
- Il Comitato Etico
- Il Comitato Consultivo Misto
- Il Comitato Valutazione Sinistri
- Il Comitato Permanente Aziendale dei PLS
- Il Comitato Permanente Aziendale dei MMG
- Il Comitato Zonale per la specialistica ambulatoriale
- Il Comitato Paritetico per l'innovazione
- Il Comitato Infezioni Ospedaliere
- Il Comitato del Buon uso del sangue



- I Comitati di Dipartimento

Art. 3.1 - II CONSIGLIO DEI SANITARI

Il Consiglio dei Sanitari è, ex art. 3 comma 12 del D.lgs n. 502/92 e s.m.i., organismo elettivo, presieduto dal Direttore Sanitario ed è composto dalle professionalità di carattere sanitario dell'Azienda, con presenza maggioritaria di dirigenti medici ed altri operatori sanitari (dirigenza medica e veterinaria, dirigenza sanitaria e infermieri).

Fornisce al Direttore Generale "parere obbligatorio, non vincolante" per le attività tecnico-sanitarie, anche sotto il profilo organizzativo, e per gli investimenti di specifica pertinenza.

Il Direttore Generale ha l'obbligo di richiedere il parere nelle materie di competenza del Consiglio dei Sanitari.

Art. 3.2 - LA CONFERENZA DEI SINDACI

La Conferenza dei Sindaci esercita le proprie funzioni in attuazione dell'art. 3, comma 14, del D.L.gs. n. 502/92 e successive modifiche e integrazioni e delle leggi regionali n. 36/94, n.25/2006 e n. 39/2007 e relativo regolamento applicativo n. 9/2007, come da ultimo aggiornato con Regolamento Regionale n. 16 del 18 luglio 2008, recante il "*Regolamento concernente la composizione, le attribuzioni ed il funzionamento della conferenza dei sindaci, della rappresentanza della conferenza e del comitato dei sindaci del distretto*".

E' organismo rappresentativo delle autonomie locali, con funzioni di indirizzo e controllo sull'attività socio-sanitaria e di partecipazione alla programmazione di detta attività.

La Conferenza dei Sindaci è composta da tutti i Sindaci, o loro delegati, dei Comuni che formano l'ambito territoriale dell'Azienda Sanitaria provinciale.

Nell'ambito di una programmazione negoziata e compatibile con le risorse disponibili, l'Azienda riconosce il ruolo fondamentale della Conferenza dei Sindaci, quale organo deputato a rappresentare gli Enti Territoriali al fine di contribuire, coerentemente con gli indirizzi regionali, alla specificazione locale degli obiettivi di salute da inserire nei programmi aziendali, alla definizione degli indirizzi e alla vigilanza e verifica delle attività e a cui spetta esprimere i bisogni socio-sanitari delle comunità amministrare.

Partecipa al processo di programmazione socio-sanitaria locale, approva il Piano di Zona dei Servizi Sociali, emana gli indirizzi ed esprime parere obbligatorio sul Piano Attuativo Locale e territoriale e ne esercita la verifica sulla gestione e sui risultati, esamina gli atti di bilancio, esercita ogni altra funzione riservata alla sua competenza;

Verifica l'andamento generale dell'attività dell'Azienda Sanitaria e trasmette le proprie valutazioni e proposte alla stessa Azienda Sanitaria ed alla Regione, delibera l'adozione dei provvedimenti in base ai quali l'Azienda Sanitaria assicura le prestazioni e i servizi contemplati dai livelli aggiuntivi di assistenza finanziati dai Comuni, formula parere al Direttore Generale in merito alla nomina del Direttore dei Servizi Sociali, esercita ogni altra funzione riservata alla sua competenza;



I rapporti tra Azienda Sanitaria e Conferenza dei Sindaci sono assicurati dai rispettivi Direttore Generale e Presidente; l'Azienda, oltre a idonei locali, mette a disposizione dell'esecutivo i dati informativi e un supporto tecnico amministrativo, necessari per l'espletamento delle funzioni demandate allo stesso.

Art. 3.3 - COMITATO DEI SINDACI DI DISTRETTO

Il Comitato dei Sindaci di Distretto è organismo istituito ex art. 3 quater, comma 4, del D.lgs n. 502/92, la cui organizzazione e il cui funzionamento sono disciplinati dalla Regione Puglia con Regolamento Regionale del 18 luglio 2008, n. 16 recante il *“Regolamento concernente la composizione, le attribuzioni ed il funzionamento della conferenza dei sindaci, della rappresentanza della conferenza e del comitato dei sindaci del distretto”*.

E' composto dai Sindaci dei Comuni costituenti l'ambito territoriale del Distretto ed i Presidenti delle circoscrizioni laddove presenti ed è presieduto da un Sindaco, eletto a maggioranza assoluta, con votazione a scrutinio segreto.

Il Comitato dei Sindaci svolge funzioni consultive e propositive sul Piano delle Attività Territoriali (PAT) proposto dal Direttore del distretto ed approvato dal Direttore Generale, d'intesa, limitatamente alle attività socio-sanitarie, con il comitato medesimo e tenuto conto delle priorità stabilite a livello regionale.

Il Comitato, inoltre, concorre alla verifica del raggiungimento dei risultati di salute definiti nel PAT.

Il Comitato dei Sindaci, entro trenta giorni dall'insediamento, approva il regolamento relativo alla sua organizzazione e funzionamento, compreso l'espletamento delle attività amministrative e di supporto da parte del Comune che esprime la Presidenza, sentito il parere del Direttore Generale e del Direttore del Distretto.

Il Comitato è convocato dal suo Presidente ai fini dell'espressione dei pareri di cui innanzi, previsti dalla legge, qualora lo richieda il Direttore Generale dell'Azienda, o quando lo richieda per iscritto almeno un terzo dei componenti, indicando gli argomenti da trattare corredati dalle relative proposte.

Art. 3.4 - L'ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE (O.I.V.)

L'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance (O.I.V.) è istituito dall'Azienda ai sensi dell'art. 14 del D. Lgs. n. 150/2009, sostituisce il Nucleo di Valutazione ed è nominato con atto proprio del Direttore Generale.

Le funzioni svolte dall'O.I.V. quelle prevista dalla Legge ed in particolare dal D. Lgs. n. 150/2009 (art. 14, 31). Tra queste, significativa rilevanza rivestono quelle di seguito indicate:

- monitoraggio del funzionamento complessivo del sistema della valutazione della prestazione organizzativa e individuale, a partire dalla definizione e assegnazione



- degli obiettivi fino alla misurazione e valutazione delle prestazioni, al fine di garantirne la correttezza, nonché l'aderenza agli indirizzi regionali;
- promozione e attestazione dell'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza;
 - provvede, inoltre, ad ogni altra valutazione di efficacia e di efficienza gestionale del personale delle aree dirigenziali e dell'area del comparto su indicazione della direzione aziendale.

L'O.I.V opera sulla base di uno specifico Regolamento Interno, adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 1478 del 07/08/2018.

Art. 3.5 - L'UFFICIO PROCEDIMENTI DISCIPLINARI (U.P.D) E CONVENZIONATO UPDC (U.P.D.C)

L'Ufficio per i Procedimenti disciplinari è l'organismo aziendale a carattere collegiale competente all'esercizio della potestà disciplinare ai sensi dell'art. 55 bis, comma 2, del D. Lgs. n.165/2001, così come modificato ed integrato dal D. Lgs. n. 75/2017.

L'U.P.D. opera al fine di garantire il rispetto rigoroso da parte dei dipendenti tutti (afferenti al personale del Comparto, della Dirigenza Medico Veterinaria, Dirigenza dell'Area Sanitaria, Professionale, Tecnica e Amministrativa e del personale medico specialistico ambulatoriale convenzionato) delle norme disciplinanti il comportamento in servizio, teso al raggiungimento dei fini istituzionali della tutela del diritto alla salute, ma anche e soprattutto della tutela del principio di legalità, imparzialità, trasparenza e correttezza dei procedimenti di questa Azienda nell'ottica del pieno assolvimento del superiore ed indisponibile interesse generale di tutela degli interessi collettivi e della prevenzione da fenomeni corruttivi e criminosi nell'ambito del rapporto lavorativo.

L'U.P.D. ha competenza per tutte le infrazioni perseguibili e punibili con sanzioni superiori al rimprovero verbale così come riformate dalla novella legislativa introdotte nel D. Lgs. 165/2001, dapprima, dal Decreto Lgs. 150/2009 (Riforma Brunetta) e, più di recente, dal D. Lgs. 116 del 20.06.2016 (Riforma Madia), nonché dai Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro che disciplinano la materia della responsabilità civile, amministrativa, penale e contabile connesse ai rapporti di lavoro con le pubbliche amministrazioni.

Anche il personale medico convenzionato quale i MMG, i PLS e gli Specialisti Ambulatoriali, i Veterinari e Altri professionisti Sanitari soggiacciono alla potestà disciplinare dell'Ufficio Procedimenti disciplinari che, in tal caso, è integrato, nel rispetto degli accordi collettivi nazionali di categoria, da un componente, ciascuno per l'ordine di appartenenza, designato rispettivamente dal Comitato Permanente Aziendale dei MMG, dal Comitato Permanente Aziendale dei PLS e dal Comitato Zonale degli specialisti ambulatoriali, al fine di costituire l'Ufficio Procedimenti disciplinari Convenzionato (U.P.D.C).

L'U.P.D. e l'U.P.D.C. sono nominati dal Direttore Generale, durano in carica tre anni e sono composti in numero dispari da componenti titolari e componenti supplenti, di cui uno con funzioni di Presidente, gli altri con qualifica Dirigenziale sia per il ruolo Amministrativo, tecnico e professionale, sia per il ruolo sanitario, che nel caso di UPDC



è sostituito da un MMG, da un PLS e da uno Specialista Ambulatoriale per i relativi procedimenti disciplinari.

Il funzionamento e l'organizzazione dell'U.P.D/U.P.D.C aziendale è disciplinato da apposito regolamento interno.

Art. 3.6 - IL COMITATO UNICO DI GARANZIA PER LE PARI OPPORTUNITÀ, LA VALORIZZAZIONE DEL BENESSERE DI CHI LAVORA E CONTRO LE DISCRIMINAZIONI (C.U.G.)

Il Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni" (CUG) è istituito ai sensi dell'art. 57 del D.lgs n.165 del 2001 e successive modificazioni introdotte con Legge n.183/2021.

In seno all'ASL BT, il C.U.G. è nominato con atto proprio del Direttore Generale ed è composto, in maniera paritetica, dagli esponenti delle Organizzazioni Sindacali e dai componenti interni Aziendali, entrambi rappresentativi del personale dipendente della Dirigenza PTA, della Dirigenza dell'Area Medica e del personale dipendente del Comparto.

Il Comitato esercita le proprie competenze al fine di assicurare, nell'ambito del lavoro pubblico, parità e pari opportunità di genere, la tutela dei lavoratori contro le discriminazioni ed il mobbing nonché l'assenza di qualunque forma di violenza fisica e psicologica.

Assume tutte le funzioni che la legge e i contratti collettivi attribuivano ai Comitati per le Pari Opportunità e ai Comitati paritetici sul fenomeno del mobbing e rappresentano un interlocutore unico, più efficace e completo al quale i lavoratori potranno rivolgersi nel caso subiscano una discriminazione e vogliono porvi rimedio;

Il Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni (C.U.G.) opera sulla base di uno specifico regolamento interno approvato giusta deliberazione del Commissario Straordinario n. 233 del 15.02.2022, in conformità alla direttiva n. 2 del 2019 "Misure per promuovere le pari opportunità e rafforzare il ruolo dei Comitati Unici di Garanzia nelle amministrazioni pubbliche".

Art. 3.7 - IL COMITATO ETICO

In coerenza con il nuovo quadro normativo vigente sulla sperimentazione clinica dei medicinali per uso umano, il Comitato Etico interaziendale Area 1 (A.O.U. di Foggia, ASL Foggia e ASL BT) è un organismo indipendente che ha la responsabilità di garantire la tutela dei diritti, della sicurezza e del benessere dei soggetti che accedono



a particolari cure attraverso protocolli di Studi Clinici di varia tipologia e di fornire pubblica garanzia di tale tutela.

È istituito ai sensi della Legge n. 189 del 2012 e s.m.i in sostituzione di quello precedentemente validato con D.G.R. n. 1227 del 04 luglio 2013, con deliberazione del Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti" di Foggia n. 363 del 25 ottobre 2016, in osservanza del D.M. 08 febbraio 2013, contenente i "Criteri per la composizione e il funzionamento dei Comitati Etici" e validato con D.G.R. n. 237 del 28 febbraio 2017.

La Regione Puglia, con D.G.R. n. 1227 del 04 luglio 2013, ha individuato i Comitati Etici distinti per area di aggregazione e quindi anche quello dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti" di Foggia, con competenza territoriale interprovinciale.

Il Comitato Etico interaziendale Area 1, che svolge la sua attività nel rispetto della normativa europea, nazionale e regionale, nonché delle linee-guida sancite dai documenti di istituzioni competenti in materia bioetica, ha competenza ad esprimere pareri per sperimentazioni, studi e quanto altro indicato nel Regolamento approvato con deliberazione del Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti" di Foggia n. 490 del 09 ottobre 2017, nelle seguenti Aziende:

- Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti" di Foggia;
- Azienda Sanitaria Locale di Foggia;
- Azienda Sanitaria Locale BT (Barletta – Andria – Trani).

Ai sensi dell'art. 2, comma 4, D.M. 08 febbraio 2013, le Regioni disciplinano le modalità di nomina dei componenti del Comitato Etico, definendo, al successivo comma 5, i criteri per la composizione dei comitati in modo tale che la composizione degli stessi garantisca le qualifiche e l'esperienza necessarie a valutare gli aspetti etici, scientifici e metodologici degli studi proposti e, pertanto, i suoi componenti devono essere in possesso di una documentata conoscenza ed esperienza nelle sperimentazioni cliniche dei medicinali e dei dispositivi medici e nelle altre materie di competenza dello stesso.

La sede logistica del Comitato Etico Area 1, dotato di un Ufficio di Segreteria tecnico-scientifica, è sita presso l'Azienda Ospedaliero – Universitaria "Ospedali Riuniti" di Foggia.

Il Comitato Etico interaziendale Area 1 ha competenza ad esprimere pareri relativi:

1. all'esecuzione di sperimentazioni cliniche "interventistiche" profit o no profit;
2. all'esecuzione di Studi di tipo osservazionale/epidemiologico profit o no profit (studi non interventistici);
3. all'uso terapeutico di medicinale sottoposto a sperimentazione clinica (usi compassionevoli/expanded access);
4. ad ogni altra questione inerente l'uso dei medicinali e dei dispositivi medici, l'impiego di procedure chirurgiche e cliniche o relative allo studio di prodotti alimentari sull'uomo.
5. Agli emendamenti sostanziali.

Il Comitato Etico interaziendale Area 1 è strumento di pubblica garanzia alla tutela dei diritti sopra richiamati per i soggetti coinvolti in sperimentazioni cliniche di medicinali e/o in qualsivoglia procedura diagnostica o terapeutica innovativa.

Il Comitato Etico inoltre:



- svolge funzione consultiva in relazione a scelte assistenziali che pongono problemi di etica, per i quali viene richiesto un approfondimento specialistico ed una valutazione utile ad orientare e supportare nelle azioni gli operatori delle Aziende sanitarie;
- può proporre iniziative di formazione/aggiornamento degli operatori relativamente a temi in materia di bioetica, ricerca e sperimentazione clinica;
- può promuovere iniziative di sensibilizzazione rivolte ai cittadini sui temi e problematiche della bioetica.

E' supportato e monitorato dal Centro di Coordinamento Nazionale dei Comitati Etici Territoriali per le sperimentazioni cliniche sui medicinali per uso umano e sui dispositivi medici ai sensi dell'art. 2 della L.3/2018 e successive modificazioni e/o integrazioni e novità introdotte dal D.Lgs. 14 maggio 2019 n. 52.

Art. 3.8 - II COMITATO CONSULTIVO MISTO

Il Comitato Consultivo Misto CCM è un organismo rappresentativo dell'utenza del Servizio Sanitario Nazionale.

E' a composizione mista, in quanto, per facilitare l'interscambio con l'organizzazione sanitaria, è composto sia da membri designati dalle Associazioni di Tutela e di Volontariato (in numero maggioritario) maggiormente impegnate in campo socio-sanitario, sia da operatori interni individuati dalla Azienda Sanitaria.

L'Organismo ha competenze e conoscenze di verifica, critica, di suggerimento, di promozione e rilevazione della qualità percepita dei servizi sanitari.

E' stato individuato come la forma organizzativa più idonea per portare dentro la gestione della Aziende ASL il punto di vista dei cittadini.

Art. 3.9 - II COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI

Il Comitato Valutazione Sinistri (di seguito indicato CVS), costituito da professionalità sanitarie, amministrative e dalla Struttura Legale, si occupa della analisi e della gestione dei sinistri e delle richieste di risarcimento danni, in conformità alla Legge GELLI n. 24 del 8.03.2017 recante "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie".

Il CVS dell'ASL BT è nominato con atto deliberativo dal Direttore Generale.

Il CVS assolve alle seguenti precipue funzioni:

- garantire la piena trasparenza alle procedure di gestione dei sinistri e degli eventi avversi prevedendo una serie di adempimenti connessi alla trattazione stragiudiziale delle richieste risarcitorie ed alla liquidazione dei risarcimenti riconosciuti;
- ridurre il contenzioso e l'impatto economico degli eventi avversi per responsabilità civile della struttura e per responsabilità professionale degli esercenti la professione



sanitaria, realizzando un risparmio attraverso la gestione diretta delle richieste risarcitorie;

- contribuire alla prevenzione delle cause più frequenti di eventi che generano richieste risarcitorie attraverso un sistema di controllo ed interventi mirati, volti a proporre e pianificare le opportune azioni di prevenzione del rischio clinico proattive e/o reattive, al fine di garantire la sicurezza delle cure quale parte costitutiva del diritto alla salute, perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività.

- diminuire il livello di sinistrosità, tutelare il decoro e l'immagine della struttura e del professionista e generare nell'utente un giusto grado di fiducia nei rapporti con le istituzioni deputate alla tutela della salute.

Per il funzionamento del CVS Aziendale, si rinvia ad apposito regolamento aziendale, in via di aggiornamento, da adottarsi con deliberazione del Direttore Generale.

Art. 3.10 - II COMITATO PERMANENTE AZIENDALE DEI MMG

Il **Comitato Permanente Aziendale (CPA) dei Medici di Medicina Generale** è previsto dall'art. 12 dell'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) della Medicina Generale del 28/04/2022.

Il CPA è composto da rappresentanti di parte pubblica e rappresentanti di parte sindacale firmatarie dell'Accordo Integrativo Regionale (A.I.R.) ed è presieduto dal Direttore Generale o suo delegato.

L'attività del Comitato è principalmente orientata a:

- a) formulare pareri nei confronti del processo di programmazione aziendale e distrettuale;
- b) monitorare l'applicazione dell'Accordo Attuativo Aziendale;
- c) monitorare il funzionamento delle AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali) e delle forme organizzative multi professionali.

Art. 3.11 - II COMITATO PERMANENTE AZIENDALE DEI PLS

Il **Comitato Permanente Aziendale (CPA) della Pediatria di Libera Scelta** è previsto dall'art. 12 dell'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) della Pediatria di Libera Scelta del 28/04/2022.

Il CPA è composto da rappresentanti di parte pubblica e rappresentanti di parte sindacale firmatarie dell'Accordo Integrativo Regionale (A.I.R.) ed è presieduto dal Direttore Generale o suo delegato.

L'attività del Comitato è principalmente orientata a:

- a) definire gli Accordi Attuativi Aziendali;
- b) formulare pareri nei confronti del processo di programmazione aziendale e distrettuale (ad esempio: variazione degli ambiti territoriali di iscrizione dei pediatri di libera scelta, individuazione delle zone disagiate, individuazione delle zone carenti, ecc.);
- c) monitorare l'applicazione dell'Accordo Attuativo Aziendale;
- d) monitorare il funzionamento delle AFT e delle UCCP (Unità Complessa Cure Primarie)



Art. 3.12 - II COMITATO ZONALE PER LA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Il **Comitato Zonale (C.Z.) per la Specialistica Ambulatoriale Interna** è previsto dall'art. 18 dell'Accordo Collettivo Nazionale del 31/03/2020 e s.m.i.

La ASL BT è sede del Comitato Zonale dal 01/01/2021.

Il C.Z. è composto da rappresentanti di parte pubblica e rappresentanti di parte sindacale firmatarie dell'Accordo Integrativo Regionale (A.I.R.) ed è presieduto dal Direttore Generale o suo delegato.

L'attività del C.Z. è principalmente orientata a:

- a) formulare pareri nei confronti del processo di programmazione aziendale e distrettuale nonché in merito agli adempimenti amministrativi connessi alla instaurazione e gestione unitaria del rapporto di lavoro;
- b) monitorare l'applicazione dell'Accordo Attuativo Aziendale;
- c) monitorare il funzionamento delle AFT e delle UCCP per le attività di competenza;
- d) collaborare alla valutazione del fabbisogno di prestazioni specialistiche;
- e) proporre soluzioni e percorsi di semplificazione dell'accesso alla specialistica, per la corretta gestione delle liste d'attesa ed il contenimento dei tempi di effettuazione delle prestazioni;
- f) proporre programmi di deospedalizzazione, dimissioni protette, percorsi integrati con l'assistenza primaria ed ospedaliera;
- g) svolgere attività di promozione e sviluppo dell'assistenza specialistica ambulatoriale;
- h) definire le procedure ed individuare i componenti della Commission Tecnica Aziendale di cui all'articolo 20, co. 5, dell'ACN (per la valutazione del possesso di particolari capacità professionali);
- i) esprimere pareri in merito alle procedure di cui all'articolo 30, co. 3 (per le domande di mobilità interaziendale) e all'articolo 31, co. 3 (in caso di riduzione dell'orario di incarico disposta dall'Azienda)

Art. 3.13 - II COMITATO PARITETICO PER L'INNOVAZIONE

Nel complesso sistema delle relazioni sindacali, così come delineate dai Contratti collettivi nazionali di lavoro (CC.NN.LL.) e che riguardano tutti i dipendenti dell'Azienda Sanitaria locale dell'ASL BT con rapporto di lavoro a tempo determinato ed indeterminato, l'Organismo paritetico per l'innovazione realizza una modalità relazionale finalizzata al coinvolgimento partecipativo delle organizzazioni sindacali di categoria, titolari della contrattazione integrativa, su tutto ciò che abbia una dimensione progettuale, complessa e sperimentale, di carattere organizzativo, tra cui il miglioramento dei servizi, la promozione della legalità, il benessere organizzativo, le politiche formative.

L'ASL BT, in conformità ai rinnovi contrattuali, costituisce e aggiorna gli Organismi paritetici del seguente personale dipendente:

- ❖ Comparto,
- ❖ Dirigenza Professionale, Tecnica ed amministrativa (P.T.A),
- ❖ Dirigenza dell'AREA Medica.



Gli organismi paritetici del comparto, della dirigenza PTA e della Dirigenza dell'Area Medica hanno composizione paritetica e, nominati dal Direttore Generale, sono composti dagli esponenti designati da ciascuna delle organizzazioni sindacali firmatarie dei CC.NN.LL., nonché da una rappresentanza dell'amministrazione, con rilevanza pari alla componente sindacale.

Il funzionamento e l'organizzazione degli Organismi Paritetici del comparto, della dirigenza PTA e della Dirigenza dell'Area Medica sono disciplinati nei regolamenti aziendali dell'ASL BT e sono suscettibili di modifiche ed aggiornamenti derivanti dal rinnovo dei CC.NN.LL.

Art. 3.14 – IL COMITATO INFEZIONI OSPEDALIERE (C.I.O)

Il Comitato Infezioni Ospedaliere, istituito con Decreto del Ministero della Sanità del 13 settembre 1988, è un organismo multidisciplinare con funzioni di programmazione, indirizzo e verifica dell'attività di prevenzione, sorveglianza e controllo delle I.C.A., rivolta, in particolare, alla gestione delle infezioni nosocomiali, ovvero tutte le infezioni insorte durante il ricovero in ospedale o dopo le dimissioni del paziente, che al momento dell'ingresso non erano manifeste clinicamente, né erano in incubazione.

La prevenzione di tali infezioni rappresenta un elemento fondamentale a garanzia della Qualità dell'assistenza sanitaria e costituendo le infezioni un'importante causa di morbosità, il relativo controllo consentirebbe di prevenire situazioni di mortalità e costi per il Sistema Sanitario.

Nell'ASL BT è stato nominato il Comitato aziendale Infezione per la sorveglianza, prevenzione e controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza Ospedaliere Componenti del Comitato Aziendale che si avvale di un Gruppo Operativo (G.O.) su ciascun Presidio Ospedaliero e di un Nucleo Operativo (N.O.) all'interno di ciascuna Unità Operativa del Presidio, per l'espletamento delle seguenti funzioni:

- elaborare programmi aziendali per la prevenzione ed il controllo delle infezioni correlate all'assistenza I.C.A., implementarli, monitorarli ed, eventualmente, mettere in atto azioni di miglioramento continuo;
- promuovere e programmare interventi formativi ed informativi specifici per pazienti, operatori sanitari, volontari, studenti e visitatori;
- promuovere la raccolta dati sull'incidenza e/o prevalenza delle infezioni correlate ai processi assistenziali e sulla distribuzione delle antibiotico-resistenze;
- organizzare un sistema di sorveglianza epidemiologica delle infezioni correlate ai processi assistenziali e promuove verifiche di qualità;
- predisporre a livello aziendale Protocolli e Linee Guida sull'utilizzo appropriato degli antibiotici, dei presidi, dei dispositivi medici e sulle corrette procedure di disinfezione e sterilizzazione, monitorandone l'efficacia nell'applicazione;
- formulare proposte operative e provvedimenti d'urgenza da adottarsi in particolari evenienze di rischio infettivo;
- attivare gruppi di lavoro ad hoc per la valutazione e definizione di specifiche problematiche riconducibili al mandato del presente Comitato;



- promuovere la divulgazione e l'utilizzo delle informazioni raccolte per favorire la revisione delle pratiche assistenziali;
- curare la produzione di report annuali e periodici di rendiconto delle attività svolte, al fine di individuare le priorità per la programmazione per l'anno successivo;
- contribuire al conseguimento degli obiettivi aziendali di qualità, efficacia ed efficienza delle prestazioni erogate, in rapporto al rischio infettivo.

Nell'ASL BT, il funzionamento e l'organizzazione del C.I.O. sono disciplinati da specifico regolamento aziendale.

Art. 3.15 – IL COMITATO BUON USO DEL SANGUE (CoBUS)

IL D.M. 1° settembre 1995 – G.U. n. 240 del 13.10.1995 e ss.mm.ii. ha istituito e disciplinato la “Costituzione e i Compiti per il Buon Uso del Sangue presso i presidi ospedalieri”.

La Legge 21 ottobre 2005 n. 219 recante la “Nuova disciplina delle attività trasfusionali e della produzione nazionale degli emoderivati” detta ii principi fondamentali in materia di attività trasfusionali allo scopo di conseguire le seguenti finalità:

- a) il raggiungimento dell'autosufficienza regionale e nazionale di sangue, emocomponenti e farmaci emoderivati;
- b) una più efficace tutela della salute dei cittadini attraverso il conseguimento dei più alti livelli di sicurezza raggiungibili nell'ambito di tutto il processo finalizzato alla donazione ed alla trasfusione del sangue;
- c) condizioni uniformi del servizio trasfusionale su tutto il territorio nazionale;
- d) lo sviluppo della medicina trasfusionale, del buon uso del sangue e di specifici programmi di diagnosi e cura che si realizzano in particolare nell'ambito dell'assistenza a pazienti ematologici ed oncologici, del sistema urgenza-emergenza e dei trapianti.

Il CoBUS è costituito da due sezioni, la Sezione “Sangue” e la Sezione “Cellule staminali da sangue cordonale”, qualora nel territorio di afferenza sia presente una Banca del sangue da cordone ombelicale.

I servizi e le prestazioni erogati dalle strutture del Servizio sanitario, in rapporto alle specifiche competenze disciplinari, comprendono prestazioni di diagnosi e cura in medicina trasfusionale al fine di garantire i livelli essenziali di prestazione in materia di attività trasfusionali.

Per le suddette finalità, nell'ASL BT è nominato il Comitato Aziendale per il buon uso del sangue, la cui costituzione e funzionamento è disciplinato con documento di revisione e di aggiornamento della costituzione e del funzionamento del Comitato per il Buon uso del Sangue (CoBUS), approvato in seno alla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 21.12.2017, a cui l'ASL BT si uniforma con proprio atto deliberativo per la composizione e funzionamento del Comitato aziendale del buon uso del sangue.



Art. 3.16 - I COMITATI DI DIPARTIMENTO

Nell'ambito dell'organizzazione dipartimentale, propria del modello organizzativo aziendale, di cui si dirà nel seguente Titolo III, il Comitato di Dipartimento è Organo collegiale, nominato dal Direttore Generale.

Composizione

Presieduto dal Direttore dello stesso Dipartimento, il Comitato di Dipartimento, è così composto:

- Tutti i Direttori delle Strutture Complesse (UOC) e i Dirigenti Responsabili delle strutture a valenza dipartimentale (UOSVD), afferenti al Dipartimento, sono componenti di diritto.
- Dai rappresentanti dei Dirigenti di Struttura Semplice (UOS), eletti fra gli stessi, in misura pari al 50%, arrotondato per eccesso all'unità superiore, dei Responsabili delle UOC afferenti al Dipartimento.
- Dai rappresentanti dei Dirigenti con incarichi professionali (per la sola Dirigenza dell'Area Sanità con incarico C e D a tempo indeterminato) eletti fra gli stessi, in misura pari al 50%, arrotondato per eccesso all'unità superiore, dei Responsabili delle UOC/UOSVD afferenti al Dipartimento.
- Da un rappresentante dell'area del personale del comparto eletto fra i dipendenti appartenenti alla categoria D o C del ruolo amministrativo, tecnico e/o sanitario.

Funzioni

Il Comitato di dipartimento ha competenza consultiva e propositiva, in materia di:

- ✓ Definizione del budget di dipartimento;
- ✓ Predisposizione delle linee guida per l'uso corretto e regolamentato degli strumenti e degli spazi comuni;
- ✓ Sperimentazione di nuovi modelli di gestione con particolare attenzione ai programmi e progetti per il miglioramento della qualità dei servizi e delle prestazioni e per la razionalizzazione di costi;
- ✓ Predisposizione di piani di aggiornamento e riqualificazione del personale, di educazione sanitaria e di ricerca finalizzata.
- ✓ Predisposizione delle linee guida e percorsi clinico-assistenziali;
- ✓ Definizione degli obiettivi da realizzare nel corso dell'anno secondo le indicazioni fornite dalla Direzione Strategica dell'Azienda.
- ✓ Propone i gruppi operativi interdipartimentali e quelli intra dipartimentali, ove previsti;
- ✓ Invia al Direttore Generale, per il tramite del Direttore di Dipartimento, una relazione annuale di natura tecnico-economica, sulle attività svolte e sulla redazione degli obiettivi scientifici che si intendono perseguire nell'anno successivo con le priorità di realizzazione.
- ✓ Propone l'eventuale nuovo inserimento di strutture o di modifica delle stesse all'interno del Dipartimento.

Per quanto attiene alla composizione e funzionamento del Comitato di Dipartimento di Prevenzione, ferma restando l'applicabilità della disciplina prevista dal regolamento aziendale in materia di organizzazione e funzionamento dei Comitati di



Dipartimento, si rinvia alla regolamentazione ulteriore e specifica dettata dall'art. 3 del Regolamento Regionale Puglia n. 30 giugno 2009, n. 13.

Art. 4. - LE ORGANIZZAZIONI E LE RELAZIONI SINDACALI

Le Organizzazioni Sindacali sono portatrici di interessi collettivi di parte, con il compito di rappresentare un interesse comune a più individui (nel caso specifico di lavoratori) e migliorare l'assunzione di decisioni, con l'obiettivo di sostenere la crescita professionale e l'aggiornamento del personale, i processi di innovazione organizzativa e di riforma della pubblica amministrazione.

Le Organizzazioni Sindacali si impegnano con l'azienda a costruire relazioni stabili, improntate alla partecipazione consapevole, al dialogo costruttivo e trasparente, alla reciproca considerazione dei rispettivi diritti ed obblighi, anche al fine di garantire la esigibilità e la corretta applicazione del contratto e contribuire in tal modo alla prevenzione e risoluzione dei conflitti.

Nel rispetto dei distinti ruoli e responsabilità dei datori di lavoro pubblici e dei soggetti sindacali, le relazioni sindacali presso le Aziende ed Enti si articolano nei seguenti modelli relazionali:

- a) partecipazione;
- b) contrattazione integrativa.

La partecipazione è finalizzata ad instaurare forme di dialogo e confronto costruttivo tra le parti, su atti e decisioni di valenza generale delle Aziende ed Enti, in materia di organizzazione, di salute, sicurezza e condizioni di lavoro o aventi riflessi sul rapporto di lavoro ovvero a garantire adeguati diritti di informazione sugli stessi e si articola, a sua volta, in:

- informazione;
- confronto aziendale e regionale;
- organismi paritetici di partecipazione.

L'Azienda attua lo sviluppo organizzativo e il miglioramento dei livelli di efficacia e di efficienza dei servizi costruendo un sistema di relazioni sindacali improntato ai criteri di trasparenza e di chiaro rispetto e distinzione dei ruoli.

Favorisce la partecipazione alla definizione e all'attuazione degli obiettivi strategici.

Persegue il più alto livello di consenso possibile attuando politiche condivise e finalizzate al miglioramento delle condizioni di lavoro, dei livelli di sicurezza e della massima valorizzazione delle professionalità e delle persone che operano nelle strutture e nell'organizzazione.

Istituisce un tavolo generale di contrattazione a livello aziendale, distinto per area contrattuale, per le materie che investono organizzazione o parte di essa, nonché ogni altra materia e livello relazionale previsti dai vigenti CC.CC.NN.LL.

Le relazioni sindacali sono disciplinate da specifica Regolamentazione ai sensi dei CC.CC.NN.LL. e del C.C.I.A. (contratti collettivi integrativi aziendali).



Art. 6.1 - IL MODELLO ORGANIZZATIVO

Il modello organizzativo dell'Azienda, in linea con quanto previsto dalla vigente normativa, si fonda e dà attuazione al **principio di separazione** tra le funzioni di programmazione, indirizzo e controllo, proprie dell'Alta Direzione, e le funzioni di gestione, attribuite alla Dirigenza.

L'Azienda attua, inoltre, le logiche gestionali della delega e della responsabilità diffusa attraverso la precisa e puntuale determinazione delle competenze e responsabilità della Direzione Strategica, dei Dirigenti e di tutti gli operatori coinvolti a vario titolo nei livelli operativi dell'organizzazione, in modo da responsabilizzare, valorizzare e coinvolgere tutte le risorse professionali disponibili.

Le funzioni e i compiti previsti ai vari livelli operativi sono oggetto di adeguata definizione attraverso atti di organizzazione (regolamenti interni di funzionamento), ove non espressamente normati dal presente Atto, che definiscono gli ambiti di autonomia e responsabilità nella gestione tecnico professionale, amministrativa e finanziaria del settore di competenza, compresa la facoltà di adottare atti di rilevanza esterna, quando l'incarico lo prevede.

Conseguentemente, al fine di perseguire efficacia, qualità delle prestazioni, equità, appropriatezza ed efficienza dei servizi, produttività ed economicità dell'intera attività aziendale, il Piano Regionale di salute della Puglia (Legge Regionale n. 23/2008) ha sancito la **centralità dell'organizzazione dipartimentale**.

- CAPO II -

MODELLO ORGANIZZATIVO DIPARTIMENTALE

E ASSETTO STRUTTURALE DELLA NUOVA ASL BT

Art. 7 - IL MODELLO ORGANIZZATIVO DIPARTIMENTALE

L'organizzazione dipartimentale, ai sensi dell'art. 17 del D.lgs n. 502/92 e s.m.i., è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle Aziende del Servizio Sanitario nazionale.

Esso rappresenta il modello organizzativo favorente l'introduzione e l'attuazione delle politiche di governo clinico quale approccio moderno e trasparente di gestione dei servizi sanitari.

Nella **prospettiva della clinical governance**, la dipartimentalizzazione aziendale risponde alla crescente esigenza di fornire una soluzione unitaria di gestione delle competenze e delle risorse riconducibili alle UU.OO. che risponda ai criteri di economicità, efficienza ed efficacia dei servizi, e si contrapponga alla frammentazione



degli ambiti di attività clinica e delle responsabilità riconducibili alle singole unità organizzative con l'adozione di apposite linee guida, di formazione continua e coinvolgimento del paziente, anche al fine di garantire equità nell'accesso alle cure.

Tipologie di Dipartimento

Il Dipartimento è **un'organizzazione integrata di unità operative omogenee, affini o complementari**, ciascuna con obiettivi specifici ma, che concorrono al perseguimento di comuni obiettivi di salute, mantenendo ciascuna la propria autonomia e responsabilità organizzativa, gestionale e professionale.

L'Azienda Sanitaria Locale ASL BT si dota di **Dipartimenti strutturali** e **Dipartimenti "funzionali"** a seconda del sistema di budget a loro assegnato e al raggiungimento di specifici obiettivi in un determinato periodo di tempo, con stima delle risorse da impiegare e dei relativi costi.

I Dipartimenti STRUTTURALI si caratterizzano per l'omogeneità delle attività, delle procedure operative, delle risorse umane assistenziali ed economiche impiegate e delle unità organizzative di appartenenza, con criterio centrato sulla produzione sanitaria. Titolari di budget economico e di obiettivi prettamente gestionali, esercitano la propria autonomia operativa nell'ambito delle risorse assegnate.

I Dipartimenti FUNZIONALI, assegnatari di "budget etico" e di obiettivi prettamente funzionali, aggregano unità operative non omogenee al fine di garantire un approccio multidisciplinare ed una continuità delle cure concorrendo al raggiungimento di obiettivi specifici anche interdipartimentali e di rilevanza strategica.

Art. 7.1. - ASSETTO STRUTTURALE ED ORGANIZZATIVO: LA NUOVA ORGANIZZAZIONE DELL'ASL BT I DIPARTIMENTI AZIENDALI

Con Deliberazione di Giunta Regionale, per brevità, **(D.G.R.) n. 418 del 07/04/2025** sono stati rideterminati i *Parametri standard regionali per l'individuazione di strutture semplici e complesse* e gli incarichi destinati al personale del Comparto delle Aziende ed Enti del S.S.R. e conseguentemente è stata revocata la D.G.R. n. **1603 del 13/09/2018**, avente ad oggetto *"Parametri standard regionali per l'individuazione di strutture semplici e complesse, posizioni organizzative e coordinamenti per il personale delle Aziende ed Enti del S.S.R. ex art. 12, co. 1, lett. b) Patto per la Salute 2010 – 2012. Modifica Allegato 1 alla D.G.R. 3008/2012 in adeguamento alla rete ospedaliera ex R.R. n. 7/2017 s.m.i. e ai dati demografici ISTAT aggiornati al 1° gennaio 2017"*.

L'assetto strutturale delle UU.OO. che costituiscono i Dipartimenti dell'ASL BT è, pertanto, ridefinito secondo i nuovi parametri standard regionali aggiornati e approvati con la citata Deliberazione di Giunta Regionale n. 418/2025, stante la mutata



programmazione ospedaliera - definita con Regolamento Regionale n. 8 del 31/10/2024, approvato con deliberazione di Giunta Regionale n. 1384 del 03 ottobre 2024, in attuazione del D.M. 70/2015 - e la **programmazione territoriale**, definita con Regolamento Regionale n. 13 del 19/12/2023 in attuazione del D.M. 77/2022, nonché delle specifiche previsioni in materia di incarichi di cui al vigente CCNL Sanità 2019-2021, e della recente revisione normativa in materia di Strutture Complesse e Dipartimentali obbligatorie del SSR attuata dal richiamato art. 50, co 1 e 2, della L.R. n. 32/2022.

Le strutture semplici e complesse dell'ASL BT sono pertanto così determinate:

Azienda/Ente SSR	Strutture Complesse Ospedaliere	Strutture Complesse Non Ospedaliere	Totale strutture complesse	Strutture semplici
ASL BT	44	21	65	96

L'organizzazione Dipartimentale dell'ASL BT, adegua, altresì, i livelli gestionali delle strutture presenti, (ospedaliere e territoriali) indispensabili per assicurare i livelli essenziali di assistenza, alla necessità di rispettare il numero delle strutture aziendali così come delineate dai predetti parametri standard minimi dalla citata DGR n. 418/2025 s.m.i., e delle misure regionali di riqualificazione e razionalizzazione introdotte con apposite DGR n. 412/2023 e n. 640/2023 e s.m.i, ma privilegia gli aspetti legati alla complessità organizzativa, nonché a sopraggiunte esigenze di natura tecnico-organizzativa.

Talvolta anche derogando a normative regionali di settore ma tenendo conto della rilevanza strategica rispetto agli obiettivi aziendali e di quanto previsto dalla DGR n. 879/2015, L'Azienda Sanitaria Locale BT ha ritenuto opportuno apportare modifiche rispetto all'assetto organizzativo delineato con deliberazione del Direttore Generale n. 2710/2016 e successive, secondo l'assetto indicato nelle tabelle che seguono e delineato nel successivo *CAPO III del presente TITOLO*.

Le tabelle riportano l'assetto strutturale di base Dipartimentale nonché delle Strutture Complesse e Semplici dell'Assistenza Ospedaliere, Assistenza Distrettuale e delle Strutture tecnico-amministrative ed in Staff alla Direzione Strategica aziendale.

Nuova Riorganizzazione Dipartimentale			
Dipartimento	Tipo S. Complessa	Tipologia Struttura	Descrizione Struttura Completa
Dipartimento Area Intensiva e delle Emergenze			
Dipartimento Area Intensiva e delle Emergenze	Ospedaliere	Strutt.Comp Osp.	S.Comp. P.O. Andria - M.E.U. - Pronto Soccorso



ASL BT

PugliaSalute

Dipartimento Area Intensiva e delle Emergenze	Ospedaliera	Strutt.Comp Osp.	S.Comp. P.O. Andria - Anestesia-Rianimazione
Dipartimento Area Intensiva e delle Emergenze	Ospedaliera	Strutt.Comp Osp.	S.Comp. P.O. Barletta - M.E.U. - Pronto soccorso
Dipartimento Area Intensiva e delle Emergenze	Ospedaliera	Strutt.Comp Osp.	S.Comp. P.O. Barletta - Anestesia-Rianimazione
Dipartimento Area Intensiva e delle Emergenze		UOS	UOS Medicina D'Urgenza, Osservazione Breve (afferisce a S.Comp. P.O. Barletta)
Dipartimento Area Intensiva e delle Emergenze	Ospedaliera	Strutt.Comp Osp	UOC M.E.U. - Pronto Soccorso P.O. Bisceglie -
Dipartimento Area Intensiva e delle Emergenze	Ospedaliera	Strutt.Comp Osp	U.O.C. Anestesia - Rianimazione P.O. Bisceglie -
		UOS	UOS Coordinamento 118 (incardinata nella S.Comp. M.E.U. - Pronto Soccorso P.O. Bisceglie -)
Dipartimento Area Intensiva e delle Emergenze		UOS	UOS Coordinamento Aziendale Trapianti (incardinata S.Comp. Anestesia-Rianimazione P.O. Bisceglie -)
Dipartimento Area Intensiva e delle Emergenze		Uosvd	U.O.S.V.D. Day Service multidisciplinare ed anestesiologicalo PTA Trani - Canosa, Coordinamento Terapia del Dolore/Accessi Vascolari e Cure Palliative
Dipartimento Cardiologico			
Dipartimento Cardiologico	Ospedaliera	Strutt.Comp Osp.	S.Comp. P.O. Andria - Cardiologia
Dipartimento Cardiologico	Ospedaliera	Strutt.Comp Osp.	S.Comp. P.O. Barletta - Cardiologia
Dipartimento Cardiologico	Ospedaliera	Struttura Comp.Osp.	U.O.C. Cardiologia PO Bisceglie -(incardinata nelle UOC Cardiologia di Barletta)
Dipartimento Cardiologico		Uosvd	U.O.S.V.D. Emodinamica Andria
Dipartimento Cardiologico		Uosvd	U.O.S.V.D. Riabilitazione cardio-respiratoria



Dipartimento Cardiologico		Uosvd	U.O.S.V.D. Cardiologia di diagnostica non invasiva ed oncologica
Dipartimento Cardiologico		Uos	U.O.S. Elettrofisiologia (Afferisce a S. Comp. P. O. Andria - Cardiologia)
Dipartimento Cardiologico		Uos	UOS Cardiologia d'emergenza (incardinata nelle UOC Cardiologia di Barletta)
Dipartimento Chirurgico-Traumatologico			
Dipartimento Chirurgico-Traumatologico	Ospedaliera	Strutt.Comp Osp.	S.Comp. P.O. Andria - Chirurgia Generale
Dipartimento Chirurgico-Traumatologico	Ospedaliera	Strutt.Comp Osp.	U.O.C. Chirurgia Generale P.O. Bisceglie
Dipartimento Chirurgico-Traumatologico	Ospedaliera	Strutt.Comp Osp.	S.Comp. P.O. Andria - Ortopedia
Dipartimento Chirurgico-Traumatologico	Ospedaliera	Strutt.Comp Osp.	S.Comp. P.O. Andria - Neurochirurgia
Dipartimento Chirurgico-Traumatologico	Ospedaliera	Strutt.Comp Osp.	S.Comp. P.O. Barletta - Chirurgia Generale
Dipartimento Chirurgico-Traumatologico	Ospedaliera	Strutt.Comp Osp.	S.Comp. P.O. Barletta - Ortopedia
Dipartimento Chirurgico-Traumatologico	Ospedaliera	Strutt.Comp. Osp.	S.Comp. P.O. Barletta - Oculistica
Dipartimento Chirurgico-Traumatologico	Ospedaliera	Strutt.Comp. Osp.	S.Comp. P.O. Barletta - O.R.L.
Dipartimento Chirurgico-Traumatologico		Uos	UOS Epatobiliare (incardinata in S.Comp. P.O. Andria - Chirurgia Generale)
Dipartimento Chirurgico-Traumatologico		Uosvd	U.O.S.V.D. Day Service oculistica P.O. Bisceglie e P.T.A Trani
Dipartimento Chirurgico-Traumatologico		Uosvd	U.O.S.V.D. Day Service oculistica/Screening PPA Canosa Minervino Spinazzola Andria
Dipartimento Chirurgico-Traumatologico		Uos	Uos Chirurgia Vitreo - Retinica P.O. Barletta



			(Afferisce a S. Comp. PO Barletta - Oculistica)
Dipartimento Chirurgico-Traumatologico		Uos	Uos Patologia Orbitaria e Oftalmoplastica (Afferisce a S. Comp. PO Barletta - Oculistica)
Dipartimento Chirurgico-Traumatologico		Uosvd	U.O.S.V.D. Endoscopia digestiva Andria
Dipartimento Chirurgico-Traumatologico		Uosvd	U.O.S.V.D. Chirurgia della mammella P.O. Barletta
Dipartimento Chirurgico-Traumatologico		Uosvd	U.O.S.V.D. Ortopedia P.O. Bisceglie
Dipartimento Chirurgico-Traumatologico		Uos	Uos Chirurgia plastica Andria (Afferisce a S. Comp. P.O. Andria - Chirurgia Generale)
		Uos	Chirurgia Vertebro-Spinale (Afferisce a S.Comp. P.O. Andria – Neurochirurgia -)
Dipartimento di Riabilitazione	Territoriale	Strutt. Comp Terr.	S.Comp. Struttura sovradistrettuale della riabilitazione
Dipartimento di Riabilitazione		Uos	Governance dei Percorsi Riabilitativi Integrati (incardinata nella S.Comp. Struttura sovradistrettuale della riabilitazione)
		Uosvd	Riabilitazione Intensiva cod 56 PPA Canosa
Dipartimento di Prevenzione			
Dipartimento di Prevenzione	Territoriale	Strutt. Comp Terr.	S.Comp. Dip.to Prevenzione - S.I.S.P.
Dipartimento di Prevenzione	Territoriale	Strutt. Comp Terr.	S.Comp. Dip.to Prevenzione - SPESAL
Dipartimento di Prevenzione	Territoriale	Strutt. Comp Terr.	S.Comp. Dip.to Prevenzione - SIAN
Dipartimento di Prevenzione	Territoriale	Strutt. Comp Terr.	S.Comp. Dip.to Prevenzione - SIAV - A
Dipartimento di Prevenzione	Territoriale	Strutt. Comp Terr.	S.Comp. Dip.to Prevenzione - SIAV - B
Dipartimento di Prevenzione	Territoriale	Strutt. Comp Terr.	S.Comp. Dip.to Prevenzione - SIAV - C
Dipartimento di Prevenzione		Uosvd	U.O.S.V.D. Medicina Legale



Dipartimento di Prevenzione		Uosvd	U.O.S.V.D. Epidemiologia - Flussi informativi
Dipartimento di Prevenzione		Uosvd	U.O.S.V.D Direzione Amministrativa Dipartimento di Prevenzione
Dipartimento di Prevenzione		Uos	Uos Coordinamento attività di tutela della salute e sicurezza negli ambienti di vita aperti e confinati (afferisce alla S. Comp. S.I.S.P.)
Dipartimento Direzioni Ospedaliere			
Dipartimento Direzioni Ospedaliere	Ospedaliera	Strutt.Comp Osp.	S.Comp. P.O. Andria - Direzione Medica
Dipartimento Direzioni Ospedaliere	Ospedaliera	Strutt.Comp Osp.	S.Comp. P.O. Barletta - Direzione Medica
Dipartimento Direzioni Ospedaliere	Ospedaliera	Strutt.Comp Osp.	S.Comp. P.O. Bisceglie - Direzione Medica
Dipartimento Direzioni Ospedaliere		Uos	Uos Direzione Medica Presidio Riabilitativo Canosa (Afferisce a S.Comp. P.O. Andria - Direzione Medica)
Dipartimento Distretti Socio Sanitari			
Dipartimento Distretti Socio Sanitari	Territoriale	Strutt. Comp Terr.	S.Comp. DSS Margherita - Direzione
Dipartimento Distretti Socio Sanitari	Territoriale	Strutt. Comp Terr.	S.Comp. DSS Andria - Direzione
Dipartimento Distretti Socio Sanitari	Territoriale	Strutt. Comp Terr.	S.Comp. DSS Canosa - Direzione e P.T.A. Minervino/Spinazzola
Dipartimento Distretti Socio Sanitari	Territoriale	Strutt. Comp Terr.	S.Comp. DSS Barletta - Direzione
Dipartimento Distretti Socio Sanitari	Territoriale	Strutt. Comp Terr.	S.Comp. DSS Trani - Direzione e P.T.A Trani
Dipartimento Distretti Socio Sanitari		Uos	Uos Cure primarie Dss Margherita (Afferisce a S. Comp. DSS Margherita)
Dipartimento Distretti Socio Sanitari		Uos	Uos Cure primarie Dss Andria (Afferisce a S. Comp. DSS Andria)
Dipartimento Distretti Socio Sanitari		Uos	Uos assistenza consultoriale Dss Andria



			(Afferisce a S. Comp. DSS Andria)
Dipartimento Distretti Socio Sanitari		Uos	Uos Cure primarie Dss Canosa (Afferisce S. Comp. DSS Canosa)
Dipartimento Distretti Socio Sanitari		Uos	Uos assistenza consultoriale Dss Canosa (Afferisce S. Comp. DSS Canosa)
Dipartimento Distretti Socio Sanitari		Uos	Uos Cure primarie Dss Barletta (Afferisce a S. Comp. DSS Barletta)
Dipartimento Distretti Socio Sanitari		Uos	Uos assistenza consultoriale Dss Barletta (Afferisce a S. Comp. DSS Barletta)
Dipartimento Distretti Socio Sanitari		Uos	Uos cure primarie Dss Trani Bisceglie (Afferisce a S. Comp. DSS Trani)
Dipartimento Distretti Socio Sanitari		Uos	Uos assistenza consultoriale Dss Trani Bisceglie (Afferisce a S. Comp. DSS Trani)
		Uos	Uos Assistenza Consultoriale (afferisce a DSS Margherita di Savoia)
Dipartimento Farmaceutico			
Dipartimento Farmaceutico	Territoriale	Strutt. Comp Terr.	S.Comp. Aree - Servizio Farmaceutico Territoriale
Dipartimento Farmaceutico	Ospedaliera	Strutt.Comp Osp.	S.Comp. P.O. Andria - Servizio Farmaceutico Ospedaliero
Dipartimento Farmaceutico		Uosvd	U.O.S.V.D. Farmacia Ospedaliera P.O. Barletta
Dipartimento Farmaceutico		Uosvd	U.O.S.V.D. Farmacia di base P.O. Bisceglie
Dipartimento Farmaceutico		Uosvd	U.O.S.V.D Farmacia Clinica e UFA
Dipartimento Farmaceutico	Territoriale	Uos	Uos Farmaco-vigilanza e Monitoraggio Spesa Farmaceutica (Afferisce a S. Comp. Aree - Servizio Farmaceutico Territoriale)
Dipartimento Farmaceutico	Territoriale	Uos	Uos Farmaceutica Convenzionata Area Farmaceutica (Afferisce a S.



ASL BT

PugliaSalute

			Comp. Aree - Servizio Farmaceutico Territoriale)
Dipartimento Farmaceutico	Territoriale	Uos	Uos Assistenza Farmaceutica Distrettuale Area Farmaceutica (Afferisce a S. Comp. Aree - Servizio Farmaceutico Territoriale)
Dipartimento Immagini e Diagnostica			
Dipartimento Immagini e Diagnostica	Ospedaliera	Strutt.Comp Osp.	S.Comp. P.O. Andria - Radiologia
Dipartimento Immagini e Diagnostica	Ospedaliera	Strutt.Comp Osp.	S. Complessa Radiologia P.O. Barletta
Dipartimento Immagini e Diagnostica	Ospedaliera	Strutt.Comp Osp.	S.Comp. P.O. Barletta - Medicina Nucleare
		Uos	UOS Radiologia PPA Canosa (afferisce a S.C S.Comp. P.O. Andria - Radiologia)
		Uos	UOS Teragnostica - Radioterapia metabolica (S.Comp. P.O. Barletta - Medicina Nucleare)
Dipartimento Immagini e Diagnostica		Uosvd	UOSVD Radiologia e Neuroradiologia interventistica (Afferisce a S. Comp. P.O. Andria - Radiologia)
Dipartimento Immagini e Diagnostica		Uos	U.O.S Radiologia di Urgenza (afferisce a S. Compl. Radiologia P.O. Barletta)
Dipartimento Immagini e Diagnostica		Uosvd	U.O.S.V.D. P.O. Andria - Patologia Clinica
Dipartimento Immagini e Diagnostica		Uosvd	U.O.S.V.D. Patologia Clinica P.O. Barletta
Dipartimento Immagini e Diagnostica		Uosvd	U.O.S.V.D. Senologia P.O. Barletta
Dipartimento Immagini e Diagnostica		Uosvd	U.O.S.V.D. Fisica Sanitaria P.O. Barletta
Dipartimento Immagini e Diagnostica		Uosvd	U.O.S.V.D. Patologia clinica di base P.O. Bisceglie



ASL BT

PugliaSalute

Dipartimento Immagini e Diagnostica		Uosvd	U.O.S.V.D. Radiologia di base P.O. Bisceglie
Dipartimento Immagini e Diagnostica		Uosvd	U.O.S.V.D. Radiologia Territoriale PTA Trani
(nelle more dell'istituzione del Dipartimento Interaziendale Immuno Trasfusionale)			
Servizio Immuno Trasfusionale (Dipartimento Interaziendale da istituire)	Ospedaliera	Strutt.Comp Osp.	S.Comp. P.O. Barletta - S.I.T. (Direzione)
Servizio Immuno Trasfusionale (Dipartimento Interaziendale da istituire)		Uosvd	U.O.S.V.D. Centro Tafusionale P.O. Andria
Dipartimento Materno-Infantile			
Dipartimento Materno-Infantile	Ospedaliera	Strutt.Comp Osp.	S.Comp. P.O. Andria - Ostetricia-Ginecologia
Dipartimento Materno-Infantile	Ospedaliera	Strutt.Comp Osp.	S.Comp. P.O. Andria - Pediatria-Neonatologia
Dipartimento Materno-Infantile	Ospedaliera	Strutt.Comp Osp.	S.Comp. P.O. Barletta - Ostetricia-Ginecologia
Dipartimento Materno-Infantile	Ospedaliera	Strutt.Comp Osp.	S.Comp. P.O. Barletta - Pediatria-Neonatologia
Dipartimento Materno-Infantile		Uosvd	U.O.S.V.D. Ostetricia-Ginecologia P.O. Bisceglie
Dipartimento Materno-Infantile		Uosvd	U.O.S.V.D. Pediatria-Neonatologia P.O. Bisceglie
Dipartimento Medico-Specialistico			
Dipartimento Medico-Specialistico	Ospedaliera	Strutt.Comp Osp.	S.Comp. P.O. Andria - Medicina Interna
Dipartimento Medico-Specialistico	Ospedaliera	Strutt.Comp Osp.	S.Comp. Po Barletta - Gastroenterologia
Dipartimento Medico-Specialistico	Ospedaliera	Strutt.Comp Osp.	S.Comp. Po Barletta - Medicina Interna
Dipartimento Medico-Specialistico	Ospedaliera	Strutt.Comp Osp.	S.Comp. P.O. Bisceglie - Malattie infettive
Dipartimento Medico-Specialistico	Ospedaliera	Strutt.Comp Osp.	S.Comp. P.O. Bisceglie - Medicina Interna
	Ospedaliera	Strutt.Comp Osp	S.Comp. P.O. Barletta - Nefrologia e Dialisi



	Ospedaliera	Strutt.Comp Osp	S.Comp. P.O. Andria - Neurologia
	Ospedaliera	Strutt.Comp Osp	S.Comp. P.O. Barletta - Neurologia
		Uos	Uos Emodialisi Andria (Afferisce a S. Comp. PO Barletta - Nefrologia e Dialisi)
		Uos	Uos Stroke Unit Neurologia (Afferisce a S. Comp. PO Barletta - Neurologia)
Dipartimento Medico- Specialistico		Uos	Uos Terapia antimicrobica Bisceglie (Afferisce a S. Comp. P.O. Bisceglie Malattie Infettive)
Dipartimento Medico- Specialistico		Uos	Uos Endocrinologia Bisceglie (Afferisce a S. Comp. P.O. Bisceglie Medicina Interna)
Dipartimento Medico- Specialistico		Uos	U.O.S. Pneumologia P. O. Bisceglie (Incardinata S.Comp. P.O. Bisceglie - Medicina Interna)
Dipartimento Medico- Specialistico		Uos	Lungodegenza (afferisce alla S.Comp. Medicina Interna P.O. Andria)
Dipartimento Medico- Specialistico		Uosvd	UOSD Malattie rare
Dipartimento Oncologico			
Dipartimento Oncologico	Ospedaliera	Strutt. Comp Osp.	S.Comp. P.O. Barletta - Oncologia
Dipartimento Oncologico	Ospedaliera	Strutt. Comp Osp.	S.Comp. P.O. Barletta - Ematologia
Dipartimento Oncologico	Ospedaliera	Strutt. Comp Osp.	S.Comp. P.O. Barletta - Radioterapia
Dipartimento Oncologico	Ospedaliera	Strutt. Comp Osp.	S.Comp. Anatomia Patologica Andria
Dipartimento Oncologico		Uosvd	U.O.S.V.D. D.H. Oncologia- Ematologia Trani
		Uosvd	UOSVD Reumatologia e Rischio Oncologico
		Uosvd	UOSVD Dermatologia Oncologica



		Uosvd	U.O.S.V.D. C.or.O. (Centro di Orientamento Oncologico)
Dipartimento di Salute Mentale			
Dipartimento di Salute Mentale	Ospedaliera	Strutt.Comp Osp.	S.Comp. P.O. Barletta - Spdc
Dipartimento di Salute Mentale	Territoriale	Strutt.Comp Terr.	S.Comp. Dsm - CSM Barletta - DSS 1 (Direzione)
Dipartimento di Salute Mentale		Uosvd	U.O.S.V.D. CSM Andria - Prevenzione Psichiatrica
Dipartimento di Salute Mentale		Uosvd	U.O.S.V.D. R.E.M.S. Spinazzola
Dipartimento di Salute Mentale	Territoriale	Struttura Complessa	S. Comp. Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza
Dipartimento di Salute Mentale		Uosvd	U.O.S.V.D. Psicologia Clinica
Dipartimento di Salute Mentale		Uos	Uos Centro per i Disturbi della nutrizione e alimentazione (Afferisce a S. Comp. Dsm CSM Barletta DSS1)
Dipartimento di Salute Mentale		Uos	Uos CSM Bisceglie - Trani (Afferisce a S. Comp. Dsm CSM Barletta DSS1)
Dipartimento delle Dipendenze Patologiche			
Dipartimento delle Dipendenze Patologiche	Territoriale	Strutt.Comp Terr.	S.Comp. SERT - SERT Andria - DSS 1 - DSS 3 (Direzione)
Dipartimento delle Dipendenze Patologiche		Uos	Uos SERT Barletta (Afferisce a S. Comp. SERT)
Dipartimento delle Dipendenze Patologiche		Uos	Uos SERT Trani Bisceglie (Afferisce a S. Comp. SERT)
Dipartimento Staff di Direzione Strategica			
Dipartimento Staff di Direzione Strategica	Territoriale	Strutt.Comp Terr.	S.Comp. Controllo di Gestione
Dipartimento Staff di Direzione Strategica		Uosvd	U.O.S.V.D. Epidemiologia e Statistica
Dipartimento Staff di Direzione Strategica		Uosvd	U.O.S.V.D. Struttura Burocratico - Legale



Dipartimento Staff di Direzione Strategica		Uosvd	U.O.S.V.D. Affari Generali
Dipartimento Staff di Direzione Strategica		Uosvd	U.O.S.V.D. Screening Oncologici
Dipartimento Staff di Direzione Strategica		Uosvd	U.O.S.V.D. Gestione rischio clinico, Qualità e Bed Management
Dipartimento Staff di Direzione Strategica		Uosvd	U.O.S.V.D. U.V.A.R.P
Dipartimento Staff di Direzione Strategica		Uosvd	U.O.S.V.D. Informazione, comunicazione, URP e Social Media
Dipartimento Staff di Direzione Strategica		Uosvd	Formazione e Polo Universitario
Dipartimento Staff di Direzione Strategica		Uosvd	U.O.S.V.D. Sicurezza e Sorveglianza sanitaria
Dipartimento delle attività Operative			
Dipartimento delle attività Operative	Territoriale	Strutt.Comp Terr.	S.Comp. - Direzione Area Gestione Patrimonio
Dipartimento delle attività Operative	Territoriale	Strutt.Comp Terr.	S.Comp. - Direzione Area Gestione Tecnica
Dipartimento delle attività Operative		Uos	Uos Inventario beni mobili ed investimenti (Afferisce a S. Comp. Direzione Area Patrimonio)
Dipartimento delle attività Operative		Uosvd	U.O.S.V.D. Appalti contratti e logistica
Dipartimento delle attività Operative		Uos	U.O.S. Costruzioni /ristrutturazioni/ manutenzioni
Dipartimento delle attività Operative		Uosvd	U.O.S.V.D. Ingegneria clinica ed HTA – Acquisizione e gestione delle tecnologie biomediche
Dipartimento delle attività Operative		Uosvd	U.O.S.V.D. Gestione amministrativa dei servizi tecnici e P.N.R.R.
Dipartimento delle attività Operative		Uosvd	U.O.S.V.D. Information and Communication Technologies.
Dipartimento Direzionale Amministrativo			
Dipartimento Direzionale Amministrativo	Territoriale	Strutt. Comp Terr.	S.Comp. - Direzione Area Gestione Personale



Dipartimento Direzionale Amministrativo	Territoriale	Strutt.Comp Terr.	S.Comp. - Direzione Area Gestione Econ. Finanziaria
Dipartimento Direzionale Amministrativo	Ospedaliera	Strutt.Comp Osp.	S.Comp. Direzione Amm.va Presidi
Dipartimento Direzionale Amministrativo		Uosvd	U.O.S.V.D. Assunzioni-mobilità-concorsi/Personale convenzionato
Dipartimento Direzionale Amministrativo		Uos	Uos Gestione personale dipendente/Relazioni sindacali (Afferisce a S. Comp. Direzione Area Personale)
Dipartimento Direzionale Amministrativo		Uosvd	U.O.S.V.D. Servizi Socio Sanitari
Dipartimento Direzionale Amministrativo		Uosvd	U.O.S.V.D. Direzioni amministrative DSS
Dipartimento Direzionale Amministrativo		Uos	Uos Contabilità Generale Analitica e Bilanci (Afferisce a S. Comp. Area Gestione Econ. Finanziaria)

L'ASL BT provvede a normare e disciplinare il funzionamento e l'organizzazione dei Dipartimentali aziendali mediante apposito atto di regolamentazione interna, adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 559 del 20.05.2022 e s.m.i.

Art. 7.2 – I DIPARTIMENTI INTERAZIENDALI

La **nuova riorganizzazione dipartimentale strutturale** dell'ASL BT, adottata con deliberazione del Direttore Generale n. 930 del 15.07.2022 e successive deliberazioni n. 1681 del 1.12.2022 e n. 160 del 25.01.2023, recepisce i precedenti assetti organizzativi, già in essere, disposti per effetto di provvedimenti regionali e accordi interaziendali che qui di seguito si espongono:

- ❖ Accordo di costituzione, sottoscritto in data 14.01.2021 tra il Policlinico Riuniti di Foggia e la ASL BT, del Dipartimento Interaziendale di Chirurgia Urologica con Nuove Tecnologie **“D.I.C.U.N.T”** e relativa regolamentazione recepita dall' ASL BT con deliberazioni n. 250/2021 e successiva modifica recepita con deliberazione n. 1930/2021 che prevede le seguenti strutture complesse:
 - U.O.C. A.O.U. Policlinico Riuniti di Foggia;
 - U.O.C. Urologia P.O. Andria, ASL BT;
 - U.O.C. Urologia P.O. Cerignola, ASL FG;
 - U.O.C. Urologia del GVM – Ospedale Santa Maria di Bari
- ❖ Istituzione e modifica, come da provvedimenti deliberativi della Regione Puglia (DGR n. 2019/2009 e n. 899/2010 e n. 951/2013) della *nuova Organizzazione della*



Rete Nefrologico – Dialitica e Trapiantologica Pugliese, denominata ReNDIT, articolata in:

- Unità di Coordinamento della Rete (UCR)
- Dipartimento Interaziendale Area Vasta Nord, **comprendente le AA.SS.LL. di Foggia e Barletta – Andria – Trani**
- Dipartimento Interaziendale Area Vasta Centro
- Dipartimento Interaziendale Area Vasta Sud;

La Regione Puglia, con Deliberazione di Giunta Regionale n. 2135 del 22.12.2020, ha attivato l'Unità di Coordinamento della Rete (UCR) quale organo di governo regionale all'interno della nuova Organizzazione della ReNDIT.

Le strutture aziendali del DIPARTIMENTO ReNDIT (S.Comp. Po Barletta - Nefrologia e Dialisi e la Uos Emodialisi di afferenza alla S. Comp. PO Barletta - Nefrologia e Dialisi) afferiscono funzionalmente al Dipartimento Medico-Specialistico per motivi organizzativi e gestionali ma strutturalmente sono incardinati presso il Dipartimento Interaziendale ReNDIT. (si veda Tabella di cui al paragrafo 7.1 sulla **Nuova Riorganizzazione Dipartimentale**).

❖ In attuazione del D.M. n. 70/2015 e del R.R. n. 7/2017 e in conformità al MODELLO ORGANIZZATIVO DELLA RETE TRASFUSIONALE PUGLIESE, come approvato dalla Struttura Regionale di Coordinamento in data 11/04/2017, è prevista l'istituzione del Dipartimento Interaziendale Immuno Trasfusionale. Nelle more, le relative strutture (S.Comp. P.O. Barletta - S.I.T. (Direzione) e la U.O.S.V.D. Centro Trasfusionale P.O.) afferiscono funzionalmente dal Dipartimento Immagini e Diagnostica, per motivi organizzativi e gestionali (si veda Tabella di cui al paragrafo 7.1 sulla **Nuova Riorganizzazione Dipartimentale**).

❖ Con Deliberazione di Giunta Regionale n. 221 del 23.02.2017, la Regione Puglia ha approvato il modello organizzativo e i principi generali di funzionamento della **Rete Oncologica Pugliese (R.O.P.)** secondo il modello organizzativo (allegato A) ad essa allegato, in cui al paragrafo 5.2. risultano i vari **Dipartimenti Integrati di Oncologia**. L'ASL BT afferisce a quello del Dipartimento Integrato di Oncologia di Capitanata, con sede presso AOU Ospedali Riuniti di Foggia e comprendente oltre all' **ASL BT** anche la ASL di Foggia e l'Ente Ecclesiastico Casa Sollievo della Sofferenza di San Giovanni Rotondo;

Con deliberazione n. 61 del 14 marzo 2023 l'Agenzia Regionale per la Salute ed il Sociale (A.Re.S.S.) ha preso atto delle nomine dei **Coordinatori Operativi dei Dipartimenti Integrati di Oncologia**, tra cui quello a cui afferisce l'ASL BT, intervenute a seguito degli avvisi interni pubblicati dalle Aziende sedi dei Dipartimenti Integrati di Oncologia, e che si intendono conferite fino al 31.12.2025, salvo dimissioni o decadenza decisa dal Consiglio stesso a maggioranza assoluta dei componenti;

Per effetto di tali accordi interaziendali e provvedimenti regionali, l'organizzazione dipartimentale aziendale dell'ASL BT risulta così implementata:



Dipartimento Interaziendale di Chirurgia Urologica con nuove tecnologie DICUNT			
Dipartimento Interaziendale di Chirurgia Urologica con nuove tecnologie DICUNT	Ospedaliera	Strutt.Comp Osp.	S.Comp. P.O. Andria - Urologia
		Uos	UOS Endourologia (incardinata nella UOC di Urologia Andria)
Dipartimento Interaziendale di Chirurgia Urologica con nuove tecnologie DICUNT		Uosvd	U.O.S.V.D. Chirurgia Andrologica P.O. Barletta
Dipartimento Interaziendale dell'Area Vasta Nord della Rete Nefrologico-Dialitica e Trapiantologica Pugliese ReNDiT			
(Dipartimento Immuno Trasfusionale Interaziendale da istituire)			
Dipartimenti Integrati di Oncologia _ Rete oncologica Pugliese (R.O.P)			

L'incarico di Direttore di Dipartimento del D.I.C.U.N.T è, in ossequio all'accordo interaziendale soprarichiamato, formalizzato a favore del Direttore di una delle Strutture complesse aggregate, dalla Conferenza dei Direttori Generali e con deliberazione del Direttore Generale dell'Azienda con la quale l'incarico è in rapporto di impiego.

Il Direttore del Dipartimento Interaziendale di Chirurgia Urologica con Nuove Tecnologie (D.I.C.U.N.T.) è stato individuato nel Direttore della U.O.C. "Urologia" del P. O. di Andria dell'ASL BT, giusta delibera del Commissario Straordinario (investito di corrispondente delega da parte del Direttore Generale dell'Azienda Universitario-Ospedaliera del "Policlinico Riuniti").



L'incarico di Direttore del Dipartimento della Re.NDiT si configura come incarico dirigenziale di una Struttura Complessa di livello sovraordinato a quelle aggregate ed è formalizzato a favore del Direttore di una delle Strutture complesse aggregate, su designazione dei Direttori Generali delle Aziende sanitarie interessate e con deliberazione del Direttore Generale dell'Azienda con la quale l'incaricando è in rapporto di impiego a tempo indeterminato. Per tali fini, quest'ultimo Direttore Generale è investito di corrispondente delega da parte di quelli delle altre Aziende interessate dal Dipartimento.

Art. 7.3 - MODALITÀ E CRITERI DI INDIVIDUAZIONE DELLE STRUTTURE

Le Strutture sono articolazioni aziendali cui sono affidate competenze professionali e risorse (umane, tecnologiche ed economiche), sono finalizzate allo svolgimento di funzioni di amministrazione, di programmazione e di committenza o produzione di prestazioni e servizi sanitari.

Fatti salvi i casi normati a livello nazionale e quelli in cui la Giunta Regionale abbia provveduto attraverso il Piano Regionale di Salute o con apposito regolamento, l'individuazione di una Struttura Aziendale è legata ai seguenti elementi:

-Valenza strategica

-Complessità organizzativa

a. La valenza strategica è identificata dalla rilevanza delle competenze da svolgere all'interno dell'organizzazione, dal grado di intersectorialità ed interdisciplinarietà che caratterizza gli interventi, nonché dall'eventuale livello di interfaccia con Istituzioni ed Organismi esterni all'Azienda;

b. La complessità organizzativa è data dalla complessità e molteplicità delle funzioni assicurate. Concorrono all'individuazione delle strutture aziendali i seguenti fattori:

- Livello di autonomia e responsabilità da assicurare nello svolgimento delle funzioni;
- Grado di intersectorialità ed interdisciplinarietà per assicurare standard di attività efficaci ed efficienti;
- rilevanza, intensità e frequenza dei rapporti istituzionali interni ed esterni all'Azienda da garantire.

Le Strutture, pertanto, sono distinte in:

- ✓ **Strutture Complesse (U.O.C.);**
- ✓ **Strutture Semplici dipartimentali (U.O.S.V.D.);**
- ✓ **Strutture Semplici (U.O.S)**

Art. 7.4 - LE STRUTTURE COMPLESSE

Sono Complesse le Strutture aziendali che possiedono interamente o parzialmente le seguenti caratteristiche:

- rivestono funzioni di committenza aziendale o di amministrazione per settori di attività o ambiti organizzativamente riconosciuti;
- risultano strategiche per le attività svolte a favore dell'intera Organizzazione e/o identificate come prioritarie nei Piani Sanitari Nazionali, Regionali e Locali;
- assicurano l'erogazione di prestazioni o di servizi in riferimento a sistemi, procedure e protocolli riconducibili a discipline riconosciute dalle norme;



- hanno un valore economico rilevante in termini di tecnologie utilizzate e di risorse umane assegnate;
- esercitano funzioni di rilievo e supporto della Direzione Strategica, svolgendo attività prioritariamente connesse alla pianificazione ed alla crescita organizzativa dell'Azienda;
- coordinano processi professionali ad elevata complessità ed integrazione trasversali alla struttura Azienda.

Art. 7.5 - LE STRUTTURE SEMPLICI DIPARTIMENTALI

Sono Strutture Semplici Dipartimentali le Strutture allocate all'interno di un Dipartimento caratterizzate da una linea specifica ad autonoma erogazione di prestazioni e servizi, cui è attribuita la gestione diretta di risorse umane, economiche e tecniche.

Art. 7.6 - LE STRUTTURE SEMPLICI

Sono Strutture Semplici le Articolazioni interne alle Strutture Complesse, riconducibili alla stessa linea di erogazione di prestazioni e/o servizi della Struttura Complessa di appartenenza. Alle stesse è attribuita la gestione di risorse umane, tecniche o economiche.

Art. 7.7 - LA FUNZIONE PROFESSIONALE DELLA DIRIGENZA

La Funzione Professionale espletata dalla dirigenza dell'Area Sanità si divide, ex art. 22 del CCNL 2019-2021 nei seguenti incarichi:

- incarico di altissima professionalità (a valenza dipartimentale e quale articolazione interna di struttura complessa)
- incarico di alta specializzazione
- incarico di consulenza, studio e ricerca, ispettivi e di controllo
- incarico professionale iniziale

La Funzione Professionale espletata dalla dirigenza **dell'Area Professionale, Tecnica e Amministrativa** si divide, ex art. 70 del CCNL 2016-2018, nei seguenti incarichi di

- di alta specializzazione
- di consulenza, di studio e ricerca, ispettivo, di verifica e di controllo

L'ASL BT, coerentemente con la mission aziendale e al fine di assicurare la giusta rilevanza delle funzioni di alto contenuto tecnico-professionale, avvia le procedure per l'individuazione, graduazione e conferimento degli incarichi di professionali per entrambe le Aree di Contrattazione Collettiva nazionale: Area Dirigenza Sanità e Area P.T.A.

Gli incarichi di alta specializzazione, in particolare, si configurano attraverso il riconoscimento e l'esercizio di elevate competenze tecnico-professionali finalizzate a produrre prestazioni particolarmente complesse nell'ambito di una determinata disciplina.



Art. 7.8 - GLI INCARICHI DI FUNZIONE ORGANIZZATIVA E GLI INCARICHI DI POSIZIONE ORGANIZZATIVA DEL RUOLO DEL COMPARTO

In riferimento a quanto previsto dai CC.CC.NN.LL., di recente emanazione per il triennio 2019-2021, e tenendo conto della nuova sistema di classificazione del personale articolato in 5 AREE e della connessa declaratoria di profili professionali, le funzioni professionali espletate dal personale appartenente alle categorie del ruolo sanitario, amministrativo, tecnico e professionale del Comparto si dividono in incarichi di

- Funzione Organizzativa
- Funzione Professionale
- Posizione di elevata qualificazione

L'ASL BT provvede ad avviare le procedure per la graduazione e conferimento degli incarichi tenuto conto delle vigenze del Nuovo CCNL 2019 - 2021.

Art. 7.9 - FABBISOGNO DEL PERSONALE E PIANIFICAZIONE TRIENNALE³

L'adozione della nuova riorganizzazione dipartimentale consente il progressivo adeguamento delle posizioni dirigenziali alla D.G.R. n. 1603 del 13/09/2018 e alle misure regionali di riqualificazione e razionalizzazione introdotte con apposite DGR n. 412/2023 e n. 640/2023 e s.m.i., la ridefinizione delle stesse e la connessa Dotazione organica, sempre più allineata al reale fabbisogno di personale e che qui di seguito si riporta, tenendo conto della sopraggiunta declaratoria dei profili professionali del comparto Sanità (distinti per AREE e differente denominazione), come novellata dal nuovo CCNL 2019-2021.

Nell'ambito della misure tese al rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni, funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), l'art. 6 del D.L. n. 80/2021 sancisce l'obbligo di adozione del **PIAO (Pian Integrato di attività ed organizzazione)** il cui comma 2 lett. c) stabilisce che l'Ente definisca, compatibilmente con le risorse finanziarie riconducibili al piano triennale dei fabbisogni di personale, gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne.

L'azienda adotta nell'ambito PIAO, i Piani Triennali del Fabbisogno di Personale (PTFP) conformandoli alle Linee Guida regionali per l'adozione dei Piani Triennali del Fabbisogno di Personale (PTFP) delle Aziende ed Enti del SSR, aggiornate con DGR n. 2452 del 30/12/2019.

Con l'adozione e l'aggiornamento dei PTFP si attuano le due seguenti matrici:

- o Rivalutazione dei precedenti PTFP sulla base di eventuali nuove e sopraggiunte esigenze di carattere strategico e/o organizzativo;
- o Revisione della distribuzione delle unità, ivi previste, nell'ambito delle Strutture Aziendali.

³ Ogni ulteriore modifica sostanziale che dovesse sopraggiungere sarà oggetto di apposito allegato ad integrazione e revisione del presente atto aziendale

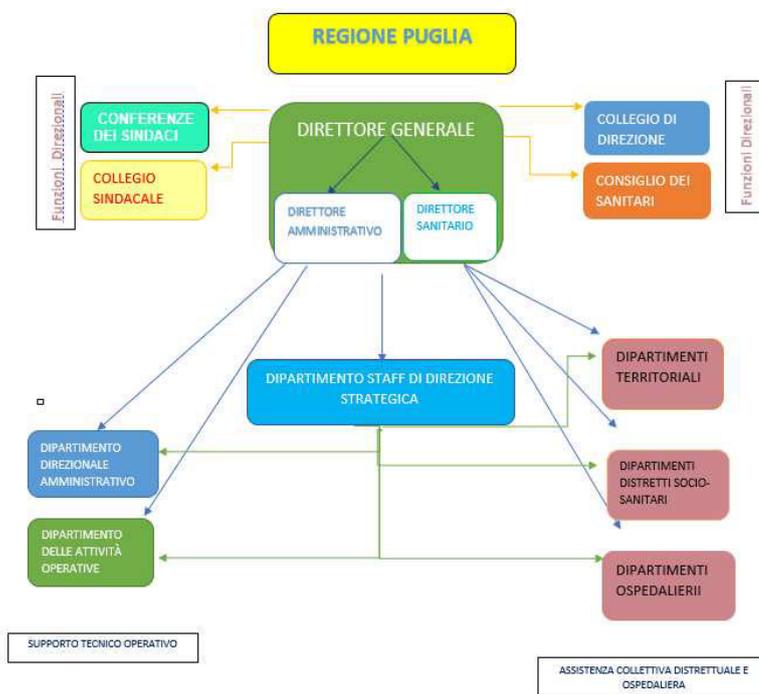


I Piani sono consultabili nell'apposita sezione di II livello "Personale" – "Dotazioni Organiche" della Sezione Amministrazione Trasparente del sito Aziendale visualizzabili al seguente link <https://www.sanita.puglia.it/web/asl-barletta-andria-trani/dotazione-organica>

**- CAPO III -
MODELLO ORGANIZZATIVO DI BASE**

Art. 8 - MODELLO ORGANIZZATIVO DI BASE

- L'ASL BT è strutturalmente articolata in
- Presidi ospedalieri, Presidio Territoriale di assistenza e Presidio Post Acuzie
 - Dipartimenti ospedalieri, territoriali, misti
 - Dipartimento dei Distretti sociosanitari
 - Dipartimenti delle funzioni Amministrative, Tecnico-operative, Professionali e in Staff alla Direzione Strategica.





Si tratta di Centri di Costo e/o di Responsabilità che si articolano in Strutture Complesse, Strutture Semplici a valenza Dipartimentale, Strutture Semplici ricomprese nelle Strutture Complesse; Funzioni Professionali.

A ciascuna struttura dipartimentale è assegnato un Direttore per garantire i processi di programmazione, controllo, budget, valutazione della qualità, gestione del personale e adeguamento delle procedure e dei protocolli.

L'Assistenza Ospedaliera è organizzata strutturalmente in **3 Presidi Ospedalieri e relativi Dipartimenti Ospedalieri ed 1 Plesso Post Acuzie, nonché dal Dipartimento Farmaceutico per le relative unità a vacazione ospedaliera.**

L'Assistenza Distrettuale, a garanzia dei LEA, è attualmente organizzata strutturalmente in:

- **1 Dipartimento dei Distretti Socio Sanitari** a cui afferiscono **5 Distretti Socio Sanitari e n. 3 Presidi Territoriali di Assistenza (PTA)** di cui si dirà nel Capo V del presente Titolo.
- **5 Dipartimenti dell'Assistenza Territoriale Distrettuale;**
 - Dipartimento di Prevenzione;
 - Dipartimento di Salute Mentale
 - Dipartimento delle Dipendenze Patologiche;
 - Dipartimento Farmaceutico
 - Dipartimento di Riabilitazione

L'Assistenza Territoriale Distrettuale è soggetta a variazioni che si dovessero rendere necessarie per direttive e regolamentazioni regionali anche alla luce del DM. n. 77/2021 recante Nuovi Modelli e Standard per lo Sviluppo dell'assistenza Territoriale nel SSN e che costituiranno oggetto di modifica al modello organizzativo distrettuale e territoriale enucleato nel presente Atto, come meglio evidenziato nel successivo capo V del presente Titolo, in osservanza del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), approvato dal Consiglio dell'Unione Europea il 6 luglio 2021 (10160/21), ed in particolare della *Mission 6 Salute, Component 1: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale.*

- CAPO IV -

L'ASSETTO STRUTTURALE E ORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA

Art. 9 - L'ASSETTO STRUTTURALE E L'ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA

La riorganizzazione della rete ospedaliera dell'ASL BT trova fondamento nel regolamento regionale n. 7 del 10.03.2017, come da ultimo aggiornata con



Regolamento Regionale della Puglia n. 23 del 22.11.2019, redatto in attuazione del Decreto Ministero della Salute del 2 aprile 2015, n. 70 e delle leggi di Stabilità 2016 - 2017 nonché del Programma Operativo 2016-2018 della Regione Puglia adottato con Deliberazione di Giunta Regionale n. 129 del 06/02/2018 avente ad oggetto "Programma operativo 2016-2018. Piano delle azioni avviate nel biennio 2016 -2017 e delle misure da adottare nel 2018".

In virtù dell'art. 2 del citato R.R n. 23 del 22.11.2019, come modificato dalla Regione Puglia con Regolamento Regionale n. 14/2020 giusta D.G.R. n. 1079 del 9.07.2020 e s.m.i., si articola secondo il seguente assetto:

CLASSIFICAZIONE STRUTTURALE (da RR. 23 del 22.11.2019)	TERRITORIO	DENOMINAZIONE
<i>Presidio Ospedaliero</i>	BISCEGLIE	"Vittorio Emanuele II"
<i>Presidio Ospedaliero</i>	BARLETTA	"Mons. Raffaele Dimiccoli"
<i>Presidio Ospedaliero</i>	ANDRIA ⁴	"Lorenzo Bonomo"
<i>Plesso post acuzie (P.P.A.)</i>	CANOSA	"Caduti in Guerra"

Collocazione geografica dei Presidi Ospedalieri



⁴ **INTERVENTI FUTURI** La razionalizzazione della rete ospedaliera pugliese prevede la realizzazione di n. 5 nuovi presidi ospedalieri, in sostituzione dei presidi ospedalieri esistenti, tra cui per quanto di interesse per l'ASL BT, **la realizzazione del nuovo Ospedale di Andria**, che comporterà la riconversione dell'Ospedale Lorenzo Bonomo di Andria e dell'ospedale di Corato, oltre all'Ospedale di Canosa



La riorganizzazione è realizzata attraverso un'analisi dell'attuale articolazione con particolare riferimento alla distribuzione delle unità operative per bacino di utenza, all'indice di occupazione, alle soglie minime di volumi di attività specifici (correlati agli esiti migliori) e soglie per rischi di esito riportate al punto 4.6 dell'Allegato 1 del DM 70/2015, tenendo conto del profilo epidemiologico e delle caratteristiche logistiche dei territori.

Art. 9.1 - L'OSPEDALE

L'Ospedale è la struttura tecnico-funzionale attraverso la quale l'Azienda assicura l'erogazione dell'assistenza ospedaliera in modo unitario ed integrato sulla base dei principi di programmazione e di organizzazione regionale, perseguendo anche la formazione e la ricerca;

L'Ospedale assicura le risposte:

- Alle situazioni di urgenza ed emergenza;
- Assistenziali alle acuzie, in regime ordinario e diurno;
- Assistenziali alle post-acuzie lungo-degenziali e riabilitative;
- Assistenziali specialistiche ambulatoriali.

Le risposte sono organizzate in prestazioni secondo le caratteristiche qualitative e quantitative specificate nel sistema di budget concordato dai singoli Centri di Responsabilità e/o di Costo e in coerenza con le funzioni previste dalla programmazione regionale e aziendale;

Ciascuna prestazione è fornita nella forma assistenziale che risulta più appropriata ed è destinata esclusivamente alle persone affette da condizioni patologiche - mediche e chirurgiche - in fase acuta e post-acuta che, per la loro complessità/intensità, non possono essere assistite, in modo ugualmente efficace ed efficiente, nell'ambito dei servizi territoriali;

L'attività dell'Ospedale è svolta in modo integrato, evitando duplicazioni di prestazioni e di funzioni che non siano giustificate da economicità e tempestività e tende a perseguire le seguenti finalità:

- ✓ Consolidare il Governo Clinico in modo da garantire una assistenza ospedaliera efficace, appropriata, efficiente, tempestiva, equa e solidale;
- ✓ Offrire le condizioni più appropriate per il trattamento di quelle patologie che non possono trovare risposte adeguate nell'ambito dei servizi territoriali, ambulatoriali residenziali, perché complesse per gravità e intensità;
- ✓ Perseguire la globalità e la continuità degli interventi assistenziali attraverso una corretta e completa sinergia tra Ospedale e Territorio;
- ✓ Realizzare il processo di integrazione tra i diversi Ospedali e tra le Strutture Ospedaliere e Servizi Territoriali, attraverso i Dipartimenti e i Coordinamenti;
- ✓ Realizzare percorsi diagnostico-terapeutici e di prevenzione dedicati a patologie ad alto rischio e a differenze di genere che deve operare con un approccio multidisciplinare.



Dal punto di vista organizzativo e gestionale il nostro modello ospedaliero tende, attraverso la dipartimentalizzazione del sistema organizzato e il ripristino o l'attivazione di una "catena di comando" a porre in essere i seguenti *goal*:

di:

- Organizzare un modello di gestione delle Strutture Ospedaliere clinicamente e garantire un maggiore livello di coerenza tra "committenza" e "linee produttive",
- Applicare protocolli e procedure messe a punto dai dipartimentali e condivise a tutti i livelli operativi;
- Progettare l'Offerta Sanitaria Ospedaliera attraverso "centri a media complessità" e "centri a bassa complessità", inseriti nella rete provinciale;
- Migliorare, infine, la qualità dei servizi e l'umanizzazione dell'assistenza in modo da incontrare il gradimento dei cittadini.

L'ASL BT intende incrementare e integrare gli aspetti qualificanti di questo modello dipartimentale:

- La multidisciplinarietà dell'equipe
- La multi professionalità dell'equipe;
- L'approccio integrato medico e riabilitativo;
- La formazione continua del personale;
- La sensibilizzazione, l'addestramento e l'informazione sulle soluzioni terapeutiche e riabilitative rivolte ai pazienti e ai loro familiari.

Art. 9.2 - L'ASSETTO STRUTTURALE DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA DELLA ASL BT

Lo sviluppo di Dipartimenti Ospedalieri a valenza aziendale consente di valorizzare i singoli Plessi Ospedalieri come luoghi di produzione al servizio di comunità allargate e non più solo di comunità locali.

Alle Strutture Operative **Organizzative Ospedaliere, Complesse e Semplici di valenza Dipartimentale** - dotate di autonomia Gestionale e con affidamento diretto di risorse - si chiede di sviluppare prestazioni caratterizzate e definite sotto il profilo specialistico allo scopo di evitare duplicazioni e di favorire il consolidamento di una *mission* produttiva esclusiva che sia, al tempo stesso, integrata nel sistema di rete.

Anche le funzioni delegate diventano più esplicite sotto l'aspetto gestionale e definite

per quanto concerne l'organizzazione:

- Il Direttore dell'Ospedale è responsabile della gestione complessiva dello stesso e delle relazioni Ospedale-Distretto;
- Il Direttore di Dipartimento Ospedaliero è responsabile del coordinamento funzionale, del governo clinico delle strutture aggregate nel Dipartimento stesso e, quindi, dei risultati conseguiti;
- I Singoli Plessi Ospedalieri garantiscono lo sviluppo coerente dei processi assistenziali;
- Le Strutture Operative sono responsabili della loro specifica produzione.



I Direttori dei Dipartimenti Ospedalieri rispondono per competenza al Direttore Sanitario Aziendale.

I Dipartimenti Ospedalieri Aziendali sono:

1. **Dipartimento Direzioni Ospedaliere**
2. **Dipartimento Cardiologico**
3. **Dipartimento Chirurgico-Traumatologico**
4. **Dipartimento Immagini e Diagnostica**
5. **Dipartimento Materno-Infantile**
6. **Dipartimento Medico-Specialistico**
7. **Dipartimento Oncologico**
8. **Dipartimento Area Intensiva e delle Emergenze**

I Dipartimenti Ospedalieri Interaziendali sono:

1. **Dipartimento Interaziendale di Chirurgia Urologica con nuove tecnologie DICUNT**
2. **Dipartimento Interaziendale dell'Area Vasta Nord della Rete Nefrologico-Dialitica e Trapiantologica Pugliese RENDIT**

Art. 9.3 - L'ORGANIZZAZIONE DEI DIPARTIMENTI OSPEDALIERI

Le Strutture che compongono i Dipartimenti Ospedalieri sono state funzionalmente raggruppate secondo aree omogenee, affini o complementari, dotate di autonomia tecnico-professionale ed economico-finanziaria, nei limiti delle risorse assegnate.

Tutti i Dipartimenti sono trasversali rispetto ai Presidi Ospedalieri dell'ASL BT.

Nell'ambito dell'organizzazione dipartimentale, già La Legge regionale n. 23/2008 definiva l'articolazione delle Unità Operative e dei Servizi in ambito ospedaliero e territoriale ed i criteri nel rispetto dei quali individuare **le strutture complesse e semplici con e senza posti letto** secondo il seguente schema di riferimento:

- **Unità operativa complessa (con e senza posti letto):**

Articolazione organizzativa e strutturale con una propria area di degenza riservata o spazi dedicati, dotata di autonomia organizzativa. Tale articolazione è posta sotto la responsabilità di un direttore ed è collocata all'interno di più ampie strutture dipartimentali.

- **Unità operativa semplice a valenza dipartimentale (con e senza posti letto):**

Articolazione organizzativa che pur in presenza di spazi, tecnologie e personale specificamente dedicati, e quindi di una propria autonomia organizzativa, utilizza posti letto o spazi indistinti dipartimentali. Tale articolazione è diretta da un dirigente responsabile.

- **Unità operativa semplice (con e senza posti letto):**



Articolazione organizzativa che, pur in presenza di spazi, tecnologie e personale specificamente dedicati, non possiede una propria autonomia organizzativa. Tale articolazione è diretta da un dirigente responsabile.

Tenendo conto dell'impianto normativo citato e della relativa regolamentazione regionale, come da ultima novellata con il **Regolamento Regionale n. 8 del 31/10/2024**, approvato con deliberazione di Giunta Regionale n. 1384 del 03 ottobre 2024, recante Modifica e integrazione del Regolamento regionale n. 23/2019 e del R.R. n. 14/2020", con il quale è stata integralmente ridefinita la rete ospedaliera della regione Puglia ai sensi del D.M. 70/2015, l'Azienda Sanitaria Locale di Barletta Andria Trani provvede a costituire le Strutture Complesse e Semplici, con e senza posti letto.

CLASSIFICAZIONE STRUTTURALE (da RR. 23 del 22.11.2019)	TERRITORIO	DENOMINAZIONE	Posti letto R.R. n. 8 del 31/10/2024
Presidio Ospedaliero	BISCEGLIE	"Vittorio Emanuele II"	202
Presidio Ospedaliero	BARLETTA	"Mons. Raffaele Dimiccoli"	344
Presidio Ospedaliero	ANDRIA	"Lorenzo Bonomo"	230
Plesso Post Acuzie - P.P.A.	CANOSA	"Caduti in Guerra"	70
			846

L'ASL BT annovera, accanto ai Dipartimenti Ospedalieri, alcuni Dipartimenti che hanno natura mista, i quali sono deputati sia all'assistenza ospedaliera sia all'assistenza territoriale, di cui si dirà *infra* nel successivo CAPO V del presente Titolo III, e contemplano al proprio interno anche Strutture Complesse e Semplici sia di tipo Ospedaliero che di tipo territoriale e che qui di seguito si indicano:

- Dipartimento Farmaceutico
- Dipartimento di Salute Mentale

In seno ai Dipartimenti Ospedalieri, qui di seguito riprodotti, vi sono alcune strutture semplici che erogano assistenza territoriale.

Le **strutture Ospedaliere** dell'ASL BT, con allocazione dei relativi posti letto, si distinguono in:



- n. 44 Strutture Complesse
- n. 47 Strutture Semplici e Semplici a valenza dipartimentale di cui 41 a vocazione ospedaliera e 6 a vocazione anche territoriale

DIPARTIMENTI OSPEDALIERI	UOC	UOSVD/ UOS	Posti letto Regolamento Regionale 8/2024 n.
Dipartimento Cardiologico	3	5	
Strutt. Comp. Osp.			
S.Comp. P.O. Andria - Cardiologia			SI
S.Comp. P.O. Barletta - Cardiologia			SI
S.Comp. Cardiologia PO Bisceglie -			SI
UOS		2	
U.O.S Cardiologia d'emergenza (incardinata nelle UOC Cardiologia di Barletta)			
U.O.S. Elettrofisiologia (Afferisce a S. Comp. P. O. Andria - Cardiologia)			
U.O.S.V.D.		3	
U.O.S.V.D. Cardiologia di diagnostica non invasiva ed oncologica ⁵			
U.O.S.V.D. Emodinamica Andria			

⁵ E' una struttura territoriale che eroga assistenza territoriale presso il Presidio Territoriale Assistenziale di Trani.



ASL BT

PugliaSalute

U.O.S.V.D. Riabilitazione cardio-respiratoria⁶			SI
Dipartimento Chirurgico-Traumatologico	8	11	
S.Comp. P.O. Andria - Chirurgia Generale	1		SI
S.Comp. P.O. Andria - Neurochirurgia	1		SI
S.Comp. P.O. Andria - Ortopedia	1		SI
S.Comp. P.O. Barletta - Chirurgia Generale	1		SI
S.Comp. P.O. Barletta - Ortopedia	1		SI
S.Comp. P.O. Barletta - Oculistica	1		SI
S.Comp. P.O. Barletta - O.R.L.	1		SI
S.Comp. P.O. Bisceglie Chirurgia Generale	1		SI
UOSVD		5	-
U.O.S.V.D. Chirurgia della mammella P.O. Barletta			-
U.O.S.V.D. Endoscopia digestiva Andria⁷			
U.O.S.V.D. Ortopedia P.O. Bisceglie			SI
U.O.S.V.D. Day Service oculistica/Screening PPA Canosa Minervino Spinazzola Andria⁸			

⁶ E' una struttura ospedaliera-territoriale che offre servizi di assistenza presso il PPA di Canosa

⁷ E' una struttura ospedaliera che offre anche servizi di assistenza territoriale

⁸ E' una struttura ospedaliera che offre anche servizi di assistenza territoriale



ASL BT

PugliaSalute

U.O.S.V.D. Day Service oculistica P.O Bisceglie P.T.A Trani ⁹			
U.O.S		5	
Uos Epatobiliare (incardinata in S.Comp. P.O. Andria - Chirurgia Generale)			
Uos Chirurgia Vertebro-Spinale (Afferisce a S.Comp. P.O. Andria – Neurochirurgia)			
Uos Chirurgia Vitreo - Retinica P.O. Barletta (Afferisce a S. Comp. PO Barletta - Oculistica)			
Uos Patologia Orbitaria e Oftalmoplastica (Afferisce a S. Comp. PO Barletta - Oculistica)			
Uos Chirurgia Plastica di Andria (Afferisce a S. Comp. P.O. Andria-Chirurgia Generale)			
Dipartimento Direzioni Ospedaliere	3	1	
Strutt. Comp. Osp.			
S.Comp. P.O. Andria - Direzione Medica			
S.Comp. P.O. Barletta - Direzione Medica			
S.Comp. P.O. Bisceglie - Direzione Medica			

⁹ E' una struttura ospedaliera che offre anche servizi di assistenza territoriale



ASL BT

PugliaSalute

UOS		1	
Uos Direzione Medica Presidio Riabilitativo P.P.A. Canosa (Afferisce a S.Comp. P.O. Andria - Direzione Medica)			SI
Dipartimento Immagini e Diagnostica	3	11	
Strutt.Comp Osp.			
S.Comp. P.O. Andria - Radiologia			
S.Comp. P.O. Barletta - Medicina Nucleare			
S. Compl. Radiologia P.O. Barletta			
UOS		3	
U.O.S. Radiologia di Urgenza P.O. Barletta (incardinata S.Comp. Radiologia - P.O. Andria)			
UOS Radiologia PPA Canosa (incardinata S. Comp. P.O. Andria - Radiologia)			
UOS Teragnostica - Radioterapia metabolica (incardinata nella S.Comp. Medicina Nucleare - P.O. Barletta)			
UOSVD		8	
Uosvd Radiologia E Neuroradiologia Interventistica Andria (Afferisce a S. Comp. P.O. Andria - Radiologia)			



ASL BT

PugliaSalute

U.O.S.V.D P.O. Andria - Patologia Clinica			
U.O.S.V.D. Fisica Sanitaria P.O. Barletta			
U.O.S.V.D. Patologia clinica di base P.O. Bisceglie			
U.O.S.V.D. Patologia Clinica P.O. Barletta			
U.O.S.V.D. Radiologia di base P.O. Bisceglie			
U.O.S.V.D. Senologia P.O. Barletta			
U.O.S.V.D. Radiologia Territoriale PTA Trani			
Dipartimento Interaziendale di Chirurgia Urologica con nuove tecnologie DICUNT	1	2	
Strutt. Comp. Osp.			
S.Comp. P.O. Andria - Urologia	1		SI
UOS		1	
UOS Endourologia (incardinata nella UOC di urologia Andria)			
Uosvd		1	
U.O.S.V.D. Chirurgia Andrologica P.O. Barletta			
Dipartimento Materno-Infantile	4	2	
Strutt.Comp Osp.			



ASL BT

PugliaSalute

S.Comp. P.O. Andria - Ostetricia-Ginecologia			SI
S.Comp. P.O. Andria - Pediatria-Neonatologia			SI
S.Comp. P.O. Barletta - Ostetricia-Ginecologia			SI
S.Comp. P.O. Barletta - Pediatria-Neonatologia			SI
UOSVD		2	
U.O.S.V.D. Ostetricia-Ginecologia P.O. Bisceglie			SI
U.O.S.V.D. Pediatria-Neonatologia P.O. Bisceglie			SI
Dipartimento Medico-Specialistico	8	7	
Strutt.Comp Osp.			
S.Comp. P.O. Andria - Medicina Interna			SI
S.Comp. P.O. Bisceglie - Malattie infettive			SI
S.Comp. P.O. Bisceglie - Medicina Interna			SI
S.Comp. Po Barletta - enterologia			SI
S.Comp. Po Barletta - Medicina Interna			SI
S.Comp. P.O. Andria - Neurologia			SI
S.Comp. P.O. Barletta - Neurologia			SI
S.Comp. Po Barletta - Nefrologia e Dialisi			SI



ASL BT

PugliaSalute

UOS		6	
Uos Endocrinologia Bisceglie (Afferisce a S. Comp. P.O. Bisceglie Medicina Interna)			
Uos Terapia antimicrobica Bisceglie (Afferisce a S. Comp. P.O. Bisceglie Malattie Infettive)			
Uos Emodialisi Andria (Afferisce a S. Compl. Nefrologia e dialisi P.O. Barletta)			
Uos Stroke Unit Neurologia (Afferisce a S. Comp. PO Barletta - Neurologia)			
U.o.s Pneumologia P. O. Bisceglie (Incardinata S.Comp. Medicina Interna - P.O. Bisceglie)			SI
Uos Lungodegenza			
UOSVD		1	
U.O.S.V.D Malattie rare			
Dipartimento Oncologico	4	3	
Strutt. Comp. Osp.			
S.Comp. P.O. Barletta - Ematologia	1		SI
S.Comp. P.O. Barletta - Oncologia	1		SI
S.Comp. P.O. Barletta - Radioterapia	1		SI
S.Comp. Anatomia Patologica P.O. Andria	1		



ASL BT

PugliaSalute

UOSVD		4	
U.O.S.V.D. D.H. Oncologia-Ematologia Trani¹⁰			
U.O.S.V.D. Reumatologia e Rischio Oncologico			
U.O.S.V.D. Dermatologia oncologica			
U.O.S.V.D. C.or.O. (Centro di Orientamento Oncologico)			
Servizio Immuno Trasfusionale (Dipartimento Interaziendale istituire)	1	1	
Strutt. Comp Osp.			
S.Comp. P.O. Barletta - S.I.T. (Direzione)	1		
U.O.S.V.D		1	
U.O.S.V.D. Centro Trasfusionale P.O. Andria			
Dipartimento Area Intensiva e delle Emergenze	6	4	
Strutt. Comp. Osp.			
S.Comp. P.O. Andria - Anestesia-Rianimazione			SI
S.Comp. P.O. Andria - M.E.U. - Pronto Soccorso			SI
S.Comp. P.O. Barletta - Anestesia-Rianimazione			SI

¹⁰ E' una struttura ospedaliera che offre anche servizi di assistenza territoriale



ASL BT

PugliaSalute

S.Comp. P.O. Barletta - M.E.U. - Pronto soccorso			SI
S. Compl. Anestesia- Rianimazione P.O. Bisceglie			
S. Compl. M.C.A.U. - Pronto Soccorso P.O. Bisceglie			
UOSVD		1	
U.O.S.V.D. Day Service multidisciplinare ed anestesiologico PTA Trani - Canosa, Coordinamento Terapia del dolore/ Accessi Vascolari e Cure Palliative			
UOS		3	
UOS Medicina D'Urgenza, Osservazione Breve (afferisce a S.Comp. P.O. Barletta)		1	
UOS Coordinamento 118 (incardinata nella S.Comp. M.E.U. - Pronto Soccorso P.O. Bisceglie - Coordinamento 118)		1	
UOS Coordinamento Aziendale Trapianti (incardinata S.Comp. Anestesia-Rianimazione P.O. Bisceglie - Coordinamento Aziendale Trapianti)		1	



ASL BT

PugliaSalute

DIPARTIMENTI MISTI			
Dipartimento Farmaceutico¹¹	1		
Strutt. Comp Osp.			
S.Comp. P.O. Andria - Servizio Farmaceutico Ospedaliero			
Dipartimento di Salute Mentale¹²	1		
Strutt. Comp. Osp.			
S. Comp. P.O. Barletta - Spdc	1		SI
Dipartimento Direzionale Amministrativo			
S.Comp. Direzione Amm.va Presidi			
Totale complessivo	44	47	

- CAPO V -

ASSETTO STRUTTURALE E FUNZIONE TERRITORIALE

Art. 10 - LA RIORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA DISTRETTUALE

L'Assistenza territoriale della ASL BT, ha il seguente assetto strutturale:

1. Dipartimento dei Distretti Socio-Sanitari;
2. Dipartimento di Prevenzione;
3. Dipartimento di Salute Mentale;
4. Dipartimento delle Dipendenze Patologiche;
5. Dipartimento Farmaceutico;
6. Dipartimento di Riabilitazione

¹¹ Il Dipartimento Farmaceutico ha composizione mista avendo al suo interno anche strutture complesse e semplici territoriali, di cui si dirà nel successivo CAPO V.

¹² Il Dipartimento di Salute Mentale, benchè caratterizzato dalla presenza di strutture ospedaliere è deputato all'assistenza territoriale avendo al suo interno prevalentemente strutture complesse e semplici territoriali di cui si dirà nel successivo CAPO V nonché la S. Comp. Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza che attualmente svolge solo attività ambulatoriale territoriale con consulenze ospedaliere.



Nell'ambito dell'assistenza territoriale, l'assistenza sanitaria distrettuale e integrata socio-sanitaria è erogata dai P.T.A. e dai Distretti Socio Sanitari i cui comuni di afferenza e le cui sedi operative sono individuate tenuto conto della popolazione di riferimento, secondo i dati demografici ISTAT e tenuto conto degli ambiti territoriali individuati con apposito Regolamento Regionale del 21 gennaio 2019, n.7.

Per l'effetto, i Distretti Socio sanitari dell'ASL BT sono così individuati:

1. Distretto Socio-sanitario N.1 di Margherita di Savoia
2. Distretto Socio-sanitario N. 2 di Andria
3. Distretto Socio-sanitario N. 3 di Canosa di Puglia e **P.T.A. Minervino e PTA Spinazzola**
4. Distretto Socio-sanitario N. 4 di Barletta
5. Distretto Socio-sanitario N.5 di Trani e **P.T.A Trani**

Il modello organizzativo della rete distrettuale della ASL BT è delineato nel "Progetto di Organizzazione delle Rete Distrettuale della ASL della Provincia Barletta – Andria – Trani" contenuto nella deliberazione ASL BT n. 658 dell'11.4.2023, a cui si fa espresso richiamo: **I cinque Distretti Socio Sanitari** della ASL BT coprono una Provincia con n. 10 comuni e sono così articolati:

ASL BT	DISTRETTO SOCIO SANITARIO	COMUNI
	Distretto Socio-sanitario N. 1 di Margherita di Savoia	Margherita di Savoia – San Ferdinando di Puglia – Trinitapoli
	Distretto Socio-sanitario N. 2 di Andria	Andria
	Distretto Socio-sanitario N. 3 di Canosa di Puglia	Canosa di Puglia – Minervino Murge – Spinazzola
	Distretto Socio-sanitario N. 4 di Barletta	Barletta
	Distretto Socio-sanitario N.5 di Trani	Bisceglie – Trani



Al fine di consentire il raggiungimento di migliori standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture dedicate all'assistenza sanitaria territoriale, nell'ambito della riforma di settore del PNRR, il Ministero della Salute ha emanato il Decreto Ministeriale n. 77 del 23 maggio 2022, recante il "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel servizio sanitario nazionale" che persegue la creazione di un nuovo modello organizzativo del SSN.

In ossequio a quanto disposto dalla novella normativa, innanzi citata, nell'ASL BT, con delibera n. 658 del 11.04.2023, è stata adottata la proposta di organizzazione della rete distrettuale della ASL BT, ai sensi del D.M. 77/2022, denominata "Progetto organizzazione della Rete Distrettuale della ASL della Provincia BARLETTA-ANDRIA-TRANI", che prevede l'istituzione delle seguenti strutture, di cui si dirà *infra*:

- **6 Ospedali di Comunità;**
- **9 Case di Comunità;**
- **5 C.O.T (Centrali Operative Territoriali)**

Art. 10.1 - L'ASSETTO ORGANIZZATIVO DEI DISTRETTI SOCIO-SANITARI

L'organizzazione del Distretto Socio Sanitario è stato definito a livello regionale dal Regolamento Regionale n. 6/2011 che ha definito:

- a) un modello organizzativo e funzionale tale da garantire omogeneità, equità e prossimità dell'assistenza su tutto il territorio regionale;
- b) l'unicità del ruolo del Distretto Socio-Sanitario nel "governo della domanda di salute";
- c) i rapporti strutturali e funzionali tra la Direzione del Distretto Socio Sanitario e le Cure Primarie, ma anche i rapporti istituzionali tra Distretto e rappresentanti delle



Comunità Locali e i rapporti funzionali con l'Ospedale, i Dipartimenti e le altre Strutture Sovradistrettuali territoriali.

La ridefinizione del numero e degli assetti territoriali dei Distretti Socio-Sanitari, richiede un'attenzione particolare e concertata a livello regionale per la complessità delle implicazioni conseguenti:

- Accorpamento degli Ambiti Territoriali ai fini dei Piani di Zona ed ormai giunti al terzo triennio di pianificazione;
- Ridefinizione degli ambiti di scelta e revoca dell'assistenza primaria (MMG e PLS) con revisione dell'Anagrafe Sanitaria regionale.

Il Distretto è una struttura complessa della ASL ed è sede di erogazione di tutta l'attività sanitaria e socio-sanitaria delle strutture territoriali, con l'obiettivo di garantire la presa in carico globale dell'utente per una risposta strutturata e complessiva ai bisogni di salute.

Il modello a cui far riferimento prevede che l'ASL BT si occupi di erogare le prestazioni relative all'Assistenza Distrettuale e all'Assistenza Sanitaria Collettiva.

Il Distretto garantisce l'assistenza sul territorio in maniera diffusa, omogenea e uniforme, attraverso un elevato livello d'integrazione.

L'integrazione si realizza attraverso le diverse professionalità e i diversi servizi che erogano le prestazioni sanitarie ma anche tra prestazioni sanitarie e socioassistenziali, in modo da consentire una risposta coordinata, continuativa e unitaria ai bisogni di salute della popolazione.

In tale ottica il Distretto, quale articolazione territoriale, operativa e organizzativa dell'ASL, costituisce centro di responsabilità e di autonomia tecnico-gestionale ed economico- Finanziaria, nell'ambito degli indirizzi della direzione strategica dell'ASL.

Operano nel Distretto, integrandosi in maniera funzionale, le articolazioni della struttura del Dipartimento Farmaceutico, le strutture del Dipartimento di Salute Mentale e del Dipartimento delle Dipendenze Patologiche e la Struttura complessa di Riabilitazione con riferimento ai servizi alla persona.

Art. 10.2. - L'ORGANIZZAZIONE STRUTTURALE INTERNA AL DIPARTIMENTO DEI DISTRETTI SOCIO SANITARI (D.S.S.)

Il Dipartimento dei Distretti Socio-Sanitari governa e garantisce la mission aziendale attraverso le Strutture Complesse e Semplici come di seguito individuate.

Dipartimento Distretti Socio Sanitari	Strutture Complesse	Struttura Semplici
Strutt. Comp Territoriali	5	
S.Comp. DSS Andria - Direzione	1	
S.Comp. DSS Barletta - Direzione	1	



ASL BT

PugliaSalute

S.Comp. DSS Canosa - Direzione e P.T.A. Minervino/Spinazzola	1	
S.Comp. DSS Margherita - Direzione	1	
S.Comp. DSS Trani - Direzione e P.T.A Trani	1	
UOS		10
Uos assistenza consultoriale Dss Andria (Afferisce a S. Comp. DSS Andria)		1
Uos assistenza consultoriale Dss Barletta (Afferisce a S. Comp. DSS Barletta)		1
Uos assistenza consultoriale Dss Canosa (Afferisce S. Comp. DSS Canosa)		1
Uos assistenza consultoriale Dss Margherita di Savoia (Afferisce S. Comp. DSS Margherita di Savoia)		1
Uos assistenza consultoriale Dss Trani Bisceglie (Afferisce a S. Comp. DSS Trani)		1
Uos cure primarie Dss Andria (Afferisce a S. Comp. DSS Andria)		1
Uos cure primarie Dss Barletta (Afferisce a S. Comp. DSS Barletta)		1
Uos cure primarie Dss Canosa (Afferisce S. Comp. DSS Canosa)		1
Uos cure primarie Dss Margherita (Afferisce a S. Comp. DSS Margherita)		1



Uos cure primarie Dss Trani Bisceglie (Afferisce a S. Comp. DSS Trani)		1
--	--	---

Gli Organismi del Distretto Socio Sanitario, analizzati nell'art. 3 del precedente Titolo II del presente atto aziendale, sono:

- **Comitato dei Sindaci;**
- **Conferenza dei Sindaci**
- **Comitato Misto Consultivo Distrettuale;**
- **Il Comitato Permanente Aziendale dei MMG;**
- **Il Comitato Permanente Aziendale dei PLS;**
- **Il Comitato Zonale per la specialistica ambulatoriale;**

I livelli organizzativi del Distretto Socio Sanitario sono:

- **La Direzione del Distretto;**
- **La Direzione delle Cure primarie;**
- **L'Ufficio per la programmazione e il monitoraggio in Medicina Generale;**
- **L'Ufficio per la Programmazione e il Monitoraggio delle Attività in Pediatria di Libera Scelta;**
- **L'Ufficio di Coordinamento Aziendale delle Cure Primarie;**
- **I Presidi Territoriali di Assistenza (P.T.A)**



Nel Distretto Socio Sanitario sono assicurate le funzioni di:

- **Assistenza Consultoriale;**
- **Assistenza nelle Strutture Residenziali e Semiresidenziali Territoriali;**
- **Assistenza Psicologica- Psichiatrica;**
- **Assistenza Penitenziaria;**
- **Assistenza Socio Sanitaria;**
- **Assistenza Pneumotisiologica;**
- **Assistenza Farmaceutica;**
- **Servizio Infermieristico e Ostetrico Distrettuale;**
- **Servizio Sociale**
- **Assistenza specialistica** che comprende: assistenza specialistica ambulatoriale, assistenza riabilitativa, assistenza protesica, assistenza termale nonché specialistico riabilitativa neuropsichiatria infantile;
- **Assistenza domiciliare sanitaria e socio sanitaria integrata**
- **Assistenza primaria** che comprende: assistenza sanitaria di base, continuità assistenziale, assistenza di emergenza territoriale, assistenza infermieristica, assistenza domiciliare, ospedale di comunità;



Nel distretto sono, altresì, assicurate **Funzioni amministrative** per la gestione delle attività di supporto tecnico e amministrativo dell'Assistenza Distrettuale.

Nel processo di riorganizzazione del modello dipartimentale l'ASL BT, per l'esercizio di suddette funzioni, si dota:

- di una **Struttura semplice a valenza dipartimentale delle Direzioni amministrative DSS**, collocata, tuttavia, nel Dipartimento Direzionale Amministrativo, stante l'esigenza di garantire l'omogeneità di funzioni e il necessario raccordo con le altre strutture amministrative dell'Azienda;

Art. 10.3. - LE FUNZIONI DEL DISTRETTO SOCIO SANITARIO

Il Distretto Socio Sanitario garantisce e presiede i sottolivelli assistenziali descritti nell'Atto Aziendale e sanciti dalle norme regionali.

Attraverso il Distretto Socio Sanitario, l'Azienda persegue il potenziamento, la promozione e lo sviluppo dei "**livelli assistenziali**", come forme alternative al ricovero, adeguando le proprie azioni di riqualificazione dell'assistenza territoriale alle scelte di politica sanitaria nazionale e regionale.

L'integrazione Socio Sanitaria

In linea con le direttive regionali, il Distretto attua l'integrazione socio-sanitaria attraverso tre dimensioni: istituzionale, gestionale e professionale, definendo linee guida, protocolli operativi, piani personalizzati di assistenza, sviluppa e applica strumenti in linea con il D.lgs. n. 502/92 (ss.mm.ii.) quali:

- il Programma delle attività territoriali e le competenze del Distretto e del Comitato dei Sindaci per la sua predisposizione e valutazione;
- le tipologie delle prestazioni rappresentate da:
 - prestazioni sanitarie a rilevanza sociale;
 - prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria;
 - prestazioni sociali a rilievo sanitario.

Sistema integrato di interventi e Servizi Sociali

Il Distretto garantisce ulteriori strumenti, a diversi livelli, per qualificare l'integrazione dei Comuni con l'Azienda:

- **livello strategico** con la predisposizione dei Piani Attuativi di Zona dei Servizi Sociali e Socio-Sanitari;
- **livello gestionale** con l'individuazione della gestione associata dei servizi tra i Comuni di norma ricompresi nel Distretto e la definizione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza sociale;
- **livello operativo** con la predisposizione dei piani personalizzati di assistenza.

L'integrazione Socio-Sanitaria si attua praticamente, seguendo i percorsi individuati dai Piani Regionali:

- ✓ **dall'integrazione strategico-istituzionale all'integrazione operativa;**
- ✓ **dall'integrazione sistemica a quella in ogni singola area problematica;**
- ✓ **dall'integrazione permanente a quella saltuaria e/o riferita a casi particolari;**
- ✓ **dall'integrazione formale a quella informale;**



Pertanto, è compito del Distretto sviluppare specifiche azioni, a vari livelli di intervento.

Art. 10.4 - FUNZIONI DELLA DIREZIONE DEL DISTRETTO SOCIO SANITARIO

La Direzione del Distretto Socio Sanitario svolge le sue funzioni secondo quanto previsto dalle norme nazionali e regionali, dall'Atto Aziendale e dai regolamenti interni.

Il Direttore del Distretto Socio Sanitario assicura specificatamente:

- a) la funzione di committenza per la popolazione assistibile del territorio e finisce le dimensioni qualitative e quantitative delle attività e dei servizi;
- b) la funzione di supporto amministrativo e logistico avvalendosi del Distretto;
- c) la globalità e continuità della presa in carico dei pazienti e l'integrazione delle prestazioni;
- d) l'adozione di protocolli e percorsi diagnostico-terapeutici omogenei e condivisi;
- e) il monitoraggio, la verifica e la valutazione di tutte le attività distrettuali.

Il Direttore del Distretto Socio Sanitario e l'integrazione socio-sanitaria per quanto attiene all'integrazione socio-sanitaria, la pianificazione adottate dai Comuni e dall'Azienda deve essere gestita dal Direttore del Distretto Socio Sanitario all'interno di un'unica strategia programmatica che attuativa degli impegni previsti dalla vigente normativa.

Il Direttore del Distretto Socio Sanitario risponde direttamente alla Direzione Strategica dei risultati degli obiettivi concordati in sede di negoziazione del budget.

Art. 10.5 - L'ASSISTENZA PRIMARIA

L'Azienda ASL BT, in coerenza con gli orientamenti nazionali e regionali, mira a sviluppare, garantire e distinguere, due attività principali:

✓ La **funzione di produzione** di servizi, che comprende tutte le cure primarie, nella quale si ricercano modalità nuove per rendere il Medico di Medicina Generale più concretamente coinvolto negli obiettivi e nei programmi di tutela della salute dell'Azienda e del Distretto, con forme di associazione innovative e sempre più complesse;

✓ La **funzione di tutela/committenza** che si esprime attraverso la valutazione del bisogno di salute e la sua traduzione in prestazioni da svolgere, obiettivi da realizzare;

La funzione di committenza, pertanto, è fondamentale in quanto ad essa è affidata la sostenibilità dell'intero sistema attraverso la correlazione tra domanda di salute e risorse disponibili; si tratta di correlazioni complesse in quanto coinvolgono diversi attori istituzionali nel campo sanitario e sociale tutti indispensabili per determinare valutazioni in merito all'opportunità/possibilità di svolgere direttamente alcune prestazioni (produzione) o di acquistarle (committenza) da soggetti esterni accreditati;

Per il governo della funzione di produzione e committenza sul territorio diventa strategico il rapporto con gli Enti locali e centrale la figura del Direttore di Distretto;

In questo ambito, l'Azienda, attraverso il coordinamento della funzione territoriale Distretti Socio Sanitari, definisce i programmi e le modalità per realizzare la funzione di tutela/committenza nelle diverse forme di assistenza;



L'obiettivo è quello di innovare le cure primarie per superare la tradizionale modalità operativa dei medici convenzionati; si tratta di percorrere nuove strategie per costruire relazioni funzionali più coerenti tra responsabilità professionali e responsabilità organizzative in modo da migliorare complessivamente la qualità dell'assistenza;

La Programmazione Sanitaria Nazionale (PSN 2003-05 e vigente PSN 2006-08) e Regionale (Piano Regionale di Salute 2008 - 2010), promuove forme di aggregazione dei professionisti del territorio, come strumenti di governo clinico dell'assistenza primaria (clinical governance).

Art. 10.6 - IL RUOLO DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE, DEI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA E DEI MEDICI DELLA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

Specifico caratteristica dell'organizzazione dell'Azienda è rappresentata dai Medici di Medicina Generale, dai Pediatri di Libera Scelta e dai Medici della Continuità Assistenziale che rivestono un ruolo strategico come risorsa decisiva per favorire processi di responsabilizzazione dei cittadini rispetto al proprio stato di salute e rispetto all'uso appropriato dei presidi farmaceutici e dei servizi attraverso:

- La valorizzazione della funzione educativa e di promozione della salute;
- La capacità di conciliare la libertà di cura con comportamenti che, a parità di efficacia ed efficienza, rispondano a criteri di economicità;
- Il governo della domanda, orientando il bisogno espresso, l'utilizzo dei percorsi diagnostico-terapeutici e la riduzione della domanda impropria.

Il Medico di Medicina Generale, il Pediatra di Libera Scelta e il Medico di Continuità Assistenziale espletano una funzione unitaria di contatto e intermediazione tra il Sistema Sanitario ed il Cittadino;

In tale contesto l'Azienda sviluppa al massimo grado le forme di coinvolgimento degli stessi nelle dinamiche organizzative del Distretto e l'eventuale inserimento nelle Strutture di Staff della Direzione;

L'Azienda favorisce l'integrazione tra i diversi professionisti offrendo agli assistiti un insieme organico e strutturato di servizi di primo livello e dando visibilità alla forte complementarità tra i Medici di Medicina Generale, i Pediatri di Libera Scelta, i Medici della Continuità Assistenziale e i professionisti ed operatori della ASL;

Il Medico di Medicina Generale ed il Pediatra di Libera Scelta, nel rispetto delle norme regolanti la materia dei livelli di spesa programmati e nelle forme previste dalla contrattazione regionale e aziendale, sono responsabili della spesa sanitaria dei propri assistiti.

Art. 10.7 - UFFICIO DI COORDINAMENTO AZIENDALE DELLE CURE PRIMARIE (U.A.C.P.)

L'Azienda valorizza il ruolo dei medici coinvolti nel delicato sviluppo delle Cure Primarie attraverso la costituzione e l'organizzazione dell'Ufficio di Coordinamento Aziendale delle Cure Primarie(U.A.C.P.);

L'Ufficio di Coordinamento Aziendale delle Cure Primarie, la cui organizzazione è di pertinenza dell'Azienda, è stato previsto dalla Legge Regionale n.26 del 09/08/2006, art. 21 co. 3;



È diretto da un Medico di Medicina Generale, indicato dal Comitato Permanente Aziendale per la Medicina Generale, su proposta della parte medica sindacale, e nominato dal Direttore Generale;

L'U.A.C.P. nell'ambito delle funzioni ad esso riconosciute dagli Accordi Regionali:

- esprime parere per la definizione del Piano Attuativo Locale (PAL), strumento triennale di pianificazione strategica dell'Azienda che determina le linee di sviluppo, gli obiettivi e le politiche di medio-lungo termine dell'intera struttura organizzata aziendale, e del Piano Annuale delle Attività (PAA), strumento che individua gli obiettivi annuali e le risorse necessarie per raggiungerli;
- provvede al monitoraggio delle attività svolte dagli Uffici Distrettuali della Medicina Generale (U.D.M.G.) sulla base delle relative relazioni trimestrali;
- sovrintende l'attività di Centro di Coordinamento Aziendale delle Cure Domiciliari così come definito dagli Accordi Regionali;
- al fine di poter correttamente espletare i compiti ad esso attribuiti, riceve dall'Azienda le relazioni e documenti prodotti da tutti i gruppi di lavoro, commissioni ed organismi aziendali, anche di studio e/o sperimentazione, relativi alla Medicina Generale;

Il Responsabile dell'U.A.C.P. partecipa d'ufficio al Comitato Permanente Aziendale;

La parte sindacale del C.P.A., sulla base dell'attività svolta, è tenuta annualmente ad esprimersi sulla conferma del Responsabile dell'UACP;

Nell'ipotesi di attività ritenuta incongrua, la parte sindacale della CPA potrà revocare l'incarico anche prima della scadenza fissata, procedendo, conseguentemente, ad effettuare la nuova designazione che sarà ratificata dal Direttore Generale;

Art. 10.8 - CURE PRIMARIE E SVILUPPO DELLE FORME COMPLESSE DI ASSOCIAZIONE

L'Azienda assume come obiettivo prioritario quello di dare risposte concrete alla richiesta di continuità dell'assistenza nell'arco delle 24 ore, sette giorni su sette, sviluppando e valorizzando forme di associazione innovative e complesse dei Medici di Cure Primarie.

Continuità Assistenziale deve significare soprattutto integrazione funzionale di più livelli assistenziali (cure primarie, guardia medica, attività domiciliare socio-sanitaria) e non solo nel senso restrittivo di copertura oraria, con l'obiettivo di:

- Garantire continuità delle cure e la presa in carico delle persone affette da malattie croniche e a lungo termine;
- Rafforzare il rapporto medico-paziente;
- Costruire una rete integrata Distretto-Ospedale per perseguire il coordinamento funzionale dell'attività dei MMG, PLS, MCA e specialisti convenzionati con le attività di Distretto;
- Garantire un alto grado d'integrazione tra i servizi sanitari e sociali;
- Estendere nel territorio la risposta di salute, comprese le visite specialistiche;
- Usare gli strumenti della telemedicina in località disagiate per gestire al meglio la domanda di salute e ottimizzare le risorse;
- Dotarsi di supporti tecnologici e informativi per collegare tra loro i professionisti associati;



- Realizzare un processo organizzativo che garantisca efficace continuità dell'assistenza;
- Ridurre l'accesso improprio al Pronto Soccorso;
- Contribuire all'abbattimento delle liste di attesa;
- Razionalizzare l'utilizzo delle risorse economiche;
- Aumentare la produttività dell'intero sistema.

Art. 10.9 - AGGREGAZIONE FUNZIONALE TERRITORIALE (AFT)

L'Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT), ai sensi dell'ACN, della L. 189/12 e dal Patto della Salute 2014-2016, è un raggruppamento funzionale, mono-professionale di Medici di Medicina Generale (MMG).

Nell'ambito della AFT è possibile realizzare alcuni elementi innovativi, funzionali alla riorganizzazione territoriale e alla crescita del ruolo professionale della Medicina Generale.

L'AFT, pur nella salvaguardia del rapporto fiduciario medico-paziente, sostituirà l'unità elementare di erogazione delle prestazioni mediche a livello territoriale che attualmente si identifica con il medico singolo.

Le AFT svolgono le seguenti funzioni:

- assistere, nelle forme domiciliari ed ambulatoriali, la popolazione che è in carico ai MMG che la compongono;
- realizzare i progetti di sanità di iniziativa sul paziente affetto da cronicità;
- valutare i bisogni della popolazione assistita;
- attuare azioni di governance clinica nel settore della farmaceutica, della diagnostica, della specialistica, dei trasporti e degli ausili;
- rappresentare il nodo centrale per garantire la continuità assistenziale ospedale-territorio;
- sviluppare un sistema di relazioni tra tutti i professionisti del sistema, che responsabilizzando i soggetti, assicuri la continuità di cura degli assistiti;
- partecipare a iniziative di formazione e ricerca, funzionali alla sperimentazione di modelli organizzativi, all'organizzazione e valutazione dei percorsi di cura, alla costruzione e validazione degli indicatori e degli strumenti di valutazione;
- partecipare ed implementare attività di prevenzione sulla popolazione, coordinandosi con la Medicina di Comunità e il Dipartimento di Prevenzione;
- favorire l'empowerment dei propri assistiti e contribuire, coordinandosi con il Distretto Socio Sanitario e il Dipartimento di Prevenzione, alla creazione di condizioni e contesti favorevoli ad attuare corretti stili di vita.

Ogni AFT, nell'ambito dei modelli organizzativi regionali, garantisce l'assistenza per l'intero arco della giornata e per sette giorni alla settimana ad una popolazione non superiore a 30.000 abitanti, fermo restando le esigenze legate alle aree ad alta densità abitativa, ed è costituita da medici del ruolo unico di assistenza primaria operanti sia a ciclo di scelta che su base oraria.

Partendo dall'assunto che è necessario costruire un modello unico di Medicina Generale e Pediatria di Libera Scelta nel territorio che si differenzia in relazione alla densità abitativa ed estensione della superficie, l'organizzazione delle AFT si definisce individuando le aree assistenziali di riferimento sulla base dei seguenti parametri:



- Area geografica (Km quadrati)
- Densità abitativa (km quadrati)
- Tempi di percorrenza e tipologia dei percorsi
- Tipologia della popolazione assistita
- Età media dei cittadini assistiti

L'organizzazione dell'AFT attualmente esistente è quella di cui alla Deliberazione di Giunta Regionale n. 742 del 29/05/2023.

La predetta organizzazione delle AFT potrà subire modifiche e integrazioni, su impulso della Regione e all'esito delle proposte presentate dal C.P.A. dei MMG concertate con il Direttore Generale dell'ASL BT.

La Regione Puglia, con DGR 07 febbraio 2017, n. 129, avente ad oggetto "Accordo Integrativo Regionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti pediatri ACN 29 luglio 2009 e ACN 8 luglio 2010", ha avviato altresì un servizio di consulenza ambulatoriale pediatrica (SCAP), realizzato in collaborazione con i pediatri di famiglia.

La finalità del progetto è principalmente quella di implementare le relazioni virtuose tra il sistema delle cure primarie pediatriche, l'assistenza territoriale e quella ospedaliera, per garantire l'accesso alle cure in un contesto di appropriatezza, evitando un ricorso eccessivo, spesso inappropriato al Pronto Soccorso

Tale servizio nasce per rispondere alla mancanza di assistenza pediatrica specialistica durante i festivi e i prefestivi, quando la pediatria di libera scelta lascia le sue funzioni alla continuità assistenziale generica.

Il servizio è stato istituito in stretta adiacenza al Pronto Soccorso, nei comuni di seguito riportati:

- Barletta;
- Andria;
- Bisceglie;
- Trani (all'interno del Presidio Territoriale di Assistenza);
- Canosa di Puglia (all'interno del Presidio Post Acuzie); Le attività dello SCAP sono erogate nelle seguenti fasce orarie:

Il Servizio SCAP garantisce la risposta alle esigenze del territorio, in assenza dei pediatri di famiglia (**sabati e festivi diurni**) nelle seguenti fasce orarie;

- Sabato e prefestivi dalle ore 08,00 alle ore 20,00
- Domenica e festivi dalle ore 08,00 alle ore 20,00

Art. 10.10 - PRESIDII TERRITORIALI DI ASSISTENZA

Con il Regolamento Regionale 21 gennaio 2019 n.7, avente ad oggetto "Regolamento regionale sul modello organizzativo e di funzionamento dei Presidi Territoriali di Assistenza" ed il successivo Regolamento Regionale 11 maggio 2020, n.9, recante "Modifiche al Regolamento regionale 21 gennaio 2019 n.7 (Regolamento regionale sul modello organizzativo e di funzionamento dei Presidi Territoriali di Assistenza)", sono previsti per la ASL BT n. **3 Presidi Territoriali di Assistenza (P.T.A.)** (Minervino Murge, Spinazzola e Trani) e n. 1 Presidio Post Acuzie (Canosa di Puglia) derivanti dalla riconversione delle strutture ospedaliere.

Nel PTA prestano la loro attività:

- i medici di Assistenza Primaria (AP) e i Pediatri di libera scelta (PLS) aggregati in una delle forme associative previste dall'ACN e dall'AIR vigenti;



➤ i medici di Continuità Assistenziale (CA);

Il Presidio Territoriale di Assistenza (P.T.A.), all'interno della rivisitazione in ordine al modello strutturale, organizzativo ed operativo e rappresenta il fulcro centrale dell'integrazione sanitaria e sociosanitaria;

Il PTA, introdotto nelle azioni previste dal Programma Operativo 2013- 2015 (DGR. n. 1403 del 4 luglio 2014), rappresenta il perno della riorganizzazione dei servizi distrettuali attraverso una nuova modalità di riorganizzare e rifunzionalizzare le Cure Primarie;

Nel PTA si realizza l'integrazione tra le diverse funzioni assistenziali e dello sviluppo dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), al fine di garantire la maggiore integrazione con la rete dei servizi sanitari e sociosanitari territoriali a ciclo diurno e a carattere domiciliare, in modo da conseguire:

- la massima efficienza erogativa (H 24);
- la migliore efficacia, attraverso la "messa in comune" delle competenze e delle abilità in forma integrata e condivise dai professionisti attraverso adeguati percorsi assistenziali;
- la maggiore appropriatezza nell'uso delle risorse in quanto coordinate e orientate ad obiettivi di salute condivisi;

Il PTA, in questo senso, realizza una reale revisione della rete dei servizi che mira ad integrare e mettere in collegamento (organizzazione a rete) i punti di offerta ed i professionisti che concorrono all'erogazione dell'assistenza territoriale.

All'interno del PTA possono essere svolte le seguenti funzioni:

Degenza Territoriale:

- Case di comunità
- Ospedale di Comunità
- Centrali operative territoriali
- Unità di Continuità Assistenziale
- Assistenza Residenziale
- Hospice
- Servizi Sanitari e Socio-Sanitari

Accesso Unico alle Cure:

- C.U.P.
- Punto Unico di P.U.A.
- Gestione e presa in carico delle cd. "dimissioni protette" e raccordo con UVM distrettuale

Attività amministrativa

- Scelta e revoca Medico
- Esenzioni ticket
- Rimborsi
- Ausili, Presidi e Protesi
- Assistenza Integrativa Farmaceutica

Attività Medica di base e Specialistica Ambulatoriale:

- Associazionismo complesso della Medicina e Pediatria di Famiglia
- Continuità assistenziale
- Cure domiciliari Integrate (CDI)
- Assistenza Farmaceutica Territoriale
- Poliambulatorio Specialistico (secondo l'articolazione con LR 23/2008)



- o Day service medico
- o Day service chirurgico
- o Ambulatorio delle cronicità
- o Diagnostica di I livello per immagini e strumentale
- o Centro prelievi

Assistenza Consultoriale e Materno Infantile

La rete Consultoriale della ASL BT è così strutturata:

- **CONSULTORIO FAMILIARE N.2 – BARLETTA:** Piazza Principe Umberto I presso il Distretto Socio-Sanitario
- **CONSULTORIO FAMILIARE N.4 – BARLETTA:** Piazza Principe Umberto I presso il Distretto Socio-Sanitario
- **CONSULTORIO FAMILIARE – CANOSA:** Via Bovio c/o Ospedale Caduti di tutte le guerre
- **CONSULTORIO FAMILIARE – MARGHERITA DI SAVOIA:** via Vanvitelli 2
- **CONSULTORIO FAMILIARE – ANDRIA:** via don Luigi Sturzo, 36
- **CONSULTORIO FAMILIARE – BISCEGLIE:** via Bovio 35
- **CONSULTORIO FAMILIARE – TRANI:** Viale Padre Pio c/o P.T.A.
- **CONSULTORIO FAMILIARE –MINERVINO MURGE:** Via G. Bruno 13”

Emergenza-Urgenza

- o Punto di primo Intervento
- o Postazione 118

Prevenzione

- o Vaccinazioni
- o Medicina Legale e fiscale

Salute Mentale

- o Centro Salute Mentale
- o Centro diurno Disabili psichici
- o Centro residenziale/semiresidenziale per i Disturbi del comportamento alimentare (DCA)

Dipendenze Patologiche

- o Ser.T.

Riabilitazione

- o Centro riabilitazione ambulatoriale
- o Trattamenti domiciliari
- o Medicina Fisica per l'assistenza ambulatoriale

Servizi a gestione Ospedaliera

Art. 10.11 – LE UNITA DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE (UCA)

L'Unità di Continuità Assistenziale (UCA) è un'équipe mobile distrettuale composta da 1 medico ed 1 infermiere che operano sul territorio di riferimento anche attraverso l'utilizzo di strumenti di telemedicina (es. televisita e teleassistenza) e in collaborazione con MMG e PLS delle AFT/UCCP.

L'UCA afferisce al Distretto ed al fine di svolgere la propria attività può usufruire del supporto a distanza (teleconsulto) di specialisti del territorio ed ospedalieri.



L'UCA non sostituisce ma supporta per un tempo definito i professionisti responsabili della presa in carico del paziente e della comunità. Essa può essere attivata in presenza di condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e di comprovata difficoltà operativa di presa in carico:

- Dimissioni difficili del paziente non altrimenti ricoverabile in Ospedale di Comunità o dimissibile al domicilio in Assistenza Domiciliare;
- Supporto all'Assistenza Domiciliare in particolari situazioni di instabilità clinica o emergenti necessità diagnostiche/terapeutiche;
- Presa in carico e follow-up dei pazienti domiciliari durante focolai epidemici, garantendo una risposta rapida e flessibile effettuando accertamenti diagnostici specifici e relativi interventi terapeutici;
- Programmi di prevenzione territoriale, in modo coordinato con il Dipartimento di prevenzione e sanità pubblica, quali ad esempio, ondate di calore, vaccinazioni domiciliari e presso le RSA/Case di Riposo per pazienti "fragili" (COVID, influenza, pneumococco, meningococco, epatiti virali, herpes zoster ecc.);
- Programmi di prevenzione ed interventi mirati nelle scuole, in modo coordinato con il Dipartimento di prevenzione e sanità pubblica, nelle comunità difficili da raggiungere.

L'UCA deve essere dotata di un sistema integrato comprendente una moderna infrastruttura di telemedicina collegata alle COT ed accessibile attraverso specifica piattaforma informatica aziendale al fine di garantire anche in teleconsulto l'interoperabilità della rete di consulenti collegati.

La sede operativa dell'UCA è la Casa della Comunità alla quale afferisce anche dal punto di vista organizzativo. Gli standard previsti per le UCA sono 1 Medico e 1 Infermiere ogni 100.000 abitanti. Per la ASL BT è prevista l'attivazione di 5 UCA le cui sedi operative saranno le seguenti Case di Comunità:

N.	CASE DI COMUNITA'	DISTRETTO S.S.
1	Trani	Trani
1	Minervino Murge	Canosa di Puglia
1	Margherita di Savoia	Margherita di Savoia
1	Barletta	Barletta
1	Andria	Andria

Art. 10.12 - CASE DI COMUNITÀ

Il D.M. 77/2022 definisce la Casa della Comunità (CdC) come "il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, socio-sanitaria a valenza sanitaria e il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento.

La CdC, è il luogo in cui operano, attraverso il lavoro di gruppo e attività sanitaria integrata, i medici di medicina generale (MMG) in forma associata, i pediatri di libera scelta (PLS), gli specialisti ambulatoriali, gli Infermieri di Famiglia o Comunità, gli assistenti sanitari e altri professionisti della salute, quali ad esempio medici igienisti,



Psicologi, Ostetrici, Professionisti dell'area della Prevenzione, della Riabilitazione e Tecnica, e Assistenti Sociali anche al fine di consentire il coordinamento con i servizi sociali degli enti locali e di garantire equità nell'accesso ai servizi di prevenzione e di promozione della salute e a quelli sanitari.

I medici, gli infermieri e gli altri professionisti sanitari che operano all'interno delle CdC provvedono a garantire le attività di prevenzione e promozione della salute, quelle di assistenza primaria attraverso un approccio di sanità di iniziativa e la presa in carico della comunità di riferimento, con i servizi h 12 e integrandosi con il servizio di continuità assistenziale h 24.

Le CdC possono essere HUB o Spoke.

La CdC HUB, oltre a garantire l'erogazione dei servizi di prevenzione e promozione della salute, dei servizi di assistenza primaria, offre anche attività specialistiche e di diagnostica di base anche correlate ai programmi organizzati.

La CdC Spoke è prettamente finalizzata all'erogazione dei servizi di prevenzione e promozione della salute e di quelli di assistenza primaria. Le diverse funzioni della CdC si articolano nelle seguenti n. 4 macro-aree omogenee per tipologia di funzione da erogare:

- a) Macro-Area SPECIALISTICA che ospita tutti i servizi di natura sanitaria quali servizi di diagnosi e cura con la presenza di diagnostica di base, area prelievi, servizi ambulatoriali e quelli specialistici;
- b) Macro-Area CURE PRIMARIE che accoglie tutti gli spazi per la Medicina di Gruppo, tra cui i Medici di Medicina Generale (MMG), Pediatria di Libera Scelta (PLS) e gli Infermieri di Famiglia o Comunità (IFoC);
- c) Macro-Area ASSISTENZA DI PROSSIMITA' che ospita Assistenza medica H24/12, servizi infermieristici, il Punto Unico di Accesso (PUA) sanitario e amministrativo, nonché uno sportello e uffici sede dei servizi socio-sanitari quali quelli sociali con la presenza di un assistente sociale, di prevenzione, di assistenza domiciliare;
- d) Macro-Area SERVIZI GENERALI E LOGISTICI che accoglie tutte le funzioni non sanitarie che permettono il funzionamento della struttura quali accoglienza utenti e personale sanitario, aree logistiche e locali tecnici. Questa macro-area può essere suddivisa in: • servizi di accoglienza per gli utenti (area CUP, area amministrativa, ecc.); • servizi di accoglienza per il personale sanitario e non (spogliatoi, aree relax, locale coordinatore, ecc) • servizi logistici (archivi, magazzini, depositi, ecc.); • locali tecnici (locali tecnici, centrale tecnologica, locali UTA).

Gli investimenti programmati di cui è destinataria la ASL BT, relativamente alla Mission 6 C1 del PNRR, mirano a rendere più efficiente la risposta dei servizi alle esigenze dei cittadini attraverso il potenziamento dell'assistenza territoriale mediante la nuova rete territoriale che prevede la **realizzazione di n. 9 Case di Comunità** nei



comuni di Bisceglie, Trinitapoli, Trani, Margherita di Savoia, Canosa di P. Barletta, Andria, San Ferdinando e Spinazzola.

Per la ASL BT le seguenti Case di Comunità sono suddivise per HUB e SPOKE

CASE DI COMUNITA'			
N	Comune	Tipologia	Distretto
1	Trani	HUB	Trani
2	Bisceglie	SPOKE	
3	Canosa di Puglia	HUB	Canosa di Puglia
4	Spinazzola	SPOKE	
5	Margherita di Savoia	HUB	Margherita di Savoia
6	San Ferdinando di Puglia	SPOKE	
7	Trinitapoli	SPOKE	
8	Barletta	HUB	Barletta
9	Andria	HUB	Andria

Art. 10.13 - OSPEDALE DI COMUNITÀ

L'Ospedale di Comunità (O.d.C.) è una struttura territoriale di ricovero breve rivolta a pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minori o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano

- di interventi sanitari a bassa intensità clinica potenzialmente erogabili a domicilio, ma che vengono ricoverati in tali strutture in mancanza di idoneità del domicilio stesso (idoneità strutturale e/o familiare), e di completare il processo di stabilizzazione clinica, con una valutazione prognostica di risoluzione a breve termine (da 2-3 giorni ad un massimo di 15-20 giorni);

- o di osservazione e continuità terapeutica, di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio per motivi di natura clinica o sociale.

Esso può considerarsi quale domicilio allargato, pur possedendo per la tipologia di assistenza erogata, caratteristiche intermedie tra il ricovero ospedaliero e le risposte assistenziali domiciliari (ADI) o residenziali (RSA).

I pazienti ospitati possono provenire dal domicilio o da altre strutture residenziali, nonché dal Pronto Soccorso e/o essere dimessi da presidi ospedalieri per acuti, purché con le caratteristiche di cui sopra e su indicazione del MMG.

Sono previsti i seguenti criteri di esclusione:

- Pazienti con instabilità clinica cardio-vascolare o neurologica.
- Pazienti in fase di terminalità;
- Pazienti che richiedono assistenza medica continuativa;
- Pazienti che necessitano di inquadramento diagnostico.

Le diverse funzioni dell'OdC si articolano nelle seguenti n. **2 macro-aree** omogenee per tipologia di funzione da erogare:



a) **Macro-Area DEGENZA** che ospita tutti i servizi di natura sanitaria quali degenze, ambulatori e aree per la riabilitazione, composta da 1 o 2 moduli da 20 posti letto ciascuno;

b) **Macro-Area SERVIZI GENERALI E LOGISTICI** che accoglie tutte le funzioni non sanitarie che permettono il funzionamento della struttura quali accoglienza utenti e personale sanitario, aree logistiche e locali tecnici. Questa macro-area può essere suddivisa in: • servizi di accoglienza per gli utenti (area CUP, area amministrativa, ecc.); • servizi di accoglienza per il personale sanitario e non (spogliatoi, aree relax, locale coordinatore, ecc • servizi logistici (archivi, magazzini, depositi, ecc.); • locali tecnici (locali tecnici, centrale tecnologica, locali UT.

Nell'ASL BT sono previsti n. **6 Ospedali di Comunità** nei comuni di Trani, Minervino Murge, Margherita di Savoia, Barletta, Andria, Spinazzola.

OSPEDALI DI COMUNITA'		
n.	Comune	Distretto S.S.
1	Trani	Trani
2	Minervino Murge	Canosa di Puglia
3	Spinazzola	
4	Margherita di Savoia	Margherita di Savoia
5	Barletta	Barletta
6	Andria	Andria

Art. 10.14 - LE CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI (C.O.T)

La Centrale Operativa Territoriale (COT) è una nuova tipologia di Centrale che si aggiunge all'interno dell'insieme di Centrali Operative già tradizionalmente attive, quali le Centrali 118 e le CO NUE 112, e a quelle in stato di attuazione come le Centrali Operative NEA 116117. La principale funzione della COT è quella di rendere efficaci ed efficienti le risposte ai cittadini in termini di attivazione dei percorsi di presa in carico dei pazienti nel passaggio da un setting assistenziale all'altro (ospedale - territorio), facilitando il raccordo tra le strutture della rete territoriale e garantendo la continuità dell'assistenza.

La Centrale Operativa Territoriale (C.O.T.) e l'utilizzo della cartella elettronica territoriale consentirà l'integrazione di tutti gli operatori dei vari setting assistenziali, la presa in carico multiprofessionale e l'identificazione bisogni di cure palliative dei pazienti con patologie croniche in fase avanzata.

Gli standard previsti per le Centrali Operative Territoriali sono: 1 COT ogni 100.000 abitanti.

Nell'ASL BT sono previste n.5 **Centrali Operative Territoriali nei comuni di Margherita di Savoia, Minervino Murge, Trani, Andria e Barletta**, da allocare una per DSS e secondo i seguenti parametri:



1. COT del DSS 1 • Allocata a Margherita di Savoia alla Via L. Vanvitelli, in area a basso rischio idrogeologico e non alluvionale, al di fuori delle zone/raggi di sicurezza definiti di Piani di Emergenza Esterni delle Industrie a Rischio d'Incidente Rilevante; • posizionata, come nuova struttura, all'interno dell'area di pertinenza del Poliambulatorio ASL BT di Margherita di Savoia; • È garantito facile accesso alla struttura, ed è prevista un'area di parcheggio a utilizzo esclusivo del personale operante in centrale, sia in condizioni ordinarie sia di emergenza; • In prossimità della struttura verranno realizzate una CdC e un OdC.

2. COT del DSS 2 • Allocata ad Andria alla Via V. Carpaccio, in area a basso rischio idrogeologico e non alluvionale, al di fuori delle zone/raggi di sicurezza definiti di Piani di Emergenza Esterni delle Industrie a Rischio d'Incidente Rilevante; • posizionata all'interno di una struttura sanitaria già operativa in cui sono presenti gli uffici del DSS 2, le attività sanitarie di continuità assistenziale e una RSA; • È garantito facile accesso alla struttura, ed è prevista un'area di parcheggio a utilizzo esclusivo del personale operante in centrale, sia in condizioni ordinarie sia di emergenza;

3. COT del DSS 3 • Allocata a Minervino Murge alla Via G. Bruno, in area a basso rischio idrogeologico e non alluvionale, al di fuori delle zone/raggi di sicurezza definiti di Piani di Emergenza Esterni delle Industrie a Rischio d'Incidente Rilevante; • posizionata all'interno di una struttura sanitaria già operativa in cui sono presenti gli uffici del DSS 3, le attività ambulatoriali; • È garantito facile accesso alla struttura, ed è prevista un'area di parcheggio a utilizzo esclusivo del personale operante in centrale, sia in condizioni ordinarie sia di emergenza; • Nella stessa struttura verrà realizzato un OdC.

4. COT del DSS 4 • Allocata a Barletta in P.zza Principe Umberto, in area a basso rischio idrogeologico e non alluvionale, al di fuori delle zone/raggi di sicurezza definiti di Piani di Emergenza Esterni delle Industrie a Rischio d'Incidente Rilevante; • È posizionata all'interno di una struttura sanitaria già operativa in cui sono presenti gli uffici del DSS 4, attività sanitarie di continuità assistenziale, attività ambulatoriali; • È garantito facile accesso alla struttura, ed è prevista un'area di parcheggio comunale per la quale verrà richiesta autorizzazione per l'utilizzo esclusivo del personale operante in centrale, sia in condizioni ordinarie sia di emergenza; • Nello stesso comune, in prossimità del Presidio Ospedaliero "Mons. R. Dimiccoli" verranno realizzate una CdC e un OdC.

5. COT del DSS 5 • Allocata a Trani al Viale Padre Pio, in area a basso rischio idrogeologico e non alluvionale, al di fuori delle zone/raggi di sicurezza definiti di Piani di Emergenza Esterni delle Industrie a Rischio d'Incidente Rilevante; • posizionata all'interno di una struttura sanitaria già operativa in cui sono presenti gli uffici del DSS 5, attività sanitarie di continuità assistenziale, attività sanitarie ambulatoriali; • È garantito facile accesso alla struttura, ed è prevista un'area di parcheggio a utilizzo esclusivo del personale operante in centrale, sia in condizioni ordinarie sia di emergenza; • Nella stessa struttura verranno realizzate una CdC e un OdC.

In ciascuna delle COT sono presenti aree per le funzioni operative classificate secondo due macro-aree:

1. Macro-area CENTRALE OPERATIVA che comprende:
 - a. la sala operativa;



- b. gli uffici direzionali e amministrativi;
- 2. Macro-area SERVIZI GENERALI E LOGISTICI che comprende i locali per:
 - a. Servizi per l'accoglienza per il personale sanitario e non (spogliatoi, ecc.);
 - b. Servizi logistici (depositi, ecc,...); c. Locali tecnici.

Art. 10.15 - CURE A DOMICILIO

Le cure domiciliari consistono in trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi e psicologici prestati da personale qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, indipendentemente dall'età, con patologie in atto o esiti delle stesse, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana. Nell'ambito delle cure domiciliari integrate è fondamentale l'integrazione con i servizi sociali dei comuni. Il livello di bisogno clinico, funzionale e sociale deve essere valutato attraverso idonei strumenti che consentano la definizione del programma assistenziale ed il conseguente impegno di risorse;

La gamma delle prestazioni che l'Azienda intende erogare si differenziano per tipologia di intervento professionale, come stabilito dalla Commissione Nazionale per la definizione e l'organizzazione dei Livelli Essenziali di Assistenza - Ministero della Sanità che ha caratterizzato l'assistenza territoriale domiciliare e gli interventi ospedalieri a domicilio;

Le cure domiciliari assicurate dall'A.S.L. BT si distinguono in:

- ❖ Assistenza Domiciliare di tipo Prestazionale;
- ❖ Assistenza Domiciliare Integrata di Primo Livello, Secondo Livello e Terzo Livello;
- ❖ Cure Palliative per malati terminali.

Il Servizio A.D.I. prevede livelli omogenei su tutto il territorio dell'Azienda e opera sui diversi livelli di intensità assistenziale:

- Bassa;
- Media;
- Alta.

La gamma delle prestazioni che l'Azienda assicura comprende:

- Prestazioni relative all'attività clinica di tipo valutativo diagnostico;
- Prestazioni relative all'attività clinica di tipo terapeutico;
- Prestazioni relative ai trattamenti di tipo infermieristico;
- Prestazioni relative ai trattamenti di tipo riabilitativo;
- Prestazioni relative all'attività educativo/relazionale/ambientale;
- Prestazioni relative all'attività di programmazione.

Gli obiettivi specifici che l'ASL BT intende perseguire attraverso le prestazioni assicurate in regime di cure domiciliari sono:

- Assicurare l'assistenza a persone con patologie trattabili a domicilio in modo flessibile ed efficace al fine di evitare il ricorso inappropriato al ricovero ospedaliero e ad altra struttura residenziale;
- Garantire la continuità assistenziale per i dimessi dalle strutture sanitarie con necessità di prosecuzione delle cure, realizzando nei fatti una forte integrazione tra Ospedale e Assistenza Primaria;
- Perseguire l'umanizzazione delle cure in un ambiente rassicurante per il malato;



- Fornire supporto alle famiglie;
- Realizzare il recupero delle capacità residue di autonomia e relazione;
- Puntare al miglioramento della qualità della vita del malato;
- Integrare le prestazioni infermieristiche e riabilitative con le strutture Distrettuali e con i Servizi Sociali dei Comuni;
- Realizzare gli obiettivi specifici fissati dal Programma Operativo Regionale 2013-2015 e Patto della Salute 2014-2016 che individuano nelle cure domiciliari la base privilegiata di azione per garantire la flessibilità ed efficacia degli interventi nel rispetto della dignità, identità e autonomia della persona malata;

Le modalità di accesso alle cure domiciliari e l'integrazione nella rete dei servizi del territorio sono definite da specifici Regolamenti Interni.

Art. 10.16 - CURE PALLIATIVE

Le cure palliative aprono un tema importante e delicato di salute pubblica. Si occupano della sofferenza, della dignità, dei bisogni assistenziali e della qualità di vita delle Persone al termine della loro esistenza;

Secondo la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, le **Cure Palliative** sono *"L'assistenza (care) globale, attiva di quei pazienti la cui malattia non risponda ai trattamenti guaritivi (cure). E' fondamentale affrontare e controllare il dolore, gli altri sintomi e le problematiche psicologiche, sociali e spirituali"*;

L'ASL BT si propone di offrire non solo sollievo ma anche la possibilità di scelta a ogni individuo e alla propria famiglia in linea con gli obiettivi che le linee-guida per lo sviluppo delle cure palliative in Puglia si propongono:

- Garantire il diritto di ogni persona che affronta la fase terminale della vita a ricevere cure palliative appropriate, ovunque risieda;
- Promuovere l'attivazione di Reti locali di cure palliative, in grado di garantire i livelli assistenziali necessari al supporto dei malati alla fine della vita;
- Garantire una continuità assistenziale che possa migliorare la qualità di vita dei malati e fornire adeguato supporto psicologico e sociale ai familiari;
- Garantire la disponibilità di cure a domicilio di elevata qualità, che permettano a chi lo desidera di essere assistito a casa fino alla morte, con una riduzione significativa dei ricoveri ospedalieri impropri;
- Attivare una Rete regionale di cure palliative in collegamento con la Rete Oncologica regionale, con la Rete regionale SLA e con le altre Reti che s'interessano di malati affetti da patologie croniche ed ingravescenti;

L'assistenza alla Persona e alla famiglia si realizza attraverso la complementarietà delle figure professionali interne e la collaborazione del volontariato sociale.

Art. 10.17 - LE CURE PALLIATIVE A DOMICILIO

L'ASL BT si propone di attuare cure domiciliari ad alta intensità assistenziale;

Si indicano con questa definizione le cure domiciliari alternative al ricovero ospedaliero o in residenza per post-acuti, rivolte a persone in condizioni di relativa acuzie o di relativa instabilità clinica che non richieda un monitoraggio continuativo in sede ospedaliera;



Per tale tipo di cure è necessario il supporto familiare o comunque supporti informali che rendano compatibile la presenza di queste persone fragili al domicilio;

Le cure domiciliari di alta intensità prevedono l'intervento di una integrazione specialistica sia nella fase valutativa che durante la presa in carico (geriatra, medico delle cure palliative ed altri specialisti).

Art. 10.18 - L'HOSPICE

Il Piano Sanitario Nazionale 1998 – 2000, ha posto per la prima volta l'attenzione alla cura dei malati inguaribili, alla conseguente applicazione di programmi di Cure Palliative (CP) e alla definizione di una rete assistenziale. Una rete al cui centro ci sono le cure domiciliari variamente articolate (Distretti Socio Sanitari, unità di cure palliative, associazioni di volontariato sociale) e che comprendono anche le strutture residenziali tra cui l'Hospice.

La legge n. 39 del 26.02.1999, recante disposizioni per l'attuazione del Piano Sanitario 1998 – 2000 ha stabilito i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie nonché le modalità di verifica dei risultati delle attività svolte dalle strutture dedicate all'erogazione delle cure palliative.

L'ASL BT si avvale delle prestazioni dei seguenti hospices, per l'erogazione di cure sanitarie palliative:

- ✓ **Hospice Karol Wojtyla**, posto all'interno del P.T.A., di Minervino Murge, gestito dalla Società Auxilium;
- ✓ **Hospice Opera Don Uva**, posto nel Distretto Socio Sanitario di Bisceglie, gestito dalla Società Universo Salute S.r.l..

Le forme di assistenza sanitaria erogate dagli hospices dell'ASL BT si rivolgono in particolare ai seguenti pazienti:

- ai malati terminali destinatari di cure palliative;
- ai malati oncologici, in fase avanzata con prognosi breve di vita e con bisogni terapeutici costituiti dalla terapia del dolore, dalla cura dei sintomi, dal sostegno psicologico, sociale e spirituale del malato e della propria famiglia;
- a pazienti per l'esaurimento di trattamenti volti alla guarigione o rallentamento della malattia (chemioterapia, radioterapia);
- a pazienti che necessitano di trattamenti medici e infermieristici superiori a 4 settimane;
- ai pazienti che con indice di autonomia inferiore o uguale a 50 secondo la scala Karnofsky;
- ai pazienti che sono impossibilitati ad essere assistiti presso il proprio domicilio per la totale assenza del supporto dei familiari.



Benchè il posto di elezione dove prestare queste cure è il domicilio dei pazienti, l'Hospice è una struttura residenziale ad alta complessità assistenziale in grado di offrire un servizio adeguato a curare i pazienti nella fase terminale della vita che non possa essere parimenti prestata presso il proprio domicilio.

Questa Struttura si fonda sui principi di cura e di assistenza finalizzati al raggiungimento di una migliore qualità di vita del malato e della propria famiglia e tesi al rispetto del diritto ad essere curati e a non soffrire.

L'accesso a tali strutture avviene per il tramite della proposta, corredata da tutta la documentazione sanitaria necessaria, presentata dal medico di medicina generale al distretto di residenza dell'assistito il cui direttore provvede ad attivare l'unità di valutazione multidimensionale (U.V.M.) al fine di determinare tempestivamente l'eleggibilità presso l'hospice e la formulazione del P.A.I. (piano assistenziale individuale). In caso di eleggibilità, il direttore del distretto rilascia l'autorizzazione al ricovero presso l'hospice che viene presentata in raccordo con il Direttore del Dipartimento dei distretti all'hospice per l'inserimento nelle liste di attesa.

Si rinvia per la disciplina di dettaglio alle apposite procedure vigenti nell'ASL BT.

L'obiettivo della ASL BT è quello di offrire la possibilità di scelta a ogni individuo e alla propria famiglia e l'iniziativa, integrata nella rete per le cure palliative nelle malattie inguaribili e terminali, si propone di trasformare uno spazio di ricovero in un luogo di accoglienza per la Comunità.

Art. 10.19 - LA PORTA UNICA DI ACCESSO (P.U.A.)

La Porta Unica di Accesso (P.U.A.) è una funzione finalizzata a favorire l'accesso del cittadino alla rete dei servizi socio-sanitari, gestita e realizzata congiuntamente dal Comune e dal Distretto Socio Sanitario;

La gestione della P.U.A. è integrata: ASL e Comuni partecipano con pari dignità e responsabilità, con modalità organizzative e procedurali condivise, e con risorse umane e finanziarie equamente ripartite;

L'ubicazione della P.U.A. è presso la sede delle Direzioni dei Distretti Socio Sanitari della ASL o presso l'Assessorato ai Servizi Sociali dei Comuni;

Per garantire la territorializzazione, la P.U.A. assume una struttura estremamente flessibile, ovvero "punti" PUA dislocati nei comuni di riferimento del Distretto Socio Sanitario, in modo da consentire la migliore fruibilità;

Ha lo scopo di accogliere e orientare cittadini nel sistema integrato di interventi finalizzati a rispondere ai bisogni della Persona e a semplificare i percorsi per la presa in carico;

Il paradigma che deve guidare l'istituzione della P.U.A. è la creazione di una rete di servizi con al centro il "cittadino" in modo da garantirgli:

- Percorsi unici e chiari per migliorare ed orientare l'accesso ai servizi;
- Adeguate, tempestive e aggiornate informazioni sull'offerta dei servizi;
- La continuità e la tempestività delle cure, soprattutto quelle rivolte a persone fragili bisognose di interventi socio-sanitari complessi, a cui devono seguire risposte multiple di tipo sanitario e/o socio-sanitario e/o socio-assistenziale;
- Una valutazione multidimensionale e un progetto personalizzato, accorciando tempi di risposte ed evitando percorsi complicati;



ASL BT

PugliaSalute

- Assicurare l'indicazione dell'operatore individuato come responsabile del caso assistenziale e della continuità delle cure;

I compiti principali a cui assolve la Porta Unica di Accesso sono:

- Accoglienza dell'Utente;
- Identificazione dei suoi bisogni;
- Raccolta dei dati e della documentazione necessaria all'istruttoria della domanda di accesso alla rete di servizi socio sanitari;
- Monitoraggio dei servizi avviati;
- Aggiornamento costante dell'utente sull'andamento della istruttoria avviata.

Art. 10.20 - L'UNITÀ VALUTATIVA MULTIDIMENSIONALE (U.V.M.) DISTRETTUALE

L'Unità di Valutazione Multidimensionale è lo strumento operativo dell'assistenza socio sanitaria integrata che, secondo la normativa di pianificazione sociosanitaria regionale, è chiamato a garantire l'integrazione della rete dei servizi sanitari, sociosanitari e socio assistenziali a livello territoriale;

In questo senso, l'attività di valutazione multidimensionale e di presa in carico concorrono all'attivazione della suddetta rete;

L'obiettivo generale dell'U.V.M. deve consistere nell'individuare e offrire la migliore soluzione possibile alla richiesta sociosanitaria della persona riconosciuta in stato di bisogno. Una risposta che incontri il gradimento della stessa e ne rispetti la libertà di scelta;

Gli obiettivi specifici di tale strumento operativo devono essere stabiliti all'interno del Piano di Zona dei seguenti indirizzi:

- Favorire il più a lungo possibile una idonea permanenza della persona in stato di bisogno sociosanitario presso il proprio domicilio;
- Perseguire il rientro nell'ambiente di provenienza dopo la permanenza in strutture residenziali;
- Promuovere il miglioramento continuo della qualità della vita nei servizi residenziali, semiresidenziali e domiciliari;
- Promuovere azioni atte ad utilizzare al meglio le risorse territoriali;
- Ottimizzare la spesa sociosanitaria.

Sono compiti dell'U.V.M.:

- Valutazione multidimensionale dell'autosufficienza e dei bisogni assistenziali del paziente e del nucleo familiare;
- Verifica delle condizioni socio-economiche abitative e familiari di ammissibilità ad un certo percorso di cura e assistenza;
- Elaborazione del Piano Assistenziale Individuale, che deve essere condiviso e sottoscritto dal paziente e dal nucleo familiare;
- Verifica e aggiornamento dell'andamento del progetto personalizzato;
- Avvio delle procedure per la dimissione concordata;
- Conservazione della documentazione relativa ai casi valutati;
- Individuazione del Responsabile del caso, per garantire l'attuazione e
- L'efficacia prevista dal progetto personalizzato;

L'U.V.M. Territoriale è costituita secondo quanto previsto dalle norme e dai regolamenti regionali;



Le modalità di funzionamento e l'integrazione delle U.V.M. nella rete dei servizi del territorio sono definite da uno specifico Regolamento Interno.

Art. 10.21 - LA POPOLAZIONE CARCERARIA E LA MEDICINA PENITENZIARIA

Il settore della Medicina Penitenziaria, rappresenta l'insieme di interventi di assistenza sanitaria rivolti ai soggetti sottoposti a trattamenti restrittivi o limitativi della libertà personale;

L'Azienda, in linea con il Piano Regionale di Salute, in questo campo della assistenza si ispira al principio *“che ai detenuti e agli internati, al pari dei cittadini in stato di libertà, deve essere garantito il diritto fondamentale alla tutela della salute”*;

L'ASL BT gestisce, per il tramite del Distretto Socio Sanitario di Trani, l'Istituto Penitenziario Maschile e l'Istituto Penitenziario Femminile presenti nel circondario di Trani.

Coerentemente al D.P.C.M. 1.4.2008, in vigore dal giugno 2008, che ha disciplinato le modalità, i criteri e le procedure per il trasferimento al S.S.N. di questo delicato settore, l'Azienda si impegna, di concerto con gli Enti Locali e gli Istituti Penitenziari a trovare tutte le soluzioni più opportune per realizzare le condizioni di protezione della salute dei detenuti e degli internati.

Art. 11 - L'ASSISTENZA TERRITORIALE. I DIPARTIMENTI TERRITORIALI

La funzione dell'assistenza territoriale è coordinata dai Dipartimenti Territoriali organizzati come di seguito:

✓ Dipartimento di Prevenzione

L'attività di prevenzione e di promozione della salute è garantita dal Dipartimento di Prevenzione.

Il Dipartimento di Prevenzione, così come statuito dagli artt. 7 e 7 bis, D.L.vo 502/1992, è una Struttura Dipartimentale Territoriale dell'Azienda della provincia di Barletta Andria Trani che coordina le strutture di Igiene e Sanità Pubblica e Sicurezza, degli alimenti e della nutrizione nonché del servizio veterinario come previsto dalla normativa nazionale e dai regolamenti regionali n. 13 del 30.6.2009 e garantisce la tutela della salute collettiva, perseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e delle disabilità, miglioramento della qualità della vita.

La Direzione del Dipartimento di Prevenzione è assicurata secondo quanto disposto dal regolamento regionale n. 13/2009 a cui si rinvia, dal:

- Direttore del Dipartimento;
- Comitato di Direzione del Dipartimento.

L'organizzazione e il funzionamento del Dipartimento di Prevenzione oltre che dagli artt. 7 ter, 7 quater, e 17 bis del D.L.vo 502/1992 è disciplinato dal Regolamento Interno Aziendale.

Governa e garantisce la mission aziendale attraverso le Strutture Complesse e semplici a valenza dipartimentale di seguito indicate.



Dipartimento di Prevenzione	UOC	UOSVD/UOS
	6	3
Strutt.Comp Terr	6	
S.Comp. Dip.to Prevenzione - S.I.S.P.	1	
S.Comp. Dip.to Prevenzione - SIAN	1	
S.Comp. Dip.to Prevenzione - SIAV - A	1	
S.Comp. Dip.to Prevenzione - SIAV - B	1	
S.Comp. Dip.to Prevenzione - SIAV - C	1	
S.Comp. Dip.to Prevenzione - SPESAL	1	
Uos		1
Uos Coordinamento attività di tutela della salute e sicurezza negli ambienti di vita aperti e confinati (afferisce alla S. Comp. S.I.S.P.)		1
Uosvd		3
U.O.S.V.D. Epidemiologia -flussi informativi		1
U.O.S.V.D. Direzione amministrativa del Dipartimento di Prevenzione		1
U.O.S.V.D. Medicina Legale		1

✓ Dipartimento di Salute Mentale

Il Dipartimento di Salute Mentale è una Macrostruttura Territoriale-Ospedaliera dell'Azienda che coordina i Centri di Salute Mentale ed i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura Ospedalieri (SPDC).

La Direzione del Dipartimento di Salute Mentale è assicurata dal:

- Direttore del Dipartimento;
- Comitato di Dipartimento.

Il funzionamento del Dipartimento di Salute Mentale è disciplinato dal Regolamento Interno aziendale.

Il Dipartimento governa e garantisce la mission aziendale attraverso le Strutture Complesse e Semplici territoriali e ospedaliere di seguito indicate:

Dipartimento Salute Mentale	tipologia struttura		
	Ospedaliera	Strutt.Comp Osp.	S.Comp. P.O. Barletta - Spdc
	Territoriale	Strutt.Comp Terr	S.Comp. Dsm - CSM Barletta - DSS 1 (Direzione)
	Territoriale	Uosvd	U.O.S.V.D. CSM Andria - Prevenzione Psichiatrica
	Territoriale	Uosvd	U.O.S.V.D. R.E.M.S. Spinazzola



	Territoriale	UOC	U.O.C. Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza
	Territoriale	Uosvd	U.O.S.V.D. Psicologia Clinica
	Territoriale	Uos	Uos CSM Bisceglie - Trani (Afferisce a S. Comp. Dsm CSM Barletta DSS1)

✓ Dipartimento delle Dipendenze Patologiche

Il Dipartimento delle Dipendenze Patologiche (DDP) è inserito nell'ambito dei Dipartimenti Strutturali Territoriali delle ASL di tutto il territorio Nazionale. Le norme di riferimento vigenti sono il DPR 309/90 e ss.mm.e ii., l'accordo Stato/Regioni del 1999, la L. 125/2001 (in materia di Alco-Dipendenza), il DPCM 01/04/08, la LR Puglia 27/99, la LR Puglia 22/96, la LR Puglia 26/2006, la LR Puglia 43/2013, il Regolamento Regionale n. 3/2005.

Il Dipartimento delle Dipendenze Patologiche (DDP) dell'ASL BT governa e garantisce la *mission* aziendale attraverso le Strutture Complesse e Semplici territoriali di seguito indicate.

Dipartimento delle Dipendenze Patologiche	Territoriale	Strutt.Comp Terr	S.Comp. SERD - SERT Andria - DSS 1 - DSS 3 (Direzione)
	Territoriale	Uos	Uos SERD Barletta (Afferisce a S. Comp. SERT)
	Territoriale	Uos	Uos SERD Trani- Bisceglie (Afferisce a S. Comp. SERT)

La Sezione Dipartimentale UOC SERD corrisponde ad un territorio comprendente un bacino di popolazione di 200.000 abitanti corretto per 1,5 per le aree metropolitane ad alta densità abitativa e per 0,5 per le zone aree a bassa densità abitativa o per caratteristiche orografiche.

Allo stato attuale esiste nella ASL BT n. 1 UOC SERD Andria (Direzione del DDP) che coordina n. 2 UOS (UOS SERD Barletta e UOS SERD Trani) cui si aggiungono n. 3 Servizi Territoriali SERD (SERD di Canosa; SERD di Margherita e SERD di Bisceglie) oltre al Servizio Territoriale GAP (contrasto del Gioco d'Azzardo Patologico) a Valenza Dipartimentale sito a Barletta presso il vecchio Ospedale Umberto I.



✓ Dipartimento di Riabilitazione

L'assistenza riabilitativa è garantita dalla Struttura complessa sovra-distrettuale di Riabilitazione che è una Struttura Territoriale-Ospedaliera dell'Azienda che coordina le Strutture di medicina fisica e riabilitativa ospedaliera e territoriale.

Dipartimento Riabilitazione	Territoriale	Strutt. Comp Terr.	S.Comp. sovra-distrettuale della riabilitazione
		UOS	Governance dei Percorsi Riabilitativi Integrati
		Uosvd	Riabilitazione Intensiva cod 56 PPA Canosa

✓ Dipartimento Farmaceutico

Al Dipartimento del Farmaco afferiscono tutte le S.C., S.S.D. e S.S. di Farmacia Ospedaliera e territoriale.

La Direzione del Dipartimento è assicurata dal

- Direttore del Dipartimento;
- Comitato di Dipartimento.

Il funzionamento del Dipartimento del Farmaco è disciplinato dal Regolamento interno aziendale e governa e garantisce la mission aziendale attraverso le Strutture Complesse e Semplici territoriali ed una ospedaliera.

Strutt. Comp. Osp		1	
S.Comp. P.O. Andria - Servizio Farmaceutico Ospedaliero		1	
Strutt. Complessa Terr.		1	
S.Comp. Aree - Servizio Farmaceutico Territoriale		1	
UOSVD			3
U.O.S.V.D. Farmacia Ospedaliera P.O. Barletta		1	
U.O.S.V.D. Farmacia di base P.O. Bisceglie		1	
U.O.S.V.D Farmacia Clinica e UFA		1	
UOS			3
Uos Farmaco-vigilanza e Monitoraggio Spesa Farmaceutica (Afferisce a S. Comp. Aree - Servizio Farmaceutico Territoriale)		1	
Uos Farmaceutica Convenzionata Area Farmaceutica (Afferisce a S.		1	



Comp. Aree - Servizio Farmaceutico Territoriale)		
Uos Assistenza Farmaceutica Distrettuale Area Farmaceutica (Afferisce a S. Comp. Aree - Servizio Farmaceutico Territoriale)	1	

Art. 12 - SERVIZI DELLE PROFESSIONI SANITARIE

In ottemperanza all'art. 34 della Legge Regionale n. 26/2006 in combinato disposto con l'art. 7 della Legge n. 251/00, in ogni Azienda Sanitaria sono istituiti i servizi delle professioni sanitarie connotate da autonomia tecnico-funzionale e caratterizzate dalla presenza delle connesse risorse umane contraddistinte da specifici profili professionali, così come individuate dai Decreti Ministeriali e le cui funzioni di direzione sono attribuite al Dirigente delle Professioni di riferimento, ascrivibile all'Area della Dirigenza Medica non Sanitaria come da CCNL di categoria.

Con l'istituzione dei Servizi delle Professioni Sanitarie nella ASL BT si realizzano due fondamentali obiettivi:

- Valorizzare e responsabilizzare le funzioni e il ruolo delle professioni sanitarie attraverso la delega diretta di responsabilità e gestione di attività assistenziali e delle funzioni connesse;
- Revisionare l'organizzazione del lavoro, incentivando modelli di assistenza personalizzata

I Servizi aziendali delle professionali sanitarie dell'ASL BT sono i seguenti:

- a) Il Servizio Infermieristico ed Ostetrico Aziendale
- b) Il Servizio Professionale Tecnico Sanitario Aziendale
- c) Il Servizio Professionale della Riabilitazione Aziendale
- d) Il Servizio Professionale Tecnico della Prevenzione Aziendale
- e) Il Servizio Professionale Sociale Aziendale.

a. Servizio Infermieristico ed Ostetrico Aziendale

Il Servizio Infermieristico ed Ostetrico è in staff alla Direzione Area del Personale, da cui dipende funzionalmente, ma sotto il coordinamento direttivo e strategico della Direzione Sanitaria e svolge le seguenti funzioni dirigenziali:

- Organizzazione dell'Assistenza Infermieristica;
- Formazione;
- Qualità ed Accreditamento;
- Ricerca e sviluppo;

nell'ambito delle seguenti Aree:

- Assistenza Infermieristica Ospedaliera;
- Assistenza Infermieristica Distrettuale e Dipartimentale Territoriale;
- Assistenza Ostetrica ospedaliera e territoriale;
- Formazione, Qualità, Ricerca ed Innovazione.



b. Servizio Professionale Tecnico Sanitario Aziendale

Il Servizio Professionale Tecnico Sanitario Aziendale è in staff alla Direzione Sanitaria aziendale e svolge le seguenti funzioni dirigenziali:

- Organizzazione della funzione professionale Tecnico Sanitaria;
- Formazione;
- Qualità ed Accredimento;
- Ricerca e sviluppo;

nell'ambito delle seguenti strutture :

- **Dipartimento Immagini e Diagnostica:** TSRM (Tecnici Sanitari di Radiologia Medica) e TSLB (Tecnici Sanitari di Laboratorio Biomedico);
- **Dipartimento Chirurgico-Traumatologico:** U.O. Otorinolaringoiatria – Tecnici Audiometristi e Dietisti;
- **Dipartimento Medico-Specialistico:** UU.OO. di Neurologia e U.O. Gastroenterologia– Tecnici di Neurofisiopatologia;
- **Dipartimento Oncologico:** U.O. di Anatomia Patologica e U.O. di Radioterapia – TSLB e TSRM;
- **Dipartimento Immuno-Trasfusionale:** UU.OO. del Servizio di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale (SIT) – TSLB;
- **Dipartimento Salute Mentale:** Tecnici della Neurofisiopatologia (TNFP);
- **Dipartimento di Prevenzione:** Sian - Dietisti .

c. Servizio Professionale Sociale Aziendale

Il Servizio Professionale Sociale Aziendale è interno alla UOSVD Servizi Socio Sanitari incardinato nel Dipartimento Direzionale Amministrativo e svolge le seguenti funzioni dirigenziali:

- Organizzazione della funzione professionale sociale;
- Formazione;
- Qualità ed Accredimento;
- Ricerca e sviluppo;

d. Servizio Professionale della Riabilitazione Aziendale

Il Servizio Professionale della Riabilitazione Aziendale è in staff alla Direzione del Dipartimento di Riabilitazione e svolge le seguenti funzioni dirigenziali:

- Organizzazione della funzione professionale Tecnico Riabilitativa;
- Formazione;
- Qualità ed Accredimento;
- Ricerca e sviluppo;

e. Servizio Professionale Tecnico della Prevenzione Aziendale

Il Servizio Professionale Tecnico della Prevenzione Aziendale è in staff alla Direzione del Dipartimento di Prevenzione e svolge le seguenti funzioni dirigenziali:

- Organizzazione della funzione professionale Tecnico della Prevenzione;
- Formazione;
- Qualità ed Accredimento;
- Ricerca e sviluppo;



- CAPO VI -

**L'ORGANIZZAZIONE DELLA FUNZIONE AMMINISTRATIVA,
TECNICA, PROFESSIONALE E DI STAFF**

**Art. 13 - LA RIORGANIZZAZIONE DELLA FUNZIONE AMMINISTRATIVA,
TECNICA E PROFESSIONALE**

La funzione Amministrativa, Tecnica e Professionale è strutturata secondo il seguente assetto organizzativo dipartimentale che ha tenuto conto nell'articolazione interna delle Strutture aziendali delle determinazioni poste con il PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza):

- ❖ Dipartimento delle Attività Operative
- ❖ Dipartimento Direzionale Amministrativo
- ❖ Dipartimento STAFF di Direzione strategica

La Direzione dei Dipartimenti è assicurata dal:

- Direttore del Dipartimento;
- Comitato di Dipartimento.

Il funzionamento dei Dipartimenti è disciplinato dal Regolamento Interno Aziendale.

**Art. 13.1 - L'ORGANIZZAZIONE STRUTTURALE INTERNA
DEL DIPARTIMENTO DELLE ATTIVITÀ OPERATIVE**

Il Dipartimento delle Attività Operative coordina le funzioni attinenti ai processi tecnici e di procurement nell'ambito della gestione operativa della Asl.

Il Dipartimento governa e garantisce la *mission* aziendale attraverso le Aree, articolate in Strutture Complesse, a cui viene affidata la Direzione ed il coordinamento, e a mezzo di strutture Semplici e a valenza dipartimentali, nonché a mezzo di funzioni professionali.

Dipartimento delle attività Operative	Strutture Complesse	2
	Strutt.Comp Terr	S.Comp. - Direzione Area gestione Patrimonio
	Strutt.Comp Terr	S.Comp. - Direzione Area gestione Tecnica
	Strutture Semplici / e a valenza dipartimentale	6
	Uos	Uos Inventario beni mobili ed investimenti (Afferisce a S. Comp. Direzione Area Patrimonio)
	Uos	Costruzioni /ristrutturazioni/ manutenzioni
	Uosvd	U.O.S.V.D. Appalti contratti e logistica



	Uosvd	U.O.S.V.D. Ingegneria clinica ed HTA – Acquisizione e gestione delle tecnologie biomediche
	Uosvd	U.O.S.V.D. Gestione amministrativa dei servizi tecnici e P.N.R.R.
	Uosvd	U.O.S.V.D. Information and Communication Technologies.

Art. 13.2 - L'ORGANIZZAZIONE STRUTTURALE INTERNA DEL DIPARTIMENTO DIREZIONALE AMMINISTRATIVO

Il Dipartimento Direzionale Amministrativo, governa e coordina le attività di supporto relative alla programmazione, coordinamento, controllo e gestione delle risorse umane e finanziarie aziendali attraverso le Aree, articolate in Strutture Complesse, a cui viene affidata la Direzione ed il coordinamento, nonché a mezzo delle Articolazioni Semplici e a valenza dipartimentale e delle funzioni professionali.

☒ Strutt. Comp Osp.		1
S.Comp. Direzione Amm.va Presidi		1
☒ Strutt. Comp Terr		2
S.Comp. - Direzione Area gestione Econ.Finanziaria		1
S.Comp. - Direzione Area gestione Personale		1
☒ Uos		2
Uos Contabilità Generale Analitica e Bilanci (Afferisce a S. Comp. Area gestione Econ.Finanziaria)		1
Uos Gestione personale dipendente/Relazioni sindacali (Afferisce a S. Comp. Direzione Area Personale)		1
☒ Uosvd		3
U.O.S.V.D. Assunzioni-mobilità-concorsi/Personale convenzionato		1
U.O.S.V.D. Direzioni amministrative Dss		1
U.O.S.V.D. Servizi Socio Sanitari		1

Art. 13.3 - L'ORGANIZZAZIONE STRUTTURALE INTERNA DEL DIPARTIMENTO STAFF DI DIREZIONE STRATEGICA

A supporto delle attività specifiche del governo strategico la Direzione Generale si avvale di uno Staff Dipartimentale che fa parte integrante dei sistemi legati al monitoraggio, al controllo, alla valutazione, alla ricerca, all'organizzazione clinica e allo sviluppo formativo del personale, che coinvolgono trasversalmente tutta l'organizzazione aziendale in termini di processi e di personale.

Il Dipartimento si compone di Strutture Complesse e semplici a valenza dipartimentale.

Struttura Comp.	1	
Controllo di Gestione		
U.O.S.V.D.		9
Uosvd. Epidemiologia e Statistica		
U.O.S.V.D. Struttura Burocratico - Legale		
U.O.S.V.D. Affari Generali		
U.O.S.V.D. Screening Oncologici		



U.O.S.V.D. Gestione rischio clinico, Qualità e Bed Management		
U.O.S.V.D. U.V.A.R.P.		
U.O.S.V.D. Informazione, comunicazione, URP e Social Media		
U.O.S.V.D. Formazione e Polo Universitario		
U.O.S.V.D. Sicurezza e sorveglianza sanitaria		

- CAPO VII -

LA PARTECIPAZIONE. TRASPARENZA E ANTICORRUZIONE

Art. 14. - I DIRITTI DEGLI UTENTI

L'Azienda Sanitaria Locale BT assume tutte le azioni necessarie alla migliore definizione delle prestazioni sanitarie e alla ottimale fruizione delle stesse, riconoscendo la centralità del cittadino-utente quale titolare del diritto alla tutela della propria salute;

Si impegna, pertanto, ad assicurare i diritti di partecipazione dell'Utente, di cui al capo III della legge 7 agosto 1990, n. 241, e s.m.i anche attraverso le agenzie di volontariato e di tutela dei diritti) alle fasi di programmazione delle attività, alla valutazione della qualità dei servizi e alla tutela dei diritti dell'assistito, che sono improntati

- a) alla massima trasparenza;
- b) all'informazione all'utenza relativa agli atti e allo stato dei procedimenti;
- c) alla ricerca ed analisi finalizzate alla formulazione di proposte alla propria amministrazione sugli aspetti organizzativi e logistici del rapporto con l'utenza.

In questa ottica, assume, come *strumenti* imprescindibili, le attività di **comunicazione** (interna ed esterna) e di **informazione**, nel rispetto della L.150/2000 e s.m.i., impegnandosi a garantire:

- La partecipazione consapevole dei cittadini alle scelte strategiche, essenziali per la definizione e la programmazione;
- La partecipazione responsabile degli operatori al governo tecnico clinico e all'attività programmata, in uno spirito di massima collaborazione;
- La tempestiva comunicazione e la sistematica informazione dei servizi offerti, delle modalità di fruizione e delle norme che ne disciplinano l'erogazione;
- La diffusione di tutte le informazioni relative al funzionamento dell'Azienda, in tutte le sue articolazioni e nel rispetto dei principi sanciti dalla L. n. 241/1990;
- Il rispetto, l'adesione e la divulgazione degli stili di vita necessari a prevenire o curare le patologie in un'ottica di piena sinergia con risorse, servizi e contesto socio-culturale in cui opera l'organizzazione.

Art. 14.1 – TRASPARENZA E ANTICORRUZIONE

E' altresì fondamentale il ruolo svolto dal RPCT aziendale a cui l'Azienda affida il compito di curare e attuare tutte le misure vigenti in materia di **Trasparenza e Anticorruzione** al precipuo scopo di scongiurare il verificarsi di fenomeni di *mala*



administration conseguendo inevitabilmente valore pubblico, inteso come miglioramento della qualità dei processi gestionali e sanitari a beneficio di tutta la collettività (stakeholder, pazienti, utenti esterni e utenti interni), che entra in contatto con l'azienda sanitaria.

Al RPCT aziendale sono affidati i seguenti compiti:

- ✓ Redazione annuale, in ragione dei tempi indicati da ANAC, della Sezione Rischi Corruttivi e Trasparenza (quale parte integrante del P.I.A.O.) e della Relazione annuale richiesta da ANAC.
- ✓ Individuazione e attuazione di misure dirette a prevenire e contrastare il verificarsi di fenomeni corruttivi, nonché l'attività di previsione e monitoraggio delle misure di carattere generale e speciale previste dalla Sezione quali, a titolo meramente esemplificativo e non esaustivo: emanazioni circolari, raccomandazioni e regolamenti aziendali; attività di verifica, monitoraggio e coordinamento; gestione e coordinamento in merito a richieste di accesso civico e generalizzato, nonché gestione del registro accessi civici; coordinamento e gestione delle segnalazioni;
- ✓ attività di impulso e controllo in ordine alle istanze di richieste di atti/documenti ovvero di dati e informazioni che giungono dagli utenti, anche nelle forme della Legge n. 241/1990 e smi;
- ✓ attività di controllo e monitoraggio delle pubblicazioni in Amministrazione Trasparente.

Art. 14.2 - LA COMUNICAZIONE E LA RISERVATEZZA

- a. L'Azienda riconosce la valenza strategica del "sistema comunicazione e informazione" in quanto strumento capace di influire positivamente sugli stili di vita e di favorire la partecipazione, attraverso suggerimenti e indicazioni sulle preferenze e sul gradimento dei servizi utilizzati;
- b. Lo svolgimento delle attività di comunicazione e informazione avviene nel rispetto delle norme di salvaguardia della riservatezza dei dati personali;
- c. La riservatezza dei dati personali è garantita dalle norme di rispetto della privacy e trattamento dei dati.

In tema di riservatezza e privacy, l'Azienda individua il **D.P.O., Data Protection Office (Responsabile della Protezione dei Dati)**. È una figura fondamentale introdotta dal GDPR (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati n. 2016/679). Nel settore sanitario, la figura del Data Protection Officer (DPO) è essenziale.

Egli ha il compito di assistere il titolare e il responsabile del trattamento nel rispetto delle norme sulla privacy, garantendo la protezione dei dati personali e sensibili, specialmente in un ambito quale quello sanitario ove è particolarmente richiesta la tutela dei diritti degli interessati, siano essi utenti esterni o interni all'azienda. Questo ruolo verifica che il trattamento dei dati personali venga condotto con la **dovuta riservatezza** e rispetto per i diritti degli interessati. La necessità di un DPO nel settore sanitario è rintracciabile nei requisiti di cui all'art. 37 del GDPR.

A cura del DPO aziendale sono effettuati i seguenti compiti:



- ✓ osserva, valuta e organizza la gestione del trattamento di dati personali (e dunque la loro protezione) all'interno di un'azienda sanitaria, affinché questi siano trattati nel rispetto delle normative privacy europee e nazionali.
- ✓ Il Responsabile della Protezione Dati Personali è una delle figure principali all'interno di una Struttura Sanitaria pubblica che deve permettere il governo della protezione dei dati personali in aderenza appunto alla normativa.

Art. 14.3 - L'ACCESSO E L'ACCOGLIENZA

L'Azienda è impegnata in una rigorosa e costante politica attiva per il conseguimento dell'eccellenza degli standard legati all'accoglienza e all'umanizzazione, nel rispetto della Persona malata e dei suoi familiari. Lo sviluppo delle politiche di accoglienza e di agevolazione dell'accesso sono legate ai principi che regolano il miglioramento continuo della qualità su cui tutte le azioni dell'Azienda convergono al fine di garantire:

- ✓ rispetto della dignità della persona;
- ✓ riservatezza;
- ✓ certezza dell'interlocutore e della risposta;
- ✓ ascolto, nelle forme e nei modi più opportuni alla situazione e al caso specifico, con competenza e gentilezza;
- ✓ appropriatezza della risposta entro tempi definiti;
- ✓ informazioni chiare, corrette, adeguate, semplici e comprensibili;
- ✓ accoglimento dei reclami e ricerca delle soluzioni e delle responsabilità.

Art. 14.4 - INFORMAZIONE, TUTELA E PARTECIPAZIONE DELLE PERSONE

La gestione di tutta l'attività di informazione e comunicazione della Asl Bt rientra tra i compiti della UOSVD Informazione, Comunicazione, URP e Social Media in cui operano professionisti iscritti all'Ordine dei Giornalisti.

L'attività di comunicazione, globalmente intesa, ha valenza strategica, viene concordata con il vertice aziendale e risponde ad esigenze diverse di informazione, comunicazione, prevenzione, coinvolgimento di destinatari diversi.

L'attività di informazione e comunicazione viene svolta con mezzi diversi, attraverso canali disparati e con tempi che variano a seconda del destinatario finale e dell'obiettivo da raggiungere. Tra i mezzi di informazione e comunicazione utilizzati ci sono anche i canali social.

L'ASL BT orienta la programmazione e le strategie organizzative e gestionali alla valorizzazione della centralità della persona, intesa non solo come destinataria dei servizi aziendali, ma anche come interlocutrice privilegiata e "ragione d'essere" della sua presenza istituzionale, garantendone l'ascolto, la proposta ed il controllo, anche ai fini di supporto, modifica o integrazione di attività;

L'Azienda garantisce, inoltre, la partecipazione e la tutela dei diritti della persona, nella fruizione dei servizi. A questo fine, assicura il coinvolgimento dei rappresentanti delle associazioni di volontariato e di tutela dei diritti, quali portatori di interessi diffusi, alle fasi di programmazione delle attività e di valutazione della qualità dei servizi, allo scopo di favorire l'adeguamento delle strutture e delle prestazioni sanitarie alle



esigenze dei fruitori. La presenza e l'attività, all'interno delle strutture sanitarie, degli organismi di volontariato e di tutela dei diritti è favorita anche tramite la stipulazione di accordi o protocolli, che stabiliscano gli ambiti e le modalità di collaborazione, fermo restando il diritto alla riservatezza comunque garantito alla persona e la non interferenza nelle scelte professionali degli operatori sanitari;

L'Azienda, in questa prospettiva, assicura il costante impiego dei principali strumenti tecnici e organizzativi, normalmente previsti in materia di informazione, partecipazione, tutela ed accoglienza, quali:

➤ La Carta dei servizi, adottata in conformità al DPCM del 27/01/1994 "*Principi sull'erogazione dei servizi pubblici*" e al DPCM del 19/05/1995 "*Schema generale di riferimento della carta dei servizi pubblici sanitari*";

➤ L'URP (Ufficio per l'informazione e le relazioni con il pubblico), istituito ai sensi dell'art. 11 del D.L.vo n. 165/01 e ss.mm., con il compito, tra l'altro, di Fornire le informazioni utili sulle prestazioni e le modalità di accesso ai servizi e Raccogliere ed elaborare proposte per migliorare gli aspetti organizzativi e logistici dei servizi;

➤ Il sistema di gestione dei reclami, che si svolge attraverso procedure predefinite sulla base di un apposito *Regolamento aziendale interno*.

➤ la Conferenza dei servizi, convocata almeno annualmente dal Direttore Generale come momento di verifica e di proposta, di cui sono componenti i Rappresentanti delle Associazioni di Volontariato e di Tutela dei Diritti del Malato operanti nel territorio dell'ASL;

➤ I Comitati **consultivi misti**, istituiti per dare attuazione all'articolo 13 della L.R. n. 36/1994 e successive modificazioni, sono composti da rappresentanti delle associazioni di tutela e volontariato maggiormente impegnate nel campo socio-sanitario e costituiscono il tramite privilegiato per favorire la partecipazione dei cittadini al processo decisionale e di valutazione dei risultati in merito agli aspetti riguardanti:

- Il miglioramento della qualità percepita;
- I profili relazionali e di umanizzazione;
- Il monitoraggio e la valutazione della qualità del servizio;

L'Azienda, inoltre, ritiene doveroso contribuire al superamento delle situazioni di simmetria informativa, tradizionalmente esistenti nei rapporti tra strutture sanitarie e utenza, programmando specifiche iniziative nel campo della comunicazione, del marketing, dell'educazione sanitaria, della pubblicità di piani e programmi di particolare rilevanza per l'utenza e favorendo momenti istituzionali di incontro e azioni tesi all'affermazione del "senso di appartenenza" e al miglioramento continuo dello stato dei rapporti;

L'Azienda promuove altresì iniziative di formazione e di aggiornamento del personale adibito al contatto con il pubblico sui temi inerenti la tutela della persona, da realizzare anche con il concorso e la collaborazione delle rappresentanze professionali e sindacali.

Art. 14.4 - LA CARTA DEI SERVIZI

La Carta dei Servizi adottata è espressione formale del patto stipulato tra l'Azienda, i Cittadini e le Organizzazioni Sociali circa la qualità dei servizi offerti (in termini di standard minimi) e l'informazione sull'accesso;



alcune innovazioni con particolare riguardo alle semplificazioni procedurali e responsabilità dei funzionari pubblici, nonché alle misure di semplificazione per il sostegno e la diffusione dell'amministrazione [digitale](#).

- **Legge n. 190/2012**, recante "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione" e decreti delegati.

- **Legge n. 80 del 9 giugno 2021, (Art. 6)** recante il Piano integrato di attività e organizzazione P.I.A.O è il documento unico di programmazione e governance che introduce una disciplina nuova finalizzata alla programmazione integrata dei Piani e Programmi Strategico-gestionali degli Enti Pubblici.

- **Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza** (in seguito **PNRR**), approvato dal Consiglio dell'Unione Europea il 6 luglio 2021 (10160/21) costituito da n. 6 Missioni, alcune delle quali apportano significativi interventi in materia di innovazione, sicurezza, digitalizzazione, competitività nella Pubblica amministrazione e in Sanità.

Art. 15.1. - FUNZIONI DI INDIRIZZO POLITICO E FUNZIONI DI GESTIONE

I principi di buon andamento e di imparzialità, richiamati dalle disposizioni dell'art. 97 della Costituzione permeano la disciplina concernente la separazione tra funzione di indirizzo politico e attività di gestione amministrativa.

La distinzione tra funzioni di governo e di gestione è, infatti, disposta dall'art. 4, commi 2 e 4, del D.lgs. 165/2001 e s.m.i., e ribadita dal legislatore nel D.lgs. n. 502/92 che con chiarezza la estende anche alle "amministrazioni i cui organi di vertice risultano esserne direttamente/indirettamente espressione di rappresentanza politica dove tutti i poteri di gestione complessiva dell'azienda sono concentrati in capo al Direttore Generale".

- CAPO II -

FUNZIONI DI GOVERNO E FUNZIONI DI GESTIONE

Art. 16 – IL RUOLO DI COMMITTENZA

In ossequio al principio di cui al D.lgs. 165/2001 e ss.ii.mm. di netta separazione fra funzioni di indirizzo e controllo e funzioni di programmazione, L'ASL BT individua precisi ambiti di responsabilità e funzioni relativamente a:

- responsabilità di Governo e di Committenza, che sono funzioni di indirizzo politico–amministrativo dell'Azienda;
- responsabilità di Produzione delle prestazioni e di Organizzazione e Gestione delle risorse assegnate, che sono funzioni di attuazione e gestione degli atti di indirizzo e programmazione della Direzione Strategica.



Alla Direzione Strategica spetta il Ruolo di committenza che si esplica attraverso le seguenti funzioni:

- il corretto impiego delle risorse assegnate;
- il recepimento, per quanto compatibile, delle istanze specifiche manifestate dalle comunità locali;
- l'adozione e l'attuazione della programmazione Strategico-gestionale e della regolamentazione regionale e aziendale.
- Questa funzione viene assolta dalla Direzione Strategica nei confronti di tutti i produttori di servizi sanitari, sia interni che esterni all'Azienda, sia pubblici che privati, e racchiude quattro sotto-funzioni da presidiare, concettualmente distinte nei seguenti punti:
 - raccordo tra obiettivi e strategie intercettate dai Piani Sanitari Nazionali e dal Piano della Salute Regionale e Programmi Regionali e Aziendali;
 - negoziazione e stipula di accordi contrattuali e programmi con gli erogatori interni ed esterni;
 - compatibilità tra Piano Annuale delle Attività e disponibilità di risorse;
 - monitoraggio, controllo e verifica dei risultati di ciascun soggetto erogatore.

La funzione di committenza è direttamente garantita, con modalità collegiali, dalla Direzione Strategica che può farsi affiancare, di volta in volta, dai Direttori dei Centri di Coordinamento coinvolti nel processo.

Art. 17 - LA FUNZIONE DI PRODUZIONE

La Funzione di Produzione è coordinata dalle Unità Complesse aziendali e si espleta attraverso l'utilizzo ottimale delle risorse assegnate. Il ruolo di "Produttore finale" è affidato alle Strutture che erogano, all'esterno, servizi e prestazioni quantificabili economicamente.

Il ruolo di "Produttore intermedio" è affidato alle Strutture che erogano servizi e prestazioni all'interno dell'organizzazione e contribuiscono, attraverso compiti di supporto, alla produzione delle prestazioni finali.

La Funzione di Produzione può essere espletata anche da altre Aziende Sanitarie, da strutture private o da singoli privati, attraverso forme di convenzionamento, per la fornitura di servizi o l'acquisizione di singole prestazioni, finali o intermedie.

La distinzione fra attività di committenza e di produzione trova applicazione concreta attraverso un processo graduale e costante di adeguamento di tutte le azioni finalizzate allo svolgimento delle attività di erogazione dei servizi, ai modelli organizzativi e ai meccanismi operativi propri dell'Azienda, nel rispetto delle direttive regionali sul governo della spesa.



La Funzione di Produzione può essere espletata attraverso Sperimentazioni Gestionali che l'Azienda promuove al fine di favorire l'apertura del proprio sistema (organizzato in forma pubblica) a forme di collaborazione con soggetti privati o del privato sociale.

Le attività gestionali sono esercitate, di norma, con atti e provvedimenti amministrativi di matrice pubblicistica nell'osservanza dei principi generali dell'azione amministrativa e nel rispetto della legge sul procedimento amministrativo e delle normative specifiche di settore.

Talvolta l'Azienda, nell'adozione di atti di natura non autoritativa, salvo che la legge non disponga diversamente, agisce secondo le norme di diritto privato.

Art. 18 - LA FUNZIONE DI GOVERNO

Le funzioni di Governo dell'Azienda, comprendono gli aspetti:

- clinico-assistenziali
- economico – gestionali

Art. 18.1 - IL GOVERNO CLINICO – ASSISTENZIALE

Il Governo Clinico - Assistenziale si realizza attraverso l'esercizio di responsabilità del miglioramento continuo dei servizi erogati e nel rispetto del principio dell'appropriatezza, che rappresenta un dovere per l'istituzione e un diritto per il cittadino.

Il Governo Clinico - Assistenziale ha come obiettivo principale l'affidabilità, e il miglioramento continuo della qualità e si concretizza attraverso azioni, sinergiche e coerenti tra loro che tenendo conto della realtà operativa e della sperimentazione pratica, siano finalizzate al raggiungimento degli obiettivi di salute.

In coerenza con la **Vision** dell'Azienda Sanitaria Locale, il governo clinico sviluppa il bisogno di integrazione delle competenze scientifiche, tecniche ed assistenziali, – derivante dai caratteri del processo clinico, accresciuto per effetto dell'evoluzione tecnologica. Grazie agli sviluppi dell'information technology, la diagnostica medica è, infatti, in rete: le immagini diagnostiche, da qualunque macchinario prodotte, sono rese traducibili in parametri quantitativi, dunque integrabili in un medesimo sistema informatico, e trasmissibili a distanza attraverso reti informatiche.



Inoltre significativi sono gli sviluppi delle tecnologie miniaturizzate che consentono di attuare interventi medico-chirurgici (chirurgia endoscopica, radiologia interventistica...) sempre meno invasivi.

L'azienda adotta i principi e gli strumenti del governo clinico come elementi strategici del proprio modello professionale.

È un sistema mediante il quale tutti gli operatori sanitari si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei servizi e della salvaguardia di alti standard professionali, creando un ambiente in cui possa svilupparsi l'eccellenza clinica mediante l'adozione di un complesso di azioni integrate tali da porre i professionisti in grado di garantire i migliori esiti qualitativi possibili alle loro attività.

Il governo clinico rappresenta, quindi, un fondamentale sistema della gestione dell'organizzazione le cui componenti principali si fondono su:

- **Visione integrata e multidisciplinare dell'assistenza e definizione di precise linee di responsabilità individuali e collettive:** a tale scopo l'Azienda promuove forme di responsabilità specifica rispetto alle strutture organizzative nelle quali si articola e, all'interno delle stesse, rispetto ai processi assistenziali gestiti con particolare attenzione a quelli caratterizzati da una maggiore prevalenza. Allo scopo di assicurare l'efficace ed efficiente gestione dei processi più rilevanti, inoltre, l'Azienda promuove soluzioni organizzative orientate a responsabilizzare i professionisti coinvolti in una logica multidisciplinare e interprofessionale;
- **predisposizione di indirizzi clinici chiari e trasparenza dei risultati clinici ottenuti:** a tal fine l'Azienda promuove la gestione per processi quale strumento fondamentale di programmazione-controllo e valutazione dell'operato dei soggetti organizzativi titolari di responsabilità di struttura o di processo. La comparazione dei risultati (benchmarking), conseguiti, con il contributo attivo dei professionisti interessati, è effettuata secondo criteri temporali, in una logica di trend, e rispetto a standard predefiniti, nonché con i risultati conseguiti presso altre organizzazioni sanitarie sia Regionali che extra regionale;
- **programmi di miglioramento della qualità:** l'Azienda si impegna ad aderire e, se del caso, a promuovere autonomamente, programmi orientati al miglioramento continuo della qualità delle prestazioni sulla base di principi, criteri e piani riconosciuti a livello internazionale anche con il supporto della Regione;
- **audit e medicina basata sulle prove d'efficacia:** l'Azienda promuove l'audit, inteso come momento di revisione e di verifica tra pari dei processi clinico assistenziali, e la medicina basata sulle prove d'efficacia, attraverso il sistematico monitoraggio dei percorsi diagnostico terapeutici, la comparazione degli standard clinico-assistenziali con quelli definiti in altre aziende sanitarie sia a livello regionale che nazionale.
- **sviluppo dei sistemi di prevenzione basati sulla evidenza scientifica;**
- **pratica della gestione e della comunicazione del rischio:** l'Azienda attua e coordina tutte le azioni necessarie e possibili per la gestione del rischio includendo, pertanto, la valutazione, il trattamento, l'accettazione e la comunicazione del rischio. Sul piano operativo, è necessario procedere alla periodica mappatura dei rischi, individuando quelli a maggiore prevalenza, e alla definizione di procedure e regole di



comportamento volte a ridurre i rischi maggiori e più frequenti. Del pari è necessario fissare specifici obiettivi per la prevenzione della rischiosità aziendale, anche in seno al sistema di budget aziendale, ed organizzare un sistema di monitoraggio continuo che assicuri la rilevazione degli eventi avversi e di quelli sentinella.

- **sviluppo delle attività di accreditamento professionale e di sviluppo continuo delle professionalità:** l'Azienda, anche attraverso i sistemi di valutazione interna, sviluppa sistemi di accreditamento professionale, attraverso la rilevazione e il monitoraggio delle esperienze maturate e della formazione effettuata dai professionisti, allo scopo di realizzare specifici piani individuali di sviluppo professionale.
- **empowerment del paziente-utente e della comunità** attraverso la realizzazione di processi partecipativi che vedano coinvolti tutti gli attori (politici, professionali, amministrativi e sindacali)
- **costruzione di un adeguato sistema informativo**, che consente di porre fine alla tradizionale separazione tra la sfera medica e la sfera economica, coniugando informazioni relative agli aspetti clinici dell'assistenza con informazioni relative agli aspetti organizzativo-gestionali, per costruire indicatori quantitativi e qualitativi che partano da una rappresentazione dei processi assistenziali condivisa tra le due componenti;
- **organizzazione delle risorse in modo da ottimizzare e qualificare i servizi perseguendo** il miglioramento continuo:
 - ✓ della qualità organizzativa (efficienza);
 - ✓ della qualità tecnica (efficacia);

In tal senso, il governo clinico non può essere inteso come sistema professionale svincolato dalla **gestione organizzativa ed economica aziendale**. Esso non può essere inteso come sistema parallelo e avulso dagli altri sistemi di gestione e governo aziendale. I risultati clinici, infatti, sono il frutto della gestione complessiva dell'azienda e gli obiettivi da perseguire, relativi alla dimensione clinico-assistenziale, devono essere parte integrante del complessivo processo di programmazione-controllo-valutazione dell'Azienda.

La funzione di governo clinico è presieduta dalla Direzione Sanitaria Aziendale che assume il ruolo di orientamento tecnico-metodologico e di coordinamento generale e si avvale della collaborazione dei Responsabili delle Macro Strutture, di cui sono precisati e sanciti gli ambiti di autonomia e responsabilità.

La responsabilità del governo clinico, con riferimento allo specifico sistema di obiettivi ricade infatti su ogni livello organizzativo e professionale, **secondo il sistema delle deleghe di funzione di cui al Capo IV e Capo V del presente Titolo.**



Art. 18. 2 - IL GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA

Per il governo integrato delle liste di attesa per le prestazioni assistenziali (per esempio, ricoveri ospedalieri, prestazioni specialistiche ambulatoriali, ecc.), l'Azienda attiva un sistema complessivo che mette in relazione le attività svolte dalle diverse componenti aziendali (assistenziali e tecnico-amministrative), da altre aziende del SSSR e dalle strutture private accreditate. Le principali funzioni di tale sistema sono le seguenti:

- ✓ la definizione di percorsi assistenziali trasversali alle diverse strutture di erogazione e ai diversi professionisti coinvolti, esplicitando anche i criteri di priorità assistenziale nell'accesso alle prestazioni di ricovero e ambulatoriali;
- ✓ la definizione, eventualmente anche in sede di budget, di specifici protocolli operativi formalizzati dalla Direzione aziendale, per l'ottimizzazione nell'uso delle risorse aziendali indipendentemente dalla loro collocazione fisica e dalla referenza gerarchica;
- ✓ la modulazione flessibile dell'offerta di prestazioni, attraverso l'aumento e/o la diminuzione di singole prestazioni aziendali erogate dal personale dipendente, quello convenzionato e dalle strutture private accreditate;
- ✓ la gestione delle prenotazioni, che comprende la preparazione operativa delle liste di prenotazione da parte dei singoli erogatori, l'accessibilità multicanale offerta al cittadino (call center, online, sportelli aziendali e non, contestualmente alle prestazioni assistenziali) e la gestione delle disdette;
- ✓ l'integrazione con il sistema informativo che supporta la realizzazione del Fascicolo Socio- Sanitario Elettronico regionale (FSSE).

Per ottimizzare la gestione delle prenotazioni e tutelare il diritto dell'assistito a ottenere la prestazione ambulatoriale nei tempi e nelle sedi più appropriate alla domanda, nel rispetto del diritto di scelta dell'assistito e delle indicazioni normative, l'Azienda mantiene attivo il Centro Unico di Prenotazione.

La Direzione Generale ha la responsabilità della stipula degli accordi contrattuali con le strutture private accreditate.

Al fine di garantire il rispetto delle tempistiche, mediante le azioni programmate per il raggiungimento degli obiettivi aziendali previsti dalla normativa regionale, la Direzione Generale ha, altresì, la responsabilità dell'attuazione del **Piano attuativo aziendale triennale per il governo delle liste di attesa** che adotta su base triennale e aggiorna in conformità ai seguenti Piani Nazionali e Regionali:

- Legge Regione Puglia n. 13/2019;
- Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (**PNGLA**) per il Triennio 2019-2021 (di cui all'Intesa tra il Governo, le Regioni e Province Autonome di Trento e di Bolzano, Rep. Atti n. 28/CSR del 21 Febbraio 2019);
- Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (**PRGLA**) per il Triennio 2019-2021 (adottato con DGR n. 735 del 18/04/2019);
- Specifiche Linee guida regionali.

L'ASL BT – in esecuzione e recepimento del Piano Aziendale per il Governo delle Liste d'Attesa, provvede alla nomina del Rappresentante Unico delle Liste di attesa



(R.U.L.A) che esercita le funzioni e i compiti delineati nel citato Piano per il Governo delle liste di attesa.

In conformità agli obblighi di pubblicazione e trasparenza dei dati, documenti e informazioni di cui al D.lgs n. 33/2013, il monitoraggio dei tempi di attesa è pubblicato e aggiornato nell'apposita sottosezione "Servizi Erogati" – sottosezione di II livello "Liste di attesa" della sezione Amministrazione Trasparente del sito Istituzionale, consultabili al seguente link <https://www.sanita.puglia.it/web/asl-barletta-andria-trani/tempi-di-attesa>.

Art. 18.3 – L'ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE INTRAMURARIA - A.L.P.I

L'Azienda, nel rispetto della legislazione nazionale, come integrata dalle norme contrattuali dei C.C.N.L., nonché in ottemperanza della normativa regionale ed in particolare del Regolamento Regionale n. 2/2016 recante "**Linee Guida sull'attività libero - professionale intramuraria del personale dipendente della Dirigenza Medica, Veterinaria e del Ruolo Sanitario delle Aziende del S.S.R.**" assicura l'esercizio della libera professione intramuraria per le seguenti finalità:

- **ridurre i tempi di attesa delle prestazioni sanitarie** garantendone l'innalzamento dei livelli essenziali e il miglioramento della qualità dei servizi erogati;
- **contribuire ai processi di sviluppo organizzativo dei servizi offerti** ai pazienti, mettendo a disposizione e valorizzando il patrimonio di conoscenze, capacità, esperienze e risorse organizzative, tecnologiche e strutturali dell'Azienda, nell'ambito di un sistema sanitario locale del quale l'Azienda costituisce il primo responsabile e garante;
- **rafforzare la capacità competitiva dell'Azienda**, non solo relativamente alle prestazioni garantite e finanziate dal Servizio Sanitario Nazionale, ma anche nel mercato più generale dei servizi sanitari;
- **garantire i diritti e valorizzare** il ruolo e le opportunità di **sviluppo professionale** dei dipendenti dell'Azienda.

A tal fine, l'Azienda monitora che il volume di attività libero professionale non sia superiore al volume delle attività eseguite in via istituzionale, onde evitare che il disallineamento dei volumi di attività possa comportare una probabile compromissione dei tempi di attesa a danno del paziente-utente.

Le modalità di autorizzazione, gestione ed erogazione dell'A.L.P.I, nonché il relativo monitoraggio, trovano una puntuale disciplina nello specifico regolamento aziendale che la Direzione Generale adotta e aggiorna, come da ultimo effettuato con deliberazione n. 1260 del 22.settembre 2022, nonché nella Sezione sul monitoraggio dell'ALPI del Piano attuativo aziendale triennale per il governo delle liste di attesa, di cui al precedente articolo del presente Atto aziendale.



Art. 18.4 - IL GOVERNO ECONOMICO - GESTIONALE

La Funzione Gestionale dell'Azienda presiede la compatibilità tra i Livelli Essenziali di Assistenza (L.E.A.) e l'allocazione delle risorse per l'esercizio delle funzioni di produzione e di committenza, in modo efficiente e nel rispetto del principio di equilibrio economico-finanziario di bilancio.

L'Azienda garantisce il contenuto dell'assistenza erogata, uniformandosi a quella prevista su tutto il territorio nazionale utilizzando lo strumento dei L.E.A. che assicurano i livelli di efficacia e di appropriatezza delle prestazioni.

A tale scopo la direzione aziendale, **in un processo negoziato**, definisce obiettivi operativi di attività e di qualità, in coerenza con le risorse effettivamente disponibili, integrando, in tal modo, la programmazione economico-finanziaria con il governo clinico aziendale.

L'allocazione delle risorse è formulata infatti in funzione degli obiettivi di salute, delineati dai Piani Sanitari Nazionali e dal Piano della Salute Regionale e articolati in modo da garantire il più elevato livello di qualità dell'assistenza, monitorata e verificata attraverso gli indicatori classici rappresentati da:

- accessibilità;
- appropriatezza;
- continuità;
- tempestività;
- riduzione dei rischi.

La Funzione Gestionale si basa su un processo di integrazione (verticale, orizzontale, professionale, settoriale) delle risorse disponibili. I responsabili della produzione e delle risorse devono, pertanto, garantire la coerenza tra:

- piani annuali aziendale delle performance e i programmi delle attività;
- risorse necessarie, risorse disponibili e attività e/o servizi da erogare.

Tutto il processo deve essere improntato alle logiche e al modello di gestione della Direzione per Obiettivi e finalizzato al conseguimento del risultato atteso.

Le risorse da rendere disponibili per le Macro Strutture (Centri di Costo) vengono negoziate secondo modalità predefinite dalla committenza (Direzione Strategica), secondo le tecniche di budgeting.

I relativi budget vengono valorizzati in base alle tariffe per prestazione e/o a costi standard ovvero costi predeterminati per funzioni assistenziali e per programmi di



attività, secondo le modalità descritte dal D.lgs. n° 165/2001 ed in ossequio ai principi di cui al d.lgs n. 150/2009 e s.m.i..

Il governo economico aziendale si avvale dei seguenti strumenti di supporto:

- bilancio pluriennale di previsione;
- budget aziendale annuale, comprendente, tra l'altro, il budget economico, il budget finanziario e quello patrimoniale;
- budget operativo relativo a tutte le articolazioni organizzative strutturali dell'azienda;
- piano degli investimenti;
- monitoraggio dei consumi.

Allo scopo di assicurare **il controllo degli obiettivi economici e finanziari**, l'Azienda è dotata dei seguenti strumenti:

- contabilità generale economico-finanziaria patrimoniale;
- contabilità analitica per centri di costo.

Rientra nel governo economico aziendale emanare direttive volte alla piena applicazione dei sistemi contabili adottati, all'individuazione di criteri uniformi per la rilevazione dei dati elementari a valenza contabile e la loro elaborazione, allo scopo di garantirne trasparenza, completezza, omogeneità e confrontabilità.

La funzione del governo **economico-gestionale** è presieduta dalla Direzione Amministrativa che assume quindi il ruolo di orientamento tecnico-metodologico e coordinamento generale del governo economico- gestionale aziendale.

La responsabilità del governo economico, con riferimento allo specifico sistema di obiettivi dettagliato nel budget ricade su tutti i soggetti organizzativi dotati di uno specifico budget.

Le posizioni che ricoprono una responsabilità di tipo funzionale relativa all'acquisizione delle condizioni produttive (personale, materiali, servizi, ecc..), hanno una responsabilità di governo economico trasversale complessiva per i fattori produttivi di competenza, **secondo il sistema delle deleghe di funzione di cui *al Capo IV e Capo V* del presente Titolo.**

- CAPO III -

- GESTIONE E PIANIFICAZIONE STRATEGICA INTEGRATA -

Art. 19 – LA PIANIFICAZIONE STRATEGICA INTEGRATA

La **Mission** e la **Vision** dell'ASL BT, delineata nel **Titolo I** del presente Atto aziendale, si costruiscono e si realizzano mediante un sistema dinamico integrato di attività ed organizzazione che tiene conto delle seguenti necessità e prospettive:



ASL BT

PugliaSalute

- ❖ sviluppare una programmazione strategico aziendale pluriennale, con aggiornamento annuale, nella quale tutti i documenti di programmazione clinica, economica e tecnico-amministrativa siano coerenti ed interconnessi fra di loro;
- ❖ attuare il principio di trasparenza, in coerenza con il combinato disposto delle norme di cui al D.lgs n. 33/2013 e s.m.i. con l'art. 11 del D.Lgs. n. 150/2009, intesa quale accessibilità totale alle informazioni riguardanti ogni aspetto dell'organizzazione, degli indicatori relativi agli andamenti gestionali e all'utilizzo delle risorse per il conseguimento delle funzioni gestionali e istituzionali, ai risultati dell'attività di misurazione e valutazione svolta dagli organi competenti, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo nel rispetto dei principi di buon andamento e imparzialità.
- ❖ adeguarsi alle novelle legislative e regolamentari nazionali e regionali;
I principali documenti di pianificazione e programmazione aziendale sono:
- ❖ Gli strumenti relativi al sistema locale di offerta socio-sanitaria (Piano Attuativo Locale - PAL, Piano di Zona e Programma delle Attività Territoriali - PAT).
- ❖ il Bilancio pluriennale di previsione;

Per il governo delle funzioni economico – gestionali, l'ASL BT, oltre al necessario raccordo tra programmazione del Bilancio Previsionale annuale e pluriennale ed il Ciclo di Gestione della performance aziendale, di cui al D.lgs n. 150/2009 e s.m.i., adotta il Piano integrato di attività ed organizzazione (**P.I.A.O.**) avente durata triennale, con aggiornamento annuale e che si compone delle seguenti sezioni:

- ✓ Il Piano della performance
- ✓ Il Piano triennale di prevenzione della Corruzione e della Trasparenza
- ✓ Il Piano triennale di Fabbisogni del personale
- ✓ Il Piano Operativo per il lavoro agile
- ✓ Il Piano di Formazione
- ✓ Il Programma di Digitalizzazione

L'ASL BT si conforma, nella pianificazione strategica per l'attuazione del governo clinico-assistenziale, agli obiettivi strategici dalla **Mission 6 Salute del PNRR**:

- Reti di Prossimità, Strutture e Telemedicina per l'assistenza Sanitaria Territoriale;
- Innovazione, Ricerca e Digitalizzazione Del Servizio Sanitario Nazionale

L'ASL BT, si conforma nella pianificazione strategica per l'attuazione del governo gestionale agli obiettivi strategici dalla **Mission 1 del PNRR**:

- Digitalizzazione, Innovazione e Sicurezza nella PA



Art. 19.1 – LA PIANIFICAZIONE STRATEGICA DEL GOVERNO CLINICO, SOCIO-SANITARIO E ASSISTENZIALE

La programmazione strategica attinente al governo clinico è elaborata dalla Direzione Generale e Sanitaria aziendale.

Il Direttore Generale con il supporto del Collegio di Direzione, ed in collaborazione con la Conferenza dei Sindaci e nel rispetto di principi e obiettivi del Piano socio-sanitario regionale, elabora e definisce le linee strategiche per il governo locale dei servizi sanitari e sociosanitari, in una logica di sistema e di condivisione degli obiettivi con tutti i soggetti interni ed esterni all'Azienda ("pianificazione partecipata").

L'offerta socio-sanitaria si compone infatti dell'insieme articolato, complesso e coerente di interventi e servizi atti a soddisfare bisogni di salute della popolazione mediante percorsi assistenziali integrati che richiedono l'integrazione di prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale.

Il processo di pianificazione è attuato dall'Azienda attraverso gli strumenti previsti dalla normativa nazionale e regionale di cui alla Legge Regionale n.26 del 3 agosto 2006, nonché alle disposizioni normative ex art. 3, comma 4 e d art. 5, comma 4, della Legge Regionale n.25 del 3 agosto 2006, in stretta connessione con gli altri strumenti di pianificazione locale.

In particolare, il Direttore Generale propone il Piano attuativo locale (PAL), strumento di pianificazione strategica che determina linee di sviluppo, obiettivi e politiche di medio – lungo periodo dell'intera struttura organizzativa aziendale, ed il Piano annuale delle attività, programma di attività e bilancio economico preventivo di raccordo con la pianificazione strategica.

Al fine, poi, di favorire il raccordo tra interventi sanitari e socio-sanitari di competenza dell'ASL BT con interventi sociali di competenza degli EE.LL., i Comuni afferenti al Distretto, d'intesa con l'ASL, predispongono il **Piano Sociale di Zona**.

L'integrazione socio-sanitaria si realizza solo se si consolida un solo processo di programmazione che va dal **Programma delle Attività Territoriali** al Piano Sociale di Zona, in modo da rendere compatibili tra loro le scelte previste per soddisfare i bisogni sanitari e socio-sanitari e quelle assegnate ai bisogni sociali e socio-sanitari.

I due strumenti, pertanto, devono essere gestiti all'interno di un unico percorso logico e concertato tra ASL e EE.LL.

L'integrazione e il coordinamento dei servizi socio-sanitari con i servizi sociali sono facilitati da un supporto informativo organico ed integrato tra i servizi sociali dei Comuni e servizi socio-sanitari dell'Azienda.

Il Piano Attuativo Locale:

a. È redatto dal Direttore Generale che si avvale del contributo del Collegio di Direzione dell'Azienda sanitaria;



- b.** Si tratta di uno strumento di pianificazione strategica riferito allo spazio temporale di tre anni, che determina le linee di sviluppo, gli obiettivi e le politiche di medio-lungo termine dell'intera struttura organizzativa aziendale, coordinando e integrando le attività delle Macrostrutture, delle Strutture Complesse e loro articolazioni e delle Strutture Semplici di livello Dipartimentale;
- c.** È coordinato, inoltre, col Piano Sociale di Zona, in modo da favorire le sinergie con lo stesso, e con il Programma delle attività territoriali del Distretto;
- d.** È adottato entro il 31 dicembre dell'ultimo anno di vigenza del piano precedente ed è aggiornato annualmente, entro il 31 dicembre, in correlazione anche alla verifica dello stato di attuazione della programmazione;
- e.** Lo approva la Conferenza dei Sindaci, che esprime parere obbligatorio;
- f.** La Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e sociosanitaria regionale - sulla base dell'istruttoria assicurata dal Comitato tecnico - verifica il rispetto delle priorità, la conformità del Piano Attuativo Locale al PRS, la compatibilità finanziaria degli obiettivi, dell'allocazione delle risorse e ne propone l'approvazione alla Regione;
- g.** L'Azienda per la realizzazione delle finalità legate al Piano Attuativo Locale adotta strumenti di misura e valutazione delle attività sanitarie attraverso indicatori di processo e di esito, sulla base delle linee guida regionali.

Il Piano Sociale di Zona (PSZ):

- a.** Il Piano Sociale di Zona costituisce lo strumento primario di attuazione della rete dei servizi sociali e dell'integrazione socio-sanitaria;
- b.** Si configura come "piano regolatore dei servizi alla persona", con riferimento ad un ambito territoriale corrispondente a quello del Distretto Socio Sanitario;
- c.** Le competenze, all'interno del più generale quadro di politiche sanitarie e sociali, vanno dai servizi di assistenza sociale ai servizi ad elevata integrazione socio-sanitaria;
- d.** È promosso dalla Conferenza dei Sindaci;
- e.** È approvato dalla stessa Conferenza, sentiti tutti gli enti pubblici interessati ed i soggetti privati, operanti nel sistema dei servizi sociali, con il supporto del Direttore dei Servizi Sociali dell'Azienda;
- f.** Costituisce la base fondamentale, sulla quale sono decise le deleghe all'Azienda, da parte dei Comuni, alla gestione dei servizi sociali, in relazione alle convenzioni già adottate in ambito distrettuale tra i Comuni;
- g.** L'Azienda partecipa alla elaborazione del Piano Sociale di Zona nel rispetto della L.R. n. 19/2006.

I Piani per la prevenzione

- a.** La Commissione OMS su Ambiente e Salute afferma: *"La salute umana, in ultima analisi, è funzione della capacità delle società di gestire la interazione tra le attività umane e l'ambiente fisico e biologico in modo tale da garantire e promuovere la salute senza incidere sulla integrità dei sistemi naturali dai quali dipendono l'ambiente fisico e biologico medesimo"*;
- b.** La Regione Puglia elabora il *"Piano Regionale di Prevenzione"*, recependo l'Intesa Stato Regioni e province autonome;



c. L'Azienda, in linea con gli orientamenti internazionali, nazionali e regionali attua piani e programmi orientati alla prevenzione di tutti i fattori sfavorevoli riconosciuti dalla comunità scientifica, condividendo l'importanza del rapporto "ambiente e salute" e consapevole della forte correlazione tra gli stessi nel determinare lo stato di salute della popolazione;

d. Si tratta di obiettivi molto complessi da pianificare perché un programma efficace di interventi concreti e finalizzati a modificare gli stili di vita di una popolazione si basa sulla profonda conoscenza di dati ambientali, territoriali e urbanistici, epidemiologici di mortalità e indicatori sanitari, demografici, culturali e sociali;

e. L'Azienda elabora gli interventi di prevenzione, sia primaria che secondaria, attivando un piano per la prevenzione che individua ambiti precisi per i programmi – intervento previsti nei Piani Regionali di Salute.

Il Piano Annuale delle Attività

a. Il Piano Annuale delle Attività è lo strumento di programmazione riferito allo spazio temporale di un anno, che individua gli obiettivi a medio e breve termine e le risorse che necessarie per raggiungerli;

b. È costituito dal programma di attività e bilancio economico preventivo;

c. Rappresenta lo strumento principale di collegamento e raccordo con la pianificazione strategica che garantisce la coerenza dei singoli obiettivi di attività delle Macrostrutture, delle Strutture Complesse e loro articolazioni e delle Strutture Semplici dipartimentali con la programmazione aziendale;

d. È coordinato col Piano Sociale di Zona (in modo da favorire l'integrazione tra i due documenti), e con il Programma delle Attività Territoriali del Distretto;

e. È adottato entro il 31 dicembre dell'ultimo anno di vigenza del piano precedente, in correlazione anche alla verifica dello stato di attuazione della programmazione e approvato dal Comitato distrettuale dei Sindaci.

Il Programma delle Attività Territoriali (PAT):

a. Il Programma delle Attività Territoriali è basato sul principio dell'intersectorialità degli interventi e contiene:

-la previsione della localizzazione dei servizi;

-la determinazione delle risorse per l'integrazione socio-sanitaria e le quote rispettivamente a carico dell'Azienda e dei Comuni;

b. La funzione è tradurre in termini operativi, nel contesto specifico del Distretto, gli obiettivi e gli indirizzi contenuti nei documenti annuali di programmazione attuativa locale;

c. Il PAT si inserisce nel complesso sistema della programmazione sociosanitaria e si coordina con quanto previsto dal Piano di Zona dei servizi sociali relativamente agli interventi sociali e socio sanitari:

- è proposto dal direttore del Distretto sulla base delle risorse assegnate e delle indicazioni della Direzione aziendale;

- è approvato dal Direttore Generale d'intesa con il Comitato distrettuale dei Sindaci, limitatamente alle attività socio-sanitarie, e tenuto conto delle priorità stabilite a livello regionale;

- è elaborato con cadenza annuale in stretto raccordo con il budget di Distretto ed è recepito dal Direttore Generale nel Piano attuativo locale.



Art. 19.2. – PIANIFICAZIONE DEL GOVERNO ECONOMICO – IL BILANCIO

L'Azienda Sanitaria locale BT, in ottemperanza al Decreto Legislativo n. 118 del 23 giugno 2011 recante *“disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio di previsione annuali e schemi di bilancio pluriennali delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi”*, predispone un bilancio preventivo economico annuale, in coerenza con la programmazione sanitaria e con la programmazione economico-finanziaria della Regione e secondo gli indirizzi nazionali e comunitari contenuti nel D.E.F., Documento di Economia e Finanza.

Il Bilancio di previsione annuale si compone dei seguenti allegati:

- Conto Economico preventivo
- Conto Economico previsionale pluriennale
- Nota illustrativa a corredo del Bilancio Economico Preventivo
- Relazione del Direttore Generale
- Conto Economico dettagliato secondo il Modello CE di cui allo schema previsto dal D.M. 15.06.2012 e ss.mm., al netto dei costi e ricavi sociali
- Piano dei flussi di cassa prospettici
- Piano degli investimenti

Il Bilancio Pluriennale di Previsione rappresenta la traduzione in termini economici, finanziari e patrimoniali del Piano Attuativo Locale e degli altri strumenti della pianificazione e programmazione adottati dall'Azienda; ha una durata corrispondente a quella del Piano attuativo locale ed è aggiornato annualmente per scorrimento;

Il Bilancio Pluriennale di Previsione, nello specifico:

- rappresenta, in particolare, gli investimenti e la loro copertura finanziaria;
- è redatto sulla base dello schema del bilancio pluriennale di previsione;
- è articolato per esercizio, con separate indicazioni dei servizi socioassistenziali, ed è aggiornato annualmente e comprende:
 - il preventivo economico, che evidenzia costi e oneri, ricavi e proventi per ciascun anno di riferimento;
 - il prospetto fonti ed impieghi, che evidenzia la previsione dei flussi in entrata e in uscita, per ciascun anno di riferimento;
 - la previsione del risultato economico dell'Azienda, evidenziata in forma analitica e relativa all'anno successivo;
 - una relazione illustrativa, a cura del Direttore Generale, che prioritariamente descrive gli investimenti da attuarsi nell'esercizio, le prestazioni che si intendono erogare, i dati analitici del personale e la composizione del budget con relativi obiettivi e risorse;

Il contenuto di ogni singola parte è articolato per anno, rispetto alle fondamentali strutture dell'Azienda, con separata evidenza dei servizi sociali;

È strutturato secondo lo schema obbligatorio fornito dalla Giunta Regionale, in modo da consentire la rappresentazione degli equilibri economici, finanziari e



patrimoniali, in analogia alla struttura e ai contenuti del Bilancio economico preventivo e del budget generale.

La necessaria coerenza e l'integrazione tra la programmazione economico-finanziaria e il ciclo della performance viene assicurata attraverso l'attività di valutazione dell'impatto economico degli obiettivi strategici ed operativi.

Tale valutazione si realizza attraverso l'analisi tecnica del Controllo di Gestione e dell'Area Gestione Risorse Economico-Finanziarie: qualora le attività periodiche di monitoraggio e di controllo evidenzino scostamenti di rilievo nel consumo dei fattori produttivi rispetto ai livelli attesi di produzione vengono conseguentemente identificate e adottate specifiche azioni correttive volte al rispetto del Bilancio economico preventivo.

In tal senso il bilancio pluriennale di previsione tiene conto delle prodromiche attività di valutazione e di coerenza, rispetto alle specifiche indicazioni/linee operative regionali a tale riguardo.

Art. 19.3 – LA PIANIFICAZIONE DEL GOVERNO GESTIONALE.

IL BUDGETING INTERNO

La metodica di budget si basa sul raccordo della programmazione nazionale, regionale ed aziendale.

La Direzione Strategica attua il processo di budgeting o "controllo ex ante" nel quale determina le linee strategiche necessarie per orientare la gestione dell'Azienda all'interno della programmazione nazionale e regionale, compatibilmente con le risorse disponibili ed assegnate dai Documenti di indirizzo economico e finanziario.

L'attività di budgeting deve essere coerente con le:

- Indicazioni della programmazione nazionale;
- Indicazioni della programmazione regionale;
- Indicazioni della programmazione aziendale;
- Risorse disponibili sia in termini di risorse correnti che in c/capitale;
- Risultanze della gestione consuntivata nei periodi precedenti.

I Direttori dei centri di responsabilità, coordinati dall'Unità Controllo di Gestione, formulano una proposta di budget.

Il processo di budgeting porterà a sviluppare una struttura di previsione che comprende:

- Documento delle direttive strategico-aziendali;
- Budget generale;
- Bilancio Pluriennale di Previsione;
- Budget delle Macrostrutture;
- Budget per Dipartimento Strutturale;
- Budget per Centro di Responsabilità;
- Programma Annuale degli Investimenti;

Il documento che annualmente opera la coerenza tra piani strategici ed economici è il Piano **delle Performance** che contiene gli obiettivi prioritari intercettati dalla Direzione Generale e le indicazioni su "come" realizzarli, secondo il metodo della direzione per obiettivi;



La proposta di budget è oggetto di negoziazione con la Direzione Strategica che attraverso il Controllo di Gestione valuta la compatibilità o meno con le risorse aziendali e le indicazioni programmatiche.

L'insieme dei budget costituisce il Budget Generale dell'Azienda ed è parte integrante del Bilancio Economico preventivo.

Con cadenza infra-annuale e in modo sistematico, vengono fornite informazioni sull'attività e sull'utilizzo delle risorse per monitorare che l'andamento della gestione sia in linea con gli obiettivi assegnati e per adottare, eventualmente, le misure correttive necessarie.

Il processo di budgeting, associato alle procedure di controllo, deve garantire, nell'ottica del progressivo decentramento funzionale, una gestione decentrata nel rispetto:

- del regolamento delle deleghe ai dirigenti;
- delle risorse assegnate;
- degli obiettivi assegnati;

Il processo di budgeting deve essere correlato con il sistema di valutazione del personale e, quindi, con il sistema incentivante.

È correlato, inoltre, con:

- il sistema di contabilità analitica che consente di ripartire i costi aziendali tra i singoli centri di responsabilità e i singoli obiettivi aziendali;
- il sistema informativo che consente, attraverso i sistemi e gli strumenti di reportistica, di raccogliere, archiviare e trattare i dati relativi a costi e indicatori e distribuire le relative informazioni (utente interno);

Art. 19.4 – LA PIANIFICAZIONE DEL GOVERNO GESTIONALE – IL PIANO DELLE PERFORMANCE

Il Piano della performance è il documento programmatico triennale, a scorrimento annuale, adottato in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio, che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici e operativi dell'Azienda e definisce, con riferimento agli obiettivi e alle risorse, gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione, nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale e i relativi indicatori.

Gli obiettivi generali, individuati nel Piano delle Performance che concorrono al perseguimento della **Mission e della Vision** della ASL BT sono riconducibili ai seguenti **cardini**:

✓ **Obiettivi di Mandato** contenuti nell'incarico conferito al Direttore Generale con Delibera di Giunta regionale;

✓ **Obiettivi economico-gestionali**, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali;

✓ **Nuovo Sistema di Garanzie (NSG)** per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria di cui al Decreto Ministero della Salute del 12 marzo 2019 (Gazzetta Ufficiale n. 138 del 14 giugno 2019) e D.G.R. n. 167 del 17 febbraio 2020 recante "Monitoraggio dell'attività della rete ospedaliera (di cui al R.R. n. 23/2019) secondo gli indicatori del



D.M. n. 70/2015 e del Decreto del Ministero della Salute del 12 marzo 2019 (Nuovo Sistema di Garanzia”);

- ✓ **Programma Nazionale Esiti (AGENAS) e Network delle Regioni** (Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant’Anna di Pisa).
- ✓ **Regolamenti Regionali di potenziamento della rete ospedaliera** a seguito della pandemia per Covid-19 e successive modificazioni ed integrazioni
- ✓ **Regolamenti Regionali** recante disposizioni **in materia di accreditamento delle strutture sanitarie e socio – sanitarie**
- ✓ **Prosecuzione delle attività per la realizzazione del nuovo ospedale di Andria** in attuazione della D.G.R. n. 1512 del 2 agosto 2019 e della D.G.R. n. 89 del 22 gennaio 2019 e di implementazione delle attività assistenziali territoriali previste per i P.T.A. di Trani, di Spinazzola e di Minervino Murge nonché per il Presidio Post Acuzie di Canosa di Puglia
- ✓ **Piano triennale del Fabbisogno del Personale** ai sensi dell’art.6 del D.Lgs. n. 75/2017 e del successivo D.M. 8 maggio 2018, in attuazione delle D.G.R. concernenti anche la determinazione dei tetti di spesa del personale delle Aziende ed Enti del SSR
- ✓ **Piano Aziendale per il Recupero delle prestazioni in Lista d’Attesa** posticipate causa pandemia per Covid-19
- ✓ **Linee guida regionali in materia di organizzazione e gestione e controllo analogo delle Società in house** delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario
- ✓ **Linee guida regionali in materia di appropriatezza e qualità delle prestazioni sanitarie, sia per il pubblico che per il privato accreditato**, e intese della Conferenza Stato-Regioni sulla definizione dei “Criteri di appropriatezza dell’accesso ai ricoveri di riabilitazione ospedaliera”
- ✓ **Piano aziendale del rischio clinico**

Gli obiettivi specifici, individuati nel Piano delle Performance che concorrono al perseguimento della **Mission e della Vision** della ASL BT sono correlati alle 5 Aree strategiche di attività dell’ASL BT:

1. Area della Prevenzione;
2. Area dell’Assistenza Ospedaliera
3. Area dell’Assistenza Territoriale
4. Area dell’Assistenza Ospedaliera/Territoriale
5. Area Amministrativa, Tecnica e Funzioni di Supporto.

Le successive attività di attribuzione degli obiettivi operativi e di budget e di monitoraggio degli stessi (avvio del ciclo della performance) alle diverse articolazioni aziendali viene svolta dall’Unità Controllo di Gestione con il supporto trasversale degli uffici e/o degli attori coinvolti nel processo di budget (Comitato di Budget, Direttori di Dipartimento, Direttori di U.O.C., ecc.) e tiene conto dei relativi ruoli, dei compiti e delle deleghe di funzioni ad essi affidate.



Art. 19.5 – MONITORAGGIO E VALUTAZIONE

Il monitoraggio sull'andamento degli obiettivi assegnati alle articolazioni aziendali viene esercitato secondo il **modello di Deming o ciclo di PDCA**, acronimo dall'inglese **Plan-Do-Check-Act**: "Pianificare - Fare - Verificare - Agire" che è un metodo di gestione iterativo, utilizzato per il controllo ed il miglioramento continuo dei processi.

In prima istanza, infatti, l'Unità Operativa Controllo di Gestione dell'ASL BT, mediante il **sistema di reporting** avviato secondo le scadenze temporali programmate nel Piano delle Performance si prefigge di analizzare, **con controlli periodici infrannuali**, i seguenti punti:

- ✓ i risultati *medio-tempore* raggiunti rispetto agli indicatori prefissati
- ✓ le cause di eventuali scostamenti rispetto agli obiettivi posti
- ✓ le azioni da intraprendere per conseguire il risultato finale, eventualmente riprogrammando la composizione degli obiettivi inizialmente concepiti o le relative scadenze.

In seconda istanza, le valutazioni effettuate dalla Direzione Generale con il supporto dell'Unità operativa complessa del Controllo di gestione, nonché dei Direttori Dirigenti responsabili, per le valutazioni del personale di comparto, vengono sottoposte all'attenzione **dell'O.I.V., Organismo Indipendente di valutazione**, tratteggiato per composizione e funzioni nel Titolo II del presente atto aziendale, secondo quanto previsto nell' apposito regolamento aziendale enucleato nello **SMIVAP** (sistema di misurazione e valutazione delle performance) adottato dall'ASL BT ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 7 del D.lgs n. 150/2009 e s.m.i..



Gli Organismi indipendenti di valutazione, anche accedendo alle risultanze dei sistemi di controllo strategico e di gestione presenti nell'amministrazione), verificano l'andamento delle performance rispetto agli obiettivi ((programmati durante il periodo di riferimento e segnalano la necessità o l'opportunità di interventi correttivi in corso di esercizio alla Direzione Strategica, anche in relazione al verificarsi di eventi imprevedibili tali da alterare l'assetto dell'organizzazione e delle risorse a disposizione dell'amministrazione.



Le variazioni, verificatesi durante l'esercizio, degli obiettivi e degli indicatori della performance organizzativa e individuale sono inserite nella **Relazione sulla performance** ex art. 10, comma 1 lett. b) del D.lgs n. 150/2009 e s.m.i..

La **Relazione sulla performance** che evidenzia, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati e alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti, ed il bilancio di genere realizzato, è approvata dalla Direzione Strategica e validata dall'Organismo di valutazione ai sensi dell'articolo 1 ex articolo 14, comma 4, lettera c) del citato D.lgs n. 150/2009 e s.m.i..

L'adozione del Piano delle Performance prima e l'approvazione della Relazione sulla Performance poi, è **conditio sine qua non** per:

- l'erogazione dei trattamenti e delle premialità ai Dirigenti e dipendenti
- l'assunzione di personale o per il conferimento di incarichi di consulenza o di collaborazione comunque denominati
- non incorrere in responsabilità amministrativa-contabile.

In tale ottica, si innesta il sistema di delega delle responsabilità assieme a quello di verifica, controllo e monitoraggio, quali strumenti di gestione a disposizione dei vertici dell'Azienda.

- CAPO IV -

SISTEMA DI RESPONSABILITÀ E DELEGHE

Art. 20. – LA GESTIONE DEI PROCESSI AMMINISTRATIVI

La definizione dei processi è l'elemento cardine dello sviluppo organizzativo e si realizza attraverso:

- ❖ la descrizione della sequenza di attività interrelate ed interagenti che trasformano delle risorse in un output destinato ad un soggetto interno o esterno all'amministrazione (utente).
- ❖ l'individuazione dei rapporti sequenziali tra clienti e fornitori, interni ed esterni all'Azienda.

L'ASL BT attua una mappatura dei processi, adeguata al fine di evidenziare duplicazioni, ridondanze e inefficienze e migliorare in tal modo l'efficienza allocativa e finanziaria, l'efficacia, la produttività, la qualità dei servizi erogati ma anche allo scopo di porre le basi per una corretta attuazione del processo di gestione del rischio corruttivo.

Per l'effetto, la mappatura dei processi si integra con i sistemi di performance management, di budgeting, di auditing e con i sistemi di gestione per la qualità,



secondo il principio guida della “integrazione”, in modo da generare sinergie di tipo organizzativo e gestionale.

Partendo da questa mappatura organizzativa, che l’ASL BT, in conformità al D.lgs n. 33/2013 e s.m.i., pubblica e aggiorna in Amministrazione Trasparente – sottosezione di I livello Livello “Attività e Procedimenti” – sottosezione di II livello “[Tipologie di Procedimenti](#)”, possibile classificare e ordinare le relazioni funzionali tra le diverse articolazioni aziendali e governarle attraverso la costruzione di procedure e protocolli condivisi e migliorare ambiti di attività dove sono presenti nicchie di inefficienze.

La dinamicità produttiva dell’ASL BT è legata a fattori dipendenti dalla gestione e dalla Direzione aziendale (strategie, utilizzo di risorse, abilità gestionali, ecc.) e a fattori indipendenti (tempi di acquisizione delle risorse, incremento dei fabbisogni del personale, stabilità del Governo della Sanità, contesto normativo regionale di riferimento, ecc.).

Questo impone che i Direttori e Dirigenti a cui vengono affidati incarichi gestionali abbiano competenze che consentano di programmare e governare “il senso” degli obiettivi aziendali, entro un preciso quadro di programmi e attività.

Al “gruppo dei Direttori/Dirigenti con incarichi gestionali” sono richieste competenze organizzative specifiche e la capacità di utilizzo di strumenti gestionali in modo da ottimizzare le risorse umane e tecnologiche, disponibili e/o acquisibili, sfruttando a pieno i margini della flessibilità organizzativa derivante dai nuovi assetti aziendali, soprattutto quelli legati alla dipartimentalizzazione.

Art. 20.1 - INCARICHI DIRIGENZIALI

L’esercizio dei poteri e delle attribuzioni derivanti dall’affidamento degli Incarichi Dirigenziali, attribuiti dalla Direzione Generale dell’Azienda, concorre altresì all’attuazione della **mission e vision aziendale**, secondo meccanismi di responsabilità e deleghe di funzioni.

Il conferimento degli incarichi di direzione di strutture complesse e di responsabilità delle strutture semplici e semplici a valenza dipartimentale, nonché l’attribuzione degli incarichi di natura professionale e di alta specializzazione avviene nel rispetto del seguente perimetro normativo:

- **la vigente normativa ex D.lgs n. 165/01 e s.m.i.**
- **i C.C.N.L. di lavoro**
- **la contrattazione decentrata** avviata e definita con le OO.SS. rappresentative
- **la Regolamentazione** che l’ASL BT provvede ad adottare e aggiornare per **la graduazione, conferimento e valutazione degli incarichi**.



Ogni incarico aziendale di direzione o responsabilità di strutture aziendali e di coordinamento dei processi aziendali è associato uno specifico profilo di ruolo, che descrive le competenze scientifico-professionali, organizzative-gestionali e relazionali connesse all'incarico stesso, cioè le responsabilità, le conoscenze, le capacità, gli atteggiamenti, le relazioni organizzative e i comportamenti attesi per ricoprire l'incarico stesso.

Per ogni funzione a preminente valenza gestionale sono individuate: la mission, le specifiche aree di responsabilità nonché le eventuali attribuzioni di competenze proprie.

Per esigenze cui non si possa far fronte con personale in servizio, la Direzione può conferire incarichi individuali ad esperti di provata esperienza e competenza, determinando preventivamente durata, luogo, oggetto e compenso della collaborazione (D.lgs. n.165/01, art.7, punto 6 ed art. 15 *septies* del D.lgs n. 502/92), dopo aver esperito ogni utile tentativo per valorizzare il personale interno in possesso dei requisiti e capacità professionali specifiche.

Art. 20.2 - DOVERI E RESPONSABILITÀ DEI DIRIGENTI

Nell'esercizio delle proprie funzioni, i Dirigenti hanno l'obbligo di lealtà e fedeltà verso l'Azienda.

Ai Dirigenti compete l'esercizio dei poteri e delle attribuzioni derivanti dal D.lgs. 165/2001 e dall'affidamento degli Incarichi Dirigenziali, attribuiti dalla Direzione Generale dell'Azienda, secondo i Criteri previsti dai regolamenti interni dell'ASL BT in ossequio ai Contratti collettivi nazionali di categoria, tanto per la Dirigenza PTA, quanto per la Dirigenza Area Sanità

Relativamente all'incarico attribuito, i Dirigenti sono responsabili:

- della Direzione Complessiva della Struttura cui sono preposti;
- dell'Esercizio dei Poteri di Spesa, per quanto di competenza, dei Poteri di Gestione inerenti alla realizzazione dei Progetti adottati dalla Direttore Generale;
- della Verifica periodica del Carico di Lavoro e della Produttività della Struttura, Unità Operativa o Ufficio e del Singolo Dipendente e l'Adozione dei relativi provvedimenti;
- del Raggiungimento degli Obiettivi assegnati e dei Risultati conseguiti (Budget);
- dell'Attribuzione di Trattamenti Economici, Accessori, per quanto di competenza, nel rispetto dei Contratti Collettivi;
- dell'Individuazione dei Responsabili dei Procedimenti, ai sensi della L. 241/90;
- delle Risposte ai Rilievi degli Organi di Controllo sugli Atti di propria competenza;
- della Formulazione di Proposte al Direttore Generale, in ordine anche all'adozione di Progetti e dei Criteri Generali di Organizzazione degli Uffici;



- della Gestione del Personale e delle Risorse Finanziarie e Strumentali assegnate;
- delle Funzioni di Indirizzo, Coordinamento e Vigilanza nei confronti di Strutture, Unità Operative ed Uffici sotto ordinati.

Art. 21 - LA DELEGA DIFFUSA

Con il presente atto aziendale si conferisce, a tutti gli effetti di legge, ai Dirigenti di Struttura (Centri di Responsabilità e/o di costo) la delega di funzioni ordinarie connesse all'adozione di provvedimenti amministrativi finali, attraverso l'assunzione delle determinazioni, relative ai procedimenti amministrativi rientranti nell'ambito della Struttura cui sono preposti e secondo le modalità dettagliate negli articoli successivi (**livello di micro gestione**).

Il Direttore di Struttura, in coerenza con gli obiettivi assegnati, definisce ed attribuisce ai Dirigenti e collaboratori della propria struttura, gli obiettivi e le relative risorse.

Resta di esclusiva competenza della Direzione Generale l'adozione di atti di programmazione, controllo, alta amministrazione e gestione complessiva aziendale nonché le specifiche attività alla stessa attribuite da specifiche disposizioni normative nazionali e regionali (**livello di macro gestione**).

Art. 21.1 - ADOZIONE DI ATTI AMMINISTRATIVI

Ai Dirigenti responsabili di Strutture dell'A.S.L. BT spetta, nell'ambito della gestione complessiva delle risorse a loro affidate, l'adozione di atti che impegnano l'Azienda verso l'esterno, attraverso autonomi poteri di spesa.

Nell'ottica del decentramento delle funzioni di supporto, i Direttori di Macrostruttura possono esercitare deleghe relative a materie dell'Area Gestione delle Risorse Umane, dell'Area Gestione Tecnica, dell'Area Gestione Patrimonio ed altre, sulla base di specifica regolamentazione interna aziendale concordata tra le parti e adottata con atto formale dalla Direzione Generale.

Possono adottare le determinazioni dirigenziali i Direttori di Struttura.

Il Dirigente delegato ha la piena responsabilità degli atti adottati, sia per gli effetti esterni che per quelli interni.

Art. 21.2. - DELEGHE E SOTTOSCRIZIONE DEI CONTRATTI

I Direttori dell'Area Gestione Patrimonio e dell'Area Gestione Tecnica sono delegati dal Direttore Generale, quali sostituti del rappresentante legale dell'Azienda, a sottoscrivere i contratti in esecuzione di deliberazioni di cui sono competenti per materia, dandone contestuale e formale comunicazione ai Dirigenti che dovranno verificare l'esecuzione nei loro rispettivi ambiti di responsabilità.



Art. 21.3 - DELEGHE E REVOCA IN AUTOTUTELA DEL DIRETTORE GENERALE

Il Direttore Generale, nell'ambito dell'attività di controllo, può nel rispetto dei principi generali dell'ordinamento, annullare d'ufficio e/o revocare i provvedimenti amministrativi illegittimi o inopportuni assunti dal Delegato, nonché può assumere, rispetto agli atti gestionali di diritto privato invalidi o non convenienti assunti dai delegati, le iniziative consentite dal Codice Civile.

Art. 21.4. - PROVVEDIMENTI IN CASO DI RITARDI O INERZIA DEL DIRIGENTE

Nel caso di ritardi o inerzia del Dirigente competente per materia ad adottare l'atto, il Direttore Generale può adottarlo direttamente, ovvero delegare la competenza ad altro Dirigente, previa comunicazione al Delegato rimasto inerte, promuovendo, eventualmente, a carico del medesimo i provvedimenti cArt. 20.4onsequenziali.

In ogni caso, l'avocazione e la sostituzione sono disciplinati da apposito Regolamento interno aziendale che viene all'uopo adottato e aggiornato.

Art. 21.5. – RESPONSABILITÀ E DELEGHE IN MATERIA DI SALUTE E SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO

L'ASL BT si pone l'obiettivo di dare efficacia all'espletamento di tutti gli adempimenti e all'attuazione delle misure di prevenzione e protezione per la sicurezza e salute dei lavoratori mediante l'individuazione ed il coinvolgimento di tutti i soggetti competenti e, pertanto responsabili, relativamente all'attivazione, gestione e controllo di attività o processi rilevanti a tale scopo.

Con delibera n. 1630 del 02.10.2023, l'ASL BT adotta il **Piano delle Competenze e Responsabilità (PCR)** in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, e a cui si rinvia per la disciplina ivi enucleata, con le seguenti finalità:

- delineare le figure coinvolte nel Sistema di Gestione della Salute e Sicurezza sul Lavoro, così come definite dalla normativa vigente;
- formalizzare l'individuazione dei diversi professionisti interessati, e dei relativi compiti e responsabilità, all'interno dell'organizzazione aziendale;

Nell'ambito di tale modello organizzativo dedito alla prevenzione e tutela della salute dei lavoratori nei luoghi di lavoro il Direttore Generale, in qualità di datore del Lavoro, conferisce la delega di funzione ai sensi e per gli effetti di cui all' art. 16 del D.lgs n. 81/2008, ai propri Direttori /Dirigenti Responsabili, idonei per responsabilità di ruolo, professionalità, capacità tecnica ed esperienza a concorrere nell'assolvimento degli specifici obblighi vigenti in materia di salute e sicurezza.

I delegati del Direttore Generale dell'ASL BT, quale **datore di lavoro ex art. 2 del D.lgs n. 81/2008**, sono espressamente identificati nel Piano delle Competenze e responsabilità, innanzi citato e a cui si rinvia per la disciplina concernente compiti e responsabilità degli **altri soggetti coinvolti** nella sicurezza e salute nei luoghi di lavoro quali quelli di seguito elencati:

- Medico Competente,
- Responsabile per la prevenzione e protezione dai rischi
- Health Manager



- Site Manager
- Addetti al Servizio di Prevenzione e Protezione
- Responsabile del SGSL (RSGSL)
- Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS)
- Addetti Emergenze e Addetti Primo Soccorso (AE e APS)
- Esperto responsabile e medico responsabile
- Esperto di radioprotezione (ex esperto qualificato)
- Addetti sicurezza laser

- CAPO V -

FUNZIONAMENTO, RESPONSABILITÀ E DELEGHE SPECIFICHE

CONFERITE AI DIRIGENTI

Art. 22 - LA FUNZIONE OSPEDALIERA

La Funzione Ospedaliera è svolta dalla Macrostruttura "Ospedale".

L'Ospedale svolge le funzioni di promozione, mantenimento e ripristino delle condizioni di salute delle Persone. Assicura, in particolare, le prestazioni specialistiche di ricovero o alternative al ricovero, secondo le caratteristiche e gli standard qualitativi e quantitativi negoziati nel Piano di Budget e le funzioni previste dalla programmazione regionale e locale.

La funzione di committenza è quella circoscritta a livello di assistenza ospedaliera e destinata alla popolazione affetta da condizioni patologiche, mediche e chirurgiche in fase acuta e post acuta.

Si tratta di prestazioni che per gravità, complessità o intensità della risposta sanitaria più appropriata, non sono erogabili in modo ugualmente efficace ed efficiente nell'ambito dei servizi territoriali.

Per il perseguimento della **Mission e Vision** Aziendale, la funzione Ospedaliera dell'ASL BT si esplica attraverso i seguenti obiettivi:

- **CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA** - Attuazione della programmazione regionale in materia di rete ospedaliera e di riequilibrio ospedale-territorio;
- **APPROPRIATEZZA E QUALITA' delle cure della rete ospedaliera.** L'ASL BT promuove e valorizza la digitalizzazione dei servizi sanitario mediante l'adozione della Cartella Clinica Elettronica (CCE) regionale, dispiegata dapprima presso il P.O. di Andria, poi quello di Barletta ed, infine, quello di Bisceglie (COVID Hospital)
- **STIPULA E RISPETTO DEI CONTRATTI CON LE STRUTTURE PROVVISORIAMENTE ACCREDITATE.**



Art. 21.1- DELEGA DI FUNZIONI ALLA DIREZIONE MEDICA DELL'OSPEDALE

Le funzioni delegate alla Direzione Medica di Ospedale sono le seguenti:

- organizzare l'ospedale sul piano igienico organizzativo e tecnico-sanitario;
- vigilare sul corretto svolgimento dell'attività libero professionale, secondo l'apposito Regolamento;
- garantire la corretta organizzazione ed attuazione dei percorsi assistenziali;
- partecipare all'integrazione dei processi produttivi delle prestazioni erogate dall'Ospedale;
- favorire la gestione integrata delle prestazioni sanitarie, d'intesa con i Direttori delle Macrostrutture Territoriali;
- ottimizzare e allocare le risorse umane e strumentali;
- garantire, in unicum con i Dirigenti del Servizio di Farmacia Interna di Ospedale e dei Responsabili delle Strutture di diagnosi e cura, l'ottimizzazione e il migliore utilizzo dei medicinali e dei dispositivi medici;
- assicurare ogni altra attività prevista dalla normativa vigente.

Al Direttore Medico dell'Ospedale spetta il compito e la Responsabilità della gestione del budget, di concerto col Direttore Amministrativo;

Il Direttore Medico dell'Ospedale risponde direttamente alla Direzione Generale dei risultati degli obiettivi concordati in sede di negoziazione del budget.

Art. 22.2 - FUNZIONI DEL DIPARTIMENTO OSPEDALIERO

Il Dipartimento Ospedaliero oltre a svolgere le funzioni previste dalle norme dall'Atto Aziendale e dai regolamenti interni, garantisce l'omogeneità delle prestazioni e dei servizi su tutto il territorio di riferimento, definendo gli ambiti della gestione nel rispetto delle funzioni attribuite alle Dirigenze Mediche degli Ospedali.

Il Dipartimento Ospedaliero integra operativamente le professionalità e le varie articolazioni operative che concorrono allo sviluppo dei processi erogativi, al fine di assicurare l'ottimale gestione e l'uniforme applicazione di procedure e protocolli clinici, comuni e condivisi, nel rispetto dell'evidenza scientifica.

La Direzione strategica si riserva di delegare ogni ulteriore funzione non espressamente contemplata nel presente atto, mediante apposito atto e/o regolamento interno, all'uopo adottato.

Art. 22.3- FUNZIONI DELLA DIREZIONE DI DIPARTIMENTO OSPEDALIERO

La Direzione del Dipartimento Ospedaliero svolge le sue funzioni secondo quanto previsto dalle norme nazionali e regionali, dall'Atto Aziendale e dai regolamenti interni.

Nell'ASL BT i Dipartimenti Ospedalieri sono Centri di Coordinamento funzionali e non strutturali e, pertanto, non possono adottare Atti Amministrativi.

Art. 23. FUNZIONI DEL DIPARTIMENTO DEI DISTRETTI SOCIO-SANITARI

Nel rinviare a quanto indicato nel Capo IV del Titolo III del presente Atto aziendale sull'organizzazione e funzionamento dei Distretti Socio-Sanitari, si evidenzia che l'ASL BT si conforma agli obiettivi della Mission 6 "Salute del PNRR, come recepiti nel D.M.



77/2022, recante “Nuovi modelli e standard per lo sviluppo dell’Assistenza territoriale nel SSN”:

- Reti di Prossimità, Strutture e Telemedicina per l'assistenza Sanitaria Territoriale;
- Innovazione, Ricerca e Digitalizzazione Del Servizio Sanitario Nazionale

L’ASL BT adotta all’uopo ogni atto ed intraprende ogni azione utile ad implementare i nuovi modelli per il funzionamento dell’assistenza distrettuale e territoriale.

Art. 24 – FUNZIONI DEL DIPARTIMENTO DI RIABILITAZIONE

Il Dipartimento di Riabilitazione rappresenta lo snodo fondamentale nella *Clinical Governance* dei percorsi di Riabilitazione e assume la responsabilità del coordinamento del sistema riabilitativo per garantire i Livelli Essenziali di Assistenza, in conformità alle previsioni del Piano d’Indirizzo per la Riabilitazione, approvato il 10 febbraio 2011 dalla Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, del Regolamento Regionale n. 6/2013 e delle “Linee di indirizzo per la individuazione di percorsi appropriati nella rete di riabilitazione” (Repertorio atto n. 124/CSR - Conferenza Stato-Regioni del 04 agosto 2021) .

Il Dipartimento è costituito dalla UOC Struttura Sovra-distrettuale della Riabilitazione e dalle due unità operative, UOS Governance dei Percorsi Riabilitativi Integrati e UOSVD Riabilitazione Intensiva cod 56 PPA Canosa e si articola in Centri e Ambulatori di Riabilitazione a gestione diretta, con sedi presenti in 8 dei 10 Comuni della Provincia.

La Struttura offre una risposta individualizzata ai bisogni riabilitativi della popolazione attraverso il lavoro di equipe multidisciplinari integrate e armonizza le prassi mirando all’uniforme applicazione dei regolamenti regionali, dei processi di presa in carico dei pazienti e dell’utilizzo della documentazione sanitaria e amministrativa.

Tale modello organizzativo assicura l’omogenizzazione degli standard di erogazione delle prestazioni sull’articolato territorio aziendale, garantendo uniformità di accesso ai servizi di riabilitazione e a quelli socio-sanitari residenziali e semiresidenziali in collaborazione con i Distretti Socio-Sanitari aziendali;

La Struttura nella sua funzione di produzione, si occupa della presa in carico degli utenti affetti da disabilità neurologiche e/o ortopediche, in età adulta ed evolutiva, che necessitano di un intervento riabilitativo ambulatoriale/domiciliare e/o semiresidenziale in un’ottica di continuità e appropriatezza del percorso riabilitativo unico dell’assistito durante l’intero arco della vita e nelle diverse fasi di cura.

Nel suo ruolo di committente il Dipartimento di Riabilitazione ha funzione di indirizzo, verifica e controllo dell’appropriatezza delle prestazioni riabilitative erogate dalle Strutture private accreditate con l’ASL BT.



Il Dipartimento di Riabilitazione, attraverso le sue articolazioni interne, realizza l'implementazione strutturata e tempestiva del **percorso riabilitativo unico integrato** mediante le seguenti azioni:

- presa in carica precoce dei pazienti ricoverati in fase acuta,
- coordinamento della transizione dei pazienti verso setting riabilitati appropriati,
- ampliamento e diversificazione dell'offerta di riabilitazione intensiva specialistica.

Ciò nell'ottica di ottimizzare gli esiti funzionali coerentemente con i principi della Clinical Governance aziendale e promuovere la continuità delle cure tra ospedale e territorio, in linea con quanto delineato dal DM 70/2015, dal DM 77/2022, dai LEA di cui al DPCM del 12.01.2017, nonché dalla DGR Puglia n. 1119/2024.

La Direzione Strategica si riserva di delegare ogni ulteriore funzione non espressamente contemplata nel presente atto mediante apposito atto e/o regolamento interno, all'uopo adottato.

Art. 25 - FUNZIONI DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Il Dipartimento di Prevenzione è una Articolazione organizzativa Territoriale dell'Azienda che, oltre a svolgere le funzioni declinate e conferite dal combinato disposto di cui all'allegato del R.R. 13/2009 ed agli artt. 2 e 3 del R.R. 18/2020, in armonia con il DPCM 12 gennaio 2017 - All. I - "Prevenzione collettiva e sanità pubblica", nonché dai regolamenti aziendali, garantisce l'omogeneità delle prestazioni e dei servizi su tutto il territorio di riferimento, concorre al raggiungimento della mission aziendale come di seguito rappresentato.

La *mission* è quella di promuovere azioni rivolte alla individuazione ed alla rimozione delle cause di nocività e di malattie di origine ambientale, umana ed animale, di agire per garantire la tutela dello stato di benessere e della salute collettiva e di dare una risposta unitaria ed efficace alla domanda, anche inespressa, di salute della popolazione.

Pur articolandosi in Strutture Complesse (S.C.), realizza una integrazione delle attività delle stesse, secondo i principi dei processi per obiettivi, della multidisciplinarietà delle azioni e della uni-referenzialità per l'utenza;

L'attività di assistenza collettiva è svolta dal Dipartimento di Prevenzione attraverso le proprie Strutture complesse per le **discipline mediche** (SISP – SIAN – SPESAL) e le Strutture complesse per le **discipline veterinarie** (SVET A - SVET B – SVET C) organizzati in base alle seguenti aree di attività:

- Igiene e sanità pubblica,
- Igiene degli alimenti e della nutrizione,
- Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro,
- Sanità animale,
- Igiene degli alimenti di origine animale,
- Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche.



Il Dipartimento di Prevenzione assolve ai seguenti compiti:

- collabora alla mission aziendale, attraverso il supporto tecnico che offre alla Conferenza Sanitaria Territoriale per l'elaborazione dei Piani per la Salute, al fine di individuare e realizzare interventi di promozione degli "stili di vita";
- assicura al Collegio di Direzione il supporto necessario per pianificare l'attività epidemiologica connessa alla funzione di committenza;
- garantisce la funzione di produzione attraverso prestazioni e servizi relativi alle aree di sanità pubblica, di tutela della salute e sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro, di sanità pubblica veterinaria, secondo le modalità previste dal piano di attività dell'Azienda;
- svolge un ruolo chiave nei programmi di prevenzione;
- assicura la qualità ed efficienza degli interventi di prevenzione;
- garantisce l'omogeneità dei comportamenti e procedure di prevenzione nel territorio Aziendale.

Ai fini del perseguimento della **Mission** Aziendale, ai servizi medici (SISP – SIAN – SPESAL del Dipartimento di Prevenzione vengono affidate le seguenti funzioni.

DIP. PREV. (Igiene e Sanità Pubblica)	DIP. PREV. (SIAN)
Certificazioni medico-legali	Controlli sui produttori
Vaccinazioni obbligatorie e raccomandate	Controlli sulla distribuzione degli alimenti
Certificati di vaccinazione	Controlli sui trasporti degli alimenti
Counseling medicina del turismo	Controlli sulla ristorazione pubblica
Indagine epidemiologiche	Controlli sulla ristorazione collettiva
Notifiche malattie infettive (SIMI)	Controlli su confezionatori
Idoneità igienico-sanitarie attività sanit. e socio-sanit.	Controlli sui prodotti fitosanitari
Idoneità scuole private e pubbliche	Controlli ispettorato micologico
Idoneità palestre, piscine, centri sportivi e stab. baln.	Controlli sulle acque
Idoneità attività artigianali e commerciali	Controlli nelle mense
Idoneità parrucchieri, estetiste e tatuatori/piercing	Controlli sulla sicurezza alimentare e sulle tossinfez.
Idoneità alberghi, Bed & Breakfast	Corsi di formazione
Certificazione conformità scarichi e vasche imhoff	
Certificati antigienicità ambienti di vita	DIP. PREV. (SPESAL)
Numero istanze invalidi civili pervenute	Nr lavoratori controllati o comunque esaminati per accertamento o certificazioni sanitarie:
Numero pratiche invalide civili evase	di cui apprendisti minori:
Partecipazione conferenze di servizio	Numero di indagini effettuate per infortuni sul lavoro:
Partecipaz. commiss. pubblico spettacolo...	Numero di indagini effettuate per malattie professionali:
Inconvenienti igienico-sanitari	Numero di aziende interessate da atti autorizzativi, esame progetti, piani di lavoro e notifiche
Pareri edilizi	Numero di Aziende in cui sono stati effettuati interventi di vigilanza e di polizia giudiziaria
Certificazioni necroscopiche (più scheda ISTAT)	
Nulla osta sanitario per trasporto salme	
Traslazioni ed esumazioni straord. di salme	
Autorizzaz. autorimesse e idoneità carri funebri	
Attività di vigilanza igienico-sanitaria	
Attività di sorveglianza Legionella	



Ai fini del perseguimento della **Mission** Aziendale, ai servizi veterinari del Dipartimento di Prevenzione (SVET A - SVET B – SVET C) vengono affidate le seguenti funzioni.

DIP. PREV. (Serv. Veterinario Area "A")	DIP. PREV. (Serv. Veterinario Area "B")
Catture cani randagi	n. ispezione su strutture riconosciute
Sterilizzazioni cani randagi	n. ispezioni con non conformità
Controlli sulla popolaz. canina randagia	n. ispezione su strutture registrate
Controlli sulla popolaz. canina di proprietà	n. ispezioni con non conformità
Programmi di eradicazione e controllo brucellosi	n. audit
Piani di controllo mal. infet. best. lista "A" O.I.E.	n. campioni totali
Piani di controllo mal. infet. best. lista "B" O.I.E. escl. BRC	n. campioni non conformi
Anagrafe Zootecnica - SUMMA -SANAN - ACIR -SIMAN	n. provvedimenti amministrativi
	n. provvedimenti penali

DIP. PREV. (Serv. Veterinario Area "C")
Controlli sui residui come da PNR e PNA ↓
a) programmati
b) non programmati (<i>ad hoc</i>)
c) ulteriori accertamenti (attività cessate, assenza titolare, etc.)
Controlli BSE ↓
a) programmati
b) non programmati (<i>ad hoc</i>)
c) ulteriori accertamenti (attività cessate, assenza titolare, etc.)
Interventi di farmacovigilanza: ↓
1) controlli sul campo ↓
a) programmati
b) non programmati (<i>ad hoc</i>)
c) ulteriori accertamenti (attività cessate, assenza titolare, etc.)
2) verifica ricette (Scorte, Animali DPA)
3) verifica appropriatezza farmaci prescritti (Scorte, Animali DPA)
4) verifica REV Pet-NDPA*
5) verifica appropriatezza farmaci prescritti REV Pet-NDPA*
Interventi di farmacovigilanza
Controlli sul benessere animale ↓
1) In allevamento ↓
a) programmati
b) non programmati (<i>ad hoc</i>)
c) ulteriori accertamenti (attività cessate, assenza titolare, etc.)
2) Idoneità Mezzi di Trasporto ↓
a) programmati
b) non programmati (<i>ad hoc</i>)
c) ulteriori accertamenti (attività cessate, assenza titolare, etc.)
Controlli produz. zootecniche primarie (O.S.A.) ↓
a) programmati
b) non programmati (<i>ad hoc</i>)
c) ulteriori accertamenti (attività cessate, assenza titolare, etc.)
Controlli sottoprodotti di O.A. ↓
a) programmati
b) non programmati (<i>ad hoc</i>)
c) ulteriori accertamenti (attività cessate, assenza titolare, etc.)
Controlli alimentazione animale (O.S.M.) ↓
a) programmati
b) non programmati (<i>ad hoc</i>)
c) ulteriori accertamenti (attività cessate, assenza titolare, etc.)
Controlli attività commerciali diverse ↓
a) programmati
b) non programmati (<i>ad hoc</i>)
c) ulteriori accertamenti (attività cessate, assenza titolare, etc.)
Controlli Igiene ambientale
Controlli sulla riproduz. animale
Pratiche istruite (autorizzaz., registraz., vidimaz., protocollo etc.)



La Direzione del Dipartimento di Prevenzione svolge le sue funzioni secondo quanto previsto dalle norme nazionali e regionali e dai regolamenti aziendali innanzi richiamate.

Il Direttore del Dipartimento di Prevenzione risponde direttamente alla Direzione Strategica dei risultati degli obiettivi concordati in sede di negoziazione del budget.

La Direzione strategica si riserva di delegare ogni ulteriore funzione non espressamente contemplata nel presente atto, mediante apposito atto e/o regolamento interno, all'uopo adottato.

Art. 26. - FUNZIONI DEL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

Il Dipartimento di Salute Mentale è una Macrostruttura mista, Territoriale e Ospedaliera, dell'Azienda che, oltre a svolgere le sue funzioni secondo quanto previsto dalle norme nazionali e regionali e dai regolamenti, garantisce l'omogeneità delle prestazioni e dei servizi su tutto il territorio di riferimento e assolve, in particolare, ai seguenti compiti:

- contribuisce, in modo specifico, alla mission aziendale attraverso la prevenzione, la cura e la riabilitazione dei disturbi psichici e mediante l'erogazione di prestazioni di natura medica, psicologica e riabilitativa ai pazienti e interventi di supporto al loro contesto socio familiare, attraverso programmi di informazione ed educazione;
- opera in stretto rapporto con le altre Strutture Territoriali e Ospedaliere, coordinando lo sviluppo dei servizi espressi dai bisogni dei cittadini residenti nelle comunità di riferimento;
- è responsabile dell'inserimento dei pazienti presso le strutture riabilitative, della progettazione terapeutica e della verifica dell'efficacia degli interventi erogati direttamente o attraverso convenzioni.

Nell'ambito di tutte le *mission*, tra i compiti specifici del Dipartimento di Salute Mentale (DSM), vi è quello di occuparsi della prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione di quelli definiti dal DSM V (Diagnostical Statistical Manual ed. V) come **Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (DNA)**, più comunemente noti come **DCA (Disturbi del Comportamento Alimentare)**.

I disturbi del comportamento alimentare (DCA) sono patologie psichiatriche molto complesse con gravi ripercussioni sullo stato di salute fisico del soggetto, che negli ultimi anni hanno registrato un notevole incremento (soprattutto nel periodo post-Covid) nelle fasce più a rischio ed in particolare nella popolazione infantile ed adolescenziale, dato riscontrato anche nel nostro territorio, come emerge chiaramente dai dati di accesso ai servizi. La natura complessa e variegata di tali quadri clinici,



necessita, oltre ai fondamentali interventi di diagnosi e cura, quali, la terapia farmacologica, la psicoterapia individuale e di gruppo, la riabilitazione nutrizionale e psichiatrica, anche l'ausilio di altre attività che consentano di prevenire tali disturbi, di intercettarli precocemente e di coadiuvare il percorso riabilitativo degli utenti, lavorando al fianco delle famiglie.

La Regione Puglia, già con la delibera 2097 del 30.11.2015 "Approvazione schema di regolamento regionale - Requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi per l'autorizzazione e l'accreditamento della rete di assistenza per i Disturbi del Comportamento Alimentare, Fabbisogno" (e successive) ha recepito il bisogno nel nostro territorio regionale rispetto a tali problematiche, ribadendo la necessità per ogni Asl di dotarsi almeno di un ambulatorio specialistico per i DCA, afferente al Dipartimento di Salute Mentale e che preveda una apertura per non meno 5 giorni alla settimana e per 38 ore settimanali.

Il DSM della ASL BT ha avviato l'ambulatorio DCA dal 04/11/2014, un servizio aziendale che, nel tempo, ha ampliato la capacità di risposta ai bisogni dell'utenza. Attualmente mantiene una apertura al pubblico per sei mattine e tre pomeriggi alla settimana, con articolazione dell'orario di apertura per un totale di 54 ore settimanali.

L'ambulatorio DCA della ASL BT, che ha una sede dedicata in via Marsala presso l'ex Ospedaletto di Trani, ha un'équipe interdisciplinare di provata esperienza in cui sono presenti figure di specialisti in DCA di area psicologico-psichiatrica e di area medico-nutrizionale, con il coinvolgimento di varie professionalità (psichiatra, medico nutrizionista e specialista in scienze dell'alimentazione, psicologi psicoterapeuti, assistente sociale, infermieri e tecnici della riabilitazione psichiatrica); nel breve prevede l'implementazione di ulteriori figure professionali, come la figura del dietista, nell'ottica di un potenziamento infrastrutturale della rete regionale dedicata al trattamento di tali disturbi, come da linee d'indirizzo e finanziamenti dedicati Ministero della Salute e regolamenti e delibere Regione Puglia.

Il Direttore del Dipartimento di Salute Mentale risponde direttamente alla Direzione Strategica dei risultati degli obiettivi concordati in sede di negoziazione del budget.

La Direzione strategica si riserva di delegare ogni ulteriore funzione non espressamente contemplata nel presente atto mediante apposito atto e/o regolamento interno, all'uopo adottato.

Art. 27 - FUNZIONI DEL DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE

L'ASL BT, in ottemperanza alla normativa nazionale, regionale e alle indicazioni Regionali, (si veda la nota prot. 69065 del 19.09.2023) istituisce e attribuisce al Dipartimento delle Dipendenze Patologiche (DDP) un ruolo distinto e fondamentale nella prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale a livello ambulatoriale,



territoriale, domiciliare, semiresidenziale e residenziale, di strada, inerenti alle tossicodipendenze, all'alcolismo, e alle altre dipendenze patologiche anche in considerazione delle nuove e diverse forme di dipendenza tra giovani e adulti.

A conferma della peculiarità delle azioni di contrasto alle Dipendenze Patologiche viene istituito anche Il Dipartimento Nazionale per le Politiche Antidroga con il DM 20 giugno 2008 ed incardinato con un decreto del 29 ottobre 2009 nelle strutture generali permanenti della Presidenza del Consiglio dei Ministri.

Le attività previste dal DPR 309/90 dispongono l'attuazione a livello Nazionale, a carico del Servizio Sanitario Nazionale, delle attività di Diagnosi, Prevenzione, Cura e Riabilitazione per i pazienti con Dipendenze Tossicologiche (droghe e alcol) e Dipendenze Comportamentali (Gioco d'Azzardo Patologico e Dipendenze da internet in primis).

Nello specifico l'UOC SERD/DDP della ASL BT coordina i Servizi territoriali denominati SERD oltre al Servizio GAP (contrasto del Gioco d'Azzardo Patologico). Si occupa di Diagnosi, Prevenzione, Cura e Riabilitazione dei pazienti in carico ai Servizi territoriali SERD, ai pazienti ristretti in carcere, ai pazienti con problematiche correlate alle Dipendenze Patologiche (Malattie Infettive HBV-HCV e HIV correlate), ai pazienti con problemi alcol-correlati.

Le predette attività necessitano anche di Piani Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) da coordinare e cooprogettare con i Distretti Socio-Sanitari Aziendali ai sensi della normativa DM 77.

L'UOC SERD/DDP ASL BT collabora inoltre con Istituzioni Pubbliche (Magistratura Prefettura, Uffici di Piano Comunali, Provincia ed altri Dipartimenti ASL Sanitari e Socio-Assistenziali, et al.) e Private (Comunità Terapeutiche sia Residenziali che semi-Residenziali, Associazioni/Cooperative del terzo Settore, et al.) anche per tramite di Convenzioni/Collaborazioni tutt'ora in atto. Tra queste si segnala l'Accordo di Programma in atto con la Prefettura di Barletta-Andria-Trani e l'accordo di Programma per la Formazione degli esercenti delle Sale Scommesse con Conf. Commercio e CAT Bari-BAT.

I Servizi SERD di questa UOC SERD/DDP ASL BT prevedono un'equipe multidisciplinare (medico, psicologo, assistente sociale, educatore, infermiere, OSS).

Il Servizi SERD e GAP del DDP ASL BT garantiscono il funzionamento per almeno 38 ore alla settimana e per 5 giorni alla settimana (8.00-14.00 dal lunedì al venerdì e rientro pomeridiano il martedì ed il giovedì 15.00-19.00).

L'attività può essere articolata in un servizio principale e ambulatori distribuiti nel territorio, con orari di servizio limitati in base alle indicazioni prodotte dalle unità epidemiologiche, condivise dal Consiglio Dipartimentale e tenendo conto delle caratteristiche orografiche e di viabilità.



E' in fase di riorganizzazione e di potenziamento anche il Centro Anti-Fumo del DDP ASL BT che verrà istituito presso la SEDE SERD di Andria alla Galleria Boccaccio, 11.

Il Direttore del Dipartimento di Dipendenze Patologiche risponde direttamente alla Direzione Strategica dei risultati degli obiettivi concordati in sede di negoziazione del budget.

La Direzione strategica si riserva di delegare ogni ulteriore funzione non espressamente contemplata nel presente atto mediante apposito atto e/o regolamento interno, all'uopo adottato.

Art. 28 - FUNZIONI DEL DIPARTIMENTO FARMACEUTICO

In virtù del Regolamento Regionale n. 10 del 11/3/2015, il Dipartimento Farmaceutico assolve alle funzioni del governo del processo di assistenza farmaceutica territoriale ed ospedaliera, collaborando alla definizione di una politica del farmaco interna coerente con gli obiettivi dati dalla regione Puglia alle Direzioni Generali.

Il Dipartimento Farmaceutico ha carattere di indirizzo tecnico scientifico e di gestione di tutte le attività di stretta pertinenza dell'area del farmaco relativa al territorio della ASL di Barletta Andria Trani nonché dei dispositivi medici e materiale sanitario vario.

Il Dipartimento garantisce livelli organizzativi e omogenei nell'ambito del coordinamento tecnico, scientifico ed organizzativo di tutte le funzioni e delle strutture complesse territoriali ed ospedaliere che concorrono alle prestazioni in materia di assistenza farmaceutica al fine di assicurare l'unitarietà e la pari dignità dei compiti operativi nelle diverse sedi assegnate.

Il Dipartimento del Farmaco ha come finalità generale quella di sviluppare una serie di azioni concertate e coordinate ad elevata integrazione sanitaria rispetto degli obiettivi fissati dalla politica sanitaria nazionale, regionale ed aziendale a cui concorrono, a vario titolo e con varie responsabilità, altri soggetti pubblici e privati che operano sul territorio.

Il Dipartimento coordina e raccorda tutte le strutture complesse e semplici, distrettuali ed ospedaliere, all'interno delle quali vengono svolte tutte le funzioni di competenza dell'assistenza farmaceutica ivi compresa quella relativa al controllo e alla qualificazione della spesa farmaceutica.

La Direzione strategica si riserva di delegare ogni ulteriore funzione non espressamente contemplata nel presente atto mediante apposito atto e/o regolamento interno, all'uopo adottato.



Art. 29. LE STRUTTURE AMMINISTRATIVE E TECNICHE AZIENDALI

Le Strutture Amministrative e Tecniche Aziendali afferiscono rispettivamente al Dipartimento Direzionale Amministrativo e al Dipartimento delle Attività Operative, come analiticamente indicato nel **Capo VI del Titolo III del presente Atto aziendale**.

L'aggregazione delle articolazioni all'interno dei citati Dipartimenti rispetta i seguenti criteri:

- accorpamento di funzione e attività per contenuti omogenei;
- individuazione delle responsabilità dirette, basate sul principio della dipendenza funzionale, legate ai processi di lavoro e a quelli gerarchici per l'esecuzione delle operazioni necessarie a svolgere un compito.

La funzione, organizzata in questo modo, assicura una serie di processi di supporto in ambiti specifici:

- contribuisce alla *mission* aziendale attraverso il coordinamento, il monitoraggio e la verifica dell'uso più appropriato delle risorse dell'Azienda, in rapporto alla domanda dell'Utenza e delle Strutture interne all'Organizzazione;
- attua ogni strategia utile al supporto tecnico, amministrativo e professionale alle Strutture aziendali per garantire la disponibilità delle risorse umane, finanziarie e patrimoniali, assicurando che la loro gestione avvenga secondo principi di legittimità, imparzialità ed economicità.

Art. 29.1 - FUNZIONI DEL DIPARTIMENTO DIREZIONALE AMMINISTRATIVO

I Direttori/Dirigenti responsabili delle Unità Operative complesse e semplici e semplici a valenza dipartimentale del Dipartimento Direzionale Amministrativo contribuiscono alla **Mission** aziendale espletando le seguenti funzioni ad essi delegate:

✓ **Gestione delle Risorse Umane**

▪ affidata alla U.O.C Area Gestione Risorse Umane e alla U.O.S Gestione Personale Dipendente e Relazioni Sindacali per l'espletamento delle seguenti attività e procedimenti:

- Curare lo stato giuridico ed economico del Personale dipendente;
- Gestire i procedimenti disciplinari come da Regolamento aziendale nonché le attività relative alle controversie individuali di lavoro;
- Definire, in accordo con la Direzione Generale, metodologie, strumenti e processi di sviluppo delle risorse umane;



- Formulare la previsione di spesa relativa alle risorse umane e assicurarne il costante monitoraggio;
 - Assicurare la corretta interpretazione ed applicazione delle normative e dei contratti di lavoro;
 - Predisposizione Piani Triennali del Fabbisogno in collaborazione con la UOSVD Assunzioni, Mobilità, Concorsi e Personale Convenzionato;
 - Seguire la Commission Aziendale Rischio-Radiologica nelle operazioni di accertamento del personale esposto al rischio radiologico, onde consentire i benefici di legge (ovvero quantum economico e riconoscimento delle ferie biologiche), come riconosciute dalla predetta Commission;
 - Curare i rapporti con le Organizzazioni Sindacali;
 - Assicurare il rispetto delle scadenze per l'invio dei flussi informativi previsti da adempimenti normativi, regolamentari, ecc. (Es. Invio conto annuale, comunicazioni cessazioni del personale, monitoraggio mensile spesa del personale, ecc.) attuate attraverso il portale Sintesi, Perla PA, Sico, ecc.;
 - Garantire il monitoraggio trimestrale del budget relativo alle competenze del fondo disagio assegnato alle singole strutture aziendali;
 - Garantire il monitoraggio trimestrale dei debiti orari da procedura rilevazioni presenze ed avvio delle conseguenti procedure (richiesta rientro/recuperi stipendiali);
 - Assicurare il monitoraggio del rispetto della normativa sull'orario di lavoro L. 161/2014;
 - Definire una procedura, finalizzata al monitoraggio dei riscontri richiesti (Es. richieste Ufficio Legale, richieste di accesso agli atti, richieste delle OO.SS.);
 - Garantire tutti gli adempimenti connessi al rispetto di tutti gli obblighi di natura previdenziale e fiscale;
 - Aggiornare la pubblicazione dei dati nelle sezioni di I e II livello della sezione Amministrazione Trasparenza, in relazioni alle attività di propria competenza.
- affidata alla UOSVD Assunzioni, Mobilità, Concorsi e Personale Convenzionato per l'espletamento delle seguenti attività e procedimenti:
 - Gestire le procedure per il Reclutamento del Personale Convenzionato;
 - Instaurazione e la gestione del rapporto di lavoro del Personale convenzionato;
 - Predisposizione Piani Assunzionali, in collaborazione con la UOC Direzione Area Gestione Personale;
 - Gestire i contratti di lavoro autonomo professionale e di collaborazione continuata e coordinata con soggetti terzi;
 - Assicurare la corretta interpretazione ed applicazione delle normative e dei contratti di lavoro e degli AA.CC.NN di categoria;
 - Assicurare il rispetto dei termini per la liquidazione delle fatture;
 - Gestire le procedure di mobilità esterna del personale dipendente;
 - Gestire le procedure e le relazioni con il Comitato permanente Aziendale dei PLS e dei MMG e con il Comitato Zonale per la Specialistica Ambulatoriale;
 - Curare i rapporti con i rappresentanti Sindacali del Personale Convenzionato;
 - Assicurare il rispetto delle scadenze per l'invio dei flussi informativi previsti da adempimenti normativi e regolamentari (es. Edotto);



- Aggiornare la pubblicazione dei dati nelle sezioni di I e II livello della sezione Amministrazione Trasparenza, in relazioni alle attività di propria competenza.

✓ **Gestione delle Risorse Finanziarie**, affidata alla U.O.C Area Gestione Risorse finanziarie e alla U.O.S Contabilità Generale Analitica e Bilanci, che si esplica nelle seguenti attività:

- supportare la Direzione Generale nella programmazione economico finanziarie;
 - gestire la contabilità economico patrimoniale ed il raccordo con la contabilità analitica in collaborazione con l'U.O. Controllo Gestione;
 - provvedere alla definizione delle procedure amministrativo contabili sia per i movimenti in entrata che quelli in uscita, assicurando la corretta gestione dei flussi finanziari;
 - accertare la coerenza del Bilancio Economico Preventivo con i Budgets assegnati alle macrostrutture;
 - predisporre i mandati di pagamento e gli ordinativi di incasso;
 - provvedere alla tenuta delle scritture e dei libri contabili;
 - assicurare le comunicazioni e la gestione dei flussi finanziari con l'Istituto tesoriere;
 - provvedere a tutte le rendicontazioni intermedie sia contabili che di cassa;
 - gestire la rilevazione degli ammortamenti in collaborazione con la U.O.C. Gestione del Patrimonio e con la U.O.C. Gestione Tecnica;
 - assicurare il controllo contabile delle Casse economiche;
 - assicurare l'attività di controllo interno del Collegio Sindacale e della Direzione Generale;
 - assicurare tutti gli adempimenti di natura fiscale;
 - svolgere attività di studio, ricerca, documentazione ed elaborazione in materia di programmazione della spesa;
 - predisporre, nei modi e nei termini previsti, le proposte di bilancio preventivo economico annuale e pluriennale sulla scorta delle direttive regionali ed aziendali;
 - predisporre il bilancio d'esercizio;
 - rilevare, riscontrare ed elaborare i dati necessari alla compilazione dei rendiconti periodici (modelli CE) di cui ne cura la redazione;
 - monitorare la quadratura cespiti;
 - verificare la regolarità contabile e fiscale di tutte le operazioni effettuate dall'Azienda;
 - curare i rapporti con gli utenti istituzionali (Ministeri, Regione, Tesoreria, Collegio Sindacale) per quanto riguarda i flussi informativi periodici;
 - curare e conservare tutte le scritture contabili dell'Azienda che consistono nella registrazione delle operazioni di gestione aziendale;
 - aggiornare la pubblicazione dei dati nelle sezioni di I e II livello della sezione Amministrazione Trasparenza, in relazioni alle attività di propria competenza;

✓ **Direzione Amministrativa dei Presidi Ospedalieri**, affidata alla relativa S.Comp. Direzione Amm.va Presidi che si esplica nelle seguenti attività:



- dirigere e coordinare le attività amministrative dell'Ospedale, nonché assicurare la gestione delle risorse umane assegnate nonché dei Servizi generali della Struttura, la tenuta e l'aggiornamento dell'inventario dei beni;
- provvedere all'approvvigionamento di beni e servizi, sulla base dei contratti stipulati dall'Area del Patrimonio e del Regolamento per gli acquisti in economia, nell'ambito dei poteri di spesa e nei limiti del budget assegnato;
- dirigere e coordinare il servizio di centralino aziendale;
- assicurare ogni altra attività prevista dalla normativa vigente;
- aggiornare la pubblicazione dei dati nelle sezioni di I e II livello della sezione Amministrazione Trasparenza, in relazioni alle attività di propria competenza.

✓ **Servizi Socio-Sanitari**, affidati alla relativa U.O.S.V.D che si esplicano nelle seguenti attività:

- gestione coordinata dei sistemi locali integrati di servizi ed interventi sociali a rilevanza sanitaria e garantisce l'omogeneità, su tutto il territorio di riferimento, delle prestazioni sociali a rilevanza sanitaria.
- partecipazione al processo di pianificazione aziendale, esercizio delle funzioni attribuite per competenza, attraverso la formulazione di proposte e pareri, alla Direzione Generale;
- supporto tecnico, per quanto di competenza, alle Conferenze Sanitarie Territoriali per l'elaborazione e l'attuazione dei Piani di Zona;
- supporto ai Direttori di Distretto per il coordinamento delle prestazioni sociali a rilevanza sanitaria nei confronti delle strutture dell'Azienda;
- gestione del sistema informativo sulle attività dei servizi socio sanitari erogati su tutta la rete territoriale dei Comuni di riferimento aziendale;
- gestione di un osservatorio socio-sanitario permanente aziendale sui soggetti fragili, finalizzato alla promozione di iniziative di sostegno sanitario e sociale per tali soggetti;
- aggiornamento continuo della rete sociale;
- programmi e progetti in favore della popolazione fragile;
- tutela della famiglia e della popolazione minorile;
- scelte strategiche in una logica riferita alle intere aree urbane ed al complesso dei servizi a tutela della salute;
- studio, ricerca per la realizzazione di un sistema integrato di servizi sociali e socio-sanitari in sintonia con la Legge 328/2000 e la legge Regionale n. 17/2003;
- raccordo fra la programmazione del Piano di Zona e il Piano Attuativo Locale, con il coinvolgimento degli Enti Locali, di altre realtà istituzionali e delle Agenzie di volontariato sociale;
- indirizzo e supporto nei confronti dei responsabili delle Strutture Aziendali che erogano servizi e prestazioni socio sanitarie e socio assistenziali.



- aggiornamento della pubblicazione dei dati nelle sezioni di I e II livello della sezione Amministrazione Trasparenza, in relazioni alle attività di propria competenza.

✓ **Direzione amministrativa dei Distretti Socio-Sanitari**, affidata alla relativa U.O.S.V.D che si esplica nelle seguenti attività:

- coordinamento delle attività amministrative distrettuali per assicurare le attività di assistenza territoriale previste dal PNRR, nonché in materia di assistenza socio-sanitaria secondo le linee guida regionali;
- sviluppo della digitalizzazione e revisione dei processi secondo quanto previsto dall'Agenda Sanità Digitale predisposta dall'Azienda;
- coordinamento procedure amministrative di competenza dei distretti quali:
 - assistenza protesica,
 - monitoraggio della spesa,
 - monitoraggio e rendicontazioni della mobilità internazionale,
 - riscossioni tickets e per mancata disdetta delle prenotazioni, referti non ritirati false autocertificazioni in materia di esenzioni
- aggiornamento della pubblicazione dei dati nelle sezioni di I e II livello della sezione Amministrazione Trasparenza, in relazioni alle attività di propria competenza.

La Direzione strategica si riserva di delegare ogni ulteriore funzione non espressamente contemplata nel presente atto mediante apposito atto e/o regolamento interno, all'uopo adottato.

Art. 29.2 - FUNZIONI DEL DIPARTIMENTO DELLE ATTIVITÀ OPERATIVE

I Direttori /Dirigenti responsabili delle Unità Operative complesse e semplici e semplici a valenza dipartimentale del Dipartimento delle Attività Operative contribuiscono alla **Mission** aziendale espletando le seguenti funzioni ad essi delegate:

✓ **Gestione Tecnica**, affidata alla UOC Area Gestione Tecnica nonché alla U.O.S. Costruzioni /ristrutturazioni/ manutenzioni, che si esplica nelle seguenti attività:

- curare la gestione amministrativa e contabile delle procedure connesse agli appalti, esecuzione di procedure di gara dei lavori, la manutenzione ordinaria e straordinaria dei beni immobili e mobili, garantendo il corretto esercizio dell'impiantistica di servizio;
- predisporre dei capitolati di gara, indicazioni tecniche all'Area Gestione patrimonio per la gestione di propria competenza - appalti misti -;
- programmare dei lavori e degli acquisti di beni e servizi, redazione del Programma triennale dei beni e dei servizi;
- provvedere, in particolare, alle operazioni di progettazione – edile e impiantistica -, direzione dei lavori, coordinamento della sicurezza – progettazione e esecuzione -, verifiche preventive alla validazione dei progetti, validazione dei progetti, collaudi –



statici e tecnico amministrativi -, stima degli immobili, redazione di perizie tecniche, gestione delle attività mirate all'acquisizione di concessioni edilizie, autorizzazioni presso Enti e pareri dei VV.F.;

- espletare incarichi del Responsabile Unico del Progetto in appalti lavori, servizi e forniture;
- curare i procedimenti di attuazione di ogni singolo intervento per le fasi della progettazione, dell'affidamento e dell'esecuzione dello stesso;
- provvedere ad ogni altro adempimento, anche di natura amministrativa, collegato alla gestione tecnica del patrimonio mobiliare e immobiliare;
- tenuta ed aggiornamento annualmente dell'inventario dei beni immobili;
- assicurare la manutenzione e l'adeguamento della fonia aziendale e di ogni altro impianto speciale;
- assicurare la conservazione e l'uso dell'energia;
- svolgere attività di studio, ricerca, documentazione ed elaborazione in materia di adeguamento tecnologico delle strutture edilizie e degli impianti;
- Acquisizione di finanziamenti (Art.20, FESR, FSC, PNRR, etc...);

✓ **Digitalizzazione Aziendale**, affidata alla U.O.S.V.D. Information and Communication Technologies, che si esplica nelle seguenti attività:

- Assicura il supporto strategico alla Direzione Strategica nelle fasi di ridefinizione dei processi aziendali e nell'implementazione di nuove soluzioni informatico-tecnologiche;
- Individua e verifica le esigenze di informatizzazione dell'Azienda, interagendo funzionalmente ed in maniera integrata con le altre strutture interessate, garantendo il necessario supporto tecnologico e organizzativo/logistico, assicurandone il buon funzionamento e l'efficienza;
- Garantisce la sicurezza funzionale ed operativa del sistema informatico nel suo complesso sia per l'area amministrativa sia per quella sanitaria;
- Cura la progettazione, lo sviluppo e la revisione dell'architettura del ecosistema informatico aziendale, garantendone la perfetta integrazione nella rete territoriale con particolare riferimento a: Presidi Ospedalieri, Distretti Sanitari, PTA, Hospice, RSA;
- Gestisce l'evoluzione tecnologica delle apparecchiature hardware (computer, smartphone, tablet, stampanti, ect.), assicurandone l'adeguamento all'infrastruttura di sicurezza aziendale;
- Cura la gestione e manutenzione dei sistemi centrali di elaborazione dati (server, storage e DBMS);
- Gestisce i contratti dei sistemi informativi in uso nell'Azienda;
- Si raccorda con la UOSVD Gestione Amministrativa e PNRR per gli acquisti di forniture e servizi in ambito ICT;
- Fornisce supporto per la redazione di Capitolati Tecnici che afferiscono all'ambito ICT in raccordo con altre Strutture Aziendali (Patrimonio, Personale, Area Tecnica, ect.);
- Cura la gestione e la manutenzione delle reti dati e telefonica aziendale;
- Gestisce i contratti della fonia mobile e fissa, nonché quello relativo alla connettività aziendale (Intranet, Infranet, Internet);



- Si raccorda con le strutture preposte nazionali e regionali per implementare politiche di cyber security, volte a individuare minacce, vulnerabilità e rischi informatici, proteggere i dati da possibili attacchi e scongiurare eventuali violazioni alla rete o ai sistemi informatici;
- Garantisce l'attuazione delle linee strategiche per la **riorganizzazione e la digitalizzazione dell'amministrazione**, accompagnando la **transizione alla "modalità operativa digitale"** e i conseguenti processi di riorganizzazione, con l'obiettivo generale di realizzare un'amministrazione digitale e aperta;
- Coordina l'assolvimento degli obblighi relativi al debito informativo aziendale nell'ambito della competenza definita dell'Unità Operativa;
- Assicura nei termini previsti le attività per i seguenti interventi PNRR:
 - "Componente 1: Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza territoriale";
 - "C2 - 1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero - Investimento 1.11 – Digitalizzazione DEA I e II livello";
 - "C2 – 1.3.1 Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione (FSE) (b) Adozione e utilizzo FSE da parte delle Regioni/Province autonome";
 - "C2 - 1.3.2 Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione";
- Garantisce l'aggiornamento dei dati contenuti nella sezione "Amministrazione trasparente" previsto dal "Programma triennale per la trasparenza e integrità" per quanto di propria competenza;

✓ **Ingegneria clinica ed HTA Acquisizione e Gestione delle tecnologie biomediche**, alla cui U.O.S.V.D vengono delegate le seguenti funzioni.

La U.O.S.V.D. si occupa dell'aspetto gestionale e strategico delle tecnologie, con l'obiettivo primario di garantire l'uso sicuro, appropriato e vantaggioso dal punto di vista economico di tutte le apparecchiature. Assume un ruolo di supporto alla Direzione Aziendale, per quanto concerne l'aspetto gestionale e strategico delle tecnologie, attraverso le seguenti attività:

In particolare:

- cura la pianificazione e la programmazione degli acquisti delle apparecchiature elettromedicali diagnostiche e terapeutiche, attraverso i fondi di finanziamento in conto capitale (FESR-FSC, CIPE, ART.20 L. 67/88, ecc), proponendo il piano degli investimenti, in accordo con la Direzione Strategica e i Capi Dipartimento delle strutture sanitarie;
- promuove in collaborazione con la UOSVD Gestione Amministrativa Servizi Tecnici e PNRR l'attuazione della linea di intervento legata ai finanziamenti PNRR M6 C2 relativa all'ammodernamento del Parco tecnologico-Grandi apparecchiature;
- procede, in collaborazione con la UOSVD Gestione Amministrativa Servizi Tecnici e PNRR, alla predisposizione delle procedure per l'acquisizione delle



ASL BT

PugliaSalute

tecnologie elettromedicali, previa autorizzazione della Direzione Strategica, mediante utilizzo di fondi di finanziamento;

- procede, in collaborazione con la UOSVD Gestione Amministrativa Servizi Tecnici e PNRR, alla predisposizione delle procedure per l'affidamento dei lavori propedeutici alla installazione delle tecnologie elettromedicali e delle Grandi apparecchiature;
- effettua, in collaborazione con la UOSVD Gestione Amministrativa Servizi Tecnici e PNRR, le procedure di gara per l'attivazione dei contratti di manutenzione ordinaria e correttiva per le apparecchiature elettromedicali e le grandi macchine presenti presso la ASL BT.
- procede, in collaborazione con l'Area Gestione Tecnica, alla realizzazione dei lavori e delle attività propedeutiche alla installazione delle tecnologie elettromedicali e delle Grandi apparecchiature;
- effettua la presa in carico delle apparecchiature elettromedicali attraverso i collaudi di accettazione
- aggiorna l'inventario delle attrezzature biomediche in dotazione, per garantire la rintracciabilità e la programmazione degli investimenti tecnologici in considerazione dell'obsolescenza;
- predisporre e definisce tutti i capitolati speciali di gara concernenti acquisizione di apparecchiature elettromedicali e servizi di manutenzione;
- procede ai promuove l'attività di valutazione ed analisi relative alla sicurezza, ai costi, ai benefici, all'efficacia, nonché a tutti gli altri aspetti connessi all'utilizzo delle attrezzature biomediche;
- coordina, monitora e verifica le attività di manutenzione delle apparecchiature biomedicali, gestisce i contratti di manutenzione sulle apparecchiature elettromedicali, curando il relativo monitoraggio della spesa;
- promuove l'attività di formazione e di addestramento, collaborando con il Rischio clinico, il Sirgis e la formazione dell'ASL BT, del personale con riferimento all'utilizzo delle apparecchiature elettromedicali.
- partecipa alle fasi di ridefinizione dei processi aziendali ed all'implementazione di nuove soluzioni relative alle apparecchiature elettromedicali;
- assicura la liquidazione delle fatture delle forniture di apparecchiature elettromedicali, dei servizi di manutenzione e dei lavori di installazione
- assicura i flussi informativi concernenti le grandi apparecchiature.

✓ **Gestione amministrativa dei servizi tecnici**, affidata alla relativa U.O.S.V.D. Gestione amministrativa dei servizi tecnici e P.N.R.R che svolge le seguenti attività:

- Attuazione ottimale dei processi amministrativi relativi alla UOC Area Gestione Tecnica, UOSVD Information and Communication Technologies, UOSVD Ingegneria Clinica;
- Sviluppo della digitalizzazione e revisione dei processi del Dipartimento secondo quanto previsto dall'Agenda Sanità Digitale predisposta dall'Azienda;



- Coordinamento delle attività amministrative aziendali nella realizzazione dei programmi di investimento previsti nella programmazione FESR e ex Articolo 20 della l.n. 67/1988- Delibera CIPE 3572017- Fondi FSC-Patto per lo sviluppo Regione Puglia- Fondi, ex art. 2 decreto legge 34/2020 Decreto Rilancio, secondo le indicazioni operative fornite dagli organi regionali/ministeriali;
 - Coordinamento delle attività amministrative aziendali nella realizzazione dei programmi di investimento previsti nel PNRR secondo le indicazioni operative fornite dagli organi regionali/ministeriali;
 - Svolgimento delle funzioni di referente aziendale PNRR con riscontro tempestivo delle rendicontazioni richieste dalla regione/ministero;
 - Garantire l'aggiornamento dei dati contenuti nella sezione "Amministrazione trasparente" previsto dal "Programma triennale per la trasparenza e integrità" per quanto di propria competenza;
 - Attività istruttoria e predisposizione delle procedure di gara (parte amministrativa) di servizi di ingegneria e architettura, di lavori pubblici, servizi di manutenzione degli immobili aziendali e degli impianti, apparecchiature elettromedicali, di forniture apparecchiature elettromedicali, di forniture di software e manutenzione di sistemi informatici;
 - Attività di supporto al RUP nelle gare di lavori, servizi ingegneria e architettura, forniture di apparecchiature elettromedicali e servizi di manutenzione di forniture, di software e manutenzione di sistemi informatici;
 - Supporto al Rup nelle attività di programmazione triennale degli investimenti e delle tecnologie sanitarie impiantistiche e manutentive;
 - Attività di Supporto al Rup nelle alle attività di reclutamento fondi di finanziamento.
 - Attività di supporto al Direttore di Dipartimento delle attività di assegnazione e monitoraggio budget;
 - Attività di studio e aggiornamento sulle procedure di acquisizione e di utilizzo delle piattaforme certificate di acquisizione;
- ✓ **Gestione del Patrimonio**, affidata alla S. Comp. Direzione Area Patrimonio, alla UOS inventario beni mobili ed investimenti, alla U.O.S.V.D. Appalti contratti e logistica, che si esplica nelle seguenti attività:
- Propone la programmazione triennale alla Direzione strategica per l'affidamento di beni e servizi;
 - Cura tutti gli adempimenti afferenti le procedure ordinarie ad evidenza pubblica, assumendosi la funzione di RUP, per l'approvvigionamento di beni, nelle fasi di programmazione, progettazione, individuazione del contraente e stipula dei contratti, riferita allo strumentario, ai dispositivi medici, al materiale di consumo sanitario, ai beni economici, agli arredi sanitari e di ufficio, ai farmaci etc..
 - Cura tutti gli adempimenti di appalto (dalla progettazione alla stipula dei contratti), con assunzione di funzione di RUP, dei service di laboratorio, di dialisi, di trasfusionale, di ematologia, di anatomia patologica, etc., nonché quelli riferiti ai leasing finanziari e operativi e ai noleggi;



ASL BT

PugliaSalute

- Cura tutti gli adempimenti e i processi (dalla progettazione alla stipula del contratto in qualità di RUP) dall'affidamento dei servizi alberghieri (ristorazione, lavanderia, rifiuti, vigilanza etc..) dei servizi sanitari (ADI, ADO, Domiciliare psichiatrica, RSA, Hospice, Centro Risvegli, gestione elisoccorso, etc.) e dei servizi non sanitari (assicurazione, CUP, scorta valori, manutenzione parco macchine, randagismo, Tesoreria, monitoraggio sale operatorie, serv. Trasporto disabili, servizio Archivi etc.);
- Assicura le attività di supporto al Soggetto Aggregatore Innova Puglia nelle categorie merceologiche di cui al DPCM nonché in tutte le altre per le quali il Dipartimento Promozione della salute della Regione Puglia ne ha disposto l'inserimento nella programmazione delle attività;
- Assicura tutti gli adempimenti occorrenti per svolgere in qualità di Azienda Capo fila regionale, nelle ipotesi di UTA, legare delegate dal Dipartimento alla salute Regionale per conto di tutte le aziende sanitarie del SSR;
- Cura tutti gli adempimenti riguardanti i dati e le informazioni richiesti dall'ANAC per la tracciabilità dei flussi finanziari e per ottemperare alle esigenze di trasparenza e pubblicità;
- Assicura la liquidazione delle fatture le forniture di beni e servizi quando non decentrate alle strutture periferiche beneficiarie delle prestazioni;
- Coordina e sovrintende alle attività di controllo sulla gestione dei contratti e gestione delle vicende contrattuali, comprese quelle patologiche;
- Cura gli adempimenti e la gestione dei servizi affidati in *house providing* alla Sanità Service Asl Bt promuovendo le azioni di supporto all'effettuazione del controllo analogo, coordinando le attività di competenza delle altre strutture aziendali per specificità tecniche;
- Cura la gestione del parco macchine aziendale;
- Gestisce i rapporti di locazione attività e/o passiva dell'ASL BT;
- Propone l'azione di atti regolamentari in materia di gestione del parco macchine, acquisizione di beni e servizi con l'utilizzo della Cassa Economale, acquisizione di beni e servizi "sottosoglia", disciplina del RUP e del DEC
- Cura gli adempimenti riguardanti l'applicazione delle "Clausole sociali" nell'affidamento dei contratti di servizi sia nella fase di avvio del servizio, sia nel corso dell'esecuzione del contratto;
- Cura i flussi informativi contratti alla Regione Puglia;
- Elabora e propone il regolamento Beni Inventariali dell'ASL BT, compresa la disciplina riguardante le dimissioni;
- Cura la registrazione nell'inventario Beni Mobili e nel Registro Cespiti dei beni acquistati e facenti parte del Patrimonio Aziendale, assicurando l'allineamento del Registro Cespiti con la Contabilità generale e gestendo il processo di dismissione degli stessi;
- Propone alla Direzione Strategica i apporti di concessione di servizi e di altre fattispecie comprese nell'istituto generale di Partenariato Pubblico-Privato,



elaborati con la collaborazione di esperti in materia di progetti da reperire sul mercato;

- aggiornare la pubblicazione dei dati nelle sezioni di I e II livello della sezione Amministrazione Trasparenza, in relazioni alle attività di propria competenza.

La Direzione strategica si riserva di delegare ogni ulteriore funzione non espressamente contemplata nel presente atto, mediante apposito atto e/o regolamento interno, all'uopo adottato.

Art. 30. FUNZIONI DEL DIPARTIMENTO DI STAFF DELLA DIREZIONE STRATEGICA

La Direzione Generale, per il perseguimento della **Mission aziendale** si avvale di Strutture Amministrative e Sanitarie, oltre di Funzioni, di Staff quali strumenti di integrazione aziendale che sono qui di seguito delineate.

Le strutture sanitarie (Unità di Statistica ed Epidemiologia, U.O.S.V.D Gestione del Rischio Clinico, Qualità e Bed management, U.O.S.V.D Screening Oncologici, U.O.S.V.D Sicurezza e Sorveglianza sanitaria, UVARP) per la stretta correlazione con gli obiettivi di mandato, trovano collocazione in staff a siffatto Dipartimento stante il necessario raccordo con la Direzione strategica.

La specificità delle cognizioni tecnico-sanitarie proprie degli ambiti di competenza di tali strutture, ove si esplicano le relative prestazioni, impone tuttavia la necessità che la gestione, il coordinamento e la valutazione siano ascritte al Direttore Sanitario a cui, pertanto, tali strutture sono funzionalmente e gerarchicamente sottordinate, in ossequio al principio di separazione fra indirizzo politico amministrativo e gestione, nonché in virtù delle disposizioni normative in materia di valutazione della dirigenza di cui al D.lgs n. 150/2009, richiamati al paragrafo 6.1.2 delle Linee Guida regionali adottate con Deliberazione della Giunta Regionale della Puglia n. 879 del 29 Aprile 2015.

➤ Unità Controllo di Gestione

L'Unità Controllo di Gestione è una Struttura Complessa dell'Azienda.

Al Dirigente dell'Unità Controllo di Gestione vengono delegate le seguenti funzioni:

- supportare la Direzione Strategica nel definire gli obiettivi strategici aziendali;
 - gestire il processo di budgeting nella traduzione degli obiettivi strategici in obiettivi operativi;
 - gestire il ciclo di programmazione e controllo aziendale;
 - gestire il sistema informativo sulle attività;
- applicare le metodiche di budget;
 - gestire le analisi sull'utilizzo dei fattori produttivi;



- analizzare i singoli segmenti produttivi;
- gestire il sistema di reporting per la Direzione Generale;
- gestire il sistema di reporting per le articolazioni organizzative aziendali (Distretti, Presidi, Dipartimenti, Strutture Complesse e semplici);
- supportare la Direzione Generale ed alla Direzione delle Articolazioni Aziendali per l'utilizzo dei report;
- aggiornare la pubblicazione dei dati nelle sezioni di I e II livello della sezione Amministrazione Trasparenza, in relazioni alle attività di propria competenza

➤ **U.O.S.V.D Struttura Burocratico-Legale**

La Struttura Burocratico-Legale è una Struttura semplice a valenza dipartimentale che, su delega del Direttore Generale, rappresenta l'Azienda in tutte le attività giudiziali e stragiudiziali, in ambito civile, penale, amministrativo e contabile e supporta, ove occorre, la Direzione Generale nella formulazione di Atti e Provvedimenti amministrativi; rilevano, pertanto le seguenti attività:

▪ **GESTIONE DEL CONTENZIOSO GIUDIZIALE E STRAGIUDIZIALE**

✓ **Difesa Giudiziale dell'Azienda e attività connesse:**

- Controversie incardinate dal personale dipendente (Direzione Provinciale del Lavoro, Tribunale Sezione Lavoro, Corte d'Appello); controversie per risarcimento danni ex Legge Gelli – Bianco (Giudice di Pace – Corti di Merito); controversie civili relative alla contrattualistica in generale -esecuzione contratto – mancato pagamento fatture (Giudice di Pace – Corti di Merito);
- Redazione atti giudiziari
- Partecipazione attività di udienza
- Gestione e aggiornamento costante del Fondo Rischi, con relativa interazione con gli Uffici Regionali
- Redazione pareri legali richiesti dalla Direzione Strategica;

✓ **Gestione del contenzioso stragiudiziale**

L'ufficio legale cura, nell'ambito della gestione del contratto assicurativo ed attraverso le attività dell'ufficio sinistri, le seguenti fasi:

- apertura / denuncia / gestione sinistri attraverso il coinvolgimento delle Unità Operative coinvolte, della Medicina Legale, del Rischio Clinico, CVS e della Compagnia di Assicurazioni provvedendo, sostanzialmente, ad espletare tutte le attività amministrative e giudiziarie disciplinate dalla Legge n. 24/2017 e smi e dal regolamento aziendale per la Gestione dei sinistri e per il funzionamento del Comitato di Valutazione Sinistri.

Fa capo alla U.OS.V.D. Struttura Burocratica Legale altresì l'Ufficio Recupero Crediti, il cui funzionamento è regolato da apposito regolamento.



➤ **U.O.S.V.D Affari Generali**

Alla U.O.S.V.D Affari Generali attengono le seguenti funzioni:

- ✓ supporto alla Direzione Strategica e alle strutture di Staff presidiando funzioni di sistema e di revisione organizzativa e di riqualificazione dell'attività amministrativa delle articolazioni aziendali;
- ✓ Supervisione per l'omogeneizzazione delle attività di regolamentazione interna e delle determinazioni dirigenziali e delle deliberazioni della direzione generale;
- ✓ Supporto nella programmazione dell'offerta aziendale in materia di assistenza socio-sanitaria e predisposizione degli accordi contrattuali da stipulare con le strutture private accreditate;
- ✓ Gestione, direzione e dematerializzazione dei flussi documentali;
- ✓ Gestione delle attività relative alla formalizzazione di convenzioni con università, scuole di specializzazione, istituti pubblici e privati;
- ✓ Corretta gestione degli archivi, assicurando la dematerializzazione degli stessi e il corrente scarto dei documenti secondo la normativa vigente, tenendo i rapporti con la Sovrintendenza archivistica;
- ✓ Predisposizione degli accordi, dei protocolli di intesa, delle convenzioni attive e passive con altre Aziende Sanitarie e/o aziende ospedaliere e/o altri enti e/o organismi istituzionali pubblici o privati;
- ✓ Gestione, monitoraggio dei processi organizzativi e tecnologici relativi alla dematerializzazione del sistema documentario aziendale;
- ✓ Gestione del sistema di protocollo informatico in stretta collaborazione con i servizi informativi;
- ✓ Gestione delle attività di raccolta e distribuzione della corrispondenza in entrata e in uscita;
- ✓ Raccolta e distribuzione degli atti normativi, regolamenti interni ed esterni, oltre che di ogni altro documento di interesse aziendali;
- ✓ Gestione provvedimenti autorizzativi degli studi clinici;
- ✓ Aggiornamento della pubblicazione dei dati nelle sezioni di I e II livello della sezione;
- ✓ Amministrazione Trasparenza, in relazioni alle attività di propria competenza

➤ **Unità di Statistica ed Epidemiologia**

“L'Unità di Statistica ed Epidemiologia è una Struttura Semplice a valenza dipartimentale dell'Azienda che costituisce il riferimento funzionale delle strutture regionali a valenza epidemiologica quali l'Agenzia Regionale Strategica per la Salute e il Sociale e l'Osservatorio Epidemiologico Regionale e svolge la sua funzione alle dirette dipendenze del Direttore Generale”.

Al Dirigente dell'Unità di Statistica ed Epidemiologia vengono di norma delegate le seguenti funzioni:



- presiede le attività del Registro Tumori aziendale, sezione del Registro Tumori Puglia (come da DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 22 dicembre 2022, n. 1968 pubblicata su BURP n.1 3/1/2023 e del REGOLAMENTO REGIONALE 18 gennaio 2023, n. 1 “Regolamento di organizzazione e funzionamento del Registro Tumori della regione Puglia (RTP)” pubblicato sul BURP n.7 suppl.19/1/2023) e del Registro Nominativo delle Cause di Morte, in stretta collaborazione con i rispettivi Centri di coordinamento regionali

- promuove e realizza la rilevazione, l'elaborazione, la diffusione e l'archiviazione dei dati che interessano l'Azienda, nell'ambito del programma statistico nazionale e regionale;

- contribuisce, in modo specifico, alla *mission* aziendale, anche attraverso gli organismi preposti ove sussistenti;

- ha accesso a tutti i dati statistici in possesso delle Unità Operative dell'Azienda;

- fornisce dati informativi per il programma statistico nazionale e per la programmazione regionale e aziendale;

- contribuisce alla promozione e allo sviluppo informatico, ai fini statistici, degli archivi gestionali e delle raccolte dei dati amministrativi;

- promuove e realizza la rilevazione, l'elaborazione, la diffusione e l'archiviazione delle informazioni sullo stato e sulla domanda di salute della popolazione di riferimento, secondo le tecniche della statistica, della sociologia della salute e dell'epidemiologia;

- elabora i dati raccolti, attinenti a problemi di carattere socio-sanitario;

- predispose la relazione annuale sullo stato sanitario della popolazione nell'ambito territoriale, anche in funzione della programmazione regionale e aziendale.

➤ **U.O.S.V.D Gestione del Rischio Clinico, Qualità e Bed management**

La funzione della Gestione del Rischio Clinico è una U.O.S.V.D in staff alla Direzione Strategica ed è affidata a un Dirigente esperto di processi e procedure per la gestione del rischio.

È di supporto per lo sviluppo di politiche, strumenti e metodologie di misurazione e gestione del rischio, e contribuisce a realizzare le infrastrutture tecnologiche e organizzative necessarie all'individuazione e all'eliminazione degli eventi avversi.

Le funzioni delegate sono:

- elaborare un approccio integrato alla Gestione del Rischio Clinico;



- applicare i concetti della Gestione del Rischio Clinico ai processi di miglioramento della qualità complessiva dei servizi;
- identificare e valutare, attraverso opportuni strumenti, tutti i fattori di rischio che gravano sulla gestione delle strutture ospedaliere e sanitarie;
- calibrare le azioni più opportune a monte dei possibili errori per contenere e ridurre i danni potenziali;
- progettare e implementare i programmi, i sistemi e le tecnologie per l'individuazione, misurazione e gestione dei rischi legati alle attività;
- implementare la cultura della Qualità, attraverso la costruzione di un vero e proprio Sistema di Qualità Aziendale e in stretto raccordo con il Sistema Formativo-Informativo e l'U.R.P.;
- sviluppare le politiche aziendali per la Qualità, l'organizzazione del Sistema Qualità, le procedure tecniche e gestionali attuate per la sua realizzazione, la funzione di valutazione e i programmi di miglioramento faranno parte del Piano Generale Strategico, da tenere aggiornato periodicamente (regolamento L. R. 12/02);
- aggiornare la pubblicazione dei dati nelle sezioni di I e II livello della sezione Amministrazione Trasparenza, in relazioni alle attività di propria competenza.

➤ **U.O.S.V.D Informazione, Comunicazione, URP e Social Media**

Nella U.O.S.V.D. Informazione e Comunicazione sono incardinate le attività di comunicazione, informazione che vengono delegate al relativo Dirigente Responsabile.

Le attività di informazione e comunicazione dell'A.S.L. BT si realizzano attraverso l'Ufficio per le Relazioni con il Pubblico e attraverso l'Ufficio Comunicazione che prevede la figura dello specialista della comunicazione pubblica e l'ufficio stampa (in conformità alla disciplina dettata dalla Legge 150/2000, al DPR n. 422/01 e in conformità alle norme degli articoli 11 e 12 del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni, e relative disposizioni attuative).

Alla U.O.S.V. D sono delegate le seguenti funzioni:

- Implementazione attività di coordinamento dell'immagine aziendale attraverso il supporto allo sviluppo di Hospitality inteso come modello di accoglienza e di organizzazione degli spazi;
- Realizzazione e implementazione di strumenti di Customer Relationship Management per la corretta gestione delle segnalazioni dei cittadini;
- Implementazione strumenti di informazione interna/esterna: implementazione canali social aziendali, servizi televisivi di approfondimento;
- Realizzazione carte dei servizi e guida ai servizi aziendali;
- Garantire l'aggiornamento dei dati contenuti nella sezione "Amministrazione trasparente" previsto dal "Programma triennale per la trasparenza e integrità" per quanto di propria.



➤ U.O.S.V.D Formazione e Polo Universitario

La formazione aziendale sanitaria comprende tutti gli interventi formativi destinati al personale sanitario e amministrativo dell'Asl BT, volti a migliorare le competenze professionali, aggiornare le conoscenze e garantire la qualità delle prestazioni sanitarie e delle funzioni organizzative e manageriali. Comprende la gestione del Polo Universitario, che gestisce altresì i rapporti con l'Università di Foggia per la gestione dei corsi universitari presso il Polo di Barletta.

Alla UOSVD sono delegate le seguenti funzioni:

- Sviluppo degli strumenti di monitoraggio della formazione individuale e di gruppo;
- Sviluppo di piani di formazione mirati al miglioramento della performance;
- Sviluppo della formazione nell'ambito della digitalizzazione e revisione dei processi delle attività trasversali di competenza dell'Unità Operativa secondo quanto previsto dall'Agenda Sanità Digitale predisposta dall'Azienda;
- Assicurare l'attuazione delle attività didattiche per la formazione ed il perfezionamento del Personale ed effettuare il monitoraggio qualitativo dei corsi;
- Collaborare per la predisposizione dei Piani formativi;
- Definire le modalità e le procedure per la rilevazione dei bisogni formativi e la predisposizione dei progetti di aggiornamento professionale e formazione continua da inserire nel Piano Formativo, anche sulla base delle proposte negoziate in sede di budget;
- Assicurare il coordinamento con il Ministero della Salute, per il programma ECM e con la Regione, per quanto attiene le iniziative comprese nell'attività formativa, provvedendo, in particolare, a raccogliere i dati relativi agli interventi formativi effettuati e a redigere una relazione periodica sulle iniziative svolte, il raggiungimento degli obiettivi e le risorse impiegate;
- Promuovere, progettare e organizzare corsi di formazione anche per soggetti terzi;
- Supportare le attività di accreditamento strutture sanitarie e socio-sanitarie;
- Sviluppare strumenti e definizione dei protocolli in materia di programmazione e valutazione della formazione dipartimentale
- Gestire i rapporti con l'Università di Foggia per la gestione dei corsi universitari presso il Polo di Barletta;
- Gestire gli specializzandi e i tirocinanti provenienti da Università italiane e straniere;
- Aggiornare la pubblicazione dei dati nelle sezioni di I e II livello della sezione Amministrazione Trasparenza, in relazioni alle attività di propria competenza.

➤ U.O.S.V.D Screening Oncologici

L'U.O.S.V.D. degli Screening Oncologici, di supporto alle strutture aziendali, facilita e organizza lo sviluppo coerente ed organico, nell'intero territorio aziendale, di procedure standardizzate per l'attuazione dell'intero Piano della Prevenzione Aziendale e in particolare degli screening oncologici attraverso l'apporto tecnico-



professionale interdisciplinare paritario di competenze organizzative, amministrative, informatiche, anatomo-patologiche, cliniche, epidemiologiche e di comunicazione sociale.

In particolare, le funzioni delegate sono:

- cura dei report da trasmettere all'Assessorato alle Politiche della Salute, l'ARES e l'Osservatorio Epidemiologico della Regione Puglia al fine di garantire a ciascuno, dati omogenei sulla attuazione e sulle attività previste dal Piano Regionale della Prevenzione condotte presso l'ASL;
- calibrazione, in base alle adesioni reali, delle attività dei Centri aziendali coinvolti per meglio tarare l'overbooking degli inviti da inoltrare per raggiungere la copertura dell'intera popolazione interessata nei 2/3 anni previsti dai singoli piani;
- omogeneizzazione della copertura del territorio in termini di sensibilizzazione dei Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS);
- promozione di campagne di Comunicazione Sociale e Sensibilizzazione della Popolazione e dei MMG e PLS;
- reclutamento e invito della popolazione;
- comunicazione di "esito negativo" dell'esame;
- invito presso il centro diagnostico di II livello in caso di necessità di ulteriori approfondimenti diagnostici;
- aggiornamento delle anagrafi disponibili nei software regionali per gli screening;
- contatto dei centri per acquisirne la disponibilità (numero di esami, agenda) e calibrare il numero di inviti;
- interazione con i produttori dei software per la correzione di errori e anomalie e l'implementazione delle modifiche operative in ragione della organizzazione dei servizi presso i centri periferici coinvolti;
- counseling (chiarimenti e finalità) e assistenza (contatti diretti, variazioni, preparazioni, suggerimenti, valutazioni, ecc.) verso gli utenti;

I compiti dell'U.O sono erogati anche nei confronti di iniziative similari avviate in sede di Assessorato alle Politiche della Salute e/o di ARES e/o OER della Regione Puglia (iniziativa PASSI, costituendo Registro Regionale Tumori, ecc.) in cui l'ASL è coinvolta.

➤ **U.O.S.V.D Sicurezza e Sorveglianza sanitaria**

L'U.O.S.V.D della Sicurezza e Sorveglianza sanitaria è la struttura aziendale che assicura l'attività di Prevenzione e Protezione dai rischi professionali per i lavoratori, in applicazione a quanto disposto dal D.Lgs. n. 81/2008 e ss.mm.ii.

Alla UOSVD sono delegate le seguenti funzioni:

- individuazione dei fattori di rischio;
- valutazione dei rischi;



- individuazione, adozione ed attuazione delle misure per la sicurezza e la salubrità degli ambienti di lavoro;
- elaborazione, per quanto di competenza, delle misure preventive e protettive e dei sistemi di controllo;
- elaborazione delle procedure di sicurezza;
- predisposizione delle proposte dei programmi di informazione e formazione dei lavoratori;
- partecipazione alle consultazioni in materia di tutela della salute e sicurezza sul lavoro, nonché alla riunione periodica di prevenzione e protezione dai rischi;
- attuazione dell'informazione dei lavoratori;
- effettuare la sorveglianza sanitaria dei lavoratori e lavoratrici dipendenti ai sensi del art. 41 del d.lgs 81/08 da parte dei medici competenti;
- effettuare la sorveglianza sanitaria dei lavoratori e delle lavoratrici equiparati ed in convenzione con soggetti esterni;

Ruolo fondamentale, per l'assolvimento da parte del Direttore Generale degli obblighi in materia di salute e sicurezza, è espletato dal **Servizio di Prevenzione e Protezione (SPP)**, che ha funzioni propositive, consultive, di controllo e formative in materia di sicurezza e salute dei Lavoratori, così come enucleato nel **Piano delle Competenze e Responsabilità (PCR)**, adottato dall'ASL BT con delibera aziendale n. 1630 del 02.10.2023 a cui si rinvia.

➤ **Servizio di Radioprotezione**

In staff alla Direzione Strategica dell'ASL BT vi è il servizio di radioprotezione per la protezione contro i pericoli derivanti dall'esposizione alle radiazioni ionizzanti in attuazione della direttiva 2013/59/Euratom, recante le norme fondamentali di sicurezza in materia.

Il servizio è affidato all'esperto di radioprotezione (già esperto qualificato), come definito dall'articolo 7, comma 1, nr. 39 del D.Lgs 101/2020), quale figura fondamentale che per le cognizioni, la formazione e l'esperienza possedute assolve, per conto del Direttore Generale, quale datore di lavoro, gli adempimenti di cui all'articolo 130, del D. Lgs 101/2020 in materia di sorveglianza fisica.

Al servizio di radioprotezione competono le attribuzioni e responsabilità così come definite dal D.lgs citato e puntualmente dettagliate nel **Piano delle Competenze e Responsabilità (PCR)**, adottato dall'ASL BT con delibera aziendale n. 1630 del 02.10.2023 a cui si rinvia.

➤ **Centro Specialistico per la cura del trauma Interpersonale.**

Il Centro Specialistico per la cura del trauma Interpersonale è un centro specialistico qualificato per la diagnosi e la cura del trauma derivante da maltrattamenti, violenze e altre esperienze sfavorevoli di cui sono vittime le persone minori di età, attivato con



delibera del Direttore Generale n. 500 del 28.03.2019, in recepimento del Piano Sociale di zona e dell'accordo di programma per gli anni 2018-2020, in ottemperanza a quanto previsto dalla Giunta regionale con deliberazione n. 1878/2016.

Con delibera n. 1428 del 30.07.2019 dell'ASL BT è stato nominato un apposito Coordinatore dell'equipe del centro specialistico.

Al Centro sono state assegnate, giusta delibera del Direttore Generale n. 270 del 19/02/2020, le funzioni di programmazione e coordinamento a valenza Sovradistrettuale, in raccordo con tutti i Distretti socio sanitari nella prospettiva del potenziamento degli interventi in favore delle persone minori di età e delle famiglie, così come previsto dalle Linee guida regionali di cui alla DGR n. 1641 del 18.10.2020.

Istituito in origine all'interno del Dipartimento di Salute mentale, il Centro specialistico per la cura del trauma è stato collocato all'interno della Direzione Sanitaria, giusta delibera della Direttrice Generale n. 1447 del 29/08/2024, al fine di assicurare la necessaria collaborazione interistituzionale e consentire l'espletamento delle funzioni trasversali assegnate, anzidette.

➤ **UVARP**

Alla UOSVD UVARP vengono delegate le seguenti funzioni:

- curare la verifica e appropriatezza delle prestazioni sanitarie effettuate da erogatori pubblici e privati rinvenibili dalla DGR n. 90 del 22 gennaio 2019;
- migliorare il livello qualitativo delle prestazioni erogate;
- garantire il potenziamento delle attività di verifica delle prestazioni ambulatoriali di medicina fisica, riabilitativa e di Emodialisi presso le strutture erogatrici private convenzionate;
- curare e definire protocolli di lavoro per lo snellimento delle attività istituzionali;
- aggiornare la pubblicazione dei dati nelle sezioni di I e II livello della sezione

Amministrazione Trasparenza, in relazioni alle attività di propria competenza

La Direzione strategica si riserva di delegare ogni ulteriore funzione non espressamente contemplata nel presente atto mediante apposito atto e/o regolamento interno, all'uopo adottato.



- CAPO VI -

II SISTEMA DEI CONTROLLI

ART. 31 - TIPOLOGIE DI CONTROLLO

Fermo restando la competenza in materie di controlli sull'attività delle Aziende sanitarie riservata dalla normativa al Collegio Sindacale, i controlli previsti dalla legislazione vigente e dalle disposizioni contrattuali si sostanziano nelle seguenti tipologie:

- Controllo di regolarità amministrativo-contabile;
- Controllo di gestione;
- Valutazione del Personale;
- Valutazione e controllo strategico.

Art. 31.1. - IL CONTROLLO DI REGOLARITÀ AMMINISTRATIVA – CONTABILE

Tale attività di controllo è esercitata, come disposto dalle leggi in materia, dal Collegio Sindacale ovvero dagli Uffici di Ragioneria nell'ambito delle competenze e degli strumenti operativi individuati nel presente Atto Aziendale, nonché dai Servizi Ispettivi.

Non è consentito affidare verifiche di regolarità amministrativo e contabile a Strutture addette al Controllo di Gestione, alla valutazione dei Dirigenti ed al Controllo Strategico.

Nell'ambito delle competenze individuate dal presente Atto Aziendale, al Controllo di Gestione è attribuita invece, come precedentemente indicato, la misurazione dell'efficacia, dell'efficienza e dell'economicità dell'azione amministrativa.

Il Controllo di Gestione applica la metodica di budget al fine di verificare, mediante valutazione comparativa dei costi, dei rendimenti e dei risultati, la corretta ed economica gestione delle risorse attribuite.

I risultati del controllo di gestione vengono utilizzati anche in sede di valutazione del Personale.

Art. 31.2 - LA VALUTAZIONE DEL PERSONALE

L'Azienda valuta, in coerenza a quanto stabilito a riguardo dai Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro e dagli Accordi Integrativi decentrati, le prestazioni dei Dirigenti, nonché i comportamenti relativi allo sviluppo delle risorse umane ed organizzative ad essi assegnate alla luce dei risultati dell'attività amministrativa e di gestione.



L'attività di valutazione e di verifica del Personale è demandata all'Organismo Indipendente di Valutazione e al Collegio Tecnico.

L'Organismo Indipendente di Valutazione oltre a quanto indicato nel Capo II del Titolo II e Capo V del presente Titolo svolge, per quanto attiene alla valutazione del personale le seguenti attività:

- Attività di verifica dei risultati raggiunti da tutti i Dirigenti in relazione agli obiettivi affidati ai fini della Retribuzione di risultato;
- Svolge altresì, con cadenza di norma annuale, la valutazione del Personale di Comparto.

Il Collegio Tecnico, è un organismo aziendale che, in conformità alle disposizioni dei CC.NN.LL. di categoria svolge le seguenti attività:

- Verifica delle attività professionali svolte e dei risultati raggiunti da parte di tutti i Dirigenti con cadenza triennale;
- Verifica dei Dirigenti titolari di incarico di direzione di Struttura alla scadenza dell'incarico loro conferito;
- Verifica per la Dirigenza medica, veterinaria e sanitaria dei Dirigenti di nuova assunzione al termine del primo quinquennio di servizio;
- Verifica del possesso dei requisiti per l'attribuzione dell'indennità di esclusività di fascia superiore ai Dirigenti medici, veterinari e sanitari.

Art. 31.3. VALUTAZIONE E CONTROLLO STRATEGICO

L'attività di valutazione e controllo strategico, per effetto di quanto previsto dalle vigenti disposizioni legislative, consiste nella verifica del rispetto delle direttive e dello stato di attuazione dei Piani Strategici Aziendali, è svolta dalla Direzione Strategica con il supporto del Collegio di Direzione.

- CAPO VII -

Art. 32 - DISPOSIZIONI FINALI

L'organizzazione ed il funzionamento dell'Azienda Sanitaria, fino alla data di entrata in vigore dell'Atto Aziendale e delle norme regolamentari ivi previste, rimangono disciplinate dai provvedimenti della Direzione Generale già in essere o che saranno emanati medio-tempore, nel rispetto delle norme legislative e contrattuali, al fine di assicurare la necessaria continuità nello svolgimento delle attività istituzionali;

L'atto aziendale entra in vigore dalla data di adozione da parte del Direttore Generale.



Per quanto non espressamente contemplato nel presente Atto Aziendale, si rinvia alle Leggi e ai Regolamenti fondamentali nazionali e regionali di riforma del Servizio Sanitario Nazionale, ai sensi e per gli effetti del D.lgs 502/1992 e sm.i., dell'Organizzazione amministrativa e del pubblico impiego ai sensi e per gli effetti del D.lgs 165/01 e s.m.i., nonché in conformità alle disposizioni dei Contratti collettivi Nazionali di lavoro.

In conseguenza della emanazione di norme regionali che modificano l'assetto organizzativo configurato dal presente Atto Aziendale lo stesso sarà conformemente aggiornato.

L'individuazione delle strutture aziendali complesse, semplici a valenza dipartimentale e semplici è soggetta a modifiche e variazioni che si rendessero necessarie in relazione al sopraggiungere di motivate esigenze di riorganizzazione aziendale o di nuove indicazioni regionali.

Ogni variazione alle declinazioni operative derivate dal presente atto aziendale, costituirà apposita appendice integrativa del presente atto, debitamente approvata dalla Direzione Generale.

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 12 settembre 2025, n. 1313

Preso d'atto e approvazione dell'Atto Aziendale della ASL FG ai sensi dell'art. 19, comma 10 della Legge regionale 25/02/2010, n. 4.

LA GIUNTA REGIONALE

VISTI:

- gli artt. 4, 5 e 6 della L.R. 4 febbraio 1997, n. 7;
- la deliberazione della Giunta Regionale n. 3261 del 28 luglio 1998;
- gli artt. 4 e 16 del D.lgs. n. 165 del 30.03.2001 e ss.mm.ii.;
- gli artt. 43 e 44 dello Statuto della Regione Puglia;
- il Decreto del Presidente della Giunta regionale 22 gennaio 2021, n. 22 e ss.mm.ii., recante l'Atto di Alta Organizzazione "M.A.I.A. 2.0";
- il Regolamento interno di questa Giunta;

VISTO il documento istruttorio del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale, Sezione Strategie e Governo dell'offerta e Servizio Strategie e Governo dell'assistenza Territoriale – Rapporti Istituzionali e Capitale Umano SSR, concernente l'argomento in oggetto e la conseguente proposta del Vicepresidente della Giunta Regionale con delega alla Sanità e Benessere Animale, Sport per Tutti.

PRESO ATTO:

- a) delle sottoscrizioni dei responsabili della struttura amministrativa competente, ai fini dell'attestazione della regolarità amministrativa dell'attività istruttoria e della proposta, ai sensi dell'art. 6, co. 8 delle Linee guida sul "Sistema dei controlli interni nella Regione Puglia", adottate con D.G.R. 23 luglio 2019, n. 1374;
- b) della dichiarazione del Direttore di Dipartimento, in merito a eventuali osservazioni sulla proposta di deliberazione, ai sensi degli artt. 18 e 20 del Decreto del Presidente della Giunta regionale 22 gennaio 2021, n. 22 e ss.mm.ii.;

Con voto favorevole espresso all'unanimità dei presenti e per le motivazioni contenute nel documento istruttorio che è parte integrante e sostanziale della presente deliberazione.

DELIBERA

1. di prendere atto di quanto esposto in narrativa e che qui si intende integralmente trascritto;
2. di approvare l'atto aziendale contenente l'assetto organizzativo della ASL FG, così come da ultimo inviato con nota prot. AFG-0092484-2025 del 30/07/2025, di cui all'allegato alla presente deliberazione quale parte integrante e sostanziale;
3. di stabilire che la ASL FG debba procedere con un progressivo allineamento dell'assetto organizzativo aziendale in conformità agli atti di programmazione regionale sia in termini di rispetto della rete ospedaliera che dello standard ex D.M. n. 70/2015 di cui all'Allegato C del Regolamento regionale n. 8/2024 e precisamente per le discipline di Chirurgia generale, Medicina e Chirurgia d'accettazione ed urgenza e Farmacia Ospedaliera;
4. di stabilire che gli incarichi di direzione delle unità operative debbano essere conferiti in conformità all'atto aziendale, di cui all'allegato alla presente deliberazione quale parte integrante e sostanziale, con particolare riferimento alle unità operative non allineate con la programmazione regionale di cui

- all'Allegato C del Regolamento regionale n. 8/2024;
5. di notificare il presente provvedimento a cura Servizio Strategie e Governo dell'assistenza Territoriale – Rapporti Istituzionali e Capitale Umano SSR alla ASL FG;
 6. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia, ai sensi della L.R. 18/2023.

Il Segretario Generale della Giunta

NICOLA PALADINO

Il Presidente della Giunta

RAFFAELE PIEMONTESE

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Oggetto: Presa d'atto e approvazione dell'Atto Aziendale della ASL FG, ai sensi dell'art. 19, comma 10 della Legge regionale 25/02/2010, n. 4.

Visti:

- la Legge n. 241/1990 recante "Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi" e ss.mm.ii.;
- il D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i., all'art. 2, co. 1, attribuisce alle Regioni l'esercizio delle funzioni legislative ed amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera, nel rispetto dei principi stabiliti dalle leggi nazionali;
- la legge n. 190/2012 recante "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione";
- il D.Lgs. n. 33/2013 recante "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni";
- la D.G.R. 15 settembre 2021, n. 1466 recante l'approvazione della Strategia regionale per la parità di genere, denominata "Agenda di Genere";
- la D.G.R. 3 luglio 2023 n. 938 recante "Valutazione di impatto di genere. Sistema di gestione e di monitoraggio". Revisione degli allegati;

Visto:

- l'articolo 2, comma 2 sexies lett. b) del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 stabilisce che "La regione disciplina altresì: [...] b) i principi e criteri per l'adozione dell'atto aziendale di cui all'articolo 3, comma 1-bis; [...]";
- l'articolo 3, comma 1 bis, del D.Lgs. n. 502/1992 stabilisce che: *"In funzione del perseguimento dei loro fini istituzionali, le unità sanitarie locali si costituiscono in aziende con personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale; la loro organizzazione ed il funzionamento sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato, nel rispetto dei principi e criteri previsti da disposizioni regionali. L'atto aziendale individua le strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico-professionale, soggette a rendicontazione analitica";*
- l'articolo 3, comma 1 quater del D.Lgs. n. 502/1992 stabilisce che *"Sono organi dell'azienda il direttore generale, il collegio di direzione e il collegio sindacale. Il direttore generale adotta l'atto aziendale di cui al comma 1-bis; è responsabile della gestione complessiva e nomina i responsabili delle strutture operative dell'azienda. Il direttore generale è coadiuvato, nell'esercizio delle*

proprie funzioni, dal direttore amministrativo e dal direttore sanitario. Le regioni disciplinano forme e modalità per la direzione e il coordinamento delle attività sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria. Il direttore generale si avvale del Collegio di direzione di cui all'articolo 17 per le attività ivi indicate.”;

- l'articolo 15 bis commi 1 e 2 del D.Lgs. n. 502/1992 stabilisce che:
 - “1. L'atto aziendale di cui all'articolo 3, comma 1-bis, disciplina l'attribuzione al direttore amministrativo, al direttore sanitario, nonché ai direttori di presidio, di distretto, di dipartimento e ai dirigenti responsabili di struttura, dei compiti comprese, per i dirigenti di strutture complesse, le decisioni che impegnano l'azienda, verso l'esterno, l'attuazione degli obiettivi definiti nel piano programmatico e finanziario aziendale.*
 - 2. La direzione delle strutture e degli uffici è affidata ai dirigenti, secondo i criteri e le modalità stabiliti nell'atto di cui al comma 1, nel rispetto, per la dirigenza sanitaria, delle disposizioni di cui all'articolo 15-ter. Il rapporto dei dirigenti è esclusivo, fatto salvo quanto previsto in via transitoria per la dirigenza sanitaria dall'articolo 15-sexies.”.*

Visto l'art. 19, comma 10 della Legge regionale 25/02/2010, n.4, ed in particolare il comma 9, secondo cui:
“I direttori generali istituiscono, mediante l'atto aziendale, i dipartimenti, le unità operative complesse, le unità operative semplici a valenza dipartimentale, le unità operative semplici e le strutture di staff nei limiti delle disposizioni vigenti. L'atto aziendale è adeguatamente motivato in relazione alla tipologia delle strutture di cui è prevista l'istituzione e alla coerenza della spesa derivante dall'articolazione organizzativa con i vincoli previsti dalle norme nazionali e regionali in materia di patto di stabilità, spesa sanitaria e costi del personale del SSR”;

Preso atto che:

- che con deliberazione di Giunta regionale n. 879 del 29.04.2015 sono state adottate le *“Linee guida per l'adozione degli atti aziendali di Aziende Sanitarie Locali ed Aziende Ospedaliere – Universitarie della Regione Puglia – Approvazione”* e, contestualmente, è stato stabilito che i Direttori generali delle Aziende Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere-Universitarie del SSR sono tenuti ad adottare l'atto aziendale nel rispetto delle Linee Guida medesimi;
- con deliberazione n. 1429 del 19.10.2023 la Giunta regionale ha stabilito al punto 17 lett. e) del deliberato che: *“il Direttore Generale dell'ASL FG dovrà adottare l'Atto aziendale, entro sei mesi dall'approvazione del presente provvedimento, in conformità alle disposizioni di cui al D. Lgs. n. 502/92 e ss.mm.ii. nonché della normativa nazionale e regionale in materia”;*
- con Regolamento regionale n. 8/2024 è stato previsto l'aggiornamento della Rete Ospedaliera ai sensi del D.M. n. 70/2015;
- con deliberazione di Giunta regionale n. 1384 del 03.10.2024 recante *“Approvazione definitiva del Regolamento Regionale “Aggiornamento delle Rete Ospedaliera ai sensi del D.M. n. 70/2015*

è stato previsto al punto 11 del deliberato che “[...] le *Direzioni strategiche delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale concordino la rimodulazione delle Unità Operative ospedaliere, in termini di Complesse o Semplici (anche a Valenza Dipartimentale) con il Dipartimento “Promozione della Salute e del Benessere Animale”, atteso che, in particolare le Unità Operative Complesse concorrono al raggiungimento dello standard D.M. n. 70/2015, in termini di “strutture” per disciplina. Si rimanda, inoltre, alle disposizioni nazionali e regionali in materia di adozione dell’atto aziendale, ex D.Lgs. n. 502/1992 e art. 19 L.R. n. 14 del 25/02/2010”;*

- con deliberazione di Giunta regionale n. 418 del 07.04.2025 di “*Revoca D.G.R. n. 1603 del 13/09/2018. Determinazione parametri standard regionali per l’individuazione di strutture semplici, strutture complesse e incarichi destinati al personale del Comparto delle Aziende ed Enti del S.S.R.*” sono stati approvati i parametri standard regionali per l’individuazione del numero massimo di strutture semplici e complesse, nonché del numero massimo degli incarichi riservati al personale del comparto delle Aziende ed Enti SSR alla luce delle specifiche previsioni in materia di incarichi di cui al vigente CCNL Sanità 2019-2021, della nuova rete ospedaliera regionale di cui al Regolamento Regionale n. 8 del 31/10/2024 e ai dati demografici regionali aggiornati all’1/1/2024. In applicazione di tali parametri standard, il numero massimo di strutture organizzative attribuibili da parte della ASL FG è il seguente:

PARAMETRO STANDARD DGR n. 418/2025	
S.C. (OSP. + NON OSP.)	S.S.
68	101

- ai sensi del punto 6) della Deliberazione n. 418 del 07.04.2025 la Giunta regionale ha stabilito che: “*qualora i Direttori Generali delle Aziende ed Enti del SSR dovessero ravvisare, in ragione di motivate esigenze di carattere organizzativo, la necessità di attivare un numero di Strutture Complesse aziendali superiore a quelle derivanti dall’applicazione dei parametri standard regionali, come riportate nell’Allegato al presente provvedimento quale sua parte integrante e sostanziale, il Dipartimento “Promozione della Salute e del Benessere Animale” possa autorizzarne l’attivazione, nel rispetto del tetto massimo regionale derivante dall’applicazione dei parametri standard definiti dal Comitato LEA in data 26 marzo 2012, di seguito riportati:*
 - *STRUTTURE COMPLESSE OSPEDALIERE : Numero standard di posti letto pubblici per struttura complessa ospedaliera prevista (PL pubblici/SC ospedal.) = 17,5;*
 - *STRUTTURE COMPLESSE NON OSPEDALIERE : Numero di abitanti residenti per struttura complessa non ospedaliera prevista (Popolaz. Resid./SC non ospedal.) = 13.515;”;*

- con nota prot. AFG-0092484-2025 del 30.07.2025 il Direttore Generale dell'ASL FG ha trasmesso al competente servizio del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale il proprio atto aziendale contenente l'assetto organizzativo interno;
- con nota prot. n. 0047605 del 16.04.2025 il Direttore Generale dell'ASL FG e il Direttore Generale dell'AOU Ospedali Riuniti di Foggia hanno proposto l'istituzione del Dipartimento Interaziendale per la Gestione Integrata della Riabilitazione, in sostituzione del Dipartimento già previsto in ASL FG, cui afferiranno le Strutture Complesse e Semplici dell' AOU Ospedali Riuniti di Foggia e della ASL FG;
- con nota prot. n. 0252450 del 13.05.2025 il Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale ha comunicato al Direttore Generale ASL FG e al Direttore Generale AOU Ospedali Riuniti di Foggia parere favorevole in ordine all'istituzione del Dipartimento Interaziendale per la Gestione Integrata della Riabilitazione, attesa la necessità di garantire, anche nel settore della riabilitazione, l'integrazione ospedale-territorio, con indicazione di procedere alla conseguente modifica degli atti aziendali;
- l'assetto organizzativo contenuto nell'atto aziendale, trasmesso da ultimo con nota prot. AFG-0092484-2025 del 30/07/2025, contiene anche la previsione del Dipartimento Interaziendale di Medicina Fisica e Riabilitativa.

Preso, altresì, atto che:

- la bozza dell'atto aziendale della ASL FG, inviato al Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale, prevede l'istituzione del seguente numero di strutture complesse e semplici:

ATTO AZIENDALE - TIPOLOGIA STRUTTURE	
S.C. (OSP. + NON OSP.)	S.S. e S.S.D.
68	101

Considerato che:

- il numero massimo di strutture organizzative attribuibili da parte della ASL FG e i conseguenti parametri standard calcolati sulla rilevazione della popolazione al 01.01.2024 sono pari a: n. 68 Strutture Complesse e n. 101 Strutture Semplici e, quindi, che il numero massimo di strutture di cui all'atto aziendale rientra nei parametri standard di cui alla deliberazione di Giunta regionale n. 418/2025;
- l'articolazione delle unità operative ospedaliere in termini di strutture Complesse, Semplici e Semplici a Valenza Dipartimentale devono attenersi, inoltre, alla programmazione della rete ospedaliera regionale di cui all'allegato C del Regolamento regionale n. 8/2024;
- le Unità Operative Complesse istituite nelle Aziende ed Enti SSR concorrono, inoltre, al raggiungimento dello standard D.M. n. 70/2015, in termini di "strutture" per disciplina e,

pertanto, l'istituzione delle strutture deve essere preventivamente approvato dal Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale al fine di evitare il disallineamento con lo standard di cui al D.M. 70/2015 di ciascuna disciplina per bacino di utenza;

- nel proposto atto aziendale la ASL FG ha previsto un'articolazione di strutture complesse non perfettamente allineata alla programmazione della rete ospedaliera regionale di cui all'allegato C del Regolamento regionale n. 8/2024 nelle seguenti discipline:
 - a. Chirurgia generale;
 - b. Medicina e Chirurgia d'accettazione ed urgenza;
 - c. Farmacia Ospedaliera;
- per la disciplina di Medicina e Chirurgia d'accettazione ed urgenza il rilevato disallineamento dalla programmazione regionale non incide sullo standard per il dimensionamento delle strutture per disciplina per bacino di utenza di cui al D.M. 70/2015; mentre per le discipline di Chirurgia generale e di Farmacia Ospedaliera il disallineamento dalla programmazione regionale impatta sul dimensionamento delle relative delle strutture per disciplina per bacino di utenza ex D.M. 70/2015;
- l'atto aziendale, ai sensi dell'art. 3 comma 1 bis del D.lgs n. 502/1992, è lo strumento mediante il quale le Aziende sanitarie definiscono la propria organizzazione e il proprio funzionamento nel rispetto dei principi emanati dalla Regione ed è, quindi, espressione della funzione organizzativa di autogoverno delle Aziende sanitarie;
- l'organizzazione di cui all'atto aziendale deve tendere al rispetto della programmazione regionale anche in termini di rispetto della programmazione della rete ospedaliera e dello standard D.M. n. 70/2015, nonché in termini di conferimento dei conseguenti incarichi di direzione delle unità operative.

Tutto ciò premesso sulla base dell'istruttoria effettuata dal competente Servizio regionale, l'assetto organizzativo dell'ASL FG risulta essere conforme alla normativa vigente in materia in termini di numero massimo di strutture complesse ai sensi della DGR n. 418 del 07.04.2025 "*Determinazione parametri standard regionali per l'individuazione di strutture semplici, strutture complesse e incarichi destinati al personale del Comparto delle Aziende ed Enti del S.S.R.*", ma presenta difformità nell'articolazione delle stesse strutture rispetto alla programmazione della rete ospedaliera regionale di cui all'allegato C del Regolamento regionale n. 8/2024.

Stante quanto innanzi, con il presente schema di provvedimento si propone alla Giunta regionale di approvare l'atto aziendale contenente l'assetto organizzativo interno dell'ASL FG, così come inviato con prot. AFG-0092484-2025 del 30/07/2025, di cui all'Allegato, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, con la prescrizione di tendere ad un allineamento dell'organizzazione aziendale a quanto stabilito negli atti di programmazione della rete ospedaliera e dello standard D.M. n. 70/2015 di cui al Regolamento regionale n. 8/2024.

Garanzie di riservatezza

“La pubblicazione sul BURP, nonché la pubblicazione all’Albo o sul sito istituzionale, salve le garanzie previste dalla legge 241/1990 in tema di accesso ai documenti amministrativi, avviene nel rispetto della tutela della riservatezza dei cittadini secondo quanto disposto dal Regolamento UE n. 2016/679 in materia di protezione dei dati personali, nonché dal D.Lgs. 196/2003 ss.mm.ii., ed ai sensi del vigente Regolamento regionale 5/2006 per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari, in quanto applicabile. Ai fini della pubblicità legale, il presente provvedimento è stato redatto in modo da evitare la diffusione di dati personali identificativi non necessari ovvero il riferimento alla particolari categoria di dati previsti dagli articoli 9 e 10 del succitato Regolamento UE”.

Esiti Valutazione di impatto di genere

L’impatto di genere stimato è **neutro**.

COPERTURA FINANZIARIA AI SENSI DEL D.LGS. 118/2011 E SS.MM.II.

La presente deliberazione non comporta implicazioni, dirette/indirette, di natura economico-finanziaria e/o patrimoniale e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale.

Tutto ciò premesso, al fine di procedere con l’approvazione dell’atto Aziendale dell’ASL FG, si propone alla Giunta regionale:

1. di prendere atto di quanto esposto in narrativa e che qui si intende integralmente trascritto;
2. di approvare l’atto aziendale contenente l’assetto organizzativo della ASL FG, così come da ultimo inviato con nota prot. AFG-0092484-2025 del 30/07/2025, di cui all’allegato alla presente deliberazione quale parte integrante e sostanziale;
3. di stabilire che la ASL FG debba procedere con un progressivo allineamento dell’assetto organizzativo aziendale in conformità agli atti di programmazione regionale sia in termini di rispetto della rete ospedaliera che dello standard ex D.M. n. 70/2015 di cui all’Allegato C del Regolamento regionale n. 8/2024 e precisamente per le discipline di Chirurgia generale, Medicina e Chirurgia d’accettazione ed urgenza e Farmacia Ospedaliera;
4. di stabilire che gli incarichi di direzione delle unità operative debbano essere conferiti in conformità all’atto aziendale, di cui all’allegato alla presente deliberazione quale parte integrante e sostanziale, con particolare riferimento alle unità operative non allineate con la programmazione regionale di cui all’Allegato C del Regolamento regionale n. 8/2024;
5. di notificare il presente provvedimento a cura Servizio Strategie e Governo dell’assistenza Territoriale – Rapporti Istituzionali e Capitale Umano SSR alla ASL FG;

6. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia, ai sensi della L.R. 18/2023.

I sottoscritti attestano la regolarità amministrativa dell'attività istruttoria e della proposta, ai sensi dell'art. 6, co. 3, lett. da a) ad e) delle Linee guida sul "Sistema dei controlli interni nella Regione Puglia", adottate con D.G.R. 23 luglio 2019, n. 1374.

LA RESPONSABILE EQ "Analisi normativa e gestione rapporti contrattuali"

Daniela PIZZUTO

 DANIELA PIZZUTO
11.09.2025
12:22:34 UTC

La DIRIGENTE di Servizio "Strategie e Governo dell'Assistenza Territoriale- Rapporti Istituzionali e Capitale Umano SSR":

Antonella CAROLI

 ANTONELLA
CAROLI
11.09.2025
13:57:38 UTC

Il DIRIGENTE di Sezione "Strategie e Governo dell'Offerta":

Mauro NICASTRO

 Mauro
Nicastro
11.09.2025
18:16:40
GMT+02:00

Il Direttore ai sensi degli artt. 18 e 20 del Decreto del Presidente della Giunta regionale 22 gennaio 2021, n. 22 e ss.mm.ii., NON RAVVISA osservazioni alla presente proposta di DGR.

Il DIRETTORE di Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale:

Vito MONTANARO

 Vito
Montanaro
11.09.2025
18:21:20
GMT+02:00

L'Assessore alla Sanità e Benessere animale, Sport per Tutti ai sensi del vigente Regolamento della Giunta regionale,

propone

alla Giunta regionale l'adozione del presente atto.

Raffaele PIEMONTESE

 Raffaele Piemontese
11.09.2025 18:29:54
GMT+02:00



**Azienda
Sanitaria
Locale FG**
Provincia
di Foggia

Direzione Strategica

Viale M. Protano
Foggia
Partita IVA e C.F.
03499370710
Tel. 0881884609
Fax 0881884614

AFG-0092484-2025 del 30/07/2025 16:19:37

SGO DEL 2025 00115



Mauro
Nicastro
11.09.2025
16:40:46
GMT+02:00

AZIENDA SANITARIA LOCALE FG
Foggia

ATTO AZIENDALE

Anno 2025

Antonio Giuseppe Nigri

DIRETTORE GENERALE

Comuni ASL FG:

Foggia - Cerignola - Manfredonia - San Severo - Lucera - San Giovanni Rotondo - Orta Nova - Torremaggiore - San Nicandro - Garganico - San Marco in Lamis - Vieste - Apricena - Monte Sant'Angelo - Vico del Gargano - Troia - Cagnano Varano - Carapelle - Mattinata - Lesina - Ascoli Satriano - San Paolo di Civitate - Stornara - Stornarella - Ischitella - Carpino - Peschici - Serracapriola - Delicato - Rodi Garganico - Bovino - Zappanola - Biccari - Orsara di Puglia - Poggio Imperiale - Pietramontecorvino - Ordina - Candela - Accadia - Rignano Garganico - Castelluccio dei Sauri - Sant'Agata di Puglia - Casavecchio di Puglia - Rocchetta - Sant'Antonio - Volturino - Chiestri - Celenza - Valfortore - Casalnuovo Monterotaro - Anzano di Puglia - Castelnuovo della Daunia - Castelluccio Valmaggiore - Roseto Valfortore - San Marco la Catola - Monteleone di Puglia - Carfantino - Alberona - Panni - Motta - Montecorvino - Faeto - Volturara Appula - Isole Tremili - Celle di San Vito

Azienda Sanitaria Locale FG
"Riorganizzazione della Rete Aziendale Cure Palliative"

PRESENTAZIONE

Il nuovo Atto Aziendale della ASL di Foggia è un documento che rappresenta il cuore pulsante della nostra organizzazione e la guida strategica per il futuro della sanità nella nostra provincia. Questo atto nasce dalla consapevolezza delle sfide che il nostro territorio affronta, delle sue peculiarità geografiche, demografiche e sociali, e dal desiderio di offrire ai cittadini un sistema sanitario che sia vicino, efficiente e di alta qualità.

L'Atto Aziendale è frutto di un lavoro condiviso e partecipato, che ha coinvolto i diversi attori della sanità pubblica e le istituzioni locali. Abbiamo costruito un modello organizzativo che rispetta l'autonomia dei singoli distretti e delle strutture ospedaliere, ma che al tempo stesso valorizza l'integrazione e la sinergia tra tutti i livelli assistenziali. Ogni decisione, ogni struttura e ogni servizio è stato progettato per mettere il paziente al centro, garantendo cure personalizzate, tempestive e sicure.

La nostra organizzazione si fonda su un'ampia rete territoriale, articolata in otto Distretti Socio-Sanitari, che rispecchiano le specificità e le necessità del territorio. Dai Monti Dauni al Gargano, dalle aree interne alle città come Foggia e Cerignola, abbiamo previsto strutture e servizi che rispondano alle diverse esigenze delle nostre comunità.

La collaborazione con le amministrazioni locali, attraverso la Conferenza dei Sindaci, rappresenta un pilastro fondamentale per garantire trasparenza, partecipazione e coerenza nelle decisioni.

Uno degli obiettivi principali di questo atto è il rafforzamento dell'assistenza territoriale, in linea con le indicazioni del DM 77/2022. La creazione di Case della Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali consentirà di offrire un'assistenza integrata e continuativa, riducendo il peso sugli ospedali e garantendo una maggiore vicinanza ai bisogni dei pazienti, soprattutto i più fragili e affetti da malattie croniche. Attraverso questi strumenti, intendiamo costruire una sanità capace di affrontare le sfide del presente, come l'invecchiamento della popolazione e l'aumento delle patologie croniche, con un approccio moderno e innovativo.

L'Atto Aziendale pone, inoltre, grande attenzione all'innovazione tecnologica e alla digitalizzazione. L'adozione di strumenti come il Fascicolo Sanitario Elettronico e la telemedicina consentirà di migliorare la continuità assistenziale e di garantire un accesso più rapido e diretto ai servizi sanitari. Crediamo fermamente che la tecnologia possa essere un alleato prezioso per rendere il sistema sanitario più efficiente e vicino alle persone.

Infine, questo documento rappresenta un impegno verso la sostenibilità e la qualità. Ogni risorsa è stata pianificata con cura, nel rispetto dei vincoli economici, per garantire una sanità pubblica che sia non solo efficace, ma anche equa e sostenibile. Il nostro obiettivo è quello di costruire un sistema sanitario in cui ogni cittadino, indipendentemente dal luogo di residenza o dalla condizione sociale, possa trovare risposte adeguate ai propri bisogni di salute.

Azienda Sanitaria Locale FG
"Riorganizzazione della Rete Aziendale delle Cure Palliative"

Con il nuovo Atto Aziendale, la ASL di Foggia si impegna a perseguire una visione di sanità moderna, inclusiva e solidale, sempre orientata al bene della comunità che abbiamo l'onore di servire.

 Firma Giuseppe Nigri:
ANTONIO GIUSEPPE NIGRI
Direttore Generale
Firmato il 30/07/2025 16:15
Seriale Certificato:
130674812489383800908419127229313768227
Valido dal 27/05/2024 al 27/05/2028
ArubaPEC EU Qualified Certificates CA G1

Azienda Sanitaria Locale FG
"Riorganizzazione della Rete Aziendale Cure Palliative"

INDICE

TITOLO

1.

L'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI FOGGIA

Gli elementi identificativi e caratterizzanti

Pag.	
7	1.1 DENOMINAZIONE E NATURA GIURIDICA
7	1.2 SEDE LEGALE E PATRIMONIO
7	1.3 IL TERRITORIO
10	1.4 LA POPOLAZIONE E LA CRONICITA'
13	1.5 LOGO, MARCHIO AZIENDALE E DOMINIO INTERNET
13	1.6 MISSIONE E VISIONE
13	1.6.1 La Missione
14	1.6.2 La Visione

TITOLO

2.

GLI ORGANI E GLI ORGANISMI DELL'AZIENDA

Pag.	
15	2.1 GLI ORGANI
15	2.1.1 Il Direttore Generale
15	2.1.2 Le competenze del Direttore Generale
16	2.1.3 Il Collegio Sindacale
16	2.1.4 Le competenze del Collegio Sindacale
17	2.1.5 Il Collegio di Direzione dell'Azienda
17	2.1.6 Funzioni del Collegio di Direzione
17	2.2 LA DIREZIONE STRATEGICA AZIENDALE
18	2.2.1 Le Funzioni della Direzione Strategica
18	2.2.2 Il Direttore Amministrativo
19	2.2.3 Le competenze del Direttore Amministrativo
19	2.2.4 Il Direttore Sanitario
20	2.2.5 Le competenze del Direttore Sanitario

20		2.2.6 Sostituzione dei Direttori Amministrativo e Sanitario
21	2.3	<i>GLI ORGANISMI COLLEGIALI</i>
21		2.3.1 Il Comitato di Dipartimento
21		2.3.2 Funzioni del Comitato di Dipartimento
22		2.3.3 Il Consiglio dei Sanitari
22		2.3.4 Organismo indipendente di valutazione della performance
23		2.3.5 I Comitati Consultivi Misti
23		2.3.6 Il Comitato Etico
24		2.3.7 Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni (C.U.G.)
24		2.3.8 Relazioni tra gli Organi dell'Azienda
25	2.4	<i>L'ORGANIGRAMMA DELLA ASL DELLA PROVINCIA DI FOGGIA</i>
26	2.5	<i>INTERAZIONE E COLLABORAZIONE DELLA ASL FG CON LE ALTRE AZIENDE SANITARIE ED ENTI DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE</i>
27	2.6	<i>LA CONFERENZA DEI SINDACI E IL RUOLO DELLE COMUNITA' LOCA</i>
28	2.7	<i>LE RELAZIONI SINDACALI</i>

TITOLO

3.

ORGANIZZAZIONE E FUNZIONAMENTO

Pag.		
30	3.1	<i>PRINCIPI DELL'ORGANIZZAZIONE</i>
30		3.1.1 I principi del modello organizzativo dell'Azienda
30		3.1.2 L'articolazione organizzativa
31	3.2	<i>II RUOLO DI COMMITTENTE E DI PRODUTTORE</i>
31	3.3	<i>IL DISTRETTO SOCIO SANITARIO</i>
31		3.3.1 L'Organizzazione del Distrettuale
38		3.3.2 L'Organizzazione dell'Assistenza Primaria
43		3.3.3 Casa della Comunità
45		3.3.4 La Centrale Operativa 116117

Azienda Sanitaria Locale FG
"Riorganizzazione della Rete Aziendale Cure Palliative"

46	3.3.5	La Centrale Operativa Territoriale
49	3.3.6	L'Ospedale di Comunità
52	3.3.7	I Consulteri Familiari
56	3.4	<i>L'OSPEDALE</i>
56	3.4.1	L'Assistenza ospedaliera dell'Azienda
57	3.4.2	La collocazione geografica degli Ospedali nella Provincia di Foggia
57	3.4.3	Assetto strutturale dell'Assistenza Ospedaliera
61	3.5	<i>IL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE</i>
63	3.6	<i>IL MODELLO ORGANIZZATIVO DIPARTIMENTALE</i>
63	3.6.1	Il Dipartimento: Funzioni e Finalità
64	3.6.2	Il ruolo della Direzione di Dipartimento
65	3.6.3	L'Organizzazione Dipartimentale
65	3.6.4	Gli ambiti operativi
66	3.6.5	I Dipartimenti della ASL Foggia
78	3.6.6	Le Modalità Organizzative
79	3.6.7	I Vantaggi dell'Organizzazione Dipartimentale

TITOLO

1.

L'Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Foggia ***Gli elementi identificativi e caratterizzanti***

1.1 DENOMINAZIONE E NATURA GIURIDICA

L'Atto Aziendale dell'Azienda Sanitaria Locale FG della Provincia di Foggia è redatto nel rispetto dei principi e criteri previsti dalla seguente normativa nazionale e regionale:

- articolo 3, comma 1, del D.L.vo 502/1992, come successivamente modificato ed integrato, dal D.L.vo 517/1993 e dal D.L.vo 229/1999;
- art. 19 della Legge Regionale n. 4 del 25/02/2010;
- Deliberazione n. 879 del 29 aprile 2015, "*Linee guida per l'adozione degli atti aziendali di Aziende Sanitarie Locali ed Aziende Ospedaliero-Universitarie della Regione Puglia*"

L'Azienda Sanitaria Locale di Foggia (in forma sintetica ASL FG, di seguito denominata, anche, "Azienda") è stata istituita con L.R. n. 39 del 28/12/2006 e nasce dalla fusione delle tre preesistenti Aziende Unità Sanitarie Locali della Provincia di Foggia (AUSL FG/1; AUSL FG/2; AUSL FG/3);

L'Azienda assume personalità giuridica ed autonomia imprenditoriale, ai sensi e per gli effetti dell'art. 3 comma 1-bis del D.L.vo 229/1999.

1.2 SEDE LEGALE E PATRIMONIO

La sede legale è fissata a Foggia con indirizzo in Via Michele Protano n. 13 - 71121 Foggia - tel. 0881 884609 - Partita Iva e C.F. 03499370710;

L'albo dell'Azienda per la pubblicazione degli atti e degli avvisi è visibile nella sezione Albo Pretorio sul sito aziendale <https://www.sanita.puglia.it/web/asl-foggia>

Il Patrimonio dell'Azienda Sanitaria Locale FG è quello risultante dallo stato patrimoniale allegato al Bilancio di esercizio che annualmente è pubblicato nella sezione Amministrazione Trasparente del sito web dell'azienda sanitaria, in ottemperanza al D.Lgs. 33/2013 sulla trasparenza amministrativa.

1.3 IL TERRITORIO

Il territorio provinciale è caratterizzato da una forte frammentazione di comunità comunali (n.61 comuni) inserite in tre aree territoriali disomogenee che

presentano, tra l'altro, forti punti di debolezza legati alla infrastrutturazione delle vie di comunicazione.

Le aree territoriali su richiamate possono individuarsi rispettivamente con i territori dei Monti Dauni, Tavoliere delle Puglie e Gargano.

Benché sovrapposte, i confini distrettuali provinciali ricalcano le divisioni territoriali richiamate. In particolare:

1. i Distretti SocioSanitari di Lucera e Troia ricoprono il territorio dei Monti Dauni;
2. i Distretti SocioSanitari di Cerignola, Foggia e San Severo comprendono il territorio del Tavoliere delle Puglie con inclusioni alle pendici del Gargano;
3. i Distretti SocioSanitari di San Marco in Lamis, Vico del Gargano e Manfredonia corrispondono al territorio garganico.

La Viabilità:

La provincia è percorsa dalle seguenti linee ferroviarie:

- La linea Ancona-Bari;
- La linea Napoli-Foggia;
- La linea Foggia-Potenza;
- La linea Foggia-Manfredonia;
- La linea San Severo-Peschici;
- La linea Avellino-Rocchetta Sant'Antonio;
- La linea Foggia-Lucera.

Le autostrade che attraversano la provincia di Foggia sono:

- L'A14 detta Adriatica;
- L'A16 detta dei due mari.

Le strade statali presenti sul territorio provinciale sono:

- Strada statale 16 Adriatica;
- Strada statale 17 dell'Appennino Abruzzese e Appulo Sannitico;
- Strada statale 89 Garganica;
- Strada statale 90 delle Puglie;
- Strada statale 98 Andriese-Coratina;
- Strada statale 272 di San Giovanni Rotondo;
- Strada statale 688 di Mattinata;
- Strada statale 693 dei Laghi di Lesina e Varano.

È presente, inoltre, una rete di strade provinciali che attraversano nella sua interezza il territorio come illustrato nella cartina che segue.

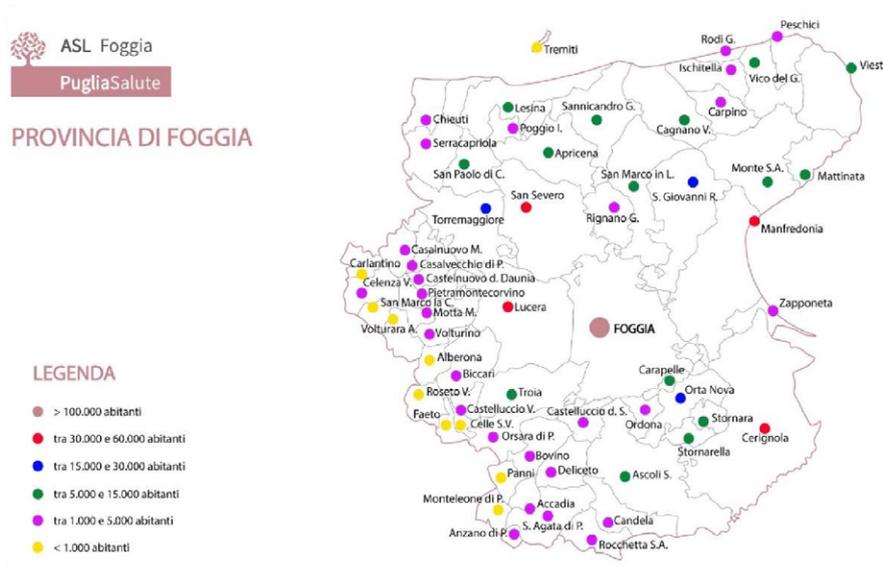
Azienda Sanitaria Locale FG
 "Riorganizzazione della Rete Aziendale delle Cure Palliative"



L'ambito territoriale della ASL FG comprende i Comuni di: Accadia, Alberona, Anzano di Puglia, Apricena, Ascoli Satriano, Biccari, Bovino, Cagnano Varano, Candela, Carapelle, Carlantino, Carpino, Casalnuovo Monterotaro, Casalvecchio di Puglia, Castelluccio dei Sauri, Castelluccio Valmaggiore, Castelnuovo della Daunia, Celenza Valfortore, Celle di San Vito, Cerignola, Chieuti, Deliceto, Faeto, Foggia, Ischitella, Isole Tremiti, Lesina, Lucera, Manfredonia, Mattinata, Monte Leone di Puglia, Monte Sant'Angelo, Motta Montecorvino, Ortona, Orsara di Puglia, Ortanova, Panni, Peschici, Pietra Montecorvino, Poggio Imperiale, Rignano Garganico, Rocchetta Sant'Antonio, Rodi Garganico, Roseto Valfortore, San Giovanni Rotondo, San Marco in Lamis, San Marco La Catola, San Nicandro Garganico, San Paolo di Civitate, San Severo, Sant'Agata di Puglia, Serracapriola, Stornara, Stornarella, Torremaggiore, Troia, Vico del Gargano, Vieste, Volturara Appula, Volturino, Zapponeta.

L'orografia del territorio e la densità di popolazione della provincia di Foggia costituiscono fondamentali fattori di criticità per lo sviluppo di una politica socio-sanitaria territoriale adeguata.

Azienda Sanitaria Locale FG
"Riorganizzazione della Rete Aziendale Cure Palliative"



1.4 LA POPOLAZIONE E LA CRONICITA'

La popolazione residente al 1° Gennaio 20124 è pari a 592.911 unità (fonte <https://demo.istat.it>).

La Provincia di Foggia mostra una serie di indici demografici che riflettono le caratteristiche e le dinamiche della sua popolazione.

Indice di vecchiaia (178,0): Questo indice indica il numero di persone di età superiore ai 64 anni per ogni 100 persone di età inferiore ai 15 anni. Un valore di 178,0 è piuttosto elevato, suggerendo una popolazione significativamente invecchiata. Ciò potrebbe riflettere un'adiminuzione della natalità, un aumento della longevità o una combinazione di entrambi i fattori.

Una popolazione più anziana può avere implicazioni significative per i servizi sanitari, le pensioni e l'assistenza sociale.

Indice di dipendenza strutturale (55,6): Questo indice misura il rapporto tra la popolazione non attiva (giovani sotto i 15 anni e anziani sopra i 64 anni) e la popolazione attiva (dai 15 ai 64 anni). Un valore di 55,6 indica che ci sono circa 56 persone non attive per ogni 100 persone attive. Questo può mettere pressione sul mercato del lavoro e sui sistemi di sostegno sociale, dato che una porzione minore della popolazione sostiene una maggiore.

Indice di ricambio della popolazione attiva (125,9): Questo indice mostra il rapporto tra le persone che entrano nel mercato del lavoro (giovani di 15 anni) e quelle che lo lasciano (anziani di 64 anni). Un valore di 125,9 indica che ci sono più individui che entrano nel mercato del lavoro rispetto a quelli che lo lasciano, suggerendo un potenziale rinnovamento della forza lavoro. Questo è positivo per il dinamismo economico e la sostenibilità dei sistemi di welfare.

Indice di struttura della popolazione attiva (126,4): Simile all'indice precedente, questo indice fornisce un'indicazione del rinnovamento della forza lavoro. Un valore di 126,4 suggerisce una situazione favorevole per il rinnovamento della popolazione attiva, indicando un buon equilibrio tra chi lascia e chi entra nel mercato del lavoro.

Indice di natalità (7,0 per 1.000 abitanti): Questo indice riflette il numero di nascite per 1.000 abitanti in un anno. Un valore di 7,0 è relativamente basso, indicando una bassa natalità, che può essere uno dei fattori contribuenti all'invecchiamento della popolazione.

Indice di mortalità (11,5 per 1.000 abitanti): Questo indice misura il numero di decessi per 1.000 abitanti in un anno. Un valore di 11,5, superiore all'indice di natalità, conferma ulteriormente il trend di invecchiamento della popolazione e può contribuire al declino demografico se non bilanciato da altre dinamiche (come l'immigrazione).

In sintesi, gli indici demografici della Provincia di Foggia indicano una popolazione che sta invecchiando, con una bassa natalità e un tasso di mortalità relativamente elevato. Tuttavia, l'indice di ricambio della popolazione attiva suggerisce che c'è un rinnovamento della forza lavoro, che potrebbe offrire opportunità per il sostegno economico e sociale della popolazione anziana. Questi dati sollevano questioni importanti per la pianificazione sociale ed economica, inclusa la necessità di adattare i servizi alla crescente popolazione anziana e di incentivare la natalità.

Le Malattie Croniche

Le patologie croniche sono in progressiva crescita: richiedendo continuità di assistenza per periodi di lunga durata oltre ad una forte integrazione con i servizi sociali, impegnano gran parte delle risorse del SSR: circa il 70-80% delle risorse sanitarie a livello mondiale.

La cura per questi pazienti, non potendone prevedere la guarigione, è finalizzata al miglioramento della qualità di vita attraverso una stabilizzazione del quadro clinico e alla prevenzione delle complicanze e della disabilità.

In Puglia, le patologie croniche più frequentemente riferite, fra i 18 e i 64 anni, sono il diabete (4%), le malattie respiratorie croniche (3%) le cardiopatie (3%). Tra gli ultra 64enni le cardiopatie (34%), il diabete ((25%), le malattie respiratorie

Azienda Sanitaria Locale FG
"Riorganizzazione della Rete Aziendale Cure Palliative"

croniche (21%), l'insufficienza renale (10%), i tumori (10%), l'ictus o ischemia cerebrale (7%) e le malattie croniche del fegato e/o cirrosi (4%).

Diabete

Relativamente all'anno 2019, tra i soggetti ultra 40enni, la prevalenza del diabete per la regione Puglia è risultata pari a 114 casi per 1000 assistiti. L'analisi per ASL di residenza mette in luce come, nel 2019, vi sia una variabilità nei tassi di prevalenza: la provincia di Foggia registra un tasso superiore alla media (122%).

Ipertensione

L'ipertensione arteriosa, che costituisce non solo una condizione patologica di per sé, ma anche uno dei principali fattori di rischio cardiovascolare, risulta essere una condizione cronica ad elevata prevalenza.

Nel 2019 in Puglia negli ultra 40enni si sono registrati 414 casi ogni 1.000 assistiti. Nella provincia di Foggia il valore registrato è pari a 415.3.

BPCO/Asma con e senza insufficienza respiratoria

La Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) è una malattia infiammatoria progressiva delle vie aeree con forte impatto sui costi sociali e sanitari sia per la alta prevalenza (circa 20% nella classe di età 65+anni) sia per le conseguenze invalidanti legate all'insufficienza respiratoria e lo scompenso cardiaco che caratterizzano gli stadi gravi.

La prevalenza aumenta con l'età sia nei maschi che nelle femmine; nelle fasce di età più elevate (70-89, 80+) i maschi hanno una prevalenza nettamente più alta delle femmine.

Nella provincia di Foggia si registra il valore di 57.4.

Cardiopatia ipertensiva con Scompenso Cardiaco

Nel 2019, in Puglia, negli ultra40enni si sono registrati 97 casi ogni 1000 persone con valori confrontabili nei due sessi (94 tra le donne e 100 tra gli uomini ogni 1000 assistiti). La prevalenza di scompenso cardiaco nella regione Puglia per genere e fasce d'età nella popolazione ultra40enne aumenta con l'età sia nei maschi che nelle femmine con valori che vanno da 19 e 28 casi ogni 1000 assistiti nella fascia 40-59 anni a 317 e 283 ogni 1000 assistiti nella fascia degli ultra80enni (rispettivamente per femmine e maschi).

Nella provincia di Foggia si registra il valore di 102.7.

1.5 LOGO, MARCHIO AZIENDALE E DOMINIO INTERNET

a. Il marchio e il logo aziendale sono i seguenti:



La Regione Puglia ha adottato un'identità visiva unificata per le sue Aziende Sanitarie Locali (ASL) attraverso il progetto Hospitality, mirato a migliorare l'accoglienza e l'orientamento nelle strutture sanitarie regionali. Questo progetto ha introdotto un nuovo logo comune per tutte le ASL pugliesi, sostituendo le precedenti versioni differenti tra loro.

Il nuovo logo presenta uno sfondo bianco e rosa opaco, scelto per conferire un aspetto moderno e accogliente. L'adozione di un'identità visiva omogenea mira a rafforzare la percezione di un sistema sanitario regionale unico e coordinato, rendendo le strutture sanitarie immediatamente riconoscibili e promuovendo un senso di appartenenza collettiva.

Il Logo deve essere presente in tutte le pubblicazioni e gli atti ufficiali dell'Azienda. L'utilizzazione del logo per patrocini ed in associazione ad altri loghi, è subordinata alla richiesta di autorizzazione al Direttore Generale dell'Azienda.

Ulteriori dettagli circa le modalità di utilizzazione del logo sono rimandati ad apposito **Regolamento interno**;

1.6 MISSIONE E VISIONE

L'Azienda Sanitaria Locale FG si caratterizza per la sua natura pubblica, in funzione delle risposte di salute espresse e nel rispetto delle aspettative e delle preferenze delle Persone che ne richiedono i servizi.

1.6.1 La Missione

La missione dell'Azienda Sanitaria Locale FG con sede a Foggia, resa in termini sintetici, è la seguente:

“Organizzazione orientata al soddisfacimento del bisogno di salute della Persona e all'eccellenza dei Servizi”.

L'Azienda si impegna a soddisfare la domanda di salute, in termini sanitari e socio-assistenziali, espressa da tutti i componenti delle comunità che risiedono nel territorio di riferimento e per quanti altri ne richiedono i servizi

Gli interventi di tipo sanitario e socio-assistenziale sono assicurati attraverso prestazioni appropriate, personalizzate, essenziali, efficaci, accessibili, orientate

all'innovazione e alla ricerca delle soluzioni scientifiche più avanzate, perseguendo sempre la sostenibilità economica ed evitando la ridondanza.

L'Azienda si impegna, inoltre, a garantire la partecipazione e la trasparenza delle decisioni che assume, attraverso il contributo del personale che opera nelle proprie strutture e il coinvolgimento dei cittadini che ne usufruiscono.

La partecipazione degli operatori è garantita sia attraverso il sistema delle relazioni sindacali, sia attraverso il coinvolgimento di tutti, a prescindere dal ruolo svolto, al fine di creare un ambiente di lavoro favorevole e che permetta di sentirsi protagonisti e responsabili delle trasformazioni organizzative e professionali.

1.6.2 La Visione

La visione strategica dell'Azienda è improntata alla ricerca del miglioramento continuo della propria offerta di salute e al rispetto dei bisogni delle persone; si basa su azioni orientate al consolidamento di una struttura organizzativa capace di garantire:

- **Efficienza;**
- **Efficacia;**
- **Economicità;**
- **Accessibilità;**
- **Qualità.**

Il contesto organizzato di gestione delle risorse disponibili è improntato alla ricerca di un clima organizzativo favorevole tale da motivare, responsabilizzare e coinvolgere tutti gli operatori al perseguimento degli obiettivi aziendali.

L'Azienda definisce il proprio assetto organizzativo e le modalità di funzionamento più appropriate e compatibili con le direttive del governo nazionale e regionale, in relazione soprattutto agli obiettivi clinico-assistenziali ed economico-finanziari individuati, di volta in volta, dalla Regione Puglia.

In particolare, il ruolo dell'Azienda, in quanto parte del più ampio contesto sanitario Nazionale e Regionale, è definito non solo dalla erogazione dei servizi ma anche dalla determinazione a "promuovere salute tramite politiche improntate alla prevenzione" attraverso il miglioramento della qualità degli stili di vita e l'innovazione dei percorsi diagnostico-terapeutici;

L'Azienda Sanitaria Locale FG svolge una funzione di governo e coordinamento complessivo delle prestazioni sanitarie erogate, in forma diretta e anche attraverso la committenza verso soggetti pubblici e privati accreditati, a garanzia della coerenza tra bisogni della popolazione assistibile e fornitura dei servizi.

TITOLO**2.****- Gli Organi e gli Organismi dell'Azienda -****2.1 GLI ORGANI**

Sono Organi dell'Azienda Sanitaria Locale FG:

- **Il Direttore Generale;**
- **il Collegio Sindacale;**
- **il Collegio di Direzione.**

2.1.1 Il Direttore Generale

Il Direttore Generale è il rappresentante legale dell'Azienda.

Assicura e garantisce il perseguimento della missione avvalendosi del contributo e delle attività degli organismi e delle strutture dell'intera organizzazione.

Risponde del governo complessivo, avvalendosi della collaborazione del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario.

2.1.2 Le competenze del Direttore Generale

Il Direttore Generale ha competenze, in particolare, sulle seguenti attività:

- esercita i poteri organizzativi e gestionali previsti per legge in coerenza con i principi, le direttive, le linee di indirizzo e gli obiettivi sanciti ai diversi livelli di governo del Servizio Sanitario;
- presiede lo svolgimento di tutte quelle funzioni necessarie alla direzione, organizzazione e attuazione dei compiti previsti per istituto, a garanzia dei principi di imparzialità e trasparenza e dei criteri di efficacia, efficienza, qualità ed economicità della gestione complessiva;
- assume la responsabilità complessiva del Budget Generale dell'Azienda;
- verifica, mediante valutazione, anche comparativa dei costi e dei ricavi, la corretta ed economica gestione delle risorse, nonché l'imparzialità e il buon andamento dell'azione amministrativa;
- esercita le funzioni di verifica e controllo dei risultati conseguiti, soprattutto quelli relativi ai Dirigenti che rispondono direttamente alla Direzione Strategica, avvalendosi degli Organismi di Controllo Interno.

Al Direttore Generale sono riservati, prioritariamente, i seguenti atti:

- la nomina, la sospensione e la decadenza del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario;
- la nomina dei Direttori di Struttura Complessa;

Azienda Sanitaria Locale FG
"Riorganizzazione della Rete Aziendale Cure Palliative"

- la nomina dei membri componenti il Collegio Sindacale, su designazione delle amministrazioni competenti e la prima convocazione del Collegio, ai sensi della vigente normativa legislativa;
- la nomina dei membri componenti Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.);
- l'attribuzione delle Posizioni Dirigenziali, con atto scritto e motivato e in conformità con quanto previsto dalle norme contrattuali e dai regolamenti interni;
- la designazione dei membri di diritto del Collegio di Direzione, come previsto dalla normativa vigente;
- l'adozione dei bilanci annuali e pluriennali e degli atti riguardanti l'uso e la distribuzione di risorse definite dai bilanci, compresi quelli che definiscono il fabbisogno di personale;
- l'approvazione dell'Atto Aziendale e degli altri regolamenti interni.

Gli atti del Direttore Generale si esprimono in delibere, se l'oggetto ha rilevanza esterna, con ordini di servizio, se l'oggetto ha rilevanza interna

Le funzioni di governo sono attribuite al Direttore Generale che può delegarle, solo in caso di assenza o impedimento, al Direttore Amministrativo o al Direttore Sanitario. In mancanza di delega, le funzioni di governo vengono assunte dal Direttore Amministrativo o Sanitario più anziano di età (art. 3, comma 6, D.L.vo 502/1992 ss.mm.).

2.1.3 Il Collegio Sindacale

Il Collegio Sindacale è l'organo dell'Azienda preposto alla verifica del regolare andamento della gestione. La nomina, la composizione e la durata in carica sono definite secondo la vigente normativa legislativa.

L'Azienda mette a disposizione del Collegio Sindacale un'adeguata sede per lo svolgimento dei propri compiti e la relativa custodia della documentazione inerente le funzioni svolte, nonché il personale necessario per lo svolgimento dei compiti di segreteria.

2.1.4 Le competenze del Collegio Sindacale

Il Collegio Sindacale ha competenze, in particolare, sui seguenti atti e attività:

- verifica l'attività complessiva dell'Azienda per gli aspetti economici, finanziari e patrimoniali;
- vigila sull'osservanza delle leggi e accerta che la tenuta della contabilità sia regolare e che il Bilancio sia conforme alle risultanze dei libri e delle scritture contabili;
- effettua verifiche periodiche di cassa e svolge ogni altra funzione di ispezione e controllo prevista dalle leggi nazionali e regionali;

- trasmette periodicamente, e comunque con cadenza almeno semestrale, una propria relazione sull'andamento dell'attività dell'ASL alla Conferenza dei Sindaci.

2.1.5 Il Collegio di Direzione dell'Azienda

Il Direttore Generale si avvale del Collegio di Direzione per il governo delle attività cliniche, la programmazione e valutazione delle attività tecnico-sanitarie e di quelle ad alta integrazione sanitaria.

Il Collegio di Direzione, luogo privilegiato per la formazione di scelte condivise e per la crescita dello spirito di appartenenza all'Azienda, è presieduto dal Direttore Generale.

I componenti sono quelli previsti dalla normativa regionale.

Alle sedute del Collegio di Direzione possono, inoltre, essere invitati a partecipare altri professionisti dell'Azienda, in relazione alla specificità degli argomenti da trattare.

Si riunisce su convocazione del Direttore Generale con cadenza almeno trimestrale.

2.1.6 Funzioni del Collegio di Direzione

Il Collegio di Direzione assicura le funzioni di cui all'art. 17 del D.L.vo 502/1992 e ss.mm. e svolge, in particolare, le seguenti funzioni:

- Assicura al Direttore Generale il supporto e la consulenza per il governo delle attività cliniche;
- Collabora alla programmazione e alla verifica delle attività tecnico-sanitarie e di quelle ad elevata integrazione sanitaria;
- Suggerisce strategie per l'elaborazione del piano delle azioni, per lo sviluppo dei servizi offerti e per la migliore organizzazione, al fine di ottimizzare l'uso delle risorse, soprattutto quelle umane;
- Contribuisce alla formulazione dei piani organizzativi per l'attività libero-professionale intramuraria;
- Concorre alla formulazione di piani e programmi di formazione;
- Concorre alla verifica dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi clinici, in collaborazione con l'Unità Controllo di Gestione.

Il Collegio di Direzione opera sulla base di uno specifico [Regolamento Interno](#).

2.2. LA DIREZIONE STRATEGICA AZIENDALE

La Direzione Strategica è composta:

- **dal Direttore Generale;**
- **dal Direttore Amministrativo;**

- **dal Direttore Sanitario.**

2.2.1 Le Funzioni della Direzione Strategica

La Direzione Strategica esercita funzioni di indirizzo politico-amministrativo, definisce gli obiettivi e i programmi dell'Azienda e stabilisce le linee fondamentali di organizzazione delle Strutture, tenendo conto dei seguenti criteri generali:

- **Funzionalità**, rispetto ai compiti e ai programmi di attività, in coerenza con gli obiettivi di efficienza, efficacia ed economicità da perseguire;
- **Flessibilità**, a garanzia di adeguati margini per le determinazioni operative e gestionali che potranno essere assunte per la rispondenza dell'azione amministrativa al pubblico interesse, agendo anche con la capacità e i poteri tipici del datore di lavoro privato;
- **Comunicazione**, interna ed esterna, finalizzata al collegamento delle attività svolte dalle varie Strutture, che sono tenute ad adeguarsi all'obbligo di migliorare e snellire i flussi informativi;
- **Imparzialità e Trasparenza** dell'azione amministrativa;
- **Fruibilità** dei servizi e delle prestazioni, attraverso l'armonizzazione degli orari di apertura delle Strutture alle esigenze dell'utenza;

La Direzione Strategica privilegia il metodo della collegialità tra i Direttori Generale, Sanitario e Amministrativo.

Esercita la funzione di committenza interna attribuendo obiettivi e risorse economiche, umane e strumentali ai Direttori delle Macrostrutture, contrattando con le strutture convenzionate accreditate i volumi e le tipologie di prestazioni e le modalità di erogazione.

Definisce e assegna specifiche responsabilità di gestione sia nell'ambito del governo assistenziale che economico, attribuendole, rispettivamente, al Direttore Sanitario e al Direttore Amministrativo.

2.2.2 Il Direttore Amministrativo

Il Direttore Amministrativo partecipa al processo di pianificazione strategica ed esercita tutti i compiti attribuiti alla sua funzione, al fine di coadiuvare il Direttore Generale nella definizione e direzione del sistema di governo economico-finanziario dell'Azienda.

Contribuisce alla definizione delle linee strategiche e delle politiche aziendali finalizzate agli obiettivi economico-finanziari.

Espleta la funzione di direzione, anche mediante l'espressione di pareri sugli atti relativi alle materie di competenza.

Esercita le responsabilità del governo economico-finanziario con riferimento all'efficienza tecnica, operativa e qualitativa di tutte le Strutture Amministrative di supporto all'intera Organizzazione, soprattutto, per l'erogazione delle prestazioni finali.

2.2.3 Le competenze del Direttore Amministrativo

Il Direttore Amministrativo ha competenze, in particolare, sui seguenti atti ed attività:

- Dirige i servizi amministrativi, e adotta gli atti delegati dal Direttore Generale.
- Coordina la funzione di governo economico-finanziario aziendale;
- Garantisce l'adeguato sviluppo e l'efficienza dei servizi informativi in modo da assicurare le previsioni ed i consuntivi necessari per la rappresentazione economica e finanziaria, secondo i principi della correttezza, completezza e trasparenza;
- Formula proposte al Direttore Generale, al fine dell'assegnazione delle risorse e per il conferimento degli incarichi di struttura e delle nomine delle commissioni tecniche previste da leggi e regolamenti;
- Promuove e verifica la qualità, l'efficacia, l'efficienza e l'economicità dell'attività svolta dalle Strutture Amministrative e Tecniche;
- Cura e verifica il corretto e razionale utilizzo delle risorse assegnate, assicurando il rispetto delle direttive del Direttore Generale e delle linee di pianificazione aziendale;
- Cura e promuove, d'intesa con il Direttore Sanitario, le iniziative ed i programmi di accoglienza e di tutela dell'Utenza;
- Promuove e progetta, di concerto con il Direttore Sanitario e con i Direttori di Area e di Struttura, le iniziative di formazione e addestramento destinate al personale dell'Azienda, nel rispetto di quanto stabilito nel Regolamento di Formazione;

Gli atti del Direttore Amministrativo si esprimono in proposte di delibera, se l'oggetto ha rilevanza esterna; con disposizioni di servizio per i servizi di competenza, se l'oggetto ha rilevanza interna.

2.2.4 Il Direttore Sanitario

Il Direttore Sanitario partecipa al processo di pianificazione strategica ed esercita tutte le funzioni attribuite alla sua competenza al fine di coadiuvare il Direttore Generale nella definizione e direzione del sistema di governo clinico, professionale e gestionale dell'Azienda.

Contribuisce alla definizione delle linee strategiche e delle politiche aziendali finalizzate agli obiettivi di salute.

Espleta la funzione di direzione mediante l'espressione di pareri obbligatori sugli atti relativi alle materie di competenza.

Esercita le responsabilità del governo clinico, che si riferiscono alla qualità e alla efficienza tecnica ed operativa delle strutture di produzione delle prestazioni e ai singoli prodotti che subiscono l'integrazione in Servizi, Programmi e Percorsi di

assistenza, orientati al singolo o alla collettività, avvalendosi delle Strutture operative Aziendali.

2.2.5 Le competenze del Direttore Sanitario

Il Direttore Sanitario ha competenza, in particolare, sui seguenti atti ed attività:

- Promuove percorsi clinico-assistenziali per interventi mirati a singole patologie e/o a specifici gruppi di popolazione;
- Intercetta ed esplicita gli ambiti delle deleghe conferite ai Direttori delle Macrostrutture, anche attraverso l'individuazione di obiettivi specifici, soprattutto per quanto attiene gli aspetti legati alla organizzazione, gestione e produzione;
- Dirige e coordina i servizi sanitari della ASL e sovrintende alla tutela igienico sanitaria degli stessi dettandone gli indirizzi generali;
- Sorveglia e controlla la corretta applicazione delle norme vigenti in materia di tutela sanitaria del personale dipendente attraverso le Strutture e gli Organismi preposti, fissandone i criteri di funzionamento;
- Formula proposte al Direttore Generale per l'assegnazione delle risorse e il conferimento degli incarichi ai Dirigenti delle Strutture e per la nomina di commissioni tecniche previste da leggi e regolamenti;
- Promuove e verifica la qualità, l'efficacia, l'efficienza e l'economicità dell'attività svolta dalle Strutture Sanitarie;
- Cura, per quanto di competenza, l'attuazione di programmi e progetti definiti dagli atti di pianificazione;
- Cura e verifica il corretto e razionale utilizzo delle risorse assegnate, assicurando il rispetto delle direttive del Direttore Generale e delle linee di pianificazione aziendale;
- Cura e promuove, d'intesa con il Direttore Amministrativo, le iniziative e i programmi di accoglienza e di tutela dei diritti dell'utenza;
- Promuove e progetta, di concerto con il Direttore Amministrativo e il Collegio di Direzione, le iniziative di formazione e addestramento destinate al personale dell'Azienda, nel rispetto di quanto stabilito nel Regolamento di Formazione;
- Esercita le funzioni delegate dal Direttore Generale per le materie di sua competenza.

Gli atti del Direttore Sanitario si esprimono in proposte di delibera, se l'oggetto ha rilevanza esterna, oppure con disposizioni di servizio, per gli uffici di competenza, se l'oggetto ha rilevanza interna.

2.2.6 Sostituzione dei Direttori Amministrativo e Sanitario

In caso di assenza o impedimento temporaneo del Direttore Amministrativo o del Direttore Sanitario le rispettive funzioni sono svolte da un sostituto, Direttore di

Struttura Complessa dell'Azienda, designato dagli stessi tra i Direttori di struttura Complessa e nominato dal Direttore Generale con atto scritto.

La funzione sostitutiva non deve superare i sei mesi e può essere revocata in qualsiasi momento.

Qualora l'assenza o l'impedimento si protragga, in modo continuativo, oltre i sei mesi, il Direttore Generale procede alla sostituzione definitiva nei modi e nei termini previsti dalla legge.

2.3 GLI ORGANISMI COLLEGIALI

Gli organismi collegiali dell'Azienda sono:

- **Comitato di Dipartimento;**
- **Consiglio dei Sanitari;**
- **Comitati Consultivi Misti;**
- **Comitato Etico;**
- **Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni (C.U.G.);**

2.3.1 Il Comitato di Dipartimento

Il Comitato di Dipartimento è presieduto dal Direttore dello stesso Dipartimento.

La composizione del Comitato di Dipartimento è quella dalla normativa regionale e dal **Regolamento Interno**.

2.3.2 Funzioni del Comitato di Dipartimento

Il Comitato di Dipartimento svolge, in particolare, le seguenti funzioni:

- Stabilisce i modelli organizzativi interni, finalizzati alla gestione delle risorse;
- Elabora proposte per la programmazione della gestione delle Risorse Umane, tecnologiche ed Economiche assegnate al Dipartimento;
- Fornisce indicazioni per la gestione del budget;
- Adotta, rispetto alle specifiche esigenze, le linee guida utili per un più corretto indirizzo diagnostico - terapeutico;
- Elabora proposte per la valutazione dei fabbisogni di risorse umane, tecnologiche e strumentali, definendo un piano di priorità;
- Stabilisce i modelli per la verifica e la valutazione della qualità dell'assistenza fornita;
- Propone i piani di aggiornamento e riqualificazione del personale, programmando e coordinando le attività di didattica, di ricerca scientifica ed educazione sanitaria;

Azienda Sanitaria Locale FG
"Riorganizzazione della Rete Aziendale Cure Palliative"

- Propone gli obiettivi da realizzare nel corso dell'anno, sulla base di quelli individuati dalla Direzione Strategia dell'Azienda;
- Invia alla Direzione Strategica, alla fine di ogni anno e tramite il Direttore di Dipartimento, un resoconto tecnico-economico sulle attività svolte e il programma degli obiettivi scientifici che intende realizzare nell'anno successivo, con le proposte motivate di finanziamento e le priorità di realizzazione;
- Propone i gruppi operativi interdipartimentali;
- Propone al Direttore Generale, tramite il Direttore di Dipartimento, l'eventuale inserimento di nuove strutture, Semplici o Complesse, all'interno del Dipartimento;
- Regola l'attività libero-professionale secondo le direttive generali stabilite dall'Azienda;
- Valuta ogni altra proposta o argomento che gli venga sottoposto dal Direttore di Dipartimento, in relazione a problemi o eventi di particolare importanza.

Il Comitato di Dipartimento opera sulla base di uno specifico [Regolamento Interno](#).

2.3.3 Il Consiglio dei Sanitari

Il Consiglio dei Sanitari è presieduto dal Direttore Sanitario ed è composto, in via elettiva, dalle professionalità di carattere sanitario dell'Azienda (dirigenza medica e veterinaria, dirigenza sanitaria e delle professioni sanitarie).

Fornisce al Direttore Generale "parere obbligatorio, non vincolante" per le attività tecnico-sanitarie, anche sotto il profilo organizzativo, e per gli investimenti di specifica pertinenza;.

Il Direttore Generale ha l'obbligo di richiedere il parere nelle materie espressamente elencate nel Regolamento interno.

Il Consiglio dei Sanitari opera sulla base di uno specifico [Regolamento Interno](#).

2.3.4 L'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance (O.I.V.)

L'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance (O.I.V.) è istituito dall'Azienda ai sensi dell'art. 14 del D. Lgs. n. 150/2009, sostituisce il Nucleo di Valutazione ed è nominato con atto proprio del Direttore Generale.

Le funzioni svolte dall'O.I.V. quelle previste dalla Legge ed in particolare dal D. Lgs. n. 150/2009 (art. 14, 31) e dal Decreto Legislativo 25 maggio 2017, n. 74. Tra queste, significativa rilevanza rivestono quelle di seguito indicate:

- **Monitoraggio del sistema di valutazione:** L'OIV supervisiona il funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni, elaborando una relazione annuale sullo stato dello stesso;

- **Validazione della Relazione sulla performance:** L'OIV valida la Relazione sulla performance, assicurandone la visibilità attraverso la pubblicazione sul sito istituzionale dell'amministrazione;
- **Garanzia della correttezza dei processi:** L'OIV garantisce la correttezza dei processi di misurazione e valutazione, nonché dell'utilizzo dei premi, nel rispetto del principio di valorizzazione del merito e della professionalità;
- **Proposta di valutazione dei dirigenti:** L'OIV propone all'organo di indirizzo politico-amministrativo la valutazione annuale dei dirigenti di vertice e l'attribuzione ad essi dei premi;
- **Applicazione delle linee guida:** L'OIV è responsabile della corretta applicazione delle linee guida, delle metodologie e degli strumenti predisposti dalla Commissione per la valutazione, la trasparenza e l'integrità delle amministrazioni pubbliche;
- **Promozione della trasparenza:** L'OIV promuove e attesta l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità;
- **Verifica delle pari opportunità:** L'OIV verifica i risultati e le buone pratiche di promozione delle pari opportunità.

L'O.I.V opera sulla base di uno specifico [Regolamento Interno](#).

2.3.5 I Comitati Consultivi Misti

L'Azienda istituisce i Comitati Consultivi Misti, presso le Macrostrutture, in modo da favorire la più ampia partecipazione al processo decisionale e di verifica dei risultati.

Le funzioni svolte dai Comitati Consultivi Misti sono:

- il miglioramento della qualità percepita;
- il miglioramento dei rapporti e l'umanizzazione;
- il monitoraggio e la verifica della qualità dei servizi.

I Comitati Consultivi Misti operano sulla base di specifici [Regolamenti Interni](#).

2.3.6 Il Comitato Etico

Il Comitato Etico dell'Azienda Sanitaria Locale FG è un organismo indipendente, costituito in ambito interaziendale, con funzioni consultive, di orientamento e sostegno dell'attività sanitaria, finalizzate a garantire il rispetto della dignità umana dell'Utente.

La Regione Puglia ha riorganizzato i Comitati Etici attraverso la Deliberazione della Giunta Regionale n. 1227 del 4 luglio 2013, istituendo sezioni con competenze territoriali specifiche. In particolare, per l'Area 1, è stato istituito il Comitato Etico presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti" di Foggia, con competenza sulle Aziende Sanitarie delle province di Foggia e Barletta-Andria-Trani.

In coerenza con i principi ispiratori, i valori aziendali e la missione dell'Azienda Sanitaria Locale FG, esercita le funzioni di:

- Valutare l'eticità dei protocolli di sperimentazione clinica.
- Assicurare la protezione dei diritti, della sicurezza e del benessere dei partecipanti agli studi.
- Fornire consulenza su questioni etiche legate alla pratica clinica e alla ricerca biomedica.

Il Comitato Etico opera sulla base di uno specifico [Regolamento Interno](#).

2.3.7 Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni (C.U.G.)

Il Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni (C.U.G.), è istituito dall'Azienda ai sensi di Legge ed è nominato con atto proprio del Direttore Generale.

È composto, in maniera paritetica, da esponenti del mondo sindacale e da operatori interni all'Azienda.

Assume tutte le funzioni che la legge e i contratti collettivi attribuiscono ai Comitati per le Pari Opportunità e ai Comitati paritetici sul fenomeno del mobbing e rappresentano un interlocutore unico, più efficace e completo al quale i lavoratori potranno rivolgersi nel caso subiscano una discriminazione e vogliano porvi rimedio.

Il Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni (C.U.G.) opera sulla base di uno specifico [Regolamento Interno](#).

2.3.8 Relazioni tra gli Organi dell'Azienda

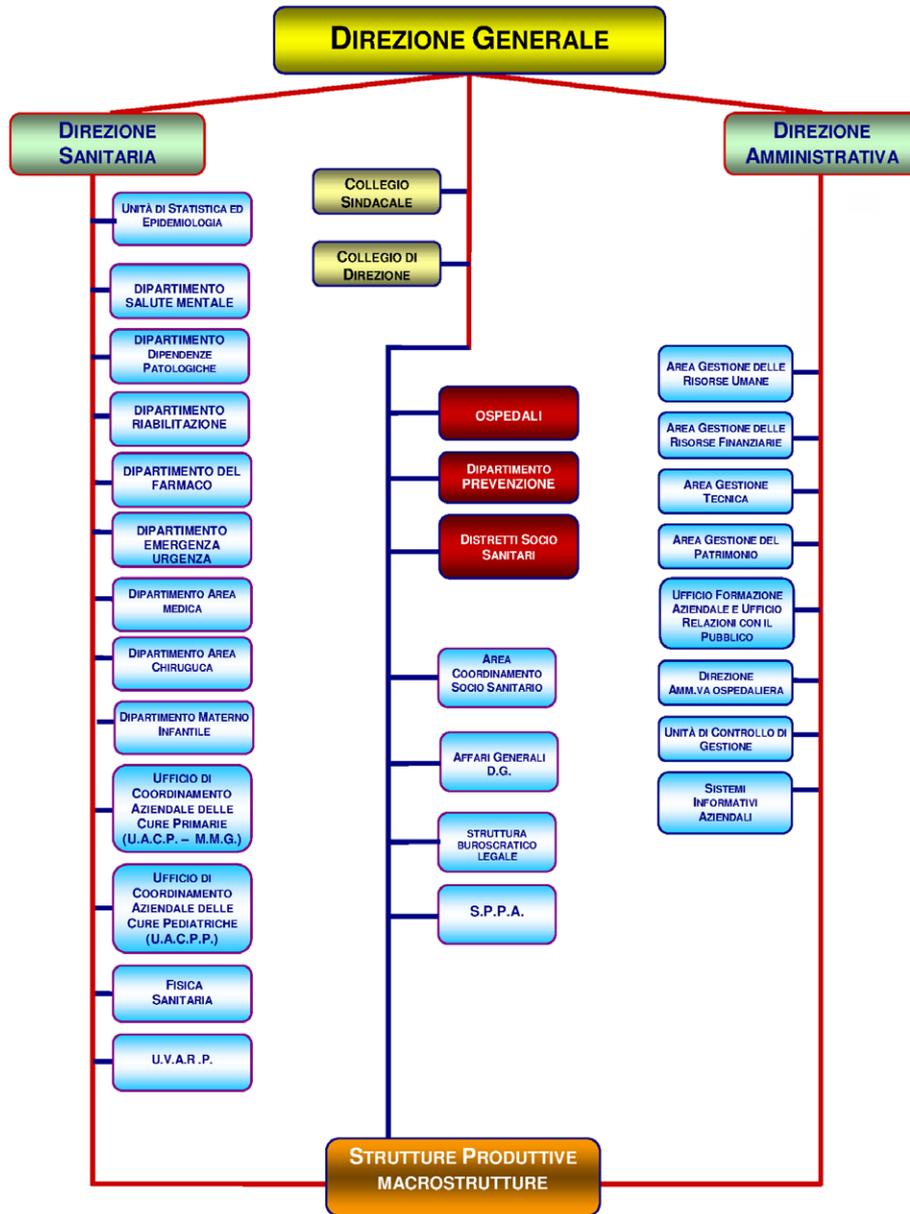
Nel rispetto delle specifiche competenze, responsabilità e autonomie di ciascun organo aziendale, questi collaborano in modo leale e costante, promuovendo sinergie indispensabili per il raggiungimento degli obiettivi aziendali.

Il Direttore Generale, su propria iniziativa o su richiesta del Presidente di un organo collegiale, può convocare riunioni congiunte per discutere questioni strategiche rilevanti per l'Azienda.

Inoltre, ciascun Presidente ha la possibilità di avviare confronti con il Presidente di un altro organo, organizzando anche incontri congiunti su tematiche di comune interesse, informando preventivamente il Direttore Generale.

Azienda Sanitaria Locale FG
 "Riorganizzazione della Rete Aziendale delle Cure Palliative"

2.4 L'ORGANIGRAMMA DELLA ASL DELLA PROVINCIA DI FOGGIA



Direzione Strategica – Staff Direzione Generale

Questo documento è di proprietà della ASL FG – Foggia

Ogni divulgazione e riproduzione o cessione di contenuti a terzi deve essere autorizzata dalla stessa Azienda.

2.5 INTERAZIONE E COLLABORAZIONE DELLA ASL FG CON LE ALTRE AZIENDE SANITARIE ED ENTI DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

La ASL di Foggia interagisce e collabora con le altre aziende sanitarie ed enti del Servizio Sanitario Regionale (SSR) attraverso diverse tipologie e modalità di coordinamento, mirate a garantire un sistema integrato ed efficiente.

Queste interazioni si basano su norme nazionali, regionali e regolamenti locali che promuovono la sinergia tra i vari attori del sistema sanitario. Di seguito una descrizione delle principali tipologie e modalità di collaborazione:

1. Tipologie di Collaborazione

a) Collaborazione Operativa

- **Gestione della Rete Ospedaliera:** La ASL FG interagisce con aziende ospedaliere, policlinici universitari e istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) per garantire un accesso equo e omogeneo ai servizi ospedalieri;
- **Integrazione Socio-Sanitaria:** Coopera con enti locali e servizi sociali per favorire un'assistenza integrata, soprattutto per categorie fragili, come anziani, disabili e malati cronici;

b) Collaborazione Tecnico-Amministrativa

- **Approvvigionamento Unico:** Partecipano a centrali di committenza regionali per ottimizzare costi e tempi nell'acquisto di beni e servizi sanitari;

c) Collaborazione Scientifica e Formativa

- **Ricerca Clinica e Formazione:** Collaborano con le Università per lo sviluppo di progetti scientifici e per la formazione del personale sanitario;

2. Modalità di Interazione

a) Accordi e Convenzioni

- La ASL FG stipula convenzioni con aziende ospedaliere e altri enti sanitari per regolamentare la gestione condivisa di servizi e risorse;
- Accordi quadro per progetti inter-aziendali, come la Rete Oncologica;

b) Coordinamento tramite il Dipartimento della Salute Regionale

- Il Dipartimento della Salute funge da organo di regia, assicurando che le attività delle ASL siano coerenti con le politiche regionali e promuovendo il dialogo tra gli enti;

c) Reti Cliniche e Territoriali

- Partecipa a **reti cliniche integrate** (es. rete oncologica, rete dell'emergenza-urgenza) per garantire la continuità assistenziale tra strutture sanitarie e territorio.
- Collabora con medici di medicina generale e pediatri di libera scelta per migliorare la presa in carico dei pazienti.

d) Piattaforme Digitali Condivise

- Utilizza sistemi informativi regionali (ad esempio, il Fascicolo Sanitario Elettronico) per condividere dati sanitari e facilitare la continuità delle cure tra le strutture.

e) Comitati e Tavoli Tecnici

- Partecipa a tavoli di lavoro con rappresentanti di aziende ospedaliere, università e associazioni del terzo settore per sviluppare soluzioni a specifiche problematiche sanitarie.

3. Strumenti di Collaborazione

- **Piani Attuativi Locali (PAL):** Strumenti di programmazione che garantiscono il coordinamento delle attività delle ASL con le altre aziende del SSR.
- **Piani Integrati di Salute:** Documenti che pianificano e monitorano le attività integrate tra sanità e servizi sociali.
- **Delibere Regionali:** Stabiliscono le modalità operative per progetti e interventi congiunti.

4. Obiettivi della Collaborazione

- Garantire la continuità assistenziale.
- Ottimizzare l'utilizzo delle risorse.
- Ridurre la frammentazione del sistema sanitario.
- Promuovere la qualità dei servizi erogati.

2.6 LA CONFERENZA DEI SINDACI E IL RUOLO DELLE COMUNITA' LOCALI

Nell'ambito di una programmazione negoziata e compatibile con le risorse disponibili, l'Azienda riconosce il ruolo fondamentale della Conferenza dei Sindaci.

La Conferenza dei Sindaci svolge un ruolo cruciale nella governance del sistema sanitario locale, rappresentando le esigenze della popolazione e partecipando attivamente alla programmazione e al controllo delle attività socio-sanitarie. Le sue funzioni principali includono:

Azienda Sanitaria Locale FG
"Riorganizzazione della Rete Aziendale Cure Palliative"

- **Partecipazione alla Programmazione Sanitaria:** La Conferenza esprime pareri obbligatori sul Piano Attuativo Locale (PAL) e sul Piano Attuativo Territoriale (PAT), contribuendo alla definizione delle linee di indirizzo per l'impostazione programmatica delle attività delle Aziende Sanitarie Locali (ASL);
- **Esame e Parere su Documenti Aziendali:** Esamina il bilancio pluriennale di previsione e l'atto aziendale dell'ASL, fornendo pareri che influenzano la gestione economica e organizzativa dell'azienda sanitaria;
- **Nomina e Valutazione del Direttore Generale:** Esprime pareri sulla nomina del Direttore Generale dell'ASL e, se necessario, può proporre la revoca dello stesso, garantendo che la leadership dell'azienda risponda alle esigenze del territorio;
- **Verifica dell'Attività Aziendale:** Monitora l'andamento generale delle attività dell'ASL e la realizzazione del PAL, assicurando che le operazioni siano in linea con gli obiettivi programmati e rispondano ai bisogni della comunità;
- **Integrazione Socio-Sanitaria:** Collabora con la Regione e altri enti locali per garantire l'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale, contribuendo alla definizione dei piani di zona dei servizi sociali e partecipando alla Commissione regionale per l'integrazione socio-sanitaria.

La Conferenza dei Sindaci è composta dai sindaci, o loro delegati, dei comuni inclusi nel territorio dell'ASL.

Questo assetto organizzativo assicura che le decisioni in ambito sanitario siano coerenti con le specificità e le necessità locali, promuovendo una gestione partecipata e trasparente del servizio sanitario regionale.

I rapporti tra Azienda Sanitaria e Conferenza dei Sindaci sono assicurati dai rispettivi Direttore Generale e Presidente.

L'Azienda, oltre a idonei locali, mette a disposizione dell'esecutivo i dati informativi e un supporto tecnico amministrativo, necessari per l'espletamento delle funzioni demandate allo stesso.

La Conferenza dei Sindaci opera sulla base di uno specifico [Regolamento Interno](#).

2.7 LE RELAZIONI SINDACALI

L'Azienda attua lo sviluppo organizzativo e il miglioramento dei livelli di efficacia e di efficienza dei servizi costruendo un sistema di relazioni sindacali improntato ai criteri di trasparenza e di chiaro rispetto e distinzione dei ruoli.

Favorisce la partecipazione alla definizione e all'attuazione degli obiettivi strategici.

Azienda Sanitaria Locale FG
"Riorganizzazione della Rete Aziendale delle Cure Palliative"

Persegue il più alto livello di consenso possibile attuando politiche condivise e finalizzate al miglioramento delle condizioni di lavoro, dei livelli di sicurezza e della massima valorizzazione delle professionalità e delle persone che operano nelle strutture e nell'organizzazione.

Istituisce un tavolo generale di contrattazione a livello aziendale, distinto per area contrattuale, per le materie che investono organizzazione o parte di essa, nonché ogni altra materia e livello relazionale previsti dai vigenti CC.CC.NN.LL..

Le relazioni sindacali sono disciplinate da specifica Regolamentazione ai sensi dei CC.CC.NN.LL. e del C.C.I.A.

TITOLO

3.

- Organizzazione e Funzionamento della ASL Foggia -

3.1 PRINCIPI DELL'ORGANIZZAZIONE

Il modello organizzativo si fonda sulla netta distinzione tra le funzioni di governo e di indirizzo, proprie della Direzione Strategica, e le funzioni di gestione, attribuite alla Dirigenza ed è finalizzato al perseguimento dell'efficacia, qualità, equità, appropriatezza ed economicità dell'intera attività aziendale.

3.1.1 I principi del modello organizzativo dell'Azienda

L'organizzazione dell'Azienda Sanitaria Locale FG si uniforma ai seguenti principi:

- Definizione dell'ambito delle autonomie e delle responsabilità;
- Non ridondanza;
- Distinzione delle responsabilità di committenza da quelle di produzione delle prestazioni;
- Decentramento del potere decisionale, inteso come allocazione delle decisioni e delle conseguenti responsabilità.

3.1.2 L'articolazione organizzativa

L'organizzazione dell'Azienda è incentrata su una configurazione i cui cardini sono rappresentati dalla Direzione Strategica e dalle Macrostrutture dotate di autonomia gestionale e/o tecnico professionale, soggette a rendicontazione analitica:

- La Direzione Strategica è composta dal Direttore Generale, dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo, che costituiscono l'Alta Direzione;
- Le Macrostrutture sono costituite da aggregazioni di sottosistemi complessi e semplici dell'organizzazione e sono rappresentate dai Distretti Socio Sanitari, dai Presidi Ospedalieri, dalle Aree e dai Dipartimenti.

Attraverso la dipartimentalizzazione, abbinata a processi di programmazione e controllo, budget, percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali, l'Azienda persegue l'integrazione delle unità e la razionalizzazione nell'uso delle risorse.

L'articolazione e l'organizzazione dei Dipartimenti dell'Azienda è descritta nel paragrafo 3.6

3.2 IL RUOLO DI COMMITTENTE E DI PRODUTTORE

L'organizzazione dell'Azienda Sanitaria Locale FG si ispira al principio normativo, più volte richiamato nelle Leggi, di netta **separazione** fra funzioni di pianificazione, programmazione, indirizzo e controllo e funzioni di produzione, gestione ed erogazione.

Tale principio si afferma attraverso l'individuazione di precisi ambiti di responsabilità e funzioni relativamente a:

- **responsabilità di Governo e di Committenza**, che sono funzioni di indirizzo politico-amministrativo dell'Azienda;
- **responsabilità di Produzione delle prestazioni e di Organizzazione e Gestione delle risorse assegnate**, che sono funzioni di attuazione e gestione degli atti di indirizzo e programmazione della Direzione Strategica;

Le funzioni di governo, svolte dalla dirigenza, nei suoi aspetti Clinico-Assistenziali.

3.3 IL DISTRETTO SOCIO SANITARIO

Il Decreto Ministeriale n. 77 del 23 maggio 2022 ha introdotto una profonda riorganizzazione dell'assistenza sanitaria distrettuale, rafforzando il ruolo del territorio nel Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Questo intervento si colloca nell'ambito delle misure previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) per migliorare l'accessibilità, l'efficienza e l'equità del sistema sanitario italiano, con un focus particolare sulla sanità territoriale.

Tale Decreto Ministeriale definisce nuovi Modelli di Governance ed il Distretto Socio Sanitario diventa il fulcro dell'organizzazione territoriale, responsabile del coordinamento delle Case della Comunità, degli Ospedali di Comunità e delle COT.

Rafforza, inoltre, il ruolo dei Direttori di Distretto e dei coordinatori sanitari e socio-sanitari.

3.3.1 L'Organizzazione Distrettuale

Lo standard previsto dal D.M. 77/2022 è un Distretto Socio Sanitario ogni 100.000 abitanti.

In considerazione della complessità geomorfologica della Provincia di Foggia, il modello organizzativo definito dalla ASL prevede il mantenimento degli attuali 8 Distretti Socio-Sanitari, con una suddivisione tra "**Distretti delle Aree Interne**" e "**Distretti Urbani**", in linea con le peculiarità geografiche e demografiche del territorio. Questo approccio mira a rispondere efficacemente alle esigenze specifiche della popolazione locale, con particolare attenzione ai territori meno accessibili e soggetti a variazioni stagionali nei bisogni sanitari.

Azienda Sanitaria Locale FG
 "Riorganizzazione della Rete Aziendale Cure Palliative"

Struttura dei Distretti

I Distretti Socio-Sanitari della ASL Foggia mantengono l'attuale configurazione (8 Distretti):



ASL DI FOGGIA				
I DISTRETTI SOCIO SANITARI				
N.	MACRO STRUTTURA	AMBITO TERRITORIALE	N. COMUNI	N. POPOLAZIONE
1.	DISTRETTO SAN SEVERO	COMUNI: SAN SEVERO, TORREMAGGIORE, S. PAOLO CIVITATE, SERRACAPRIOLA, CHIEUTI, LESINA, POGGIO IMPERIALE, APRICENA	8	97.389
2.	DISTRETTO VICO DEL GARGANO	COMUNI: VICO, ISCHITELLA, RODI, VIESTE, PESCHICI, CARPINO, CAGNANO VARANO, ISOLE TREMITI	8	43.178
3.	DISTRETTO S. MARCO IN LAMIS	COMUNI: S. MARCO IN LAMIS, S. GIOVANNI R., SANNICANDRO GARGANICO, RIGNANO GARGANICO	4	54.166
4.	DISTRETTO MANFREDONIA	COMUNI: MANFREDONIA, MONTE SANT'ANGELO, MATTINATA, ZAPPONETA	4	74.080

Azienda Sanitaria Locale FG
"Riorganizzazione della Rete Aziendale delle Cure Palliative"

5.	DISTRETTO CERIGNOLA	COMUNI: CERIGNOLA, ORTA NOVA, STORNARA, STORNARELLA, ORDONA, CARAPELLE	6	94.753
6.	DISTRETTO FOGGIA	COMUNI: FOGGIA	1	145.723
7.	DISTRETTO LUCERA	COMUNI: LUCERA, ALBERONA, BICCARI, CASALNUOVO MONTEROTARO, CASALVECCHIO DI PUGLIA, CASTELNUOVO DELLA DAUNIA, CELENZA VALFORTORE, CARLANTINO, MOTTA MONTECORVINO, PIETRAMONTECORVINO, S. MARCO LA CATOLA, VOLTURARA APPULA, VOLTURINO, ROSETO VALFORTORE	14	43.993
8.	DISTRETTO TROIA - ACCADIA	COMUNI: TROIA, ACCADIA, ORSARA, ASCOLI S., BOVINO, FAETO, CASTELLUCCIO V., CELLE, ANZANO DI PUGLIA, CANDELA, CASTELLUCCIO DEI SAURI, DELICETO, MONTELEONE, PANNI, ROCCHETTA SANT'ANTONIO, SANT'AGATA	16	36.150
TOTALE			61	564.942

Fonte: demoistat - dati aggiornati al 01/01/2024

La ASL di Foggia, pertanto, continuerà ad avere 8 Distretti Socio-Sanitari, garantendo la copertura territoriale con un'organizzazione che risponde in maniera adeguata ai bisogni della popolazione.

Distinzione tra Distretti delle Aree Interne e Distretti Urbani:

I Distretti verranno distinti in due categorie principali per rispondere alle caratteristiche socio-geografiche del territorio:

Distretti delle Aree Interne (4 Distretti):

1. Troia - Accadia
2. Lucera
3. Vico del Gargano
4. San Marco in Lamis

Questi distretti sono situati nei Monti Dauni e nel Gargano, aree periferiche in termini di accesso ai servizi essenziali come salute, istruzione e mobilità. La popolazione di riferimento è inferiore agli standard del DM 77/2022, in quanto tali distretti devono garantire accesso diffuso e capillare ai servizi per le comunità locali più isolate.

Distretti Urbani (4 Distretti):

1. San Severo
2. Foggia
3. Cerignola
4. Manfredonia

Questi distretti coprono le aree urbane con maggiore densità di popolazione, dove i servizi sanitari e socio-sanitari sono più concentrati e accessibili.

Motivazioni per la Definizione dei Distretti nelle Aree Interne

I Distretti delle Aree Interne sono così classificati per le seguenti ragioni:

Aree Interne: Queste zone sono definite come aree interne perché si trovano geograficamente distanti dai principali centri di accesso ai servizi essenziali. Tuttavia, offrono alcuni elementi di supporto logistico e sociale:

- Offerta scolastica secondaria superiore articolata: Presenza di almeno un liceo (scientifico o classico) e di almeno uno tra istituto tecnico o professionale.
- Ospedale con D.E.A. di I livello: Almeno un ospedale con Dipartimento di Emergenza e Accettazione (D.E.A.) di I livello, che può gestire emergenze e cure di media complessità.
- Stazione ferroviaria di tipo silver: Accesso a una stazione ferroviaria almeno di tipo silver, che garantisce collegamenti ferroviari di media importanza.
- Popolazione Inferiore agli Standard del DM 77/2022: Data la bassa densità demografica e la dispersione territoriale, i Distretti delle Aree Interne hanno una popolazione di riferimento inferiore rispetto agli standard previsti dal DM 77/2022, ma necessitano di una rete di servizi più diffusa per garantire un adeguato accesso alle cure.
- Aumento di bisogni sanitari nel Gargano: Durante la stagione estiva, i Distretti del Gargano registrano un significativo incremento del flusso turistico, in particolare nelle zone costiere, con un conseguente aumento dei bisogni sanitari. In queste aree è necessario prevedere un potenziamento stagionale delle risorse e dei servizi sanitari.

Organizzazione del Distretto:

Il modello organizzativo del **Distretto Socio-Sanitario**, delineato dal **D.M. 77/2022** e proposto da **AGENAS**, mira a rafforzare l'assistenza territoriale attraverso una rete integrata di servizi e strutture. Questo modello prevede:

1. **Centrale Operativa Territoriale (COT):**
 - Funzione di coordinamento tra i diversi servizi e strutture territoriali.
 - Responsabile della continuità assistenziale e del collegamento con le cure urgenti (118) e non urgenti (numero unico 116117).
 - Copertura di un bacino di **1-2 milioni di abitanti**.
2. **Ospedale di Comunità:**
 - Struttura per la gestione di pazienti che necessitano di cure intermedie.
 - Previsione di **1 ospedale ogni 100.000 abitanti**.
3. **Case della Comunità (Hub e Spoke):**

Azienda Sanitaria Locale FG
"Riorganizzazione della Rete Aziendale delle Cure Palliative"

- **Case Hub:** 1 ogni **40.000-50.000 abitanti**, come punto di riferimento per la gestione integrata dei bisogni sanitari e socio-sanitari.
- **Case Spoke:** Periferiche, a supporto delle hub, assicurano un'assistenza più capillare.

4. Assistenza Domiciliare:

- Obiettivo di coinvolgere almeno il **10% della popolazione over 65**.
- Servizi erogati al domicilio dei pazienti o presso strutture come RSA.

5. Hospice:

- Strutture dedicate alle cure palliative per pazienti terminali.
- Ogni rete aziendale deve garantire almeno **8-10 posti letto**.

Questo modello promuove un'assistenza territoriale integrata, garantendo continuità, equità e prossimità delle cure ai cittadini, con un approccio centrato sul paziente e sull'integrazione tra servizi sanitari e sociali.

Il Distretto: funzioni e standard



agenas

Finanziato dall'Unione europea

Funzioni principali

Le principali funzioni del Distretto includono:

Committenza:

Programmazione dei servizi sanitari e socio-sanitari, basata sui bisogni della popolazione di riferimento, con l'obiettivo di ottimizzare le risorse e garantire l'accesso equo ai servizi. Il Distretto avrà il compito di valutare le esigenze territoriali, interfacciandosi con i soggetti istituzionali (enti locali, terzo settore, volontariato) per pianificare l'offerta.

Direzione Strategica – Staff Direzione Generale

Questo documento è di proprietà della ASL FG – Foggia

Azienda Sanitaria Locale FG
"Riorganizzazione della Rete Aziendale Cure Palliative"

Produzione:

Erogazione diretta, attraverso il coordinamento delle attività dei Dipartimenti funzionali e strutturali dell'ASL (Dipartimento delle Cure Primarie, Dipartimento dei Consultori Familiari, Dipartimento di Prevenzione, Dipartimento delle Dipendenze Patologiche e della Salute Mentale) o commissionata dei servizi sanitari e socio-sanitari privati accreditati con il S.S.R., favorendo un'integrazione dei servizi sanitari e tra assistenza ospedaliera e territoriale per migliorare la qualità e la quantità dei servizi offerti.

Integrazione interistituzionale: favorire la collaborazione con il terzo settore, il volontariato e le organizzazioni comunitarie per potenziare le reti di supporto socio-sanitario. Il Distretto funge così da mediatore tra i servizi sanitari e la comunità, mobilitando risorse locali.

Garanzia:

Il Distretto sarà responsabile di assicurare che tutti i cittadini abbiano accesso ai servizi in condizioni di equità, attraverso politiche di inclusione sociale e integrazione socio-sanitaria.

Modello di Governance

Il modello di governance è di tipo "**matrice**" strutturato come segue:

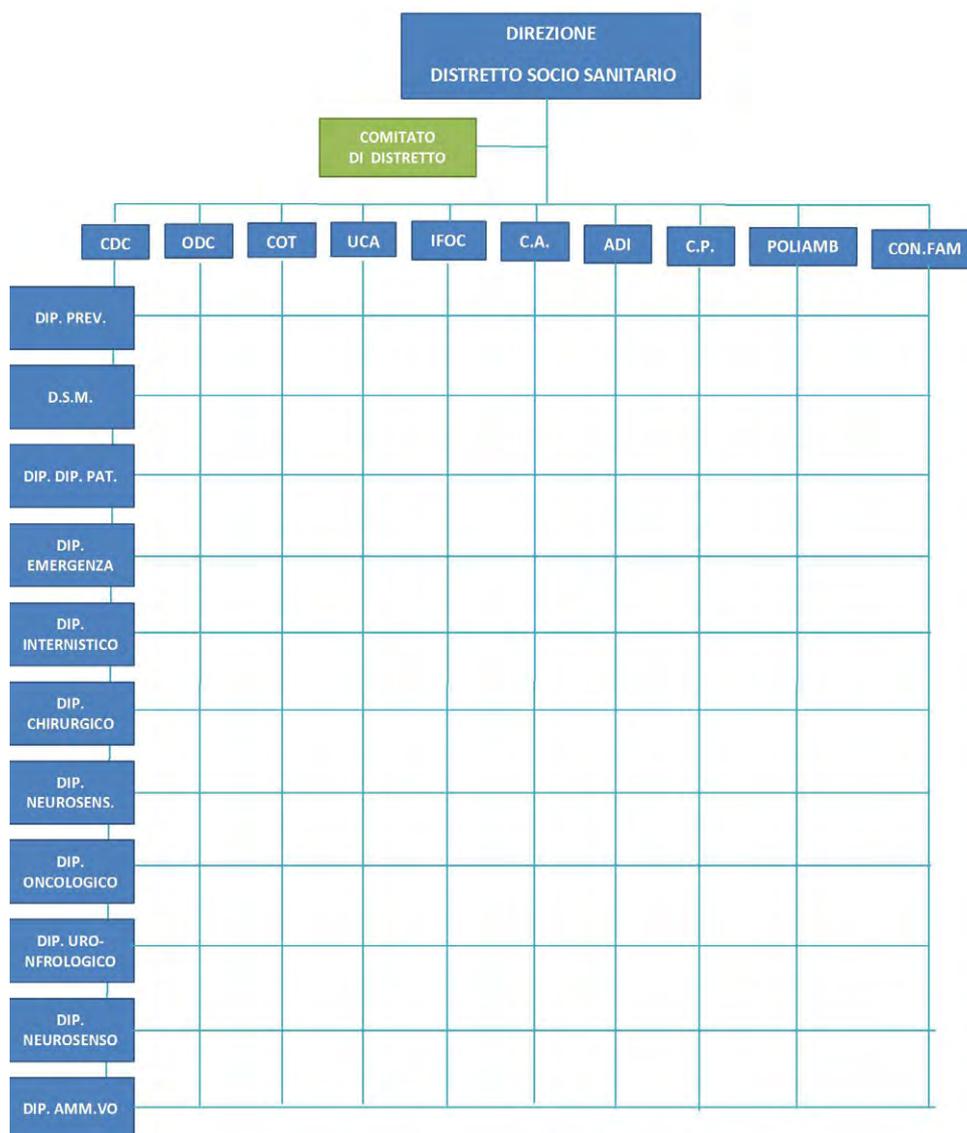
Direttore del Distretto Socio Sanitario:

Il Direttore avrà una funzione di leadership strategica e operativa, garantendo il raggiungimento degli obiettivi aziendali. Sarà il responsabile della gestione integrata dei servizi sul territorio e del coordinamento inter-istituzionale con gli enti locali e i soggetti del terzo settore.

Comitato del Distretto Socio Sanitario:

Un organismo di partecipazione inter-istituzionale che coinvolge i sindaci dei comuni di riferimento, i rappresentanti del terzo settore e delle comunità locali, le articolazioni dei Dipartimenti funzionali e strutturali aziendali. Il Comitato avrà il compito di monitorare e indirizzare la programmazione dei servizi e le politiche di salute pubblica, nell'ambito territoriale di riferimento.

Azienda Sanitaria Locale FG
"Riorganizzazione della Rete Aziendale delle Cure Palliative"



Integrazione Territoriale:

Il progetto di riorganizzazione dei Distretti Socio Sanitari prevede un forte coinvolgimento degli enti locali e delle comunità dove la mobilitazione delle risorse territoriali e la collaborazione inter-istituzionale sono elementi centrali.

Questo approccio permette di rispondere alle esigenze specifiche del territorio, migliorando la qualità della vita e la salute della popolazione.

Direzione Strategica – Staff Direzione Generale

Questo documento è di proprietà della ASL FG – Foggia

Ogni divulgazione e riproduzione o cessione di contenuti a terzi deve essere autorizzata dalla stessa Azienda.

Innovazione Tecnologica e Strumenti di Gestione

Stratificazione della popolazione: Sarà adottato un modello di Population Health Management (PHM) per analizzare i dati sanitari e stratificare la popolazione per livelli di rischio e fabbisogni, personalizzando così l'assistenza e migliorando la presa in carico dei pazienti cronici.

Un aspetto chiave del PHM è la stratificazione della popolazione, che si basa sull'analisi dei dati demografici e sanitari per identificare sottogruppi con specifiche esigenze di salute. Questa stratificazione consente di individuare i pazienti con maggiori bisogni e di indirizzare loro interventi personalizzati. Il Progetto di Salute adotta questo approccio attraverso strumenti come il Profilo di Rischio Individuale (PRI), che valuta i fattori di rischio e le necessità di salute di ciascun individuo.

Un elemento centrale del Progetto di Salute è l'utilizzo di Piani di Assistenza Individuale (PAI), che rappresentano piani personalizzati di cura sviluppati in collaborazione con il paziente e il suo team di cura. I PAI prendono in considerazione le specifiche condizioni di salute del paziente, le sue preferenze e le risorse disponibili, al fine di fornire un approccio integrato e coordinato alle sue esigenze di salute. Questo concetto si allinea con l'approccio del PHM, che mira a fornire cure personalizzate e mirate per migliorare l'esito sanitario complessivo della popolazione.

A tal questa Azienda vorrebbe sperimentare programmi pilota per testare gli strumenti esistenti, la raccolta e l'elaborazione dei dati e le raccomandazioni.

Digitalizzazione

Implementazione di strumenti digitali per migliorare la gestione dei flussi informativi tra ospedale, territorio e cittadini (telemedicina, cartella clinica elettronica, piattaforme di monitoraggio remoto).

Con questo modello la ASL di Foggia mira a creare un Distretto Socio-Sanitario moderno, che sia in grado di rispondere efficacemente ai bisogni del territorio, migliorando l'integrazione tra i servizi sanitari e socio-sanitari. Il modello organizzativo, ispirato all'esperienza dell'Emilia-Romagna, punta a una gestione efficiente e coordinata dei servizi, garantendo una risposta più vicina ai cittadini e in linea con le sfide future del Sistema Sanitario Regionale.

3.3.2 L'Organizzazione dell'Assistenza Primaria

L'Organizzazione Funzionale Territoriale (AFT)

L'Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT), ai sensi dell'ACN, della L. 189/12 e dal Patto della Salute 2014-2016, è un raggruppamento funzionale,

mono-professionale di Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatria di Libera Scelta (PLS).

Nell'ambito della AFT è possibile realizzare alcuni elementi innovativi, funzionali alla riorganizzazione territoriale e alla crescita del ruolo professionale della Medicina Generale.

L'AFT, pur nella salvaguardia del rapporto fiduciario medico-paziente, sostituirà l'unità elementare di erogazione delle prestazioni mediche a livello territoriale che attualmente si identifica con il medico singolo.

Le AFT svolgono le seguenti funzioni:

- assistere, nelle forme domiciliari ed ambulatoriali, la popolazione che è in carico ai MMG/PLS che la compongono;
- realizzare i progetti di sanità di iniziativa sul paziente affetto da cronicità;
- valutare i bisogni della popolazione assistita;
- attuare azioni di governance clinica nel settore della farmaceutica, della diagnostica, della specialistica, dei trasporti e degli ausili;
- rappresentare il nodo centrale per garantire la continuità assistenziale ospedale-territorio;
- sviluppare un sistema di relazioni tra tutti i professionisti del sistema, che responsabilizzando i soggetti, assicura la continuità di cura degli assistiti;
- partecipare a iniziative di formazione e ricerca, funzionali alla sperimentazione di modelli organizzativi, all'organizzazione e valutazione dei percorsi di cura, alla costruzione e validazione degli indicatori e degli strumenti di valutazione.

Ogni AFT, nell'ambito dei modelli organizzativi regionali, garantisce l'assistenza per l'intero arco della giornata e per sette giorni alla settimana ad una popolazione non superiore a 30.000 abitanti, fermo restando le esigenze legate alle aree ad alta densità abitativa, ed è costituita da medici del ruolo unico di assistenza primaria operanti sia a ciclo di scelta che su base oraria.

La AFT è priva di personalità giuridica. I medici partecipanti possono essere supportati sia per l'acquisizione che per la gestione dei relativi fattori produttivi da società di servizi, anche cooperative che non possono, tuttavia, fornire prestazioni mediche proprie del medico di medicina generale.

La AFT realizza i suoi compiti secondo il modello organizzativo regionale, in pieno raccordo con la forma organizzativa multiprofessionale di riferimento, alla quale la AFT e i suoi componenti si collegano funzionalmente.

I medici del ruolo unico di assistenza primaria, oltre ad esercitare l'attività convenzionale nei confronti dei propri assistiti, contribuiscono alla promozione della medicina di iniziativa.

I medici del ruolo unico di assistenza primaria sono funzionalmente connessi tra loro mediante una struttura informatico-telematica di collegamento tra le schede sanitarie individuali degli assistiti che consenta, nel rispetto della normativa sulla privacy e della sicurezza nella gestione dei dati, l'accesso di ogni medico della AFT ad informazioni cliniche degli assistiti degli altri medici operanti nella

Azienda Sanitaria Locale FG
"Riorganizzazione della Rete Aziendale Cure Palliative"

medesima AFT per una efficace presa in carico e garanzia di continuità delle cure.

L'Accordo integrativo Regionale può integrare compiti e funzioni delle AFT.

Il funzionamento interno della AFT è disciplinato da un apposito regolamento definito nel Comitato aziendale.

La costituzione delle AFT sul territorio della provincia di Foggia deve tenere conto di alcuni fattori che ne regolano, di conseguenza, la loro disposizione sul territorio e la quantità numerica.

Partendo dall'assunto che è necessario costruire un modello unico di Medicina Generale e Pediatria di Libera Scelta nel territorio che si differenzia in relazione alla densità abitativa ed estensione della superficie.

Pertanto, si definisce l'organizzazione delle AFT individuando le aree assistenziali di riferimento sulla base dei seguenti parametri:

- Area geografica (Km quadrati)
- Densità abitativa (km quadrati)
- Tempi di percorrenza e tipologia dei percorsi
- Tipologia della popolazione assistita
- Età media dei cittadini assistiti

Organizzazione delle AFT della Medicina Generale

Con D.G.R. 29/11/2024, n. 168, per la ASL Foggia sono state previste n. 21 AFT della Medicina Generale. L'organizzazione delle AFT è articolata per ogni Distretto Socio Sanitario della ASL della provincia di Foggia come di seguito riportato:

➤ DISTRETTO SOCIO SANITARIO SAN SEVERO

n. 3 (tre) AFT:

1. Area "SAN SEVERO", comprendente il solo comune di San Severo;
2. Area "TORREMAGGIORE", comprendente il solo comune di Torremaggiore;
3. Area "Tavoliere Nord", comprendente tutti gli altri comuni del Distretto;

➤ DISTRETTO SOCIO SANITARIO SAN MARCO IN LAMIS

n. 2 (due) AFT:

1. Area "SAN GIOVANNI ROTONDO" comprendente il solo comune di San Giovanni Rotondo;
2. Area "Montuosa Gargano" comprendente tutti i comuni del Distretto;

➤ DISTRETTO SOCIO SANITARIO VICO DEL GARGANO

n. 2 (due) AFT:

1. Area "Costiera Gargano", comprendente i Comuni di Vieste, Isole Tremiti e Peschici;

Direzione Strategica – Staff Direzione Generale

Questo documento è di proprietà della ASL FG – Foggia

Ogni divulgazione e riproduzione o cessione di contenuti a terzi deve essere autorizzata dalla stessa Azienda.

2. Area "Montuosa Gargano", comprendente tutti gli altri comuni del Distretto;

➤ **DISTRETTO SOCIO SANITARIO MANFREDONIA**

n. 3 (tre) AFT:

1. Area "Manfredonia Nord" comprendente la zona Nord del comune di Manfredonia;
2. Area "Manfredonia Sud" comprendente la zona Sud del comune di Manfredonia ed il comune di Zapponeta;
3. Area Gargano comprendente il comune di Mattinata e Monte Sant'Angelo;

➤ **DISTRETTO SOCIO SANITARIO CERIGNOLA**

n. 3 (tre) AFT:

1. Area "Cerignola "Nord";
2. Area "Cerignola "Sud";
3. Area "Cinque Reali Siti", comprendente tutti gli altri comuni del Distretto;

➤ **DISTRETTO SOCIO SANITARIO LUCERA**

n. 2 (due) AFT:

1. Area "Lucera", comprendente l'omonimo comune;
2. Area "Monti Dauni Nord", comprendente tutti gli altri comuni del Distretto;

➤ **DISTRETTO SOCIO SANITARIO TROIA / ACCADIA**

n. 2 (due) AFT:

1. Area "Monti Dauni Centro", comprendente l'omonimo comune, Castelluccio Valmaggiore, Celle di S. Vito, Faeto, Orsara, Castelluccio dei Sauri, Deliceto e Bovino;
2. Area "Monti Dauni Sud", comprendente Accadia, S. Agata di Puglia, Anzano, Monteleone, Panni, Rocchetta S. Antonio, Candela ed Ascoli Satriano;

➤ **DISTRETTO SOCIO SANITARIO FOGGIA**

n. 4 (quattro) AFT:

1. Area FOGGIA EST ;
2. Area FOGGIA OVEST ;
3. Area FOGGIA NORD;
4. Area FOGGIA SUD .

Quindi complessivamente è prevista la **costituzione di 21 AFT**, in coerenza e nel rispetto del criterio di attribuzione di una AFT ogni 30.000 abitanti, per una popolazione assistibile che ammonta complessivamente a 515.000 residenti, laddove le aggregazioni con numero di utenti inferiore a quelli fissati dall'ACN sono giustificate da minore densità abitativa, alto indice di vecchiaia, precarie situazione oro-geografica e di viabilità.

Azienda Sanitaria Locale FG
"Riorganizzazione della Rete Aziendale Cure Palliative"

Organizzazione delle AFT della Pediatria di Libera Scelta

Nel merito dell'organizzazione delle AFT della Pediatria di Libera Scelta, si individuano le seguenti AFT sul territorio della provincia di Foggia:

➤ **DISTRETTO SOCIO SANITARIO SAN SEVERO**

n. 1 (una) AFT:

1. Area "SAN SEVERO" comprendente tutti i comuni del Distretto;

➤ **DISTRETTO SOCIO SANITARIO SAN MARCO IN LAMIS**

n. 1 (una) AFT:

1. Area "SAN MARCO IN LAMIS" comprendente tutti i comuni del Distretto;

➤ **DISTRETTO SOCIO SANITARIO VICO DEL GARGANO**

n. 1 (una) AFT:

1. Area "VICO DEL GARGANO" comprendente tutti i comuni del Distretto;

➤ **DISTRETTO SOCIO SANITARIO MANFREDONIA**

n. 1 (una) AFT:

1. Area "MANFREDONIA" comprendente tutti i comuni del Distretto;

➤ **DISTRETTO SOCIO SANITARIO CERIGNOLA**

n. 1 (una) AFT:

1. Area "CERIGNOLA" comprendente tutti i comuni del Distretto;

➤ **DISTRETTO SOCIO SANITARIO LUCERA**

n. 1 (una) AFT:

1. Area "LUCERA" comprendente tutti i comuni del Distretto;

➤ **DISTRETTO SOCIO SANITARIO TROIA / ACCADIA**

n. 1 (una) AFT:

1. Area "TROIA - ACCADIA" comprendente tutti i comuni del Distretto;

➤ **DISTRETTO SOCIO SANITARIO FOGGIA**

n. 1 (una) AFT:

2. Area "FOGGIA" comprendente tutti i comuni del Distretto;

3.3.3 Casa della Comunità

Il D.M. 77/2022 definisce la Casa della Comunità (CdC) come *“il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, socio-sanitaria a valenza sanitaria e il modello organizzativo dell’assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento. Nella Casa della Comunità lavorano in modalità integrata e*

La CdC, è il luogo in cui operano, attraverso il lavoro di gruppo, i medici di medicina generale (MMG) in forma associata, i pediatri di libera scelta (PLS), gli specialisti ambulatoriali, il personale infermieristico, gli assistenti sociali e gli altri professionisti sanitari.

La CdC promuove un modello di intervento integrato e multidisciplinare e multiprofessionale, in qualità di sede privilegiata per la progettazione e l'erogazione di interventi di prevenzione e promozione della salute e di interventi sanitari.

L'attività deve essere organizzata in modo tale da permettere un'azione d'équipe tra Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti Ambulatoriali Interni – anche nelle loro forme organizzative – Infermieri di Famiglia o Comunità, gli assistenti sanitari e altri professionisti della salute, quali ad esempio medici igienisti, Psicologi, Ostetrici, Professionisti dell'area della Prevenzione, della Riabilitazione e Tecnica, e Assistenti Sociali anche al fine di consentire il coordinamento con i servizi sociali degli enti locali e di garantire equità nell'accesso ai servizi di prevenzione e di promozione della salute e a quelli sanitari.

L'attività amministrativa è assicurata, anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale, da personale dedicato e già disponibile che si occupa altresì delle attività di servizio di relazioni con il pubblico.

I medici, gli infermieri e gli altri professionisti sanitari che operano all'interno delle CdC provvedono a garantire le attività di prevenzione e promozione della salute, quelle di assistenza primaria attraverso un approccio di sanità di iniziativa e la presa in carico della comunità di riferimento, con i servizi h 12 e integrandosi con il servizio di continuità assistenziale h 24.

Gli standard stabiliti dal D.M. 77/2022 per le Case di Comunità prevedono n. 1 Casa della Comunità HUB ogni 40.000-50.000 abitanti.

Le CdC possono essere HUB o Spoke.

La CdC HUB, oltre a garantire l'erogazione dei servizi di prevenzione e promozione della salute, dei servizi di assistenza primaria, offre anche attività specialistiche e di diagnostica di base anche correlate ai programmi organizzati.

La CdC SPOKE è prettamente finalizzata all'erogazione dei servizi di prevenzione e promozione della salute e di quelli di assistenza primaria.

Per la ASL Foggia sono previste le seguenti Case di Comunità suddivise per HUB e SPOKE:

Azienda Sanitaria Locale FG
"Riorganizzazione della Rete Aziendale Cure Palliative"

CASE DI COMUNITÀ			
N.	COMUNE	TIPOLOGIA	DISTRETTO S.S.
1	VICO DEL GARGANO	CDC-HUB	VICO DEL GARGANO
2	VIESTE	CDC-SPOKE	
3	CARPINO	CDC-SPOKE	
4	CAGNANO VARANO	CDC-SPOKE	
5	RODI GARGANICO	CDC-SPOKE	
6	PESCHICI	CDC-SPOKE	
7	MONTE SANT'ANGELO	CDC-HUB	MANFREDONIA
8	MANFREDONIA	CDC-SPOKE	
9	SAN MARCO IN LAMIS	CDC-HUB	SAN MARCO IN LAMIS
10	SAN GIOVANNI ROTONDO	CDC-SPOKE	
11	FOGGIA - P.ZZA LIBERTÀ	CDC-HUB	FOGGIA
12	FOGGIA - VIA GRECIA	CDC-SPOKE	
13	FOGGIA - VIA PROTANO	CDC-SPOKE	
14	CERIGNOLA	CDC-HUB	CERIGNOLA
15	STORNARELLA	CDC-SPOKE	
16	TORREMAGGIORE	CDC-HUB	SAN SEVERO
17	SAN PAOLO DI CIVITATE	CDC-SPOKE	
18	SERRACAPRIOLA	CDC-SPOKE	
19	APRICENA	CDC-SPOKE	
20	LUCERA	CDC-HUB	LUCERA
21	PIETRAMONTECORVINO	CDC-SPOKE	
22	BICCARI	CDC-SPOKE	
23	ACCADIA	CDC-HUB	TROIA - ACCADIA
24	BOVINO	CDC-SPOKE	
25	ORSARA DI PUGLIA	CDC-SPOKE	
26	ROCCHETTA SANT'ANTONIO	CDC-SPOKE	
27	TROIA	CDC-SPOKE	

Direzione Strategica - Staff Direzione Generale

Questo documento è di proprietà della ASL FG - Foggia

Ogni divulgazione e riproduzione o cessione di contenuti a terzi deve essere autorizzata dalla stessa Azienda.

3.3.4 La Centrale Operativa 116117

La Centrale Operativa **116117** è la sede del Numero Europeo Armonizzato (NEA) per le cure mediche non urgenti offre un servizio telefonico gratuito alla popolazione attivo 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 per tutte le prestazioni sanitarie e sociosanitarie a bassa intensità assistenziale.

Il numero 116117 (NEA), unico a livello nazionale ed europeo, ha la funzione di facilitare l'accesso della popolazione alle cure mediche non urgenti e ad altri servizi sanitari territoriali a bassa intensità/priorità di cura, raccordandosi anche con il servizio di continuità assistenziale e di emergenza urgenza, con le Centrali Operative Territoriali e con altri servizi previsti da ciascuna Regione o Provincia Autonoma.

Il servizio è aperto, gratuito e attivo h24 7/7 giorni, e permette alla popolazione di entrare in contatto con un operatore, sanitario o tecnico-amministrativo opportunamente formato, che possa fornire assistenza, direttamente o attraverso il trasferimento di chiamata al servizio competente, a valenza sociosanitaria.

La Centrale 16117 eroga servizi:

- che garantiscono una risposta operativa con trasferimento di chiamata (servizio erogabile obbligatorio) per:
 - prestazioni e/o consigli medici non urgenti nelle ore di apertura del servizio di Continuità Assistenziale;
 - individuazione e trasferimento delle richieste di soccorso sanitario urgente al 118/112.
- che garantiscono la risposta di tipo informativo (servizio erogabile obbligatorio). Può essere prevista anche la risposta operativa con trasferimento di chiamata (servizio consigliato) per:
 - modalità di accesso a MMG/PLS anche in caso di difficoltà di reperimento;
 - consigli sanitari non urgenti prima dell'orario di apertura del servizio di Continuità Assistenziale e dopo l'orario di chiusura con eventuale inoltra della chiamata al 118;
 - modalità di accesso alla Guardia medica turistica.

Gli standard previsti per la Centrale Operativa NEA 116117 è: 1 ogni 1-2 milioni di abitanti.

L'attivazione e l'organizzazione di tali Centrali saranno disciplinate dalla Regione Puglia.

Con Deliberazione della Giunta Regionale n. 419 del 07/04/2025, la Regione Puglia ha individuato la ASL Foggia quale sede della Centrale Operativa NEA 116117 per la macroarea nord, comprendente i territori della ASL BT e della stessa ASL FG e sarà attivata entro il 30/09/2025;

In considerazione della valenza strategica della Centrale 116117 quale punto di accesso unificato dei cittadini alle cure territoriali non urgenti, nonché della funzione di coordinamento e integrazione tra i servizi territoriali, la stessa è stata istituita come Struttura Complessa nell'ambito dell'organizzazione aziendale.

3.3.5 La Centrale Operativa Territoriale (C.O.T.)

La Centrale Operativa Territoriale (COT) è una nuova tipologia di Centrale che si aggiunge all'interno dell'insieme di Centrali Operative già tradizionalmente attive, quali le Centrali 118 e le CO NUE 112, e a quelle in stato di attuazione come le Centrali Operative NEA 116117.

La principale funzione della COT è quella di rendere efficaci ed efficienti le risposte ai cittadini in termini di attivazione dei percorsi di presa in carico dei pazienti nel passaggio da un setting assistenziale all'altro (ospedale - territorio), facilitando il raccordo tra le strutture della rete territoriale e garantendo la continuità dell'assistenza.

Il progetto mira alla realizzazione di COT sul territorio della Azienda tipo già descritta, concentrandosi sul Distretto A.

La C.O.T. non si sostituisce alle funzioni proprie delle Strutture e dei Servizi interessati ma svolge una funzione di coordinamento in quanto rappresenta lo strumento di raccolta e classificazione del bisogno sanitario e sociosanitario, di attivazione delle risorse più appropriate della rete assistenziale e di monitoraggio dei percorsi attivati.

La COT assolve al proprio ruolo di raccordo tra i vari servizi/professionisti attraverso funzioni distinte e specifiche, seppur tra loro interdipendenti:

- a) coordinamento della presa in carico della persona tra i servizi e i professionisti sanitari coinvolti nei diversi setting assistenziali (transizione tra i diversi setting);
- b) ammissione/dimissione nelle strutture ospedaliere, ammissione/dimissione trattamento temporaneo e/o definitivo residenziale, ammissione/dimissione presso le strutture di ricovero intermedie o dimissione domiciliare);
- c) coordinamento/ottimizzazione degli interventi, attivando soggetti e risorse della rete assistenziale;
- d) tracciamento e monitoraggio delle transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro;
- e) supporto informativo e logistico ai professionisti della rete assistenziale (MMG, PLS, MCA, IFoC, ecc.), riguardo alle attività e ai servizi distrettuali;
- f) raccolta, gestione e monitoraggio dei dati di salute, anche attraverso strumenti di telemedicina, dei percorsi integrati di cronicità, dei pazienti in assistenza domiciliare e gestione della piattaforma tecnologica di supporto per la presa in carico della persona, (telemedicina, strumenti di e-health, ecc.), utilizzata operativamente

dalle CdC e dagli altri servizi afferenti al Distretto, al fine di raccogliere, decodificare e classificare il bisogno".

La C.O.T. è interconnessa con:

- la rete dei servizi distrettuali;
- la rete dei servizi ospedalieri;
- le altre COT Aziendali;
- la Centrale Operativa NEA 116117.

Gli standard previsti per le Centrali Operative Territoriali sono: 1 COT ogni 100.000 abitanti;

Per la ASL FG sono previste le seguenti COT con le relative competenze territoriali:

CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI		
n.	Comune	Competenza Distretto S.S.
1	Foggia	Foggia
2	Cerignola	Cerignola
3	Manfredonia	Manfredonia
4	Lucera	Lucera
5	Troia	Troia - Accadia
6	San Severo	San Severo
7	San Marco in Lamis	AZIENDALE San Marco in Lamis Vico del Gargano

Le prime 6 COT sono finanziate con fondi P.N.R.R., mentre la COT di San Marco in Lamis è già attiva da febbraio 2020.

Tutte le COT finanziate con fondi PNRR sono state attivate il 30/09/2024.

È stato predisposto un numero telefonico unico per la Rete COT a cui gli operatori sanitari possono rivolgersi e, attraverso una segreteria telefonica, scegliere la COT con cui vogliono parlare.

Ai sensi del D.M. 77/2022, ciascuna COT è incardinata nel Distretto Socio Sanitario di riferimento.

Organizzazione Strutturale

Il numero di COT programmate nella Provincia di Foggia non corrispondono al numero dei Distretti Socio Sanitari.

Azienda Sanitaria Locale FG
"Riorganizzazione della Rete Aziendale Cure Palliative"

Pertanto, le sei COT da realizzare con finanziamento PNRR esplicheranno la loro funzioni negli ambiti territoriali dei Distretti Socio Sanitari di Foggia, Cerignola, Manfredonia, Lucera, Troia e San Severo (COT SPOKE).

La COT di San Marco in Lamis, già attiva dal 2020, in considerazione delle esperienze e competenze acquisite, espletterà la sua funzione sia per i Distretti Socio Sanitari di San Marco in Lamis e Vico del Gargano (in considerazione del numero di popolazione) che Aziendale (COT HUB).

La COT si rivolge fondamentalmente ai professionisti dei diversi servizi coinvolti nei processi di cura dei cittadini, a conferma della natura organizzativa della centrale:

- Medici di Assistenza Primaria (MMG ruolo unico, PLS, Specialisti Ambulatoriali);
- Ambulatori di Comunità degli IFeC;
- Ambulatori di cronicità, Strutture di ricovero ospedaliere sia aziendali che AOU;
- Sistema dell'Emergenza Urgenza, UCA;
- Medici specialisti ambulatoriale;
- Dipartimenti trasversali ospedale territorio (Salute mentale, Dipendenze, Prevenzione, materno infantile);
- Strutture sanitarie intermedie e post-acuzie (*Hospice*, Lungodegenze, Riabilitazione cod. 56 ed extraospedaliera, Ospedali di Comunità, RSA);
- Servizi Sociali (aziendali ed Enti gestori del territorio);
- CO NEA 116-117.

Il modello di riferimento prevede un'organizzazione su due livelli che concorrono all'erogazione delle funzioni unitariamente attribuite alla COT:

1. la COT a valenza aziendale (COT HUB)

- rappresenta l'interfaccia di collegamento nella gestione dei transiti tra strutture di offerta di aziende sanitarie diverse (ad esempio, tra AO e ASL) e di quelli in dimissione dai presidi della rete ospedaliera regionale, pubblici e privati, che afferiscono al territorio delle ASL e che devono essere prioritariamente gestiti nel distretto Sociosanitario di residenza del paziente. Il focus prioritario di intervento è il flusso step down dall'ospedale verso i servizi territoriali.
- Gestisce direttamente l'accesso presso strutture di offerta la cui scala operativa è aziendale (le RSA, gli OdC sono gli esempi tipici poiché soddisfano la domanda aziendali) ed invia alla COT DISTRETTUALE quando è previsto l'accesso presso strutture di offerta e servizi di scala distrettuale o inter-distrettuali (ad esempio, l'ADI, le UCA).
- può assolvere a specifiche funzioni anche nella dimensione Sovra-aziendale o addirittura regionale, laddove è molto elevata la specificità della interconnessione fra la domanda ed il sistema dell'offerta,

assolvendo alla funzione di esercizio della committenza su funzioni di alta specializzazione;

2. la COT Distrettuale (COT SPOKE) è incardinata nei distretti sociosanitari e può operare all'interno delle CdC ed in ogni caso è con esse integrata.

Essa si focalizza:

- sulla presa in carico distrettuale dei cittadini nell'ambito distrettuale;
- sugli interventi all'interno della rete dei servizi distrettuali portando a compimento le funzioni segnalate e concordate con la COT AZIENDALE nella gestione delle dimissioni difficili, attivando servizi ed equipe presenti nel territorio di riferimento. In questa direzione porta a compimento il flusso step down organizzando i servizi presenti nella filiera distrettuale;
- sulla gestione della rete di prossimità soprattutto per la casistica cronica, organizzando gli accessi in regime ambulatoriale, alle cure intermedie e domiciliari attraverso la piattaforma di interconnessione; in questa direzione la sviluppa i flussi step up sia in situazioni di occasionalità del bisogno che di frequenza di accesso come nel caso del paziente cronico;
- monitora di flussi di telemonitoraggio assegnati ai pazienti in Cure Domiciliari e attiva i servizi sanitari (MMG, PLS, UCA, C.A., Medico Specialista ospedaliero o territoriale) in caso di valori fuori dal range o, in caso di urgenza attiva la rete 118.

3.3.6 L'Ospedale di Comunità

L'Ospedale di Comunità (O.d.C.) è una struttura sanitaria di ricovero breve che afferisce al livello essenziale di assistenza territoriale, rivolta a pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minori o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica potenzialmente erogabili a domicilio, ma che vengono ricoverati in tali strutture in mancanza di idoneità del domicilio stesso (idoneità strutturale e/o familiare), o in quanto necessitano di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio per motivi di natura clinica o sociale.

Tale ambito assistenziale si colloca nella rete dei servizi territoriali ed è da considerarsi quale domicilio temporaneo protetto.

Esso può considerarsi quale domicilio allargato, pur possedendo per la tipologia di assistenza erogata, caratteristiche intermedie tra il ricovero ospedaliero e le risposte assistenziali domiciliari (ADI) o residenziali (RSA).

Rispetto a queste ultime non si pone in alternativa, ma in un rapporto di forte integrazione e collaborazione, rappresentando uno snodo fondamentale della rete di assistenza territoriale.

A tali pazienti è garantita assistenza infermieristica continuativa e assistenza medica programmata o specialistica su specifica necessità.

Azienda Sanitaria Locale FG
"Riorganizzazione della Rete Aziendale Cure Palliative"

L'obiettivo principale è il recupero funzionale, con la finalità di riportare il paziente al domicilio o in strutture territoriali cercando di evitare un nuovo ricovero a breve distanza di tempo.

Gli standard previsti per gli Ospedali di Comunità sono:

n. 1 Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti.

Per la ASL FG sono previsti i seguenti Ospedali di Comunità con il Distretto Socio Sanitario a cui afferisce.

OSPEDALI DI COMUNITÀ		
N.	COMUNE	DISTRETTO S.S.
1	VICO DEL GARGANO	VICO DEL GARGANO
2	VIESTE	
3	MONTE SANTANGELO	MANFREDONIA
4	SAN MARCO IN LAMIS	SAN MARCO IN LAMIS
5	SAN NICANDRO GARGANICO	
6	FOGGIA - VIA PROTANO	FOGGIA
7	TORREMAGGIORE	SAN SEVERO
8	VOLTURINO	LUCERA
9	PANNI	TROIA - ACCADIA

In ogni singolo Ospedale di comunità è prevista l'attivazione di un modulo da n. 20 posti letto.

Organizzazione Funzionale

L'OdC, sotto l'aspetto funzionale, si pone in stretta relazione con la rete ospedaliera e con la rete sanitaria territoriale, tramite un alto livello di interdisciplinarietà.

Gli obiettivi principali degli OdC sono quelli di garantire continuità assistenziale e di rispondere ad una sempre più impellente esigenza di flessibilità organizzativa.

L'OdC oltre all'aspetto meramente assistenziale, si prefigge l'obiettivo di alleggerire il carico sulle famiglie e sui caregiver. Dunque, l'OdC supporta il paziente nel suo rientro a casa e a saper gestire in maniera più autonoma i momenti di acuzie della propria malattia, al fine di evitare successive ospedalizzazioni non necessarie.

Gli Ospedali di Comunità avendo una connotazione a forte indirizzo infermieristico e sono utilizzati sia per la presa in carico dei pazienti nelle fasi post ricovero ospedaliero (Dimissioni Ospedaliere Protette) sia per tutti quei casi in cui c'è bisogno di una particolare assistenza vicino al domicilio del paziente.

La responsabilità igienico sanitaria e clinica complessiva della struttura è in capo a un medico, che sarà individuato fra un dirigente medico dipendente dell'azienda sanitaria o un MMG dedicato.

La responsabilità organizzativa è invece affidata ad un responsabile infermieristico (cfr. DM n. 70/2015), secondo quanto previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 20 febbraio 2020. A coadiuvare il servizio di assistenza infermieristica, garantendone la continuità H24, vi sono gli Operatori Socio-Sanitari, in coerenza con gli obiettivi del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) e in stretta sinergia con il responsabile clinico e gli altri professionisti coinvolti (es. assistenti sociali, fisioterapisti, specialisti).

Possono accedere all'O.d.C. pazienti che, a seguito di un episodio acuto o con patologie croniche riacutizzate, necessitano di completare il processo di stabilizzazione clinica, con una valutazione prognostica di risoluzione a breve termine (da 2-3 giorni ad un massimo di 30 giorni), ovvero che necessitano di una fase di osservazione e continuità terapeutica.

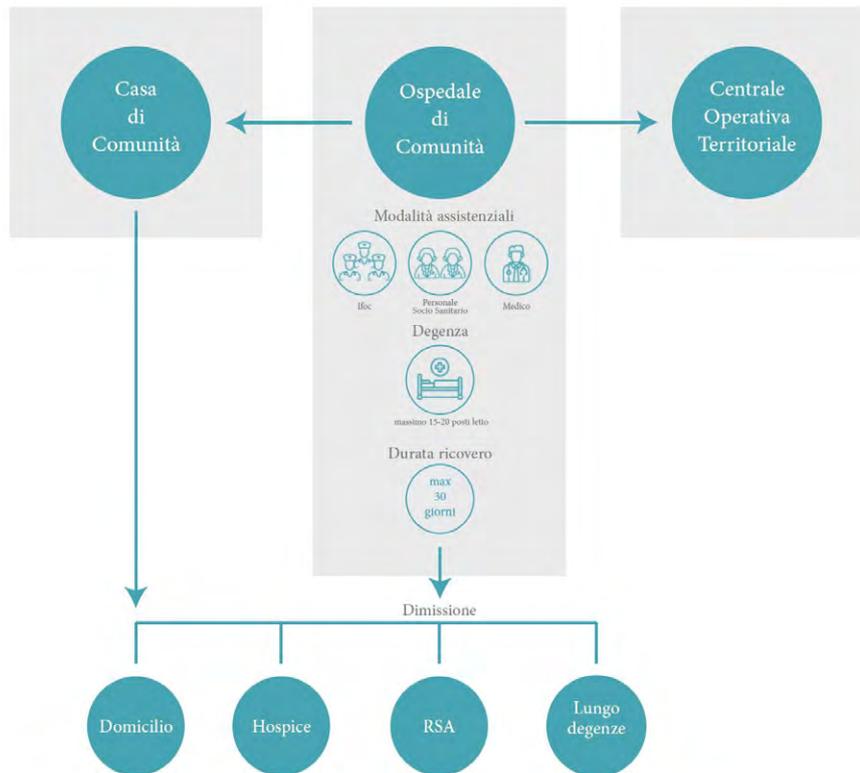
I pazienti ospitati possono provenire dal domicilio o da altre strutture residenziali, nonché dal Pronto Soccorso e/o essere dimessi da presidi ospedalieri per acuti, purché con le caratteristiche di cui sopra e su indicazione del MMG.

Si riporta, di seguito, la tabella con l'indicazione del contesto strutturale in cui sono allocati gli OdC della ASL Foggia in quanto la contiguità favorisce l'efficacia del servizio sia per gli utenti che per gli operatori sanitari.

Per gli OdC che sono presenti all'interno di una struttura che ospita anche un P.T.A. o una CdC e/o COT, saranno predisposte specifiche procedure per garantire specifici percorsi con la macro-area specialistica della CdC (ambulatori specialistici, diagnostica di base, ecc.), in caso di necessità, anche attraverso tecnologie ICT o telemedicina.

Azienda Sanitaria Locale FG
"Riorganizzazione della Rete Aziendale Cure Palliative"

Sistema di organizzazione dell'assistenza territoriale offerta dall'Odc



3.3.7 Servizi per la salute dei minori, delle donne, delle coppie e delle famiglie: I Consulenti Familiari

È ormai acclarato che per affrontare le problematiche che riguardano lo sviluppo ed il benessere delle persone e dei gruppi sociali è necessario sviluppare, in via prioritaria, strategie di "Prevenzione".

In tale ottica la famiglia - quale agenzia base della comunità in quanto attore centrale nei processi di cura date le specifiche funzioni a livello genitoriale, parentale o solidale - ha un ruolo fondamentale.

I Consulenti Familiari (C.F.), istituiti con la legge n. 405 del 1975 quali servizi di assistenza alla famiglia ed alla maternità, hanno lo scopo di assistere e preparare alla maternità e paternità responsabile, sostenere la coppia nell'affrontare e cercare soluzioni alle problematiche che si presentano, assistere i minori non solo in situazioni di disagio ma nell'intero percorso di crescita.

Inoltre, al C.F. spetta un ruolo specifico nell'educazione e promozione della salute, particolarmente nel campo della procreazione responsabile, della gravidanza fisiologica, della contraccezione e dell'IVG, ed un ruolo altrettanto

Direzione Strategica – Staff Direzione Generale

Questo documento è di proprietà della ASL FG – Foggia

Ogni divulgazione e riproduzione o cessione di contenuti a terzi deve essere autorizzata dalla stessa Azienda.

specifico nell'educazione sessuale degli adolescenti e nel disagio familiare e dell'età evolutiva come previsto dal P.O.M.I.2000 e dalle successive deliberazioni della regione Puglia.

Al fine di riorganizzare i C.F. dell'ASL Foggia onde migliorare l'offerta dei servizi mirata a garantire un'assistenza continua e diversificata sulla base dello stato e sui bisogni di salute, cogliendo l'opportunità del D.M. 77/2022 ma anche del Pon Equità nella Salute Puglia 2021-2027, è necessario un progetto che sviluppi le funzioni tipiche del servizio consultoriale in modo integrato con azioni innovative.

“La tutela della salute in ambito materno infantile costituisce un impegno di valenza strategica dei sistemi socio-sanitari per il riflesso che gli interventi di promozione della salute, di cura e riabilitazione in tale ambito hanno sulla qualità del benessere psico-fisico nella popolazione generale attuale e futura”. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha individuato, infatti, nel miglioramento della qualità della vita della madre e del bambino uno degli obiettivi sanitari prioritari a livello mondiale.

Il C.F. è un servizio di base fortemente orientato alla prevenzione, informazione e educazione sanitaria, riservando alle attività di diagnosi e cura una competenza di “prima istanza” integrata con l'attività esercitata al medesimo livello, sul territorio di appartenenza delle UU.OO. distrettuali ed ospedaliere e dai servizi degli Enti Locali ed è importante strumento, nel territorio distrettuale, per attuare gli interventi previsti a tutela della salute della donna più globalmente intesa e considerata nell'arco dell'intera vita nonché a tutela della salute dell'età evolutiva e dell'adolescenza e delle relazioni di coppia e familiari” (D.M. 24.2.2000 P.O.M.I.)

Il C.F. è, quindi, un servizio sociosanitario che si rivolge non solo al singolo ma agli individui come persone relazionate all'interno di una coppia, di un nucleo familiare, di un nucleo sociale più ampio, nelle loro espressioni psicologiche, affettive, sessuali e procreative.

Sul piano organizzativo, l'integrazione deve essere completamente attivata, da una parte, all'interno del consultorio stesso tra le diverse figure presenti sviluppando il lavoro d'équipe, e, dall'altra, con gli altri consultori e gli altri servizi territoriali ed ospedalieri.

Relativamente alla specifica attività, richiamata anche da recenti provvedimenti nazionali sul ruolo dei C.F. (Piano nazionale per la fertilità 2015; IV Piano nazionale di Azione per l'Infanzia e l'adolescenza 2016; LEA 2017, Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere in attuazione dell'art. 3, comma 1 della L. n. 3/2018) e regionali (DGR 3066/2013; DGR 220/2020; DGR 333/2020) vengono individuate le Aree:

- Percorso Nascita
- Salute della Donna
- Adolescenti
- Famiglia.

Azienda Sanitaria Locale FG
"Riorganizzazione della Rete Aziendale Cure Palliative"

Le attività consultoriali rivestono un ruolo fondamentale nel territorio in quanto riferimento nell'arco della vita delle persone essendo un servizio capace di accogliere i bisogni individuali e collettivi, accompagnandole e sostenendole nei percorsi della rete sanitaria, sociosanitaria e sociale per il loro soddisfacimento attraverso il lavoro d'équipe.

Dal punto di vista delle attività, delle modalità di intervento e dei contenuti, le Linee Guida, con espresso riferimento al POMI come richiamato nel Piano Regionale di Salute 2008-2010, hanno individuato nel dettaglio le Aree di attività e gli obiettivi di salute prioritari da perseguire, in considerazione anche dei LEA:

- Adolescenza;
- Relazioni di coppia, di famiglia e disagio familiare;
- Controllo della fertilità e procreazione responsabile;
- Gravidanza voluta;
- Gravidanza non voluta;
- Prevenzione dei tumori femminili;
- Salute non riproduttiva;
- Tutela della salute delle donne immigrate.

Attraverso la metodologia operativa dell'offerta attiva ai cittadini, non limitandosi a coloro che spontaneamente si presentano, il CF diventa il cardine operativo delle strategie di prevenzione e promozione della salute. Un'offerta rivolta, dunque anche alla comunità e non solo al singolo.

Anche in gran parte dei CF dell'ASL FG la metodologia operativa è quella dell'offerta attiva, prevalentemente laddove la completezza dell'équipe consultoriale lo consente.

Di seguito si riporta la rete consultoriale attiva nella ASL di Foggia:

Azienda Sanitaria Locale FG
 "Riorganizzazione della Rete Aziendale delle Cure Palliative"

	SEDE CONSULTORIALE	BACINO D'UTENZA	n. utenti
1	ACCADIA Strada Statale 91 ter	5964	1647
2	APRICENA Via Modena snc	21287	1011
3	ASCOLI S. Via Falcone e Borsellino	7888	2066
4	BOVINO Via Casette sismiche, 1	6474	883
5	CANDELA Via Padula, 1	4213	1378
6	CASALVECCHIO Via Arberia 5	4320	251
7	CERIGNOLA Via XX Settembre 1	57152	2876
8	FOGGIA n. 1 Via Valentini Alvarez 2	49000	2367
9	FOGGIA n. 2 Via Della Repubblica,26	48000	2200
10	FOGGIA n. 3 Via Grecia, 6	48000	2331
11	ISCHITELLA Via E. Fermi 1	24000	187
12	LUCERA Via Trento, 41	40489	4288
13	MANFREDONIA Via Barletta	55486	1.645
14	MATTINATA Via Brodolini 6	5786	417
15	MONTE S.ANGELO Via Santa Croce (PTA)	10967	723
16	ORSARA DI PUGLIA Via Ponte Capò	3200	1193
17	ORTA NOVA Via del Popolo	32992	2073
18	PIETRA MONTECORVINO Via Roma, 6	3120	61
19	SAN GIOVANNI ROT. Corso Roma 85	26261	2051
20	SAN MARCO IN L. Via Sannicandro (PTA)	14479	1931
21	SAN SEVERO Via Don Aldo Prato 72	49481	2588
22	SANNICANDRO G.CO Via Madonna di Lourdes	13802	1519
23	SERRACAPRIOLA Viale Italia	5156	532
24	STORNARELLA Via Nazario Sauro	5356	345
25	TORREMAGGIORE p.le Bellantuono snc	21988	1106
26	TROIA Via S. Biagio, 1	8655	1370
27	VIESTE Località Coppitella	13308	577

3.4 L'OSPEDALE

L'Ospedale è la struttura tecnico-funzionale attraverso la quale l'Azienda assicura l'erogazione dell'assistenza ospedaliera in modo unitario ed integrato sulla base dei principi di programmazione e di organizzazione regionale, perseguendo anche la formazione e la ricerca.

Il **Decreto Ministeriale 70/2015** ha introdotto una profonda riforma dell'organizzazione dell'assistenza ospedaliera in Italia, con l'obiettivo di migliorare l'efficienza, l'efficacia e la sostenibilità del sistema sanitario, oltre a garantire una maggiore equità nell'accesso alle cure.

Questo decreto definisce gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi per l'assistenza ospedaliera, rappresentando una tappa fondamentale nella riorganizzazione del sistema ospedaliero nazionale.

Tale modello organizzativo prevede una Integrazione tra Assistenza Territoriale e Ospedaliera attraverso:

- Promozione di un sistema integrato che riduce la pressione sugli ospedali grazie al potenziamento dell'assistenza territoriale;
- Favorisce la continuità assistenziale per pazienti cronici e fragili, con maggiore utilizzo di cure domiciliari e riabilitative.

Gli obiettivi previsti sono:

- **Migliorare la qualità delle cure:** Concentrare le risorse in strutture adeguatamente attrezzate e competenti.
- **Ridurre gli sprechi:** Eliminare le duplicazioni e razionalizzare l'offerta sanitaria.
- **Garantire equità e uniformità:** Assicurare standard qualitativi omogenei su tutto il territorio nazionale.
- **Aumentare la sicurezza dei pazienti:** Attraverso il rispetto dei volumi minimi di attività e degli indicatori di qualità.

3.4.1 L'Assistenza Ospedaliera dell'Azienda

L'Assistenza Ospedaliera dell'Azienda Sanitaria Locale FG comprende le **Macrostrutture Ospedaliere**.

Le **Macrostrutture Ospedaliere** sono dotate di autonomia tecnico-professionale ed economico-finanziaria, nei limiti delle risorse assegnate e ricomprendono i Presidi Ospedalieri dell'Azienda presenti sul territorio di riferimento.

Azienda Sanitaria Locale FG
"Riorganizzazione della Rete Aziendale delle Cure Palliative"

3.4.2 La collocazione geografica degli Ospedali nella Provincia di Foggia



3.4.3 Assetto strutturale dell'Assistenza Ospedaliera

I tre Ospedali della ASL Foggia, presenti sul territorio provinciale, assumono il seguente assetto Strutturale:

Assetto strutturale dell'Assistenza Ospedaliera della ASL FG	
Macrostrutture Ospedaliere	Classificazione
1. Ospedale Manfredonia	• Base
2. Ospedale San Severo	• I livello
3. Ospedale Cerignola	• I livello

L'organizzazione dell'Assistenza Ospedaliera dell'Azienda della Provincia di Foggia parte dalla costituzione di una "Rete Ospedaliera" che comprende i Tre Ospedali (Macrostrutture). Nelle tabelle che seguono, si porta l'organizzazione di ogni singolo Presidio Ospedaliero:

Azienda Sanitaria Locale FG
"Riorganizzazione della Rete Aziendale Cure Palliative"

ASL FG di Foggia Assetto Strutturale di Base dell'Assistenza Ospedaliera Ospedale San Severo						
N. SC	Strutture Complesse con PL Ospedale San Severo	Strutture Semplici a Valenza Dipartimentale	Strutture Semplici	N. SSD	N. SS	Tot. SS+SSD
1	Cardiologia (con UTIC H24 con emodinamica)		Unità di Terapia Intensiva Cardiologica (UTIC)		1	1
1	Chirurgia Generale				0	0
1	Medicina Generale		Lungodegenza		1	1
		Neurologia Stroke Unit 1° livello		1		1
1	Ortopedia e traumatologia	Chirurgia dell'estremità e dei piccoli segmenti			1	1
1	Ostetricia e Ginecologia	Patologia ed emergenza Ostetrica	Endoscopia ginecologica	1	1	2
1	Pediatria		Gastroenterologia pediatrica		1	1
0	S.P.D.C. (contabilizzata nelle strutture del DSM)	-				0
1	Pneumologia	Pneumologia Interventistica		1		1
		Nefrologia e Dialisi		1		1
1	CoRO e coordinamento delle Cure Palliative Ospedaliere e Territoriali			0		0
8		Totali Ospedale San Severo Strutture con p.i.		4	5	9
N. SC	Strutture Complesse senza PL Ospedale San Severo	Strutture Semplici e Strutture Semplici a Valenza Dipartimentale	Strutture Semplici	N. SSD	N. SS	Tot. SS+SSD
1	Anestesia e Rianimazione		Terapia Intensiva (Rianimazione)		1	1
1	Chirurgia Ambulatoriale Complessa					0
			Direzione Medica di Presidio		1	1
		Direzione Amministrativa Ospedaliera		1		1
		Sezione Trasfusionale Aziendale Ospedale S. Severo		1		1
		Laboratorio di Analisi		1		1
		Endoscopia digestiva		1		1
1	Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza Centro Traumi di Zona					0
1	Radiodiagnostica		Radiodiagnostica Senologica		1	1
4		Totali Ospedale San Severo Strutture senza p.i.		4	3	7
12		Totali Ospedale San Severo		8	8	16

Direzione Strategica – Staff Direzione Generale

Questo documento è di proprietà della ASL FG – Foggia

Ogni divulgazione e riproduzione o cessione di contenuti a terzi deve essere autorizzata dalla stessa Azienda.

Azienda Sanitaria Locale FG
"Riorganizzazione della Rete Aziendale delle Cure Palliative"

Ospedale di Cerignola						
N. SC	Strutture Complesse con PL Ospedale Cerignola	Strutture Semplici a Valenza Dipartimentale	Strutture Semplici	N. SSD	N. SS	Tot. SS+SSD
1	Cardiologia (con UTIC H24 con emodinamica)		Unità di Terapia Intensiva Cardiologica (UTIC)		1	1
1	Chirurgia generale		Chirurgia del Colon Retto		1	1
1	Medicina generale		Medicina Interna Semintensiva		1	1
		Fibrosi Cistica		1		1
			Lungodegenza		1	1
1	Oculistica	-				0
1	Ortopedia e traumatologia	-				0
1	Ostetricia e ginecologia	Patologia ed emergenza Ginecologica		1		1
1	Otorinolaringoiatra	-				0
1	Pediatria		Endocrinologia pediatrica		1	1
1	Urologia					0
		Nefrologia e Dialisi		1		1
9		Totale Ospedale Cerignola Strutture con p.l.		3	5	8
N. SC	Strutture Complesse senza PL Ospedale Cerignola	Strutture Semplici e Strutture Semplici a Valenza Dipartimentale				
1	Anestesia e Rianimazione		Terapia del dolore		1	1
			Direzione Medica di Presidio		1	1
		Laboratorio di Analisi		1	0	1
1	Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza	-				0
1	Radiodiagnostica		Immagin dell'apparato gastroenterico e dell'apparato urogenitale	0	1	1
		Endoscopia digestiva		1		1
3		Totale Ospedale Cerignola Strutture senza p.l.		2	3	5
12		Totale Ospedale Cerignola		5	8	13

Ospedale di Manfredonia						
N. SC	Strutture Complesse con PL Ospedale Manfredonia	Strutture Semplici a Valenza Dipartimentale	Strutture Semplici	N. SSD	N. SS	Tot. SS+SSD
1	Chirurgia generale					0
1	Medicina generale		Lungodegenza		1	1
1	Ortopedia e Traumatologia					0
0	S.P.D.C. (contabilizzata nelle strutture del DSM)					0
0	Recupero e riabilitazione funzionale Ospedale Manfredonia - Cerignola (contabilizzata nelle strutture del Dipartimento di riabilitazione)					0
		Gastroenterologia		1		1
		Cardiologia		1		1
3		Totale Ospedale Manfredonia Strutture con p.l.		2	1	3
N. SC	Strutture Complesse Senza PL	Strutture Semplici e Strutture Semplici a Valenza Dipartimentale				
			Direzione Medica di Presidio		1	1
1	Pronto Soccorso					
1	Anestesia		Terapia del Dolore		1	1
		Laboratorio di Analisi		1	0	1
1	Radiodiagnostica		Senologia	1		1
3		Totale Ospedale Manfredonia Strutture senza p.l.		2	2	4
6		Totale Ospedale Manfredonia		4	3	7

Direzione Strategica – Staff Direzione Generale

Questo documento è di proprietà della ASL FG – Foggia

Azienda Sanitaria Locale FG
"Riorganizzazione della Rete Aziendale Cure Palliative"

La rete Ospedaliera della ASL di Foggia si integra, per le branche specialistiche ad elevata specializzazione, attraverso specifici Accordi di Programma, con l'A.O. Ospedali Riuniti di Foggia e con l'I.R.C.C.S. "Casa Sollievo della Sofferenza" di San Giovanni Rotondo.

La scelta di questo modello organizzativo è stata determinata dall'esigenza di rimodellare e calibrare la produzione di prestazioni sanitarie all'interno di una "**Rete di Servizi Ospedalieri**" capace di garantire una risposta adeguata ai bisogni della popolazione e permettere un uso più razionale delle risorse disponibili.

In sintesi, dal punto di vista sanitario questa soluzione consente di:

- Consolidare il Governo Clinico in modo da garantire una assistenza ospedaliera efficace, appropriata, efficiente, tempestiva, equa e solidale;
- Offrire le condizioni più appropriate per il trattamento di quelle patologie che non possono trovare risposte adeguate nell'ambito dei servizi territoriali, ambulatoriali o residenziali, perché complesse per gravità e intensità;
- Perseguire la globalità e la continuità degli interventi assistenziali attraverso una corretta e completa sinergia tra Ospedale e Territorio;
- Realizzare il processo di integrazione tra i diversi Ospedali e tra le Strutture Ospedaliere e Servizi Territoriali, attraverso i Dipartimenti e i Coordinamenti;
- Realizzare percorsi diagnostico-terapeutici e di prevenzione dedicati a patologie ad alto rischio e a differenze di genere che deve operare con un approccio multidisciplinare.

Gli aspetti qualificanti di questo modello, che intendiamo incrementare e integrare e che abbiamo voluto definire "Aggregazioni di Competenze, Professionalità e Tecnologie a Progetto", sono:

- La multi disciplinarietà dell'equipe
- La multi professionalità dell'equipe;
- L'approccio integrato medico e riabilitativo;
- La formazione continua del personale;
- La sensibilizzazione, l'addestramento e l'informazione sulle soluzioni terapeutiche e riabilitative rivolte ai pazienti e ai loro familiari.

Dal punto di vista organizzativo e gestionale il nostro modello ospedaliero consente di:

- Garantire un maggiore livello di coerenza tra "committenza" e "linee produttive", attraverso la dipartimentalizzazione del sistema organizzato e il ripristino o l'attivazione di una "catena di comando" capace di governare questo complesso sistema a rete;
- Applicare protocolli e procedure messe a punto dai dipartimentali e condivise a tutti i livelli operativi;
- Progettare l'Offerta Sanitaria Ospedaliera attraverso "centri a media complessità" e "centri a bassa complessità", inseriti nella rete provinciale;

- Migliorare, infine, la qualità dei servizi e l'umanizzazione dell'assistenza in modo da incontrare il gradimento dei cittadini.

3.5 IL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Il Dipartimento di Prevenzione della ASL di Foggia è la macro struttura organizzativa preposta all'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, con funzioni di analisi, promozione, orientamento, assistenza e vigilanza sui problemi di salute e sui fattori determinanti il benessere della collettività, attraverso interventi che coinvolgono l'intera società civile.

Governa e garantisce la missione aziendale attraverso le Strutture Complesse e Semplici individuate nella tabella che segue:

Dipartimento di Prevenzione						
N. SC	Strutture Complesse Dipartimento di Prevenzione	Strutture Semplici e Strutture Semplici a Valenza Dipartimentale	Strutture Semplici	N. SSD	N. SS	Tot. SS+SSD
1	Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPESAL) - Area Nord		Promozione della salute negli ambienti di lavoro		1	1
1	Sanità Animale (SIAV Area A) - Area Nord		Gestione piani di risanamento zootecnico e anagrafe bestiame (Area Nord); Previsione del Randagismo ed anagrafe canina		1	1
1	Igiene della produzione, Trasformazione, Commercializz.ne, Conservazione e Trasporto degli Alimenti di origine Animale e loro Derivati (SIAV Area B) - Area Nord		Sicurezza Alimenti su prodotti di origine animale (Prodotti Ittici - Uova - Miele); Sicurezza Alimenti su prodotti di origine animale (Carni - Latte e loro derivati);		1	1
1	Igiene degli Allevamenti e Delle Produz.ni Zootecniche (SIAV Area C) - Area Nord		Piano dei campionamenti alimenti e residui; igiene e sicurezza alimenti per animali Farmacovigilanza e benessere animale		1	1
1	Igiene e Sanità Pubblica (SISP) - Area Nord		Sorveglianza, Prevenzione e Controllo delle Malattie Infettive Parassitarie (inclusi i programmi vaccinali) e controllo delle Malattie Croniche Degenerative Tutela della salute negli ambienti di vita confinati e collettivi		1	1
1	Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN) - Area Nord		Igiene, Sorveglianza e sicurezza della nutrizione Igiene e sicurezza degli Alimenti di origine vegetale		1	1
1	Screening e promozione del benessere (clinicizzazione in corso)				0	0
		Medicina Legale		1		1
7		Totali		1	11	12

Esercita la funzione di committenza e produzione, nell'ambito della prevenzione definendo le dimensioni qualitative e quantitative delle attività e dei servizi.

La Direzione del Dipartimento di Prevenzione è assicurata dal:

- Direttore del Dipartimento;
- Comitato di Direzione del Dipartimento.

Il Dipartimento di Prevenzione, così come statuito dal R.R. 13/2009 ha competenza nell'ambito territoriale della ASL FG coincidente con la provincia di Foggia.

Azienda Sanitaria Locale FG
"Riorganizzazione della Rete Aziendale Cure Palliative"

Il Dipartimento di Prevenzione della ASL di Foggia è articolato nelle seguenti Strutture Complesse:

Servizio di Igiene e Sanità Pubblica

- Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie
- Controllo delle malattie cronico degenerative;
- Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati;
- Valutazione medico legale degli stati di disabilità e per finalità pubbliche;

Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN)

- Controllo della qualità e della sicurezza degli alimenti di origine vegetale;
- Controllo delle acque destinate al consumo umano;
- Promozione della corretta alimentazione e della prevenzione nutrizionale;

Servizio di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPeSAL)

- Promozione e controllo delle condizioni di sicurezza, di igiene e di salute dei lavoratori;

Servizio Veterinario Sanità animale (SIAV AREA A)

- Tutela della salute animale e umana, per la prevenzione e il controllo delle malattie animali;

Servizio Veterinario di Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati (SIAV AREA B)

- Ispezione, vigilanza e controllo di tutte le fasi della filiera alimentare animale, dalla produzione alla commercializzazione;

Servizio Veterinario di Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche (SIAV AREA C)

- Controllo degli allevamenti e delle produzioni zootecniche per tutelare la salute pubblica e la sicurezza alimentare;

Struttura Complessa "Screening e Promozione del Benessere"

Assicura il coordinamento, la programmazione e il monitoraggio dei programmi di screening oncologici organizzati (mammella, cervice uterina, colon-retto), in coerenza con le indicazioni nazionali e regionali. Cura, inoltre, lo sviluppo e l'attuazione di interventi di prevenzione e promozione della salute individuale e collettiva, con particolare attenzione ai determinanti sociali e comportamentali.

È in corso la clinicizzazione della struttura con l'Università di Foggia, al fine di potenziarne il ruolo nell'integrazione tra attività di prevenzione, assistenza e ricerca in ambito sanitario pubblico.

Struttura Semplice a Valenza Dipartimentale di Medicina Legale

Tutela della salute e dei diritti dei cittadini, fornendo consulenze e certificazioni medico-legali di alta qualità.

3.6 IL MODELLO ORGANIZZATIVO DIPARTIMENTALE

L'organizzazione dipartimentale è riconosciuta dall'Azienda Sanitaria Locale FG come "il modello ordinario di Gestione Operativa di tutte le attività" (art. 17 bis, comma 1, D.L.vo 502/1992).

Il Dipartimento è una Macrostruttura costituita da una pluralità di Unità omogenee, affini o complementari che, pur mantenendo la propria autonomia e le proprie responsabilità gestionali e professionali, perseguono finalità comuni e sono, quindi, tra loro funzionalmente interdipendenti.

I Dipartimenti dell'Azienda sono articolati al loro interno in :

- **Strutture Complesse (S.C.), con relative Strutture Semplici (S.S.);**
- **Strutture Semplici a valenza Dipartimentale (S.S.D.).**

Le Strutture Complesse e Semplici che costituiscono il Dipartimento, sono aggregate secondo una specifica tipologia organizzativa e gestionale, volta a dare risposte unitarie, tempestive, razionali e complete, rispetto ai compiti assegnati; adottano, a tal fine, regole condivise e uniformi di comportamenti assistenziali, medico-legali ed economici.

Il modello dipartimentale risponde al bisogno di attuare processi organizzativi integrati e volti ad erogare assistenza a target ben definiti di popolazione e di patologie (d'organo/apparato), funzionalmente individuati.

3.6.1 Il Dipartimento: Funzioni e Finalità

Il Dipartimento svolge, in particolare, le seguenti funzioni:

- Attività organizzativa di Dipartimento;
- Prevenzione;
- Assistenza;
- Gestione del budget;
- Didattica (formazione continua e aggiornamento professionale);
- Ricerca;
- Educazione Sanitaria.

Le finalità del Dipartimento sono quelle di:

- Ottimizzare gli spazi assistenziali;

- Ottimizzare le risorse tecnologiche ed economiche;
- Ottimizzare le risorse umane;
- Studiare, applicare e verificare nuove procedure, protocolli e linee guida;
- Promuovere gestioni organizzative finalizzate al raggiungimento degli obiettivi aziendali e sperimentare nuovi percorsi;
- Coordinare attività di ricerca, studio e didattica orientate ad elevare la qualità dell'efficacia e dell'efficienza delle prestazioni;
- Migliorare il livello di umanizzazione attraverso la diffusione di uno statuto dei diritti–doveri del cittadino–utente, sulle informazioni circa l'uso della struttura, gli orari d'accesso e il comfort alberghiero;
- Migliorare i collegamenti con le altre strutture aziendali per assicurare continuità assistenziale attraverso percorsi terapeutici integrati;
- Monitorare e verificare costantemente la qualità, l'efficienza, l'efficacia e l'economicità dell'assistenza fornita;

I Dipartimenti possono essere sia centri di costo e di responsabilità sia centri di responsabilità.

I Dipartimenti che assumono la natura di centri di costo e di responsabilità gestiscono direttamente le risorse assegnate (**Dipartimenti Strutturali**).

I Dipartimenti che assumono la natura di centri di responsabilità gestiscono funzionalmente le risorse che restano assegnate alle Strutture Complesse afferenti al Dipartimento stesso (**Dipartimenti Funzionali**).

3.6.2 Il ruolo della Direzione di Dipartimento

Le Direzioni dei Dipartimenti:

- Rappresentano le Macrostrutture, di cui sono Coordinatori, nei rapporti con il Direttore Generale, il Direttore Amministrativo e il Direttore Sanitario;
- Rappresentano, inoltre, le Macrostrutture nei rapporti con gli interlocutori esterni e con le altre articolazioni interne all'Azienda assicurando il perseguimento della missione affidata dalla Direzione Strategica;
- Coordinano, in coerenza con quanto previsto dal Piano Aziendale, le articolazioni che compongono la Macrostruttura assicurando l'ottimizzazione della gestione e l'applicazione di procedure e protocolli comuni;
- Assicurano il funzionamento delle Unità Organizzative, attuando modelli di gestione stabiliti dai Comitati delle Macrostrutture;
- Promuovono verifiche periodiche sulla qualità, secondo il modello e gli strumenti stabiliti e condivisi;

- Controllano l'aderenza dei programmi con gli indirizzi generali definiti Comitati delle Macrostrutture, nell'ambito della organizzazione interna del personale, dei piani di attività, di studio e di didattica;
- Formulano, annualmente e sulla scorta dei dati di attività degli anni precedenti, la proposta di budget da negoziare con la Direzione Strategica;
- Sono responsabili degli obiettivi quantitativi e qualitativi definiti collegialmente con i responsabili delle Strutture che compongono i Dipartimenti e negoziati con il vertice strategico in sede di processo di budgeting;
- Rispondono del budget e dei risultati complessivi della Struttura.

3.6.3 L'Organizzazione Dipartimentale

I Dipartimenti, di seguito riportati, rappresentano le macro-aree operative che organizzano le attività cliniche e amministrative.

1. **Dipartimento di Area Chirurgica**
2. **Dipartimento Emergenza Urgenza**
3. **Dipartimento di Area Medica**
4. **Dipartimento Materno-Infantile**
5. **Dipartimento Diagnostica per Immagini e di Laboratorio**
6. **Dipartimento delle Funzioni Ospedaliere e del Territorio**
7. **Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitativa**
8. **Dipartimento Gestione del Farmaco**
9. **Dipartimento Salute Mentale**
10. **Dipartimento per le Dipendenze Patologiche**
11. **Dipartimento Prevenzione**
12. **Dipartimento Tecnostrutture di Staff**

Questi raggruppano specifiche strutture organizzative in base alle aree di specializzazione e funzionalità.

3.6.4 Gli ambiti operativi

Ogni dipartimento è ulteriormente suddiviso in ambiti operativi. Gli ambiti principali includono:

- **Ambito Ospedaliero:** Gestione delle attività cliniche svolte nei Presidi Ospedalieri.
- **Ambito Territoriale:** Servizi offerti sul territorio, rivolti alle attività di prevenzione, all'emergenza urgenza, all'assistenza alle persone affette da patologie croniche e alla riabilitazione;

Azienda Sanitaria Locale FG
"Riorganizzazione della Rete Aziendale Cure Palliative"

- **Ambito di Integrazione Ospedale Territorio:** Integrazione di attività Ospedaliere e territoriali con un focus specifico sulle cure di continuità tra ospedale e territorio.

3.6.5 I Dipartimenti della ASL Foggia

1. Il **Dipartimento di Area Chirurgica** svolge un ruolo essenziale nella gestione e nell'erogazione di interventi chirurgici, offrendo una gamma completa di servizi attraverso diverse strutture specialistiche. Rappresenta, inoltre, di un elemento strategico fondamentale per l'assistenza sanitaria, grazie alla sua capacità di integrare diverse discipline chirurgiche e fornire servizi specializzati, distribuiti su tre strutture ospedaliere.

Dipartimento di Area Chirurgica			
Dipartimento	Ambito	Tipologia struttura	Denominazione
Dipartimento Area Chirurgica	Ospedaliera	Struttura Complessa	Chirurgia Generale - P.O. San Severo
Dipartimento Area Chirurgica	Ospedaliera	Struttura Complessa	Chirurgia Generale - P.O. Cerignola
Dipartimento Area Chirurgica	Ospedaliera	Struttura Semiplico	Chirurgia del colon retto (afflerisce alla S.C. Chirurgia Generale del P.O. di Cerignola)
Dipartimento Area Chirurgica	Ospedaliera	Struttura Complessa	Chirurgia Generale - P.O. Manfredonia
Dipartimento Area Chirurgica	Ospedaliera	Struttura Complessa	Ortopedia e Traumatologia - P.O. San Severo
Dipartimento Area Chirurgica	Ospedaliera	Struttura Semiplico	Chirurgia dell'estremità e piccoli segmenti (afflerisce alla S.C. Ortopedia e Traumatologia - P.O. San Severo)
Dipartimento Area Chirurgica	Ospedaliera	Struttura Complessa	Ortopedia e Traumatologia - P.O. Cerignola
Dipartimento Area Chirurgica	Ospedaliera	Struttura Complessa	Ortopedia e Traumatologia - P.O. Manfredonia
Dipartimento Area Chirurgica	Ospedaliera	Struttura Complessa	Urologia - P.O. Cerignola
Dipartimento Area Chirurgica	Ospedaliera	Struttura Complessa	Oculistica - P.O. Cerignola
Dipartimento Area Chirurgica	Ospedaliera	Struttura Complessa	Otorinolaringoiatria - P.O. Cerignola
Dipartimento Area Chirurgica	Ospedaliera	Struttura Complessa	Chirurgia Ambulatoriale complessa - P.O. San Severo
Dipartimento Area Chirurgica	Ospedaliera	Struttura Semiplico Dipartimentale	Endoscopia digestiva - P.O. San Severo
Dipartimento Area Chirurgica	Ospedaliera	Struttura Semiplico Dipartimentale	Endoscopia digestiva - P.O. Cerignola

Di seguito, si riportano le funzioni dipartimentali:

- **Gestione Multidisciplinare:**
 - Il dipartimento coordina diverse aree chirurgiche (chirurgia generale, ortopedia, urologia, oculistica, otorinolaringoiatria ed endoscopia digestiva), garantendo un approccio integrato e sinergico nella gestione delle patologie.
 - La collaborazione tra unità operative consente una risposta tempestiva e adeguata sia alle esigenze di routine sia alle emergenze chirurgiche.
- **Capillarità e Accessibilità:**
 - La presenza di strutture chirurgiche nei presidi ospedalieri di **San Severo**, **Cerignola** e **Manfredonia** assicura un servizio capillare, permettendo ai cittadini di accedere alle cure senza significative barriere geografiche.
 - Questo modello riduce i tempi di attesa e facilita la presa in carico dei pazienti in condizioni critiche.
- **Specializzazione Avanzata:**
 - L'utilizzo di tecniche chirurgiche innovative, come la laparoscopia, l'endoscopia digestiva e la chirurgia dell'estremità e dei piccoli segmenti, posiziona il dipartimento come un centro di riferimento per il trattamento di patologie complesse.

Direzione Strategica – Staff Direzione Generale

Questo documento è di proprietà della ASL FG – Foggia

Ogni divulgazione e riproduzione o cessione di contenuti a terzi deve essere autorizzata dalla stessa Azienda.

- In tale contesto si integra la previsione di un ambulatorio di consulenze di chirurgia toracica presso il P.O. di San Severo, in rete con il Policlinico Riuniti per la gestione chirurgica successiva del paziente.
- L'attenzione verso specializzazioni mirate risponde alle esigenze crescenti di una popolazione affetta da malattie complesse e croniche, garantendo approcci terapeutici sempre più personalizzati ed efficaci, prevedendo altresì una Struttura Complessa di Chirurgia Ambulatoriale Complessa, al fine di decongestionare le U.O.
- **Efficienza Operativa:**
 - La suddivisione delle competenze tra Strutture Complesse e Semplici ottimizza l'uso delle risorse umane e tecnologiche, evitando duplicazioni e garantendo l'efficienza economica del sistema.
 - Il coordinamento delle sale operatorie e dei servizi post-operatori riduce i tempi di degenza e migliora gli esiti clinici.
 - È stata istituita una rete interaziendale di Ortopedia e Traumatologia (R.I.O.T.) tra A.O.U. Policlinico di Foggia e ASL FG. La rete si propone di conseguire i seguenti obiettivi:
 - A) **Strategico**
 - a. in linea con l'orientamento Regionale che promuove un'organizzazione di lavoro "in rete", creare un modello di assistenza integrata che risponda nel miglior modo possibile alla richiesta qualitativa e quantitativa dell'utenza di accesso a trattamenti ortopedici traumatologici ad elevata tecnologia;
 - B) **Assistenziale**
 - a. incrementare l'offerta assistenziale di ortopedia nei vari ambiti sopra descritti;
 - b. migliorare gli indicatori PNE sul trattamento delle fratture di femore e delle fratture di tibia e perone;
 - c. predisporre percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) basati sull'evidenza con la definizione dei livelli qualitativi e quantitativi delle prestazioni;
 - d. promuovere lo sviluppo di centri di ortopedia e traumatologia pubblici specifici per patologie;
 - C) **Economico**
 - a. ridurre la mobilità passiva e promuovere la mobilità attiva extraregionale;
 - D) **Didattico-Formativo**
 - a. promuovere la formazione e l'aggiornamento continuo in ambito ortopedico, con particolare attenzione all'offerta formativa per i medici specializzandi afferenti alla Rete

Azienda Sanitaria Locale FG
"Riorganizzazione della Rete Aziendale Cure Palliative"

Formativa della Scuola di Specializzazione in Ortopedia e Traumatologia dell'Università di Foggia;

E) Scientifico

a. Promuovere la ricerca clinica e traslazionale in ambito ortopedico e traumatologico.

• **Ruolo nel Sistema di Emergenza:**

- Il dipartimento collabora strettamente con il Dipartimento di Emergenza e Urgenza per la gestione di pazienti chirurgici in condizioni critiche, assicurando continuità assistenziale dal pronto soccorso all'intervento chirurgico.

2. Il **Dipartimento dell'Emergenza Urgenza**: rappresenta un nodo centrale nell'organizzazione sanitaria, poiché integra competenze specialistiche in anestesia e rianimazione, gestione delle emergenze ospedaliere e territoriali, e coordinamento delle risorse per garantire risposte tempestive ed efficaci.

Dipartimento Emergenza Urgenza			
Dipartimento	Ambito	Tipologia struttura	Denominazione
Dipartimento dell'Emergenza ed Urgenza	Ospedaliera	Struttura Complessa	Anestesia e Rianimazione - P.O. San Severo
Dipartimento dell'Emergenza ed Urgenza	Ospedaliera	Struttura Semplice	Terapia Intensiva (afferisce alla S.C. Anestesia e Rianimazione del P.O. di San Severo)
Dipartimento dell'Emergenza ed Urgenza	Ospedaliera	Struttura Complessa	Anestesia e Rianimazione - P.O. Cerignola
Dipartimento dell'Emergenza ed Urgenza	Ospedaliera	Struttura Semplice	Terapia del dolore (afferisce alla S.C. Anestesia e Rianimazione del P.O. di Cerignola)
Dipartimento dell'Emergenza ed Urgenza	Ospedaliera	Struttura Complessa	Anestesia - P.O. Manfredonia
Dipartimento dell'Emergenza ed Urgenza	Ospedaliera	Struttura Semplice	Terapia del dolore (afferisce alla S.C. Anestesia e Rianimazione del P.O. di Manfredonia)
Dipartimento dell'Emergenza ed Urgenza	Ospedaliera	Struttura Complessa	D.E.A. 1° Livello - P.O. San Severo
Dipartimento dell'Emergenza ed Urgenza	Ospedaliera	Struttura Complessa	D.E.A. 1° Livello - P.O. Cerignola
Dipartimento dell'Emergenza ed Urgenza	Ospedaliera	Struttura Complessa	Pronto Soccorso - P.O. Manfredonia
Dipartimento dell'Emergenza ed Urgenza	Territoriale	Struttura Complessa	Centrale Operativa 118 - Rete Emergenza Urgenza
Dipartimento dell'Emergenza ed Urgenza	Territoriale	Struttura Semplice Dipartimentale	Coordinamento Sistema Territoriale Emergenza - Urgenza 118

Di seguito, si riportano le funzioni dipartimentali.

• **Gestione delle Emergenze Sanitarie:**

- Attraverso i **D.E.A. (Dipartimenti di Emergenza e Accettazione) di 1° livello** di Cerignola e San Severo e il **Pronto Soccorso** di Manfredonia, il dipartimento assicura una risposta immediata e qualificata per pazienti in condizioni critiche.
- La classificazione dei casi (triage) e la stabilizzazione iniziale dei pazienti permettono interventi tempestivi, spesso salvavita.

• **Coordinamento della Rete Territoriale:**

- La **Centrale Operativa 118** garantisce la gestione delle chiamate di emergenza, il coordinamento dei soccorsi e l'attivazione di mezzi avanzati (ambulanze, elisoccorso).
- La rete territoriale, integrata con il sistema ospedaliero, consente la presa in carico dei pazienti critici dal luogo dell'incidente fino alla struttura adeguata.

• **Strutture di Supporto Avanzato:**

Direzione Strategica – Staff Direzione Generale

Questo documento è di proprietà della ASL FG – Foggia

Ogni divulgazione e riproduzione o cessione di contenuti a terzi deve essere autorizzata dalla stessa Azienda.

Azienda Sanitaria Locale FG
"Riorganizzazione della Rete Aziendale delle Cure Palliative"

- I reparti di **terapia intensiva** e le **unità di anestesia e rianimazione** offrono cure specialistiche per la gestione dei pazienti più gravi, migliorando le probabilità di sopravvivenza e il recupero post-critico.
 - La gestione del **dolore acuto** e il supporto ai reparti chirurgici rappresentano un elemento chiave per l'efficienza complessiva del dipartimento.
 - **Integrazione e Continuità Assistenziale:**
 - Il dipartimento opera in stretta collaborazione con altri reparti ospedalieri (chirurgia, cardiologia, medicina interna) per garantire un percorso di cura fluido e integrato.
 - La sua struttura consente di trasferire pazienti stabili verso unità specialistiche o dimmetterli con adeguata assistenza territoriale.
 - **Riduzione dei Tempi di Intervento:**
 - Grazie a un'organizzazione ben strutturata e alla capillarità delle risorse (D.E.A., pronto soccorso, 118), il dipartimento garantisce un'efficace riduzione dei tempi di risposta nelle emergenze, migliorando gli esiti clinici.
- 3. Il Dipartimento di Area Medica** si configura come un sistema integrato e specializzato per la gestione delle patologie di competenza Internistica.

Dipartimento di Area Medica			
Dipartimento	Ambito	Tipologia struttura	Denominazione
Dipartimento Area Medica	Ospedaliera	Struttura Complessa	Medicina Generale - P.O. San Severo
Dipartimento Area Medica	Ospedaliera	Struttura Semplice	Lungodegenza - P.O. San Severo (afferisce alla S.C. Medicina Generale del P.O. di San Severo)
Dipartimento Area Medica	Ospedaliera	Struttura Complessa	Medicina Generale - P.O. Cerignola
Dipartimento Area Medica	Ospedaliera	Struttura Semplice	Lungodegenza - P.O. Cerignola (afferisce alla S.C. Medicina Generale del P.O. di Cerignola)
Dipartimento Area Medica	Ospedaliera	Struttura Semplice	Medicina Interna Semintensiva - P.O. Cerignola (afferisce alla S.C. Medicina Generale del P.O. di Cerignola)
Dipartimento Area Medica	Ospedaliera	Struttura Complessa	Medicina Generale - P.O. Manfredonia
Dipartimento Area Medica	Ospedaliera	Struttura Semplice	Lungodegenza - P.O. Manfredonia (afferisce alla S.C. Medicina Generale del P.O. di Manfredonia)
Dipartimento Area Medica	Ospedaliera	Struttura Complessa	Cardiologia - P.O. San Severo
Dipartimento Area Medica	Ospedaliera	Struttura Semplice	UTIC con Emodinamica (afferisce alla S.C. Cardiologia del P.O. di San Severo)
Dipartimento Area Medica	Ospedaliera	Struttura Complessa	Cardiologia - P.O. Cerignola
Dipartimento Area Medica	Ospedaliera	Struttura Semplice	UTIC con emodinamica (afferisce alla S.C. Cardiologia del P.O. di Cerignola)
Dipartimento Area Medica	Ospedaliera	Struttura Semplice Dipartimentale	Cardiologia - P.O. Manfredonia
Dipartimento Area Medica	Ospedaliera	Struttura Complessa	Pneumologia - P.O. San Severo
Dipartimento Area Medica	Ospedaliera	Struttura Semplice Dipartimentale	Fibrosi Cistica - P.O. Cerignola (Struttura interdipartimentale con il Dipartimento Mitero Infantile)
Dipartimento Area Medica	Ospedaliera	Struttura Semplice Dipartimentale	Neurologia - Stroke Unit 1° livello - P.O. San Severo
Dipartimento Area Medica	Ospedaliera	Struttura Semplice Dipartimentale	Pneumologia Interventistica - P.O. San Severo
Dipartimento Area Medica	Ospedaliera	Struttura Semplice Dipartimentale	Gastroenterologia - P.O. Manfredonia
Dipartimento Area Medica	Ospedaliera	Struttura Semplice Dipartimentale	Nefrologia e Dialisi - P.O. San Severo
Dipartimento Area Medica	Ospedaliera	Struttura Semplice Dipartimentale	Nefrologia e Dialisi - P.O. Cerignola

Le funzioni strategiche svolte da questo dipartimento sono le seguenti:

- **Gestione Multidisciplinare:**
Integrazione tra discipline mediche per la gestione globale del paziente, garantendo trattamenti personalizzati.
- **Capillarità e Accessibilità:**
Presenza di strutture in più ospedali (San Severo, Cerignola, Manfredonia) per un accesso equo e tempestivo ai servizi.
- **Specializzazione Avanzata:**
Strutture dedicate come Stroke Unit, UTIC con Emodinamica e Pneumologia Interventistica, Fibrosi Cistica garantiscono cure altamente specialistiche per patologie critiche.

Direzione Strategica – Staff Direzione Generale

Questo documento è di proprietà della ASL FG – Foggia

Azienda Sanitaria Locale FG
"Riorganizzazione della Rete Aziendale Cure Palliative"

La struttura di Fibrosi Cistica è una struttura con funzioni interdipartimentale con Dipartimento Materno Infantile.

- **Continuità Assistenziale:**

Lungodegenza e Medicina Generale facilitano il passaggio dal trattamento acuto alla riabilitazione o al rientro al domicilio, riducendo le ospedalizzazioni evitabili.

4. Il **Dipartimento Materno-Infantile** riveste un ruolo fondamentale nel garantire la salute delle donne, dei neonati e dei bambini, fornendo un'assistenza integrata che copre tutte le fasi della gravidanza, della nascita e dello sviluppo pediatrico. La presenza di strutture specializzate e multidisciplinari rafforza l'efficienza e la qualità delle cure offerte.

Dipartimento Materno - Infantile			
Dipartimento	Ambito	Tipologia struttura	Denominazione
Dipartimento Materno - Infantile	Ospedaliera	Struttura Complessa	Ostetricia e Ginecologia - P.O. San Severo
Dipartimento Materno - Infantile	Ospedaliera	Struttura Semplice	Endoscopia ginecologica - P.O. San Severo (afferisce alla S.C. Ostetricia e Ginecologia - P.O. San Severo)
Dipartimento Materno - Infantile	Ospedaliera	Struttura Complessa	Pediatria - P.O. San Severo
Dipartimento Materno - Infantile	Ospedaliera	Struttura Semplice	Gastroenterologia pediatrica - P.O. San Severo (afferisce alla S.C. Pediatria del P.O. di San Severo)
Dipartimento Materno - Infantile	Ospedaliera	Struttura Complessa	Ostetricia e Ginecologia - P.O. Cerignola
Dipartimento Materno - Infantile	Ospedaliera	Struttura Complessa	Pediatria - P.O. Cerignola
Dipartimento Materno - Infantile	Ospedaliera	Struttura Semplice	Endocrinologia pediatrica - P.O. Cerignola (afferisce alla S.C. Pediatria del P.O. di Cerignola)
Dipartimento Materno - Infantile	Ospedaliera	Struttura Semplice Dipartimentale	Partoanalgesia - Patologia ed emergenza ostetrica (sede di San Severo)
Dipartimento Materno - Infantile	Ospedaliera	Struttura Semplice Dipartimentale	Patologia ed emergenza ginecologica (Sede di Cerignola)

Le funzioni dipartimentali sono le seguenti:

- **Cura Multidisciplinare:**

Integrazione di ostetricia, ginecologia e pediatria con specialità come gastroenterologia ed endocrinologia pediatrica, per un'assistenza completa e personalizzata.

- **Gestione delle Emergenze:**

Servizi dedicati per le emergenze ostetriche e ginecologiche, partoanalgesia e complicazioni pediatriche, assicurano interventi tempestivi e sicuri.

- **Specializzazione Avanzata:**

Trattamenti mirati per patologie complesse offerti in collaborazione con il Dipartimento di Area Medica, come nel caso della fibrosi cistica; particolare rilievo assume l'utilizzo dell'endoscopia ginecologica per interventi mini-invasivi diagnostici e terapeutici.

- **Capillarità Territoriale:**

Presenza nei presidi di San Severo e Cerignola dei punti nascita garantisce una copertura territoriale ampia, migliorando l'accesso alle cure ostetriche.

- **Sicurezza Materno-Infantile:**

Servizi come la partoanalgesia e l'assistenza neonatale avanzata riducono i rischi per madri e bambini, garantendo standard di qualità.

Azienda Sanitaria Locale FG
"Riorganizzazione della Rete Aziendale delle Cure Palliative"

5. Il **Dipartimento di Diagnostica per Immagini e di Laboratorio** rappresenta un elemento chiave per il sistema sanitario della provincia di Foggia, poiché supporta l'intero percorso diagnostico e terapeutico dei pazienti. La sua rete di strutture garantisce un accesso capillare ai servizi diagnostici e trasfusionali, migliorando l'efficacia e l'efficienza delle cure.

Dipartimento Diagnostica per Immagini e di Laboratorio			
Dipartimento	Ambito	Tipologia struttura	Denominazione
Dipartimento Diagnostica per Immagini e di Laboratorio	Ospedaliera	Struttura Complessa	Radiodiagnostica - P.O. San Severo
Dipartimento Diagnostica per Immagini e di Laboratorio	Ospedaliera	Struttura Semplice	Radiodiagnostica Senologica (affianco alla S.C. Radiodiagnostica del P.O. di San Severo)
Dipartimento Diagnostica per Immagini e di Laboratorio	Ospedaliera	Struttura Complessa	Radiodiagnostica - P.O. Cerignola
Dipartimento Diagnostica per Immagini e di Laboratorio	Ospedaliera	Struttura Semplice	Immagi dell'apparato gastroenterico e dell'apparato urogenitale (affianco alla S.C. Radiodiagnostica del P.O. di Cerignola)
Dipartimento Diagnostica per Immagini e di Laboratorio	Ospedaliera	Struttura Complessa	Radiodiagnostica - P.O. Manfredonia
Dipartimento Diagnostica per Immagini e di Laboratorio	Ospedaliera	Struttura Semplice Dipartimentale	Laboratorio Analisi - P.O. San Severo
Dipartimento Diagnostica per Immagini e di Laboratorio	Ospedaliera	Struttura Semplice Dipartimentale	Laboratorio Analisi - P.O. Cerignola
Dipartimento Diagnostica per Immagini e di Laboratorio	Ospedaliera	Struttura Semplice Dipartimentale	Laboratorio Analisi - P.O. Manfredonia
Dipartimento Diagnostica per Immagini e di Laboratorio	Ospedaliera	Struttura Semplice Dipartimentale	Servizio Trasfusionale Aziendale (sede P.O. San Severo)
Dipartimento Diagnostica per Immagini e di Laboratorio	Territoriale	Struttura Semplice Dipartimentale	Radiodiagnostica Territoriale Foggia
Dipartimento Diagnostica per Immagini e di Laboratorio	Territoriale	Struttura Semplice Dipartimentale	Senologia (sede di Manfredonia)

Si riportano di seguito le funzioni dipartimentali:

- **Diagnostica per Immagini:**

Fornisce servizi di radiodiagnostica avanzata (radiografie, TAC, risonanze) e senologia per la diagnosi precoce e il monitoraggio di patologie oncologiche e non, oltre a garantire percorsi specializzati per la prevenzione e diagnosi del cancro della mammella. Include, inoltre, tecniche dedicate all'imaging dell'apparato gastroenterico e urogenitale, fondamentali per l'inquadramento diagnostico di patologie acute e croniche.

- **Diagnostica di Laboratorio:** Offre analisi cliniche di base e specialistiche a supporto delle decisioni cliniche e gestisce esami di urgenza per pazienti critici, con tempi rapidi di risposta.

- **Servizio Trasfusionale Aziendale:** Garantisce la raccolta, conservazione e distribuzione del sangue e dei derivati per interventi chirurgici e terapie intensive. Assicura, inoltre, l'autosufficienza trasfusionale per le emergenze.

- **Accessibilità e Capillarità:** le Strutture presenti nei presidi ospedalieri principali (San Severo, Cerignola, Manfredonia) e a livello territoriale (Foggia) garantiscono un accesso diffuso e presenza capillare sul territorio.

- **Supporto Essenziale:** Fornisce diagnosi tempestive e accurate a tutti i dipartimenti clinici, guidando il percorso terapeutico e migliorando la qualità dell'assistenza.

6. Il **Dipartimento delle Funzioni Ospedaliere e Territoriali** svolge una funzione strategica per l'integrazione tra servizi ospedalieri e territoriali, assicurando continuità assistenziale e un accesso capillare alle cure. Grazie alla sua organizzazione in distretti e alle sue funzioni di governance, il dipartimento garantisce una gestione efficace e sostenibile delle risorse sanitarie.

Azienda Sanitaria Locale FG
 "Riorganizzazione della Rete Aziendale Cure Palliative"

Dipartimento delle Funzioni Ospedaliere e del Territorio			
Dipartimento	Ambito	Tipologia struttura	Denominazione
Dipartimento delle Funzioni Ospedaliere e del Territorio	Territoriale	Struttura Complessa	Distretto Socio Sanitario di San Marco in Lamis
Dipartimento delle Funzioni Ospedaliere e del Territorio	Territoriale	Struttura Semplice	Cure Primarie (affersisce alla S.C. Distretto Socio Sanitario di San Marco in Lamis)
Dipartimento delle Funzioni Ospedaliere e del Territorio	Territoriale	Struttura Semplice	Assistenza Consultoriale San Marco L. - San Severo (affersisce alla S.C. Distretto Socio Sanitario di San Marco in Lamis)
Dipartimento delle Funzioni Ospedaliere e del Territorio	Territoriale	Struttura Complessa	Distretto Socio Sanitario di San Severo
Dipartimento delle Funzioni Ospedaliere e del Territorio	Territoriale	Struttura Semplice	Cure Primarie (affersisce alla S.C. Distretto Socio Sanitario di San Severo)
Dipartimento delle Funzioni Ospedaliere e del Territorio	Territoriale	Struttura Complessa	Servizio di Psicologia San Severo - San Marco L. (affersisce alla S.C. Distretto Socio Sanitario di San Severo)
Dipartimento delle Funzioni Ospedaliere e del Territorio	Territoriale	Struttura Semplice	Distretto Socio Sanitario di Vico del Gargano
Dipartimento delle Funzioni Ospedaliere e del Territorio	Territoriale	Struttura Semplice	Cure Primarie (affersisce alla S.C. Distretto Socio Sanitario di Vico del Gargano)
Dipartimento delle Funzioni Ospedaliere e del Territorio	Territoriale	Struttura Complessa	Servizio di Psicologia Manfredonia - Vico del G. no (affersisce alla S.C. Distretto Socio Sanitario di Vico del G. no)
Dipartimento delle Funzioni Ospedaliere e del Territorio	Territoriale	Struttura Complessa	Distretto Socio Sanitario di Manfredonia
Dipartimento delle Funzioni Ospedaliere e del Territorio	Territoriale	Struttura Semplice	Cure Primarie (affersisce alla S.C. Distretto Socio Sanitario di Manfredonia)
Dipartimento delle Funzioni Ospedaliere e del Territorio	Territoriale	Struttura Semplice	Assistenza Consultoriale Vico del Gargano - Manfredonia (affersisce alla S.C. Distretto Socio Sanitario di Manfredonia)
Dipartimento delle Funzioni Ospedaliere e del Territorio	Territoriale	Struttura Complessa	Distretto Socio Sanitario di Troia - Accadia
Dipartimento delle Funzioni Ospedaliere e del Territorio	Territoriale	Struttura Semplice	Cure Primarie (affersisce alla S.C. Distretto Socio Sanitario di Troia - Accadia)
Dipartimento delle Funzioni Ospedaliere e del Territorio	Territoriale	Struttura Semplice	Assistenza Consultoriale Troia - Accadia - Lucera (affersisce alla S.C. Distretto Socio Sanitario di Troia - Accadia)
Dipartimento delle Funzioni Ospedaliere e del Territorio	Territoriale	Struttura Complessa	Distretto Socio Sanitario di Lucera
Dipartimento delle Funzioni Ospedaliere e del Territorio	Territoriale	Struttura Semplice	Cure Primarie (affersisce alla S.C. Distretto Socio Sanitario di Lucera)
Dipartimento delle Funzioni Ospedaliere e del Territorio	Territoriale	Struttura Semplice	Servizio di Psicologia Lucera - Troia - Accadia (affersisce alla S.C. Distretto Socio Sanitario di Lucera)
Dipartimento delle Funzioni Ospedaliere e del Territorio	Territoriale	Struttura Complessa	Distretto Socio Sanitario di Foggia
Dipartimento delle Funzioni Ospedaliere e del Territorio	Territoriale	Struttura Semplice	Cure Primarie (affersisce alla S.C. Distretto Socio Sanitario di Foggia)
Dipartimento delle Funzioni Ospedaliere e del Territorio	Territoriale	Struttura Semplice	Servizio di Psicologia Foggia - Cerignola (affersisce alla S.C. Distretto Socio Sanitario di Foggia)
Dipartimento delle Funzioni Ospedaliere e del Territorio	Territoriale	Struttura Semplice	Servizio Territoriale per la prevenzione e cura dello Scorpione Cardaco (affersisce alla S.C. Distretto Socio Sanitario di Foggia)
Dipartimento delle Funzioni Ospedaliere e del Territorio	Territoriale	Struttura Complessa	Distretto Socio Sanitario di Cerignola
Dipartimento delle Funzioni Ospedaliere e del Territorio	Territoriale	Struttura Semplice	Cure Primarie (affersisce alla S.C. Distretto Socio Sanitario di Cerignola)
Dipartimento delle Funzioni Ospedaliere e del Territorio	Territoriale	Struttura Semplice	Assistenza Consultoriale Cerignola - Foggia (affersisce alla S.C. Distretto Socio Sanitario di Cerignola)
Dipartimento delle Funzioni Ospedaliere e del Territorio	Territoriale	Struttura Complessa	Assistenza Sanitaria Intermedia - Ospedali di Comunità
Dipartimento delle Funzioni Ospedaliere e del Territorio	Territoriale	Struttura Semplice Dipartimentale	Direzione Amministrativa Distrettuale
Dipartimento delle Funzioni Ospedaliere e del Territorio	Dispedaliere	Struttura Complessa	Direzione Medica Assistenza Ospedaliere
Dipartimento delle Funzioni Ospedaliere e del Territorio	Dispedaliere/Territoriale	Struttura Semplice	Gestione rischio clinico e Qualità (affersisce alla S.C. Direzione Medica Assistenza ospedaliere)
Dipartimento delle Funzioni Ospedaliere e del Territorio	Ospedaliere	Struttura Semplice	Direzione Medica P.O. Cerignola (affersisce alla S.C. Direzione Medica Assistenza Ospedaliere)
Dipartimento delle Funzioni Ospedaliere e del Territorio	Ospedaliere	Struttura Semplice	Direzione Medica P.O. San Severo (affersisce alla S.C. Direzione Medica Assistenza Ospedaliere)
Dipartimento delle Funzioni Ospedaliere e del Territorio	Ospedaliere	Struttura Semplice	Direzione Medica P.O. Manfredonia (affersisce alla S.C. Direzione Medica Assistenza Ospedaliere)
Dipartimento delle Funzioni Ospedaliere e del Territorio	Dispedaliere	Struttura Semplice Dipartimentale	Direzione Amministrativa Ospedaliere
Dipartimento delle Funzioni Ospedaliere e del Territorio	Dispedaliere	Struttura Complessa	Coro e coordinamento delle Cure Palliative Ospedaliere e Territoriali (affersisce al Dipartimento Interaziendale Di Onc.)

Si riportano di seguito le funzioni dipartimentali:

- **Integrazione Ospedale-Territorio:**
 - Coordinamento tra Distretti Socio-Sanitari e presidi ospedalieri per garantire una continuità assistenziale.
 - Supporto alle cure primarie, alla prevenzione e alla gestione di patologie croniche sul territorio, favorendo il decentramento dell'assistenza.
 - Nell'ambito di tali funzioni si collocano anche la Centrale Operativa 116117, quale punto di accesso unificato alle cure territoriali non urgenti, e la Direzione Amministrativa Distrettuale, a supporto della governance tecnico-amministrativa dei servizi territoriali.
- **Assistenza Territoriale di Prossimità:**
 - I Distretti Socio-Sanitari (San Marco in Lamis, San Severo, Vico del Gargano, ecc.) offrono servizi di prossimità come le cure primarie, l'assistenza consultoriale e i servizi di psicologia.
 - Programmi specifici come la prevenzione e cura dello scorpione cardiaco rafforzano l'efficacia dell'assistenza a pazienti con patologie croniche.
 - Rientrano in questo ambito anche i percorsi di **Assistenza Sanitaria Intermedia**, con particolare riferimento agli **Ospedali di Comunità**, che assicurano continuità assistenziale a bassa intensità clinica, in stretta connessione con i servizi territoriali.
- **Supporto Psicologico e Consultoriale:**
 - Presenza di servizi di psicologia e assistenza consultoriale per supportare pazienti e famiglie su aspetti sociali, psicologici e sanitari, in particolare nei percorsi di prevenzione e gestione delle fragilità.
 - Tali attività si integrano con le funzioni della rete consultoriale e con i percorsi previsti nell'ambito del supporto a minori, donne e famiglie.
- **Governance delle Funzioni Ospedaliere:**

Direzione Strategica – Staff Direzione Generale

Questo documento è di proprietà della ASL FG – Foggia

Ogni divulgazione e riproduzione o cessione di contenuti a terzi deve essere autorizzata dalla stessa Azienda.

- La Direzione Medica e Amministrativa Ospedaliera garantisce il funzionamento ottimale dei presidi ospedalieri (Cerignola, San Severo, Manfredonia), con attenzione alla qualità delle cure e alla gestione del rischio clinico.
 - **Qualità e Sicurezza:**
 - Implementazione di processi per la gestione del rischio clinico e il miglioramento della qualità assistenziale nei contesti ospedalieri e territoriali.
 - Controllo e monitoraggio dei percorsi di cura per garantire efficacia e sicurezza.
 - Gestione di programmi come il Governo delle Liste d'Attesa, finalizzato a migliorare l'accessibilità ai servizi sanitari e la trasparenza dei percorsi di prenotazione e trattamento.
 - **Coordinamento delle Direzioni Mediche di Presidio Ospedaliero:**
 - La costituzione della Struttura Complessa di Direzione Medica di Presidio Ospedaliero ha la funzione strategica di supervisione e coordinamento delle tre direzioni mediche dei presidi di Cerignola, Manfredonia e San Severo.
 - Questa struttura complessa permette di integrare le funzioni dei tre presidi, migliorando l'efficienza, l'equità e la qualità dei servizi sanitari, oltre a garantire una gestione più efficace delle risorse e dei processi.
 - **Cure Palliative Ospedaliere e Territoriali:**
 - Il **coordinamento delle Cure Palliative**, sia in ambito ospedaliero che territoriale, assicura uniformità di presa in carico, continuità assistenziale e appropriatezza dei percorsi per i pazienti in condizioni di fragilità clinica e sociale.
7. Il **Dipartimento Interaziendale di Medicina Fisica e Riabilitativa**, approvato dal Dipartimento regionale Promozione della salute e del Benessere animale, giusto prot. n. 252450/2025 del 13/05/2025, da istituire tra la ASL Foggia e l'A.O.U. Policlinico "Riuniti" di Foggia.
- È concepito come una struttura strategica finalizzata a garantire il recupero funzionale dei pazienti attraverso una sinergica integrazione tra strutture ospedaliere e territoriali.
- L'integrazione con l'A.O.U. consente di valorizzare le competenze specialistiche e le tecnologie avanzate del Policlinico, assicurando un continuum assistenziale più efficace, una maggiore appropriatezza delle prese in carico e una riduzione dei tempi di trattamento, soprattutto nei casi ad alta complessità clinica.
- Tale collaborazione favorisce inoltre lo sviluppo di percorsi riabilitativi personalizzati, l'implementazione di protocolli condivisi basati sull'evidenza scientifica e un miglior utilizzo delle risorse disponibili.

Azienda Sanitaria Locale FG
"Riorganizzazione della Rete Aziendale Cure Palliative"

Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitativa (interaziendale con Policlinico di Foggia)			
Dipartimento	Ambito	Tipologia struttura	Denominazione
Struttura Sovradirezionale della Medicina Fisica e Riabilitativa	Ospedaliera	Struttura Complessa	Recupero e riabilitazione funzionale Ospedaliera
Struttura Sovradirezionale della Medicina Fisica e Riabilitativa	Territoriale	Struttura Complessa	Medicina Fisica e Riabilitativa Territoriale
Struttura Sovradirezionale della Medicina Fisica e Riabilitativa	Territoriale	Struttura Semplice	Gestione amministrativa Assistenza Riabilitativa (affidatice alla S.C. Medicina Fisica e Riabilitativa Territoriale)

Le funzioni dipartimentali espletate sono le seguenti:

- **Recupero Funzionale Ospedaliero:** Riabilitazione intensiva post-chirurgica, neurologica e traumatologica per ripristinare l'autonomia e ridurre i tempi di degenza.
- **Riabilitazione Territoriale:** Accesso capillare ai servizi per pazienti con patologie croniche, garantendo continuità assistenziale tra ospedale e territorio.
- **Gestione Amministrativa:**
 - Garantisce il monitoraggio amministrativo delle strutture private accreditate.
 - Gestisce gli aspetti contrattuali e amministrativi relativi all'accreditamento, monitorando il rispetto dei budget e degli obiettivi sanitari.

8. Il **Dipartimento Gestione del Farmaco** riveste un ruolo cruciale nell'ottimizzazione e nel coordinamento delle risorse farmaceutiche, assicurando la disponibilità, la qualità e la sostenibilità dei beni farmaceutici sia a livello ospedaliero che territoriale.

Dipartimento Gestione del Farmaco			
Dipartimento	Ambito	Tipologia struttura	Denominazione
Dipartimento Gestione del Farmaco	Ospedaliera	Struttura Complessa	Farmacia Ospedaliera Cerignola - San Severo - Manfredonia
Dipartimento Gestione del Farmaco	Territoriale	Struttura Complessa	Farmacia Territoriale
Dipartimento Gestione del Farmaco	Territoriale	Struttura Semplice Dipartimentale	Gestione beni farmaceutici, ausili sanitari e gestione delle emergenze e catastrofi

Si riportano le funzioni svolte:

- **Gestione dei Farmaci a Livello Ospedaliero e Territoriale:**
 - Fornitura, distribuzione e controllo di qualità dei farmaci per i pazienti ricoverati e in assistenza territoriale.
 - Coordinamento delle attività per garantire l'appropriatezza terapeutica e la disponibilità di farmaci essenziali su tutto il territorio.
 - **Gestione delle Emergenze e dei Beni Farmaceutici:** Pianificazione e gestione delle scorte di farmaci e ausili sanitari per garantire una risposta rapida in situazioni di emergenza o catastrofe, oltre ad assicurare la continuità delle cure in caso di crisi straordinarie.
9. Il **Dipartimento di Salute Mentale** rappresenta un modello organizzativo integrato, in grado di rispondere in maniera efficace e personalizzata ai bisogni dei pazienti psichiatrici, migliorando l'accesso, la qualità delle cure e

Azienda Sanitaria Locale FG
 "Riorganizzazione della Rete Aziendale delle Cure Palliative"

il reinserimento sociale, con un approccio centrato sulla persona e sul territorio.

Dipartimento Salute Mentale			
Dipartimento	Ambito	Tipologia struttura	Denominazione
Dipartimento Salute Mentale	Ospedaliera	Struttura Complessa	S.P.D.C. - P.O. San Severo
Dipartimento Salute Mentale	Ospedaliera	Struttura Complessa	S.P.D.C. - P.O. Manfredonia
Dipartimento Salute Mentale	Territoriale	Struttura Complessa	CSM San Severo, San Marco in Lamis, Vico del Gargano
Dipartimento Salute Mentale	Territoriale	Struttura Semplice	CM Vico del Gargano (affersice alla S.C. CSM San Severo, San Marco in Lamis, Vico del Gargano)
Dipartimento Salute Mentale	Territoriale	Struttura Semplice	CM San Marco in Lamis - S.G. Rotondo (affersice alla S.C. CSM San Severo, San Marco in Lamis, Vico del Gargano)
Dipartimento Salute Mentale	Territoriale	Struttura Complessa	CSM Foggia, Lucera e Troia
Dipartimento Salute Mentale	Territoriale	Struttura Semplice	CM Lucera (affersice alla S.C. CSM Foggia, Lucera e Troia)
Dipartimento Salute Mentale	Territoriale	Struttura Semplice	CM Troia (affersice alla S.C. CSM Foggia, Lucera e Troia)
Dipartimento Salute Mentale	Territoriale	Struttura Complessa	CSM Manfredonia e Cerignola
Dipartimento Salute Mentale	Territoriale	Struttura Semplice	CM Manfredonia (affersice alla S.C. CSM Manfredonia e Cerignola)
Dipartimento Salute Mentale	Territoriale	Struttura Semplice Dipartimentale	Assistenza residenziale per trattamenti terapeutico-riabilitativi intensivi per Disturbi del Comportamento Alimentare
Dipartimento Salute Mentale	Territoriale	Struttura Semplice Dipartimentale	Disturbi dello Spettro Autistico - Coordinamento Diagnosi e Intervento
Dipartimento Salute Mentale	Territoriale	Struttura Semplice Dipartimentale	Psichiatria e Medicina Penitenziaria e Autori di Reato (struttura interdipartimentale con il Dipartimento di Area Medica)
Dipartimento Salute Mentale	Territoriale	Struttura Semplice Dipartimentale	Servizio di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza

Le funzioni svolte sono sinteticamente:

- **Continuità Assistenziale:** Garantisce percorsi integrati tra ospedale e territorio, riducendo il gap tra cure acute e supporto riabilitativo.
- **Prossimità e Capillarità:** La distribuzione delle strutture territoriali assicura un accesso equo e rapido ai servizi di salute mentale per l'intera popolazione.
- **Specializzazione e Personalizzazione:** Servizi dedicati per emergenze psichiatriche, psichiatria penitenziaria e neuropsichiatria infantile rispondono alle diverse esigenze dei pazienti con approcci mirati. Rientrano in tale ambito anche i percorsi di assistenza residenziale per trattamenti terapeutico-riabilitativi intensivi destinati a persone con Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) e Disturbi dello Spettro Autistico, in un'ottica di coordinamento tra diagnosi e intervento.

La struttura di Psichiatria e Medicina Penitenziaria e autori di reato è una struttura con funzioni interdipartimentale con Dipartimento di Area Medica

- **Promozione del Benessere Mentale:** Interventi preventivi e riabilitativi per migliorare la qualità della vita dei pazienti, favorendo il reinserimento sociale e riducendo lo stigma legato alle malattie mentali.

Nell'ambito della neuropsichiatria infantile è garantita la gestione del bambino/adolescente affetto da ADHD. Un ambulatorio ADHD per l'adulto, afferente in maniera interdipartimentale al Dipartimento Salute Mentale e al Dipartimento Dipendenze Patologiche, garantisce continuità assistenziale all'adolescente nel passaggio all'età adulta ovvero a giovani adulti con prima diagnosi di ADHD oltre il compimento del 18° anno di vita.

10. Il Dipartimento Dipendenze Patologiche rappresenta un punto di riferimento per la gestione delle dipendenze, grazie a un approccio integrato e territoriale che migliora l'accessibilità ai servizi e promuove il benessere individuale e comunitario.

Azienda Sanitaria Locale FG
"Riorganizzazione della Rete Aziendale Cure Palliative"

Dipartimento per le Dipendenze Patologiche			
Dipartimento	Ambito	Tipologia struttura	Denominazione
Dipartimento per le Dipendenze	Territoriale	Struttura Complessa	Ser. D. Manfredonia - Cerignola
Dipartimento per le Dipendenze	Territoriale	Struttura Semplice	Ser. D. Cerignola - Ortonova (afferisce alla S.C. Ser. D. Manfredonia - Cerignola)
Dipartimento per le Dipendenze	Territoriale	Struttura Complessa	Ser. D. Foggia, Lucera e Troia
Dipartimento per le Dipendenze	Territoriale	Struttura Semplice	Alcologia (afferisce alla S.C. Ser. D. Ser. D. Foggia, Lucera e Troia)
Dipartimento per le Dipendenze	Territoriale	Struttura Complessa	Ser. D. San Severo
Dipartimento per le Dipendenze	Territoriale	Struttura Semplice Dipartimentale	Ser. D. Torremaggiore - Gargano

Si riportano sinteticamente di seguito le funzioni svolte:

- **Prevenzione e Sensibilizzazione:** Promuove la consapevolezza sui rischi delle dipendenze, intervenendo in modo precoce per ridurre l'incidenza.
- **Approccio Multidisciplinare:** Integra competenze mediche, psicologiche e sociali per garantire un trattamento completo e personalizzato.
- **Supporto alle Famiglie e Reinserimento Sociale:** Fornisce sostegno non solo ai pazienti, ma anche alle famiglie, e favorisce il recupero dell'autonomia attraverso percorsi di riabilitazione.

11. Il Dipartimento di Prevenzione rappresenta un pilastro nella protezione della salute collettiva, integrando competenze multidisciplinari per promuovere sicurezza, prevenzione e sostenibilità nei contesti lavorativi, alimentari e ambientali.

Dipartimento Prevenzione			
Dipartimento	Ambito	Tipologia struttura	Denominazione
Dipartimento Prevenzione	Territoriale	Struttura Complessa	S.P.E.S.A.L.
Dipartimento Prevenzione	Territoriale	Struttura Semplice	Promozione della salute negli ambienti di lavoro (afferisce alla S.C. S.P.E.S.A.L.)
Dipartimento Prevenzione	Territoriale	Struttura Complessa	S.I.A.V. Area A
Dipartimento Prevenzione	Territoriale	Struttura Semplice	Gestione piani di risanamento zootecnico e anagrafe bestiame (afferisce alla S.C. S.I.A.V. Area A)
Dipartimento Prevenzione	Territoriale	Struttura Semplice	Prevenzione del randagismo ed anagrafe canina (afferisce alla S.C. S.I.A.V. Area A)
Dipartimento Prevenzione	Territoriale	Struttura Complessa	S.I.A.V. Area B
Dipartimento Prevenzione	Territoriale	Struttura Semplice	Sicurezza alimenti su prodotti di origine animale - Prodotti ittici, uova e miele (afferisce alla S.C. S.I.A.V. Area B)
Dipartimento Prevenzione	Territoriale	Struttura Semplice	Sicurezza alimenti su prodotti di origine animale - Carni, latte e loro derivati (afferisce alla S.C. S.I.A.V. Area B)
Dipartimento Prevenzione	Territoriale	Struttura Complessa	S.I.A.V. Area C
Dipartimento Prevenzione	Territoriale	Struttura Semplice	Campionamenti alimenti e residui: igiene e sicurezza alimenti per animali (afferisce alla S.C. S.I.A.V. Area C)
Dipartimento Prevenzione	Territoriale	Struttura Semplice	Farmacovigilanza e Benessere Animale (afferisce alla S.C. S.I.A.V. Area C)
Dipartimento Prevenzione	Territoriale	Struttura Complessa	S.I.S.P.
Dipartimento Prevenzione	Territoriale	Struttura Semplice	Tutela della salute negli ambienti di vita confinati e collettivi (afferisce alla S.C. S.I.S.P.)
Dipartimento Prevenzione	Territoriale	Struttura Semplice	Sorveglianza, Prevenzione e Controllo delle malattie infettive parassitarie (inclusi programmi vaccinali) e S.I.A.N.
Dipartimento Prevenzione	Territoriale	Struttura Complessa	S.I.A.N.
Dipartimento Prevenzione	Territoriale	Struttura Semplice	Igiene, Sorveglianza e sicurezza della nutrizione (afferisce alla S.C. S.I.A.N.)
Dipartimento Prevenzione	Territoriale	Struttura Semplice	Igiene e sicurezza degli Alimenti di origine vegetale (afferisce alla S.C. S.I.A.N.)
Dipartimento Prevenzione	Territoriale	Struttura Complessa	Screening e promozione del benessere (clinicizzazione in corso)
Dipartimento Prevenzione	Territoriale	Struttura Semplice Dipartimentale	Medicina Legale

Sinteticamente, le funzioni strategiche del Dipartimento sono:

- **Tutela della Salute Pubblica:** Garantisce un approccio integrato per prevenire rischi sanitari nei contesti lavorativi, ambientali e alimentari.
- **Prevenzione e Controllo:** Rafforza la sorveglianza epidemiologica, prevenendo malattie trasmissibili e croniche attraverso strategie vaccinali e di sensibilizzazione. In questo ambito si collocano anche le attività di screening oncologici e promozione del benessere, attualmente oggetto di clinicizzazione con l'Università di Foggia, per potenziarne l'integrazione tra prevenzione, assistenza e ricerca.
- **Sicurezza Alimentare e Ambientale:** Assicura standard elevati per la sicurezza degli alimenti e il benessere animale, promuovendo una filiera agroalimentare sicura.

Direzione Strategica – Staff Direzione Generale

Questo documento è di proprietà della ASL FG – Foggia

Ogni divulgazione e riproduzione o cessione di contenuti a terzi deve essere autorizzata dalla stessa Azienda.

Azienda Sanitaria Locale FG
 "Riorganizzazione della Rete Aziendale delle Cure Palliative"

- **Prossimità e Efficienza:** Le sue strutture capillari garantiscono interventi tempestivi e personalizzati per la prevenzione e gestione dei rischi sanitari.

12. Il Dipartimento Tecnostrutture di Staff supporta le funzioni amministrative, tecniche e organizzative aziendali, garantendo efficienza gestionale e sostenibilità operativa attraverso il coordinamento di risorse umane, finanziarie e tecniche. Tale dipartimento è essenziale per il coordinamento e il supporto strategico dell'organizzazione sanitaria, favorendo l'efficienza operativa, l'innovazione e il rispetto delle normative, contribuendo alla sostenibilità complessiva del sistema.

Dipartimento Tecnostrutture di Staff			
Dipartimento	Ambito	Tipologia struttura	Denominazione
Dipartimento Tecnostrutture di Staff	Territoriale	Struttura Complessa	Area Gestione Risorse Umane
Dipartimento Tecnostrutture di Staff	Territoriale	Struttura Semplice	Relazioni sindacali e strategie del benessere lavorativo (riferisce alla S.C. Area Gestione risorse Umane)
Dipartimento Tecnostrutture di Staff	Territoriale	Struttura Semplice	Traffico giuridico, economico e previdenziale (riferisce alla S.C. Area Gestione risorse Umane)
Dipartimento Tecnostrutture di Staff	Territoriale	Struttura Semplice	Gestione Personale e struttura Convenzionale (riferisce alla S.C. Area Gestione risorse Umane)
Dipartimento Tecnostrutture di Staff	Territoriale	Struttura Complessa	Risorse, operatori e sviluppo dei corsi e delle funzioni (riferisce alla S.C. Area Gestione risorse Umane)
Dipartimento Tecnostrutture di Staff	Territoriale	Struttura Complessa	Area Gestione Risorse Finanziarie
Dipartimento Tecnostrutture di Staff	Territoriale	Struttura Semplice	Impieghi e liquidazioni (riferisce alla S.C. Area Gestione Risorse Finanziarie)
Dipartimento Tecnostrutture di Staff	Territoriale	Struttura Semplice	Indice attivo e costo passivo (riferisce alla S.C. Area Gestione Risorse Finanziarie)
Dipartimento Tecnostrutture di Staff	Territoriale	Struttura Complessa	Area Gestione del Patrimonio
Dipartimento Tecnostrutture di Staff	Territoriale	Struttura Semplice	Controlli e Appalti e gestione Autogestione aziendale (riferisce alla S.C. Area Gestione Patrimonio)
Dipartimento Tecnostrutture di Staff	Territoriale	Struttura Semplice	Acquisti area sanitaria Territoriale (riferisce alla S.C. Area Gestione Patrimonio)
Dipartimento Tecnostrutture di Staff	Territoriale	Struttura Complessa	Area Gestione Tecnica
Dipartimento Tecnostrutture di Staff	Territoriale	Struttura Semplice	Manutenzione ordinaria, straordinaria, Progettazione, ristrutturazioni, adeguamenti normativi, gestione appalti del LL.PP. (riferisce alla S.C. Area Gestione Tecnica)
Dipartimento Tecnostrutture di Staff	Territoriale	Struttura Semplice	Gestione Amministrativa dei Servizi Tecnici e di PNRD (riferisce alla S.C. Area Gestione Tecnica)
Dipartimento Tecnostrutture di Staff	Territoriale	Struttura Semplice	Ingegneria Clinica e HTA (riferisce alla S.C. Area Gestione Tecnica)
Dipartimento Tecnostrutture di Staff	Territoriale	Struttura Complessa	Controllo di Gestione
Dipartimento Tecnostrutture di Staff	Territoriale	Struttura Complessa	Struttura Burocratico Legale
Dipartimento Tecnostrutture di Staff	Territoriale	Struttura Semplice	Unità di Supporto Legale alle funzioni di Staff (riferisce alla S.C. Struttura Burocratico Legale)
Dipartimento Tecnostrutture di Staff	Territoriale	Struttura Complessa	Area Coordinamento Socio Sanitario
Dipartimento Tecnostrutture di Staff	Territoriale	Struttura Semplice Dipartimentale	Servizio Protezione e Prevenzione Aziendale
Dipartimento Tecnostrutture di Staff	Territoriale	Struttura Semplice Dipartimentale	Sistemi Informativi Aziendali
Dipartimento Tecnostrutture di Staff	Territoriale	Struttura Semplice Dipartimentale	Formazione Aziendale e Ufficio Relazioni con il Pubblico
Dipartimento Tecnostrutture di Staff	Territoriale	Struttura Semplice Dipartimentale	LIVARP
Dipartimento Tecnostrutture di Staff	Territoriale	Struttura Complessa	Statistica ed Epidemiologia
Dipartimento Tecnostrutture di Staff	Territoriale	Struttura Semplice Dipartimentale	Sorveglianza e Sicurezza Aziendale
Dipartimento Tecnostrutture di Staff	Territoriale	Struttura Semplice Dipartimentale	Altri Generali: Prevenzione della Corruzione, Trasparenza e Privacy

In sintesi, si riportano le funzioni dipartimentali:

- **Sorveglianza e Sicurezza Aziendale:** Supporta il Direttore Generale nelle sue funzioni datoriali, garantendo al lavoratore benessere aziendale e sicurezza del lavoratore.
- **Efficienza Operativa:** Supporta il funzionamento ottimale dell'organizzazione attraverso il coordinamento di risorse e attività.
- **Innovazione e Sostenibilità:** Promuove l'innovazione tecnologica e la sostenibilità gestionale per garantire qualità e continuità nei servizi.
- **Trasparenza e Compliance:** Assicura il rispetto delle normative su privacy, corruzione e trasparenza, rafforzando la governance aziendale. In questo ambito si colloca anche la Struttura di Prevenzione e Protezione aziendale, che garantisce la sicurezza nei luoghi di lavoro in conformità alla normativa vigente.
- **Supporto alla Pianificazione Sanitaria:** Fornisce strumenti analitici e gestionali per una programmazione sanitaria efficace e sostenibile.
- **Formazione e Comunicazione:** Promozione di attività formative e gestione delle relazioni con il pubblico.
- **Supporto Socio-Sanitario:** Coordinamento delle attività per il contrasto alle povertà e sostegno delle fasce vulnerabili.

Direzione Strategica – Staff Direzione Generale

Questo documento è di proprietà della ASL FG – Foggia

- **Efficienza e Sviluppo delle Risorse:** Ottimizzazione della gestione del personale, assunzioni, relazioni sindacali e risorse finanziarie per sostenere le attività aziendali.
- **Gestione e Innovazione del Patrimonio:** Coordinamento di contratti, appalti e manutenzioni per il funzionamento delle strutture, con l'implementazione di tecnologie innovative.

3.6.6 Le Modalità Organizzative

1. **Integrazione Funzionale:** L'integrazione funzionale è un modello organizzativo che consente alle diverse componenti di un sistema sanitario, come dipartimenti, strutture complesse e semplici, di collaborare sinergicamente per raggiungere obiettivi condivisi. Questo approccio punta a ottimizzare l'uso delle risorse, migliorare l'efficacia operativa e garantire continuità assistenziale.
2. **Centralizzazione e Decentralizzazione:** L'organizzazione dipartimentale combina un approccio centralizzato per le decisioni strategiche con una gestione decentralizzata delle operazioni quotidiane. Questo equilibrio consente di mantenere una direzione chiara e uniforme a livello aziendale, rispettando però le esigenze specifiche dei diversi contesti locali. A livello dipartimentale vengono prese le decisioni di pianificazione generale, gestione delle risorse chiave e definizione degli obiettivi di lungo termine.
3. **Decentralizzazione Operativa:** Le strutture complesse, come i distretti sanitari o gli ospedali, gestiscono autonomamente le attività quotidiane, adattandole alle necessità specifiche dei pazienti e del territorio, senza perdere di vista la continuità assistenziale fra un setting assistenziale e l'altro.
4. **Specializzazione e Personalizzazione:** Questo principio garantisce la presenza di strutture altamente specializzate in grado di fornire servizi di qualità superiore in ambito ospedaliero, mentre l'organizzazione territoriale assicura che le cure di base siano adattate ai bisogni specifici delle comunità.
5. **Efficientamento Economico:** L'organizzazione dipartimentale punta a ottimizzare l'utilizzo delle risorse per ridurre i costi senza compromettere la qualità dei servizi. Questo obiettivo viene raggiunto grazie a una gestione coordinata e razionale.
 - **Razionalizzazione delle Risorse:**
 - Le risorse umane (personale sanitario) e tecnologiche (attrezzature, macchinari) sono distribuite in modo ottimale, evitando sprechi o sovrapposizioni.
 - **Sinergia tra Strutture Semplici e Complesse:**
 - Le strutture semplici e complesse collaborano in modo integrato, evitando duplicazioni di servizi.

Azienda Sanitaria Locale FG
"Riorganizzazione della Rete Aziendale delle Cure Palliative"

3.6.7 I Vantaggi dell'Organizzazione Dipartimentale

- **Ottimizzazione delle Risorse:** Uso efficiente del personale e delle attrezzature.
- **Miglioramento della Qualità:** Prestazioni sanitarie più omogenee e specializzate.
- **Accessibilità:** Assistenza integrata tra ospedali e territorio per garantire la continuità assistenziale.
- **Flessibilità Operativa:** Capacità di adattarsi a nuove esigenze o emergenze.

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 12 settembre 2025, n. 1314

Determinazione del Fondo Unico di Remunerazione per le Strutture Equiparate che erogano Assistenza Sanitaria nell'ambito territoriale della Regione Puglia – Triennio 2025-2027. Ratifica accordi contrattuali sottoscritti in data 19.06.2025.

LA GIUNTA REGIONALE

VISTI:

- gli artt. 4, 5 e 6 della L.R. 4 febbraio 1997, n. 7;
- la Deliberazione della Giunta Regionale n. 3261 del 28 luglio 1998;
- gli artt. 4 e 16 del D.lgs. n. 165 del 30.03.2001 e ss.mm.ii.;
- gli artt. 43 e 44 dello Statuto della Regione Puglia;
- il Decreto del Presidente della Giunta regionale 22 gennaio 2021, n. 22 e ss.mm.ii., recante l'Atto di Alta Organizzazione "M.A.I.A. 2.0";
- il Regolamento interno di questa Giunta;

Visto il documento istruttorio della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta, concernente l'argomento in oggetto e la conseguente proposta dell'Assessore alla Sanità e Benessere Animale, Sport per tutti;

PRESO ATTO:

- a) delle sottoscrizioni dei responsabili della struttura amministrativa competente, ai fini dell'attestazione della regolarità amministrativa dell'attività istruttoria e della proposta, ai sensi dell'art. 6, co. 8 delle Linee guida sul "Sistema dei controlli interni nella Regione Puglia", adottate con D.G.R. 23 luglio 2019, n. 1374;
- b) della dichiarazione del Direttore di Dipartimento, in merito a eventuali osservazioni sulla proposta di deliberazione, ai sensi degli artt. 18 e 20 del Decreto del Presidente della Giunta regionale 22 gennaio 2021, n. 22 e ss.mm.ii.;

Con voto favorevole espresso all'unanimità dei presenti e per le motivazioni contenute nel documento istruttorio che è parte integrante e sostanziale della presente deliberazione

DELIBERA

Tutto ciò premesso, ai sensi dell'art. 4, co. 4 lett. d) della L.R. 7/1997, si propone alla Giunta regionale:

1. di approvare l'allegato A – Parere Tecnico, parte integrante della presente deliberazione;
2. di determinare il fondo unico di remunerazione regionale per il triennio 2025-2027, per l'area "Enti Ecclesiastici", nel rispetto dei vincoli di bilancio, distinto per singole macro aggregati, così come di seguito riportato, con la precisazione che i relativi sub tetti sono da considerarsi distinti, non trasferibili e non compensabili tra loro:

TABELLA 1 - PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO E PRESTAZIONI AMBULATORIALE			
ENTE	2025	2026	2027
E.E. MIULLI	113.807.850,00 €	113.935.500,00 €	113.935.500,00 €
E.E. CARD. PANICO	80.781.000,00 €	80.430.000,00 €	80.430.000,00 €

E.E. CASA SOLLIEVO DELLA SOFFERENZA	175.723.800,00 €	181.314.000,00 €	181.314.000,00 €
TOTALE	370.312.650,00 €	375.679.500,00 €	375.679.500,00 €

TABELLA 2 - PRESTAZIONI TEMPO-DIPENDENTI ex art. 17 L.R. n. 34/2023*			
ENTE	2025	2026	2027
E.E. MIULLI	8.929.385,94 €	8.929.385,94 €	8.929.385,94 €
E.E. CARD. PANICO	6.215.516,73 €	6.215.516,73 €	6.215.516,73 €
E.E. CASA SOLLIEVO DELLA SOFFERENZA	11.534.632,37 €	11.534.632,37 €	11.534.632,37 €
TOTALE	26.679.535,04 €	26.679.535,04 €	26.679.535,04 €

***da riconoscersi solo previo raggiungimento del tetto di spesa ordinario di cui alla tabella 1**

TABELLA 3 - FUNZIONI ASSISTENZIALI ex art. 8 sexies D.Lgs. n. 502/1992				Attuazione ex L.R. n. 39/2024 per ciascuna delle annualità 2025 e 2026*
ENTE	2025	2026	2027	2025 e 2026
E.E. MIULLI	17.052.750,00 €	17.052.750,00 €	17.052.750,00 €	3.333.333,34 €
E.E. CARD. PANICO	13.642.200,00 €	13.642.200,00 €	13.642.200,00 €	3.333.333,33 €
E.E. CASA SOLLIEVO DELLA SOFFERENZA	31.315.050,00 €	31.315.050,00 €	31.315.050,00 €	3.333.333,33 €
TOTALE	62.010.000,00 €	62.010.000,00 €	62.010.000,00 €	10.000.000,00 €

***da riconoscersi previa rendicontazione**

TABELLA 4 - RENDICONTAZIONE FARMACI			
ENTE	2025	2026	2027
E.E. MIULLI	10.000.000,00 €	10.000.000,00 €	10.000.000,00 €
E.E. CARD. PANICO	8.800.000,00 €	8.800.000,00 €	8.800.000,00 €
E.E. CASA SOLLIEVO DELLA SOFFERENZA	13.000.000,00 €	13.000.000,00 €	13.000.000,00 €
TOTALE	31.800.000,00 €	31.800.000,00 €	31.800.000,00 €

3. di prendere atto che in data 19.06.2025 la Pia Fondazione di Culto e di Religione card. G. Panico EE.EE, l'Ente Ecclesiastico - Ospedale Francesco Miulli e la Fondazione Casa Sollievo della Sofferenza opera S. Pio da Pietrelcina, hanno sottoscritto i contratti a valere per il triennio 2025-2027;
4. di ratificare gli accordi contrattuali riferiti agli anni 2025, 2026 e 2027 sottoscritti in data 19/6/2025 di cui all'Allegato B, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, ed afferenti:
 - a) IRCCS privato "Fondazione Casa Sollievo della Sofferenza opera di S. Pio" - San Giovanni Rotondo - FG);
 - b) Ente Ecclesiastico - Ospedale Francesco Miulli - Acquaviva delle Fonti - BA;
 - c) Pia Fondazione di Culto e di Religione card. G. Panico EE.EE - Tricase - LE;
5. di prendere atto che la quota di cui all'art. 17 L.R. n. 34/2023 viene riconosciuta previo raggiungimento del tetto di spesa ordinario e limitatamente all'importo dei contratti sottoscritti;
6. di prendere atto che la quota incrementale di cui all'art. 10 L.R. n. 39/2024 viene rimborsata previa rendicontazione;
7. di prendere atto che con la sottoscrizione dei contratti avvenuta in data 19.06.2025, i Rappresentanti degli Enti Ecclesiastici hanno accettato la cd. clausola di salvaguardia, a mente della quale "Con la sottoscrizione del presente accordo la struttura accetta espressamente, completamente e incondizionatamente il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa,

di determinazione delle tariffe e ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto, in quanto atti che determinano il contenuto del contratto” (art. 8 del contratto), la cui validità è stata riconosciuta unanimente dalla giurisprudenza amministrativa di primo e secondo grado;

8. di stabilire, per quanto attiene gli incrementi dei tetti di spesa rivenienti da Leggi Nazionali e Regionali e la relativa attuazione, anche in conformità a quanto riportato nella nota protocollo n. 0005206-02/04/2025-GAB-GAB-P recante “Legge 30 dicembre 2024 n. 207, articolo 1 commi 277-278- applicazione”, acquisita al protocollo regionale n. 0175026/2025, con la quale il Ministero della Salute ha precisato: “ l’articolo 1, commi 277-2781 della legge n. 207/2024 (legge di bilancio 2025) ha aggiornato il tetto di spesa per gli acquisti di prestazioni sanitarie da privato accreditato, di cui all’articolo 15, comma 14, del decreto-legge. n. 95/2012, come incrementato dall’articolo 1, comma 233, della legge n. 213/2023” che dette risorse, quindi la relativa valorizzazione economica, debbano essere finalizzate prioritariamente:
 - a. alle prestazioni di ricovero e ambulatoriali erogate dalle strutture sanitarie private accreditate dotate di pronto soccorso e inserite nella rete dell’emergenza-urgenza, conseguenti all’accesso in pronto soccorso, con codice di priorità rosso o arancio.
 - b. le prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale in argomento devono essere erogate rispettando il piano di recupero liste di attesa e ricondursi anche alle prestazioni di alta complessità;
9. di stabilire che i Legali Rappresentanti degli Enti Ecclesiastici insistenti sul territorio della Regione Puglia, nell’ambito della propria autonomia gestionale e organizzativa, devono riconoscere per l’intero anno 2025, al proprio personale impiegato nelle attività di pronto soccorso una specifica indennità, con imputazione alle risorse di cui all’art. 10 L.R. n. 39/2024 e nei limiti di tale stanziamento. Pertanto, previa corresponsione della predetta indennità di pronto soccorso entro il 30/10/2025, è riconosciuta un’anticipazione del 50% rispetto al finanziamento annuale assegnato, di cui all’art. 10 della L.R. n. 39/2024;
10. di autorizzare la Sezione GSA al pagamento delle anticipazioni mensili agli EE ed IRCCS privati per il tramite delle ASL territorialmente competenti, nella misura e alle condizioni di cui ai contratti sottoscritti;
11. di disporre che il presente atto sia notificato, a cura della Sezione SGO, ai Rappresentanti Legali degli Enti Ecclesiastici civilmente riconosciuti;
12. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul BURP ai sensi della L.R. n. 18/2023.

Il Segretario Generale della Giunta
NICOLA PALADINO

Il Presidente della Giunta
RAFFAELE PIEMONTESE

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Oggetto: **Determinazione del Fondo Unico di Remunerazione per le Strutture Equiparate che erogano Assistenza Sanitaria nell'ambito territoriale della Regione Puglia – Triennio 2025-2027. Ratifica accordi contrattuali sottoscritti in data 19.06.2025.**

Visti:

- gli artt. 41, 42 e 43 della Legge 833 del 1978, che disciplina l'Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale e norma le convenzioni con le Istituzioni sanitarie riconosciute che erogano assistenza pubblica, applicate anche agli Istituti di ricovero e di cura a carattere scientifico;
- il d.lgs. 502/1992 e s.m.i., che attribuisce, ai sensi dell'art. 2, co. 1, alle Regioni l'esercizio delle funzioni legislative ed amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera, nel rispetto dei principi stabiliti dalle leggi nazionali;
- il d.lgs. 502 del 30 dicembre 1992, s.m.i. in merito al *"riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 legge 23 ottobre 1992, n. 421"* e, in particolare, l'art. 8, che regola la materia concernente la contrattazione con le strutture erogatrici di prestazioni a carico del servizio sanitario nazionale;
- l'art. 8 *quater*, comma 1, D. Lgs. 502/1992 che prevede che la regione, competente per territorio, definisce il fabbisogno di assistenza secondo le funzioni sanitarie individuate dal Piano Sanitario Regionale (PSR), al fine di garantire i livelli essenziali e uniformi di assistenza;
- l'art. 8 *quinquies*, comma 2 del D. Lgs. 502/1992, in attuazione del comma 1, prevede che la Regione e le AA.SS.LL. definiscano accordi con le strutture pubbliche ed equiparate, e stipulano contratti con quelle private e con i professionisti accreditati, indicando il volume massimo di prestazioni che le strutture si impegnano ad assicurare, distinte per tipologia e modalità di assistenza;
- la legge costituzionale 20 aprile 2012 n. 1 ha eretto a principio costituzionale fondamentale l'interesse pubblico finanziario, introducendo il nuovo primo comma all'art. 97 della Costituzione, che segnatamente prevede la necessità che le pubbliche amministrazioni, in coerenza con l'ordinamento dell'U.E., assicurino l'equilibrio dei bilanci e la sostenibilità del debito pubblico;
- il riformato art. 81 della costituzione e la legge 24 dicembre 2012 n. 243 declinano in maniera dettagliata tale principio. Pertanto, è imposto alle Pubbliche Amministrazioni ed ai soggetti concessionari di pubbliche funzioni e servizi, se destinatari di risorse finanziarie pubbliche, di operare nei limiti dei budget prestabiliti, operando, anche nel settore sanitario, politiche di spesa e scelte redistributive, tenendo conto del vincolo costituito dal cosiddetto "patto di stabilità economica e finanziario";
- l'art. 3, comma 1 *bis* del D.Lgs. n. 502/1992 secondo cui la ASL è un ente distinto ed autonomo (Consiglio di Stato, sez. V, 24 agosto 2007, n. 4484) che disciplina la sua organizzazione e il suo funzionamento disponendo del proprio patrimonio secondo il regime della proprietà privata (art. 5, D. Lgs. n. 502/1992), con il dovere di uniformare la propria attività a criteri di efficacia, efficienza ed economicità, nonché nel dovere di rispettare il vincolo di bilancio attraverso l'equilibrio di costi e ricavi, compresi i trasferimenti di risorse finanziarie;
- l'art. 10 L.R. 37/2014 che detta le modalità di finanziamento e anticipazioni alle Aziende Ospedaliere e agli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) pubblici, nonché l'erogazione di conguagli, fra l'ammontare massimo riconosciuto e gli accenti erogati, subordinata alla verifica delle prestazioni e relativi importi registrati sul Sistema Informativo Regionale, oltre la predisposizione di puntuale rendicontazione con riferimento alle funzioni non tariffate;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 1158 del 31/07/2015, recante *"Adozione del modello organizzativo denominato Modello ambidestro per l'innovazione della macchina amministrativa regionale – MAIA. Approvazione atto di alta amministrazione"*;

- la Legge Regionale (L.R.) n. 9 del 2/02/2017 e ss.mm.ii. che conferisce al soggetto accreditato soltanto lo “status” di potenziale erogatore di prestazioni sanitarie, che si esplicita solo con la stipula del contratto. In particolare, l’art. 21, comma 4, della predetta L.R. e ss.mm.ii. che le AA.SS.LL. non sono obbligate a stipulare i contratti con i soggetti privati accreditati;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 1974 del 07/12/2020, recante “Approvazione Atto di Alta Organizzazione. Modello Organizzativo “MAIA 2.0”;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 1466 del 15/09/2021 recante l’approvazione della Strategia regionale per la parità di genere, denominata “Agenda di Genere”;
- l’art. 17 della L.R. n. 34/2023 che disciplina il riconoscimento del corrispettivo per prestazioni urgenti ed indifferibili in regime di ricovero e specialistica ambulatoriale;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 1295 del 26/09/2024 recante “Valutazione di Impatto di Genere (VIG). Approvazione indirizzi metodologico-operativi e avvio fase strutturale”;
- l’art. 10 della L.R. n. 39/2024 che riconosce, al fine di non interrompere l’erogazione dell’attività sanitaria per le sole prestazioni urgenti ed indifferibili, un incremento delle funzioni assistenziali ex art. 8 *sexies* D.Lgs. n. 502/1192 in favore degli ospedali privati accreditati classificati equiparati, a condizione che gli stessi siano già inseriti nella rete emergenza urgenza ospedaliera e dotati di pronto soccorso.

Considerato che:

- ai sensi dell’art. 8 *quater* comma 2 D.Lgs. n. 502/1992 l’accreditamento istituzionale non costituisce vincolo per gli Enti del SSN – Regioni e ASL a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate, al di fuori degli accordi contrattuali di cui all’art. 8 *quinquies* D.Lgs. n. 502/1992;
- le strutture equiparate, per giurisprudenza consolidata, sono da considerarsi consustanziali agli Enti Pubblici, tanto che il loro apporto al Sistema Sanitario Nazionale, è da considerarsi “complementare”, con l’obbligo di garantire la continuità assistenziale e l’erogazione delle prestazioni ospedaliere ed ambulatoriali, richieste dai cittadini, nel limite invalicabile delle risorse individuate negli accordi sottoscritti ed assegnate con il DIFE;
- nella prospettiva del perseguimento degli obiettivi di razionalizzazione dei servizi già avviati e messi in atto con il riordino della rete ospedaliera pubblica, le cui riconversioni dei PP.OO. pubblici, dette strutture sono state qualificate come elementi utilmente inseriti nella programmazione regionale, ed in particolare nel circuito emergenza – urgenza;
- le medesime strutture, pur risultando equiparate agli specifici fini della programmazione, rimangono soggette ai tetti di spesa assegnati per la remunerazione delle prestazioni con oneri a carico del SSR (da ultimo, Cons. Stato sent. n. 7980 del 25/08/2023).

Preso atto che:

- nella seduta del 27/05/2025, a conclusione di una serie di incontri finalizzati a comporre la definizione dell’accordo contrattuale a valere per il triennio 2025 – 2027, si concordava di definire il Fondo Unico di remunerazione da assegnarsi agli Enti Ecclesiastici, determinato sulla base del tetto di spesa storico a cui, ai sensi della normativa vigente, attribuire un incremento nella misura del 3,5% per l’annualità 2025 e nella misura del 5% per le annualità 2026 e 2027, in ottemperanza all’art. 1, comma 233 della L. n. 213/2023 e all’art.1 comma 277 della L. n. 207/2024;
- nella medesima seduta i Rappresentanti degli Enti Ecclesiastici hanno convenuto che, per la sola annualità 2025, l’IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza rinunciasse, rispetto al consolidato 2024, a € 3.000.000,00, da ripartirsi in favore degli EE.EE. Card G. Panico e Miulli, nella misura di € 1.500.000,00 cadauno;
- tale accordo è stato recepito nei contratti sottoscritti in data 19 giugno 2025;

- occorre quindi stabilire il tetto annuale per le prestazioni in regime di ricovero e ambulatoriale, nella misura convenuta nei tavoli di concertazione tenutisi tra la parte pubblica e i Rappresentanti degli Enti Ecclesiastici e trasfusa nei contratti sottoscritti, nella misura di seguito riportata:

TABELLA 1 - PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO E PRESTAZIONI AMBULATORIALE			
ENTE	2025	2026	2027
E.E. MIULLI	113.807.850,00 €	113.935.500,00 €	113.935.500,00 €
E.E. CARD. PANICO	80.781.000,00 €	80.430.000,00 €	80.430.000,00 €
E.E. CASA SOLLIEVO DELLA SOFFERENZA	175.723.800,00 €	181.314.000,00 €	181.314.000,00 €
TOTALE	370.312.650,00 €	375.679.500,00 €	375.679.500,00 €

Valutato che:

- la Legge Regionale n. 34/2023, all'art. 17, commi 1 e 2, fermo restando il rispetto e nei limiti del finanziamento annuale del fondo sanitario regionale ed al fine di garantire la continuità assistenziale in favore degli assistiti e non interrompere l'erogazione di interventi sanitari considerati salvavita, ha stanziato ulteriori € 30.000.000,00 per la remunerazione dell'erogazione delle prestazioni per le sole prestazioni urgenti e indifferibili, da riconoscersi a parte rispetto al tetto di spesa assegnato in favore degli ospedali, a condizione che gli stessi siano già inseriti nella rete emergenza urgenza ospedaliera e già dotati di pronto soccorso. Le prestazioni urgenti e indifferibili sono riconducibili esclusivamente alle reti tempo dipendenti, ictus, infarto, trauma, in quanto non programmabili, derivanti da accesso in pronto soccorso ed erogate in regime di ricovero. All'interno del finanziamento rientrano altresì le prestazioni di specialistica ambulatoriale di radioterapia, PET-TC, oltre alle ulteriori prestazioni di specialistica ambulatoriale ritenute salvavita che, qualora autorizzate, sono riconosciute a parte rispetto al tetto di spesa assegnato in favore degli ospedali già dotati di pronto soccorso;
- lo stanziamento di cui sopra è riconosciuto dal legislatore regionale a valere dall'annualità 2024;
- nel tavolo tecnico del 27 maggio 2025 e in quello del 19 giugno 2025 si è concordato di confermare, anche per il triennio 2025-2027, il riparto definito per l'annualità 2024 di cui alla DGR n. 936 del 4 luglio 2024;
- è opportuno stabilire, come già convenuto all'interno degli accordi contrattuali sottoscritti in data 19 giugno 2025, che la remunerazione per l'erogazione delle prestazioni di cui all'art. 17 L.R. n. 34/2023 venga riconosciuta previo raggiungimento del tetto di spesa ordinario e limitatamente all'importo ai contratti medesimi, come di seguito riportato:

TABELLA 2 - PRESTAZIONI TEMPO-DIPENDENTI ex art. 17 L.R. n. 34/2023*			
ENTE	2025	2026	2027
E.E. MIULLI	8.929.385,94 €	8.929.385,94 €	8.929.385,94 €
E.E. CARD. PANICO	6.215.516,73 €	6.215.516,73 €	6.215.516,73 €
E.E. CASA SOLLIEVO DELLA SOFFERENZA	11.534.632,37 €	11.534.632,37 €	11.534.632,37 €
TOTALE	26.679.535,04 €	26.679.535,04 €	26.679.535,04 €

*da riconoscersi solo previo raggiungimento del tetto di spesa ordinario di cui alla tabella 1

Considerato che:

- la Legge Regionale n. 39/2024, all'art. 10, ha stabilito che:
“Per gli anni 2024, 2025 e 2026, fermo restando il rispetto e nei limiti del finanziamento annuale del fondo sanitario regionale e al fine di garantire la continuità assistenziale in favore degli assistiti e non interrompere l'erogazione dell'attività sanitaria, per le sole prestazioni urgenti e indifferibili, è consentito il riconoscimento di un incremento delle funzioni assistenziali e progettuali di cui all'articolo 8 sexies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23

ottobre 1992, n. 421), in favore degli ospedali privati accreditati classificati equiparati, a condizione che gli stessi siano già inseriti nella rete emergenza urgenza ospedaliera e già dotati di pronto soccorso, e comunque col solo limite che il valore complessivo della remunerazione delle funzioni, di cui al presente articolo, non può in ogni caso superare il 30 per cento del limite di remunerazione assegnato”;

- l’art. 10 comma 3 della L.R. n. 39/2024 ha quantificato il finanziamento nella misura di € 10.000.000,00 annui per le tre annualità considerate;
- nel tavolo tecnico del 27 maggio 2025 e in quello del 19 giugno 2025 si è concordato di confermare il tetto ordinario stabilito nell’annualità 2024 per la remunerazione delle funzioni assistenziali ex art. 8 sexiesi D.Lgs. n. 502/1992;
- nel tavolo tecnico del 27 maggio 2025 e in quello del 19 giugno 2025 si è inoltre convenuto di confermare, per le annualità 2025 e 2026, quanto previsto dalla DGR n. 1881 del 23 dicembre 2024, con riferimento all’equa ripartizione delle risorse di cui all’art. 10 comma 3 L.R. n. 39/2024;
- in definitiva, nelle citate sedute si è convenuto di ripartire i tetti di spesa di che trattasi come di seguito riportato:

TABELLA 3 - FUNZIONI ASSISTENZIALI ex art. 8 sexies D.Lgs. n. 502/1992				Attuazione ex L.R. n. 39/2024 per ciascuna delle annualità 2025 e 2026*
ENTE	2025	2026	2027	2025 e 2026
E.E. MIULLI	17.052.750,00 €	17.052.750,00 €	17.052.750,00 €	3.333.333,34 €
E.E. CARD. PANICO	13.642.200,00 €	13.642.200,00 €	13.642.200,00 €	3.333.333,33 €
E.E. CASA SOLLIEVO DELLA SOFFERENZA	31.315.050,00 €	31.315.050,00 €	31.315.050,00 €	3.333.333,33 €
TOTALE	62.010.000,00 €	62.010.000,00 €	62.010.000,00 €	10.000.000,00 €
				*da riconoscersi previa rendicontazione

- come convenuto negli accordi contrattuali sottoscritti il 19 giugno 2025, l’ulteriore incremento ai sensi dell’art. 10 L.R. n. 39/2024 oltre lo stanziamento ordinario annuo per le funzioni assistenziali è remunerato previa rendicontazione e a condizione che si siano registrati degli incrementi di costi per le prestazioni rientranti nelle Funzioni Assistenziali individuate dall’art. 20 della L.R. n. 28/2000 (Emergenza urgenza – rianimazione, terapia intensiva, pronto soccorso; Trapianti – di organo, midollo osseo e di tessuto; Malattie rare);
- si rende opportuno prendere atto, inoltre, che ai sensi dell’art. 15, lett. g) del D.L. 95/2012 convertito con L. 135/2012, la remunerazione delle Funzioni non tariffate (FnT) debba essere contenuta nella misura del 30% del limite complessivo di remunerazione assegnato;

Considerato altresì che:

- nel tavolo tecnico del 27 maggio 2025 e in quello del 19 giugno 2025 si è inoltre convenuto di confermare, per il triennio 2025-2027, il tetto massimo di cui al triennio precedente con riferimento alla rendicontazione dei farmaci, come da prospetto di seguito riportato:

TABELLA 4 - RENDICONTAZIONE FARMACI			
ENTE	2025	2026	2027
E.E. MIULLI	10.000.000,00 €	10.000.000,00 €	10.000.000,00 €
E.E. CARD. PANICO	8.800.000,00 €	8.800.000,00 €	8.800.000,00 €
E.E. CASA SOLLIEVO DELLA SOFFERENZA	13.000.000,00 €	13.000.000,00 €	13.000.000,00 €
TOTALE	31.800.000,00 €	31.800.000,00 €	31.800.000,00 €

Appurato che:

- con la sottoscrizione dei contratti avvenuta in data 19.06.2025, i Rappresentanti degli Enti Ecclesiastici hanno accettato la cd. clausola di salvaguardia, a mente della quale *“Con la sottoscrizione del presente accordo la struttura accetta espressamente, completamente e incondizionatamente il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, di determinazione delle tariffe e ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto, in quanto atti che determinano il contenuto del contratto”* (art. 8 del contratto), la cui validità è stata riconosciuta unanimemente dalla giurisprudenza amministrativa di primo e secondo grado.

Atteso che:

- occorre procedere a ratificare gli accordi contrattuali ex art. 8 *quinquies* D.Lgs. n. 502/1992 sottoscritti in data 19.06.2025, al fine di consentirne l'entrata in vigore per il triennio 2025-2027, con decorrenza 1° gennaio 2025.

Dato atto che:

- in data 09.04.2025 sono stati sottoscritti gli Accordi tra Regione Puglia e Organizzazioni Sindacali del Comparto Sanità pubblica e della Dirigenza Area Sanità pubblica, recanti, rispettivamente:
 - *“Verbale di confronto tra l'amministrazione regionale e le OO.SS. del Comparto Sanità ai sensi dell'art. 7, comma 1, lett. f) del CCNL Comparto Sanità per la definizione del piano di riparto tra le Aziende Sanitarie Regionali e delle modalità di corresponsione delle risorse destinate all'attribuzione dell'indennità di pronto soccorso di cui all'art.1, comma 293 della L. 30 dicembre 2021 n. 234, come integrata dall'art. 1, comma 526, della L. 29 dicembre 2022, n. 197 e s.m.i.”;*
 - *“Verbale di confronto tra l'amministrazione regionale e le OO.SS. della Dirigenza Area Sanità ai sensi dell'art. 7, comma 1, lett. j) del CCNL Area Sanità per la definizione del piano di riparto tra le Aziende Sanitarie Regionali e delle modalità di corresponsione delle risorse destinate all'attribuzione dell'indennità di pronto soccorso di cui all'art. 1, comma 293 della L. 30 dicembre 2021 n. 234, come integrata dall'art. 1, comma 526, della L. 29 dicembre 2022, n. 197 e s.m.i.”.*
- nel citato accordo è stato determinato il valore dell'indennità di pronto soccorso al lordo degli oneri riflessi, in misura analoga in analogia a quanto previsto dagli Accordi di cui innanzi, come di seguito specificato:
 - personale dipendente Dirigente Medico:
 - € 3,16/ora per l'anno 2022;
 - € 7,07/ora per l'anno 2023;
 - € 10,26/ora per l'anno 2024;
 - personale dipendente Comparto Sanità:
 - € 93,06/mese per l'anno 2022;
 - € 94,79/mese per il periodo 01/01/2023 - 31/05/2023;
 - € 275,35/mese per il periodo 01/06/2023 - 31/12/2023;
 - € 297,86/mese per l'anno 2024.

Tenuto conto che:

- le Organizzazioni sindacali (tra le quali note acquisite a prot. n. 0296954/2025 e prot. n. 0294703/2025 e prot. n. 0192811/2025 le Organizzazioni Sindacali FP CGIL Puglia, UILFPL e UGL) hanno richiesto alla Regione Puglia di estendere le indennità di pronto soccorso stabilite per il personale dipendente del SSR anche al personale delle strutture private accreditate che operano stabilmente nel settore dell'emergenza urgenza;

Considerato al riguardo che:

- quanto stabilito per il personale dipendente del SSR con riferimento all'indennità di pronto soccorso non può estendersi alle strutture private accreditate, tra cui figurano gli Enti Ecclesiastici oggetto del presente provvedimento, atteso che l'indennità riconosciuta rinviene dall'applicazione del CCNL e le cui risorse sono contingentate per il personale dipendente del SSN. Questi ultimi infatti, per consolidata giurisprudenza, non possono ritenersi equiparati alle strutture pubbliche, soprattutto con riferimento al profilo della programmazione finanziaria. Ne deriva che, a differenza delle strutture pubbliche, gli Enti Ecclesiastici soggiacciono inderogabilmente ai limiti di spesa invalicabili individuati dalla suddetta programmazione regionale (*ex multis*, Cons. Stato sent. n. 7980 del 25/08/2023), con la conseguenza che non risulta configurabile, in capo agli stessi, un diritto all'estensione per analogia di incentivi economici riconosciuti al personale incardinato nei ruoli pubblici del SSR.

Valutato tuttavia che:

- le prestazioni rese nell'ambito dell'emergenza urgenza rientrano nelle funzioni assistenziali di cui all'art. 8 sexies del D.Lgs. n. 502/1992, come stabilito altresì dall'art. 20 della L.R. n. 28/2000;
- l'art. 10 L.R. n. 39/2024 ha previsto, per gli Enti Ecclesiastici insistenti nel territorio della Regione Puglia, un incremento del finanziamento destinato alla remunerazione delle suddette funzioni assistenziali, tra cui rientra l'attività emergenza urgenza, nella misura di complessivi € 10.000.000,00;
- i Legali Rappresentanti degli Enti Ecclesiastici insistenti sul territorio della Regione Puglia, nell'ambito della propria autonomia gestionale e organizzativa, devono riconoscere per l'intero anno 2025, al proprio personale impiegato nelle attività di pronto soccorso una specifica indennità, con imputazione alle risorse di cui all'art. 10 L.R. n. 39/2024 e nei limiti di tale stanziamento. Pertanto, previa corresponsione della predetta indennità di pronto soccorso, in analogia con quanto pattuito per i dipendenti pubblici del S.S.R., entro il 30/10/2025, è riconosciuta un'anticipazione del 50% rispetto al finanziamento annuale assegnato, di cui all'art. 10 della L.R. n. 39/2024;

Tutto ciò premesso, con il presente provvedimento si intende procedere alla determinazione del fondo unico di remunerazione regionale per il triennio 2025-2027 per l'area "Enti Ecclesiastici", nel rispetto dei vincoli di bilancio, con la precisazione che i relativi sub tetti sono da considerarsi distinti, non trasferibili e non compensabili tra loro, nonché a ratificare gli accordi contrattuali riferiti alle predette annualità sottoscritti in data 19/6/2025 e ad impartire le opportune disposizioni.

Si riporta nell'Allegato A il parere tecnico, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

GARANZIE DI RISERVATEZZA

La pubblicazione sul BURP, nonché la pubblicazione all'Albo o sul sito Istituzionale, salve le garanzie previste dalla legge 241/1990 in tema di accesso ai documenti amministrativi, avviene nel rispetto della tutela della riservatezza dei cittadini secondo quanto disposto dal Regolamento UE n. 2016/679 in materia di protezione dei dati personali, nonché dal D. Lgs. 196/2003 ss.mm.ii., ed ai sensi del vigente Regolamento regionale n. 5/2006 per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari, in quanto applicabile. Ai fini della pubblicità legale, il presente provvedimento è stato redatto in modo da evitare la diffusione di dati personali identificativi non necessari ovvero il riferimento alle particolari categorie di dati previste dagli articoli 9 e 10 del succitato Regolamento UE.

ESITI VALUTAZIONE IMPATTO DI GENERE

L'impatto di genere stimato è: neutro
--

COPERTURA FINANZIARIA DI CUI AL D.LGS. 118/2011 E SS.MM.II.

Dalla presente deliberazione non derivano oneri per il bilancio regionale, in quanto rientranti nell'ambito delle risorse provenienti dal Riparto del Fondo Sanitario Nazionale assegnate alle Aziende Sanitarie a titolo di finanziamento indistinto per l'erogazione dei Livelli essenziali di Assistenza.

La copertura finanziaria rinveniente dal presente provvedimento assicura il rispetto dei vincoli di finanza pubblica vigenti e gli equilibri di bilancio come previsto dal D.Lgs. n. 118/2011 e ss.mm.ii.

Tutto ciò premesso, ai sensi dell'art. 4, co. 4 lett. d) della L.R. 7/1997, si propone alla Giunta regionale:

1. di approvare l'allegato A – Parere Tecnico, parte integrante della presente deliberazione;
2. di determinare il fondo unico di remunerazione regionale per il triennio 2025-2027, per l'area "Enti Ecclesiastici", nel rispetto dei vincoli di bilancio, distinto per singole macro aggregati, così come di seguito riportato, con la precisazione che i relativi sub tetti sono da considerarsi distinti, non trasferibili e non compensabili tra loro:

TABELLA 1 - PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO E PRESTAZIONI AMBULATORIALE			
ENTE	2025	2026	2027
E.E. MIULLI	113.807.850,00 €	113.935.500,00 €	113.935.500,00 €
E.E. CARD. PANICO	80.781.000,00 €	80.430.000,00 €	80.430.000,00 €
E.E. CASA SOLLIEVO DELLA SOFFERENZA	175.723.800,00 €	181.314.000,00 €	181.314.000,00 €
TOTALE	370.312.650,00 €	375.679.500,00 €	375.679.500,00 €

TABELLA 2 - PRESTAZIONI TEMPO-DIPENDENTI ex art. 17 L.R. n. 34/2023*			
ENTE	2025	2026	2027
E.E. MIULLI	8.929.385,94 €	8.929.385,94 €	8.929.385,94 €
E.E. CARD. PANICO	6.215.516,73 €	6.215.516,73 €	6.215.516,73 €
E.E. CASA SOLLIEVO DELLA SOFFERENZA	11.534.632,37 €	11.534.632,37 €	11.534.632,37 €
TOTALE	26.679.535,04 €	26.679.535,04 €	26.679.535,04 €

*da riconoscersi solo previo raggiungimento del tetto di spesa ordinario di cui alla tabella 1

TABELLA 3 - FUNZIONI ASSISTENZIALI ex art. 8 sexies D.Lgs. n. 502/1992				Attuazione ex L.R. n. 39/2024 per ciascuna delle annualità 2025 e 2026*
ENTE	2025	2026	2027	2025 e 2026
E.E. MIULLI	17.052.750,00 €	17.052.750,00 €	17.052.750,00 €	3.333.333,34 €
E.E. CARD. PANICO	13.642.200,00 €	13.642.200,00 €	13.642.200,00 €	3.333.333,33 €
E.E. CASA SOLLIEVO DELLA SOFFERENZA	31.315.050,00 €	31.315.050,00 €	31.315.050,00 €	3.333.333,33 €
TOTALE	62.010.000,00 €	62.010.000,00 €	62.010.000,00 €	10.000.000,00 €

*da riconoscersi previa rendicontazione

TABELLA 4 - RENDICONTAZIONE FARMACI			
ENTE	2025	2026	2027
E.E. MIULLI	10.000.000,00 €	10.000.000,00 €	10.000.000,00 €
E.E. CARD. PANICO	8.800.000,00 €	8.800.000,00 €	8.800.000,00 €
E.E. CASA SOLLIEVO DELLA SOFFERENZA	13.000.000,00 €	13.000.000,00 €	13.000.000,00 €
TOTALE	31.800.000,00 €	31.800.000,00 €	31.800.000,00 €

3. di prendere atto che in data 19.06.2025 la Pia Fondazione di Culto e di Religione card. G. Panico EE.EE, l'Ente Ecclesiastico - Ospedale Francesco Miulli e la Fondazione Casa Sollievo della Sofferenza opera S. Pio da Pietrelcina, hanno sottoscritto i contratti a valere per il triennio 2025-2027;
4. di ratificare gli accordi contrattuali riferiti agli anni 2025, 2026 e 2027 sottoscritti in data 19/6/2025 di cui all' Allegato B, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, ed afferenti:
- IRCCS privato "Fondazione Casa Sollievo della Sofferenza opera di S. Pio" - San Giovanni Rotondo - FG);
 - Ente Ecclesiastico - Ospedale Francesco Miulli – Acquaviva delle Fonti – BA;
 - Pia Fondazione di Culto e di Religione card. G. Panico EE.EE – Tricase – LE;
5. di prendere atto che la quota di cui all'art. 17 L.R. n. 34/2023 viene riconosciuta previo raggiungimento del tetto di spesa ordinario e limitatamente all' importo dei contratti sottoscritti;
6. di prendere atto che la quota incrementale di cui all'art. 10 L.R. n. 39/2024 viene rimborsata previa rendicontazione;
7. di prendere atto che con la sottoscrizione dei contratti avvenuta in data 19.06.2025, i Rappresentanti degli Enti Ecclesiastici hanno accettato la cd. clausola di salvaguardia, a mente della quale *"Con la sottoscrizione del presente accordo la struttura accetta espressamente, completamente e incondizionatamente il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, di determinazione delle tariffe e ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto, in quanto atti che determinano il contenuto del contratto"* (art. 8 del contratto), la cui validità è stata riconosciuta unanimemente dalla giurisprudenza amministrativa di primo e secondo grado;
8. di stabilire, per quanto attiene gli incrementi dei tetti di spesa rivenienti da Leggi Nazionali e Regionali e la relativa attuazione, anche in conformità a quanto riportato nella nota protocollo n. 0005206-02/04/2025-GAB-GAB-P recante "Legge 30 dicembre 2024 n. 207, articolo 1 commi 277-278-applicazione", acquisita al protocollo regionale n. 0175026/2025, con la quale il Ministero della Salute ha precisato: " l'articolo 1, commi 277-2781 della legge n. 207/2024 (legge di bilancio 2025) ha aggiornato il tetto di spesa per gli acquisti di prestazioni sanitarie da privato accreditato, di cui all'articolo 15, comma 14, del decreto-legge. n. 95/2012, come incrementato dall'articolo 1, comma 233, della legge n. 213/2023" che dette risorse, quindi la relativa valorizzazione economica, debbano essere finalizzate prioritariamente:
- alle prestazioni di ricovero e ambulatoriali erogate dalle strutture sanitarie private accreditate dotate di pronto soccorso e inserite nella rete dell'emergenza-urgenza, conseguenti all'accesso in pronto soccorso, con codice di priorità rosso o arancio.
 - le prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale in argomento devono essere erogate rispettando il piano di recupero liste di attesa e ricondursi anche alle prestazioni di alta complessità;
9. di stabilire che i Legali Rappresentanti degli Enti Ecclesiastici insistenti sul territorio della Regione Puglia, nell'ambito della propria autonomia gestionale e organizzativa, devono riconoscere per l'intero anno 2025, al proprio personale impiegato nelle attività di pronto soccorso una specifica indennità, con imputazione alle risorse di cui all'art. 10 L.R. n. 39/2024 e nei limiti di tale stanziamento. Pertanto, previa corresponsione della predetta indennità di pronto soccorso, in analogia con quanto pattuito per i dipendenti pubblici del S.S.R., entro il 30/10/2025, è riconosciuta un'anticipazione del 50% rispetto al finanziamento annuale assegnato, di cui all'art. 10 della L.R. n. 39/2024;

10. di autorizzare la Sezione GSA al pagamento delle anticipazioni mensili agli EE ed IRCCS privati per il tramite delle ASL territorialmente competenti, nella misura e alle condizioni di cui ai contratti sottoscritti;
11. di disporre che il presente atto sia notificato, a cura della Sezione SGO, ai Rappresentanti Legali degli Enti Ecclesiastici civilmente riconosciuti;
12. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul BURP ai sensi della L.R. n. 18/2023.

I sottoscritti attestano la regolarità amministrativa dell'attività istruttoria e della proposta, ai sensi dell'art. 6, co. 3, lett. da a) ad e) delle Linee guida sul "Sistema dei controlli interni nella Regione Puglia", adottate con D.G.R. 23 luglio 2019, n. 1374.

L'Istruttore Amministrativo

Maria ALBERGA

 MARIA
ALBERGA
11.09.2025
19:49:57
GMT+02:00

Il Responsabile E.Q. "Gestione e Monitoraggio degli Accordi Contrattuali rivenienti dal D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i."

Emanuele CARBONARA

 Emanuele
Carbonara
11.09.2025
19:54:39
GMT+02:00

IL RESPONSABILE E.Q. "Nuovo Sistema di Garanzia ed Attività di Monitoraggio":

Nicola GIRARDI

 Nicola
Girardi
11.09.2025
19:48:19
GMT+02:00

La Dirigente del Servizio Strategie e Governo dell'Assistenza Ospedaliera - Gestione rapporti convenzionali

Antonella CAROLI

 ANTONELLA
CAROLI
11.09.2025
18:01:10 UTC

Il Dirigente della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta

Mauro NICASTRO

 Mauro
Nicastro
11.09.2025
20:09:07
GMT+02:00

Il Direttore di Dipartimento ai sensi degli artt. 18 e 20 del Decreto del Presidente della Giunta regionale n. 22 gennaio 2021, n. 22 e ss.mm.ii., NON RAVVISA la necessità di esprimere osservazioni alla presente proposta di DGR.

Il Direttore del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale

Vito MONTANARO

 Vito
Montanaro
12.09.2025
10:16:38
GMT+02:00

Il Vicepresidente della Giunta Regionale con delega alla Sanità e Benessere Animale, Sport per Tutti, ai sensi del vigente Regolamento della Giunta Regionale,

propone

alla Giunta regionale l'adozione del presente atto.

Raffaele PIEMONTESE

 Raffaele Piemontese
12.09.2025 10:31:58
GMT+02:00

Il sottoscritto esprime parere di regolarità contabile positivo, ai sensi dell'art. 79, comma 5, della Legge regionale n. 28/2001, ed attestazione di copertura finanziaria.

La Dirigente della Sezione Bilancio e Ragioneria o suo delegato

 Firmato digitalmente da:
STOLFA REGINA
Firmato il 12/09/2025 13:51
Seriale Certificato: 2300950
Valido dal 20/03/2023 al 20/03/2026
InfoCamere Qualified Electronic Signature CA

ALLEGATO A

Codice CIFRA: SGO/DEL/2025/00124

PARERE TECNICO

OGGETTO: Determinazione del Fondo Unico di Remunerazione per le Strutture Equiparate che erogano Assistenza Sanitaria nell'ambito territoriale della Regione Puglia – Triennio 2025-2027. Ratifica accordi contrattuali sottoscritti in data 19.06.2025.

Le strutture equiparate, per giurisprudenza consolidata, sono da considerarsi consustanziali agli Enti Pubblici, tanto che il loro apporto al Sistema Sanitario Nazionale, è da considerarsi “complementare”, con l’obbligo di garantire la continuità assistenziale e l’erogazione delle prestazioni ospedaliere ed ambulatoriali, richieste dai cittadini, nel limite invalicabile delle risorse individuate negli accordi sottoscritti ed assegnate con il DIEF.

Nella prospettiva del perseguimento degli obiettivi di razionalizzazione dei servizi già avviati e messi in atto con il riordino della rete ospedaliera pubblica, le cui riconversioni dei PP.OO. pubblici, dette strutture sono state qualificate come elementi utilmente inseriti nella programmazione regionale, ed in particolare nel circuito emergenza – urgenza.

Le medesime strutture, pur risultando equiparate agli specifici fini della programmazione, rimangono soggette ai tetti di spesa assegnati per la remunerazione delle prestazioni con oneri a carico del SSR (da ultimo, Cons. Stato sent. n. 7980 del 25/08/2023).

Ai sensi dell’art. 8 *quater* comma 2 D.Lgs. n. 502/1992 l’accreditamento istituzionale non costituisce vincolo per gli Enti del SSN – Regioni e ASL a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate, al di fuori degli accordi contrattuali di cui all’art. 8 *quinquies* D.Lgs. n. 502/1992.

Con la presente deliberazione s’intende prendere atto che in data 19.06.2025 la Pia Fondazione di Culto e di Religione card. G. Panico EE.EE, l’Ente Ecclesiastico - Ospedale Francesco Miulli e la Fondazione Casa Sollievo della Sofferenza opera S. Pio da Pietrelcina, hanno sottoscritto i contratti a valere per il triennio 2025-2027. Per l’effetto, s’intende ratificare gli accordi contrattuali di cui agli Allegati B, C ed E, parti integranti e sostanziali del presente provvedimento.

La presente deliberazione non comporta implicazioni, dirette/indirette, di natura economico-finanziaria e/o patrimoniale e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale, in quanto la spesa riferita al fondo unico di remunerazione per gli anni 2025, 2026 e 2027 volto al riconoscimento delle prestazioni sanitarie da parte degli Enti Ecclesiastici insistenti nella Regione Puglia rientra nei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) ed è finanziata dal Fondo Sanitario Nazionale.

LA PRESENTE PROPOSTA DI DELIBERAZIONE COMPORTA IMPLICAZIONI DI NATURA FINANZIARIA SUL FONDO SANITARIO REGIONALE

SI NO



FIRMA DEL DIRIGENTE DELLA SEZIONE

PROPONENTE

Dott. Mauro Nicastro

PRESA D’ATTO DEGLI EFFETTI FINANZIARI DELLA PROPOSTA DI DELIBERAZIONE
SUL FONDO SANITARIO REGIONALE (D.LGS. 118/2011 – Art. 5 comma 6 e art. 7 LL.GG. approvate con DGR
1161/2024)

FIRMA DEL RESPONSABILE DELLA GSA

(NEL CASO IN CUI COMPORTI IMPLICAZIONI SUL FSRDott. Benedetto Giovanni Pacifico

REGIONE PUGLIA
BENEDETTO GIOVANNI
PACIFICO
12.09.2025 07:30:12
UTC

Codice CIFRA: SGO/DEL/2025/000124

Allegato B

Accordi contrattuali Enti Ecclesiastici sottoscritti in data 19.06.2025



ACCORDO CONTRATTUALE
ai sensi dell'art. 8 quinquies D.Lgs. n. 502/1992
TRIENNIO 2025/2026/2027

TRA

Regione Puglia, con sede in Bari, Lungomare Nazario Sauro n. 38, rappresentata ai fini del presente atto dal Direttore del Dipartimento Promozione della Salute del Benessere Animale Dott. Vito Montanaro, in forza della deliberazione di nomina della Giunta Regionale del 26 Aprile 2021 n. 684

E

Fondazione Casa Sollievo della Sofferenza opera di S. Pio da Pietralcina, con sede legale in San Giovanni Rotondo (Fg) viale Cappuccini, di seguito indicata come "Erogatore", rappresentata legalmente dal Dott. Gino Gumirato – Direttore Generale [REDACTED] il quale, consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i., dichiara di non essere stato condannato con provvedimento definitivo per reati che comportino l'incapacità a contrarre con la Pubblica Amministrazione e che non sussistono altre cause di incompatibilità previste dalla normativa vigente.

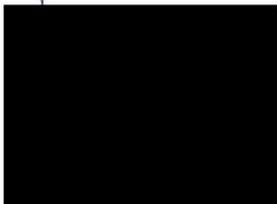


Premesso che:

- il D.Lgs. 502/92 e s.m.i, agli art. 8-bis, 8-quater e 8-quinquies, disciplina la partecipazione dei soggetti ex art 41 e 43 della L. 833/78 nei seguenti termini:
 - a) le regioni assicurano i livelli essenziali ed uniformi di assistenza avvalendosi anche dei soggetti accreditati cd. equiparati ai sensi dell'art. 8-quater, nel rispetto degli accordi contrattuali di cui all'art. 8-quinquies;
 - b) l'accREDITAMENTO istituzionale non costituisce vincolo per gli Enti del SSN-Regioni e ASL a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate, al di fuori degli accordi contrattuali di cui all'art. 8-quinquies;
 - c) le regioni stipulano altresì accordi con gli istituti, enti ed ospedali di cui agli articoli 41 e 43, secondo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e successive modificazioni, che prevedano che l'attività assistenziale, attuata in coerenza con la programmazione sanitaria regionale, sia finalizzata a prestazione in base ai tetti di spesa e ai volumi di attività predeterminati annualmente dalla programmazione regionale nel rispetto dei vincoli di bilancio;
 - d) gli artt. 42 comma 3 e 43 comma 2 della L. 23 dicembre 1978 n. 833 e s.m.i. non trovano applicazione con riferimento agli enti ecclesiastici civilmente riconosciuti.

Preso atto che:

- le strutture equiparate, per giurisprudenza consolidata, sono da considerarsi consustanziali agli Enti Pubblici, tanto che il loro apporto al Sistema Sanitario Nazionale, è da considerarsi "complementare", con l'obbligo di garantire la continuità assistenziale e l'erogazione delle prestazioni ospedaliere ed ambulatoriali, richieste dai cittadini, nel limite invalicabile delle risorse individuate con il presente Accordo e assegnate con il DIFE. Le medesime strutture, infatti, pur risultando equiparate agli specifici fini della programmazione, rimangono soggette ai tetti di spesa assegnati per la remunerazione delle prestazioni con oneri a carico del SSR (da ultimo, Cons. Stato sent. n. 7980 del 25/08/2023);
- l'art. 8-quinquies, ai commi 2 lett. a) b) c) d) e) ed e-bis), ha determinato gli elementi essenziali dell'accordo, suscettibili di essere integrati da ulteriori elementi di ravvisata opportunità, nella prospettiva del perseguimento degli obiettivi di razionalizzazione dei servizi già avviati e messi in atto con il riordino della rete ospedaliera pubblica, nell'ambito della quale, a seguito delle riconversioni dei PP.OO. pubblici, le strutture equiparate sono state qualificate come elementi utilmente inseriti nella programmazione regionale, ed in particolare nel circuito emergenza – urgenza;
- le strutture equiparate erogano l'assistenza sanitaria nel rispetto dei posti letto accreditati con riferimento al modello organizzativo richiamati nei RR.RR. n. 23/2019, n. 14/2020 e n. 8/2024, tenuto conto anche delle eventuali modifiche che dovessero intervenire nel corso del triennio.



SI STIPULA

Il presente accordo, con validità per gli anni 2025, 2026 e 2027, regola, da parte dell'Erogatore in premessa identificato:

- a) l'erogazione delle prestazioni di ricovero ospedaliero, in regime di D.H. e day service;
- b) l'erogazione delle prestazioni ambulatoriali;
- c) l'erogazione delle funzioni assistenziali di cui all'art. 8-sexies del D.Lgs. n. 502/1992 in favore di cittadini iscritti al SSN con oneri da porre a carico del SSR, anche con riferimento allo stanziamento di cui all'art. 10 L.R. n. 39/2024 e nei limiti dello stesso;
- d) l'erogazione delle prestazioni tempo-dipendenti, con espresso riferimento allo stanziamento di cui all'art. 17 L.R. 34/2023 e nei limiti del medesimo;
- e) la somministrazione diretta di farmaci.

Art. 1

Elementi essenziali oggetto dell'accordo

Il presente accordo contiene i seguenti elementi essenziali.

1. Disciplina il rapporto tra la Regione Puglia e l'Erogatore indicato in premessa, ai sensi dell'art. 8-quinquies del d.lgs. 502/1992 e s.m.i., per la erogazione nell'ambito del SSR, a prescindere dalla residenza degli assistiti, di prestazioni di assistenza sanitaria richieste secondo le tipologie di seguito indicate, a fronte del corrispettivo preventivato dal presente accordo:
 - a) prestazioni di assistenza ospedaliera in regime di degenza;
 - b) prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale;
 - c) altre prestazioni attribuite con provvedimento di Giunta.
2. Stabilisce le prestazioni oggetto dell'accordo che devono essere conformi al programma di integrazione dei servizi, per la parte riguardante l'Erogatore, quale rappresentazione del fabbisogno quali-quantitativo delle prestazioni da erogare da parte dello stesso. Quanto sopra in ottemperanza alla lett. a) del comma 2) dell'art. 8-quinquies del d.lgs. 502/1992 e s.m.i.
3. Determina il volume massimo annuo delle risorse riferite a tutte le prestazioni distinte per tipologia e per modalità di assistenza, richieste dagli utenti, nel corso del triennio di riferimento, e rientranti nei LEA, tenendo conto anche delle eventuali prestazioni soggette a preventiva autorizzazione della ASL per la fruizione presso le strutture accreditate del SSR, giusta lett. b) del comma 2 art. 8-quinquies cit., con la modifica prevista dal comma 1) quinquies dell'art 79 D.L. 25.06.2008 n°112 aggiunto dalla relativa legge di conversione.
4. Impegna l'Erogatore a rispettare i requisiti del servizio da rendere, con particolare riguardo ad accessibilità, appropriatezza clinica ed organizzativa, tempi di attesa e continuità assistenziale, in coerenza con la regolamentazione regionale in materia, giusta lett. c) del comma 2 art. 8-quinquies del d.lgs. 502/1992 e s.m.i.
5. Determina il corrispettivo preventivato quale budget complessivo definito come somma dei valori di budget delle prestazioni erogate in regime di ricovero e ambulatoriale a tariffazione regionale (ovvero dalla remunerazione a diaria per le fattispecie previste), nonché la remunerazione (ove prevista) extra-tariffaria delle funzioni specifiche previste dalle norme

regionali, così come disciplinata e nei limiti previsti dalla DGR n. 982 del 6/7/2016. In conformità alla normativa vigente, la Fondazione Casa Sollievo della Sofferenza opera di S. Pio da Pietralcina, riconosciuto come IRCCS ai sensi del Decreto 17.04.2020 limitatamente alle discipline per le quali è intervenuto il riconoscimento del carattere scientifico soggiace a quanto disposto dagli artt. 41, 42 e 43 della L. n. 833/1978.

6. Definisce il debito informativo dell'Erogatore per il monitoraggio di quanto previsto dal presente accordo e le procedure da eseguirsi per il controllo esterno di appropriatezza e qualità dell'assistenza prestata e delle prestazioni rese, in conformità alla regolamentazione nazionale e regionale di riferimento. Quanto sopra in ottemperanza a quanto previsto alla lett. e) del comma 2 art. 8-quinquies.
7. Stabilisce che, in caso di incremento, quantunque intervenuto nel corso dell'anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera, delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, nonché, delle altre prestazioni remunerate a tariffa, il volume delle attività e delle prestazioni richieste dagli utenti dev'essere assicurato a cura dell'Erogatore, e garantito nei limiti delle risorse definite ed assegnate con il presente accordo. Quanto sopra in ottemperanza alla lett. e-bis del comma 2 dell'art. 8-quinquies del d.lgs. 502/1992 e s.m.i.

Art. 2

Programma di erogazione dei servizi e delle attività

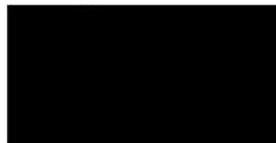
Il programma di erogazione dei servizi e delle attività, riguarda le prestazioni da erogare per:

- a) i cittadini residenti nel territorio regionale, compresi gli stranieri (STP, Cittadini europei - TEAM con riferimento alle prestazioni erogabili secondo la normativa vigente);
- b) i cittadini di residenza extraregionale.

Art. 3

Requisiti dei servizi

1. I requisiti dei servizi da rendere sono regolati dalle norme di legge nazionali e dai provvedimenti e documenti regionali vigenti, a cui le parti si impegnano a dare puntuale applicazione, in particolare per quanto concerne la accessibilità, l'appropriatezza clinica ed organizzativa, i tempi di attesa e la continuità assistenziale.
2. Essi devono essere compiutamente rispettati anche nelle indicazioni applicative e di interpretazione debitamente notificate. Del pari, piena osservazione deve essere garantita ai successivi atti (leggi, regolamenti, circolari ecc.) di modificazione o integrazione sulla materia, debitamente notificate.



Art. 4 Corrispettivo

1. Il corrispettivo non può superare quello definito dal presente accordo, anche per i residenti fuori regione, salvo specifici accordi, ed è composto dalla sommatoria dei valori delle prestazioni erogate in regime di ricovero, in regime ambulatoriale (entrambe a tariffa regionale), nonché, ove previsto, delle funzioni assistenziali remunerate in base al costo di produzione del programma di assistenza. I valori dei corrispettivi, precedentemente individuati, compresi i corrispettivi del valore della somministrazione diretta di farmaci, sono liquidati annualmente, al netto delle anticipazioni mensili di cui al presente accordo. Per la somministrazione dei farmaci dovranno essere previsti conguagli trimestrali.

Le tariffe applicate per determinare i costi e per remunerare le prestazioni oggetto del presente contratto, sono quelle previste dal tariffario regionale vigente al momento dell'effettuazione della prestazione per l'attività di ricovero ospedaliero (DGR n. 951/2013 e s.m.i.) e dal nomenclatore tariffario regionale vigente al momento della erogazione per l'attività di specialistica ambulatoriale (DGR n. 1863/2024 e s.m.i. nonché DGR n. 1202/2014 e s.m.i.).

Per i volumi di attività e relativi costi eccedenti i valori massimi contrattuali non potrà essere riconosciuta alcuna remunerazione. Tale limitazione vale anche per le prestazioni effettuate in favore di cittadini residenti fuori regione per le motivazioni richiamate nel successivo art. 5.

2. Le risorse assegnate come da DIEF riguarderanno le prestazioni da erogarsi, per l'intero triennio, così come di seguito specificato:

A) PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO E PRESTAZIONI AMBULATORIALI:

- a) Prestazioni di ricovero ordinario e prestazioni di specialistica ambulatoriale da erogarsi in favore dei pazienti residenti nella Regione Puglia.

Come convenuto nella riunione tenutasi in data 27/05/2025 tra la parte pubblica e le OO.RR., l'Erogatore si impegna, per la sola annualità 2025, a rinunciare alla quota di € 3.000.000,00 in favore della Pia Fondazione di Culto e di Religione card. G. Panico E.E. e dell'Ente Ecclesiastico - Ospedale Francesco Miulli, nella misura di € 1.500.000,00 cadauno.

Di seguito si riporta prospetto riepilogativo:

- Anno 2025: € 178.723.800,00 – € 3.000.000,00 = 175.723.800,00
- Anno 2026: € 181.314.000,00
- Anno 2027: € 181.314.000,00

2025	
tetto di spesa storico	172.680.000,00 €
incremento 3,5%	6.043.800,00 €
subtotale	178.723.800,00 €
decurtazione ex verbale del 27/05/2025	- 3.000.000,00 €
TOTALE	175.723.800,00 €

2026	
tetto di spesa storico	172.680.000,00 €
incremento 5%	8.634.000,00 €
TOTALE	181.314.000,00 €

2027	
tetto di spesa storico	172.680.000,00 €
incremento 5%	8.634.000,00 €
TOTALE	181.314.000,00 €

- b) Agli importi sopra riportati si aggiunge un incremento annuale di **30.260.710,00 €**, di cui al successivo art. 5, per i garantire le prestazioni nei confronti dei pazienti residenti in altre Regioni, con le tariffe vigenti nella regione Puglia.

Le prestazioni erogate nei confronti degli stranieri in conformità alla normativa vigente (STP, Cittadini europei - TEAM), non rientrano nei tetti di spesa di cui alle precedenti lett. a) e b) e sono riconosciute extra tetto.

B) FINANZIAMENTO PRESTAZIONI TEMPO-DIPENDENTI di cui all'art. 17 L.R. n. 34/2023

1. Per le prestazioni di cui all'art. 17, commi 1 e 2, della L.R. 30 novembre 2023, n. 34, si riconosce un corrispettivo annuo pari a complessivi € **11.534.632,37**, ripartiti come da seguente prospetto:

CORRISPETTIVO ANNUO PER IL TRIENNIO 2025-2027		
RICOVERI	SPECIALISTICA AMBULATORIALE	TOTALE
€ 10.749.843,28	€ 784.789,09	€ 11.534.632,37

2. La remunerazione per l'erogazione delle prestazioni di cui alla presente lett. B) è riconosciuta previo raggiungimento del tetto di spesa ordinario di cui alla lett. A) e limitatamente all'importo di cui al presente contratto, stabilito dal precedente punto 1.

C) FINANZIAMENTO FUNZIONI ASSISTENZIALI ex art. 8 sexies D.Lgs. n. 502/1992:

Per gli anni 2025, 2026 e 2027 si riconosce, come da prospetto sotto riportato, un corrispettivo annuo pari a € **31.315.050,00**.

ANNO 2025	€ 31.315.050,00
ANNO 2026	€ 31.315.050,00
ANNO 2027	€ 31.315.050,00

Qualora si dovessero registrare, negli anni 2025 e 2026, degli incrementi di costi relativi alle funzioni di cui alla presente lett. C), si riconosce un ulteriore rimborso, a copertura dei predetti costi, fino ad un massimo di € **3.333.333,33**, in ottemperanza all'art. 10 L.R. n. 39/2024. Tale rimborso, giusta DGR 23 dicembre 2024, n. 1881, trova applicazione anche per l'annualità 2024.

L'importo di cui alla presente lett. C) è finalizzato a garantire le funzioni assistenziali individuate dall'art. 20 della L.R. n. 28/2000, e che di seguito si riportano:

1. Emergenza urgenza (Rianimazione, terapia intensiva, pronto soccorso);
2. Trapianti (di organo, midollo osseo e di tessuto),
3. Malattie rare.

Ai sensi dell'art. 15, lett. g) del D.L. 95/2012 convertito con L. 135/2012, per le Aziende Ospedaliere, gli IRCCS e gli E.E. si conviene che la remunerazione delle funzioni non tariffate (FnT) dev'essere contenuta nel 30% del limite complessivo di remunerazione assegnato.

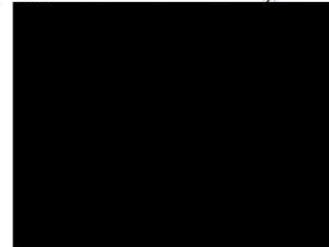
Si rimanda, per quanto non espressamente previsto, a quanto stabilito dalla DGR n. 982/2016.

D) RENDICONTAZIONE FARMACI

Risorse pari a € **13.000.000,00** annui.

Nei costi annui massimi sono compresi i corrispettivi a rendicontazione del valore della somministrazione diretta di farmaci, la cui eventuale maggiore erogazione sarà riconosciuta

all'Erogatore in fase di conguaglio, effettuabili anche in corso d'anno sulla base dei dati presenti nel Sistema informativo Edotto.



ART. 5**Remunerazione delle prestazioni erogate nei confronti di residenti al di fuori della Puglia**

1. Le prestazioni erogate nei confronti di persone residenti in altre Regioni d'Italia e/o in Paesi della Unione Europea e/o Extracomunitari sono remunerate secondo le tariffe vigenti nella Regione Puglia.
2. La legge di stabilità anno 2016, in combinato disposto con la legge di spending review (L. 135/12) ha previsto la definizione di un tetto di spesa complessivo regionale per le prestazioni rese dalle strutture private accreditate a favore dei pazienti extraregionali, tale da ridurre la spesa annua del 2% rispetto a quella consuntivata nel corso dell'anno 2011. Contestualmente, la norma in questione ha previsto la possibilità di programmare l'acquisto di prestazioni di alta specialità in deroga al limite del decreto-legge 6 luglio 2012 n. 95, purché ciò avvenga nel rispetto dell'equilibrio economico complessivo del SSR, anche mediante misure di compensazione.
3. Di conseguenza affinché possa essere favorita l'erogazione di prestazioni di alta specialità anche ai cittadini che richiedono cure in regioni diverse da quelle di residenza e, soprattutto, possa essere garantito il diritto di libera scelta e luogo di cura, in deroga ai limiti di spesa imposti di cui all'art. 15, co. 14 del decreto legge 6 luglio 2012 n. 95, in analogia a quanto stabilito in sede di confronto con le OO.RR. della Case di Cura private accreditate, si stabilisce per le prestazioni extraregionali di fare riferimento alla spesa riconosciuta su base regionale nel sistema Edotto con riferimento all'anno 2015. Pertanto si conviene che:
 - a) per gli anni 2025, 2026 e 2027 sarà riconosciuta la produzione erogata, nei limiti del valore economico di **€ 30.260.710,00 €**.
4. Le prestazioni rese in favore di cittadini residenti al di fuori della Puglia sono riconoscibili ove la Azienda USL sia posta dall'Erogatore nelle condizioni di poter esercitare il relativo addebito al competente Paese Europeo e/o Extracomunitario ovvero, attraverso la Regione Puglia, alla rispettiva Regione di residenza, conformemente a quanto previsto dalle disposizioni Comunitarie e/o dai Trattati regolanti la materia e, nell'ambito nazionale, dal vigente testo unico per la regolazione tra le Regioni delle prestazioni di natura sanitaria.
5. Fermo restando la facoltà delle singole Regioni di procedere, per il governo dei volumi di attività e dei tetti di spesa, alla modulazione, entro i valori massimi nazionali, degli importi tariffari praticati per la remunerazione dei soggetti erogatori pubblici e privati, in ottemperanza all'art. 171 della Legge n° 311 del 30/12/2004, è vietata nella remunerazione del singolo erogatore, l'applicazione alle singole prestazioni di importi tariffari diversi a seconda della residenza del paziente, indipendentemente dalle modalità con cui viene regolata la compensazione della mobilità sia intraregionale che interregionale. Sono nulli i contratti e gli accordi stipulati con i soggetti erogatori in violazione di detto principio.
6. In caso di contestazione della prestazione, l'Erogatore è tenuto a fornire alla Azienda ASL le controdeduzioni richieste che, ove non ritenute motivatamente valide da un dirigente individuato in via preventiva dalla Struttura UVARP Aziendale, quale esperto della materia, danno luogo nei confronti dell'erogatore all'addebito del controvalore allo stesso in precedenza già corrisposto.
7. Il pagamento da parte della Azienda ASL per le prestazioni rese dall'Erogatore nei confronti di residenti al di fuori della Regione avviene, fermo quant'altro disposto nel presente articolo,

secondo le modalità ed i termini generali previsti nel presente contratto e di cui al precedente comma 5.

8. Alla Regione viene riservata l'azione di recupero delle somme derivanti dal mancato riconoscimento di specifici ricoveri contestali e non riconosciuti dalle Regioni di residenza degli assistiti, informando, per il tramite delle ASL committente, l'Erogatore.
9. Fermo restando, in prima applicazione, il riconoscimento del tetto di spesa di cui al comma 3 lett. a), in attuazione dell'art. 9 L.R. n. 42/2024, si procede ad un eventuale *addendum* contrattuale per la disciplina della mobilità attiva e passiva.
10. La premessa di cui al primo punto lett. d) è da considerarsi quale parte integrante e sostanziale del presente accordo.

ART. 6

Obblighi, adempimenti dell'Erogatore e Sanzioni

L'Erogatore è tenuto ad osservare i seguenti obblighi e garantire i seguenti adempimenti:

- a) erogare le prestazioni di ricovero rientranti tra quelle delle discipline accreditate, nel rispetto del modello organizzativo di cui al RR.RR. n.23/2019 e n. 14/2020 ed in conformità alle eventuali modifiche che dovessero intervenire nel corso del triennio;
- b) garantire la compilazione della scheda di dimissione ospedaliera che, ai sensi dell'art. 1, comma 2, del decreto del Ministro della Sanita 28 dicembre 1991 e s.m.i., costituisce parte integrante della cartella clinica, di cui assume le medesime valenze di carattere medico-legale. La compilazione della scheda di dimissione ospedaliera e la codifica delle informazioni in essa contenute sono effettuate nel rigoroso rispetto delle istruzioni riportate nel disciplinare tecnico allegato al suddetto decreto e richiamate nella DGR 633 del 5/04/2011;
- c) prendere atto che la responsabilità della corretta compilazione della scheda di dimissione, in osservanza delle istruzioni riportate nell'allegato disciplinare tecnico, compete al medico della dimissione, individuato dal responsabile dell'unità operativa dalla quale il paziente è dimesso. La scheda di dimissione dovrà riportare la firma dello stesso medico responsabile della dimissione. La codifica delle informazioni sanitarie riportate nella scheda di dimissione ospedaliera è effettuata oltre che dallo stesso medico responsabile della dimissione di cui al presente comma, anche da altro personale sanitario, individuato dal direttore sanitario dell'istituto di cura. In entrambi i casi, il personale che effettua la codifica deve essere opportunamente formato ed addestrato;
- d) garantire che ciascuna cartella clinica ospedaliera deve rappresentare l'intero ricovero del paziente nell'istituto di cura, coincidente con la storia della degenza del paziente all'interno dell'istituto di cura. La cartella clinica ospedaliera ha, quindi, inizio al momento dell'accettazione del paziente da parte dell'istituto di cura, segue il paziente nel suo percorso all'interno della struttura ospedaliera ed ha termine al momento della dimissione del paziente dall'istituto di cura;
- e) assicurare che l'eventuale trasferimento interno del paziente da una unità operativa all'altra dello stesso istituto di cura non deve comportare la sua dimissione e successiva riammissione. Il numero identificativo, caratteristico di ciascuna cartella clinica e della relativa SDO, deve, pertanto, essere il medesimo per tutta la durata del ricovero, indipendentemente dai trasferimenti interni allo stesso istituto di cura. Fanno eccezione i casi di passaggio dal

ricovero ordinario al ricovero diurno, o viceversa, e il passaggio da ricovero acuto a riabilitazione o lungodegenza, o viceversa. In questi ultimi casi si dovrà procedere alla compilazione di una nuova cartella clinica e di una nuova scheda SDO;

- f) istituire l'obbligo della compilazione di una scheda di day-service (SDA), quale documento della cartella clinica del day- service;
- g) il Direttore Sanitario dell'Istituto di cura è responsabile delle verifiche in ordine alla compilazione delle schede di dimissione e della cartella clinica, nonché dei controlli sulla completezza e la congruità delle informazioni in esse riportate;
- h) garantire, che le prestazioni erogate in regime di day - service, dovranno essere erogati, nel rispetto delle modalità, dei protocolli diagnostico-terapeutici e delle tariffe di remunerazione, statuiti dalla Regione Puglia giusta D.G.R. n° 433 del 10 marzo 2011, D.G.R. 2863 del 20/12/2011 così come modificate ed integrate dalla DGR n. 1202/2014 e s.m.i., e comunque nei limiti dei tetti di spesa assegnati;
- i) garantire l'erogazione delle prestazioni sanitarie attraverso personale medico, sanitario non medico e tecnico, in possesso dei titoli abilitanti professionali previsti per legge, che non versi in situazioni di incompatibilità. L'erogazione delle prestazioni, rimane comunque sotto la diretta e personale sorveglianza del Direttore Sanitario della Struttura, nel rispetto della normativa e dei requisiti minimi strutturali, organizzativi, tecnologici e di sicurezza previsti dalla vigente legislazione;
- j) prendere atto della D.G.R. n° 834 del 27/05/2008, con la quale la Regione Puglia ha approvato il modello di analisi dell'appropriatezza organizzativa dei ricoveri per elenchi di procedure (M.A.A.P.), secondo quanto previsto dalla normativa vigente;
- k) assicurare la compilazione delle schede di rilevazione, come da fac-simile già trasmesso, al fine di alimentare il Registro Regionale di "Implantologia Protetica" di anca e/o ginocchio, giusto art. 40 della L.R. n° 4 del 25/02/2010 e circolari regionali prot. n° 24/231 /SP del 26/03/2010 e n° 24/235/SP del 30/03/2010. A tale riguardo, si precisa che nel rispetto di quanto disposto nelle succitate note, le schede di rilevazione dovranno essere compilate con accuratezza, al momento della dimissione del paziente o del suo trasferimento ad altra Unità Operativa, e inviate all'Osservatorio Epidemiologico Regione Puglia (OER), presso l'Università degli Studi di Bari. La stessa norma ha previsto che la mancata compilazione delle schede di rilevazione, determina l'impossibilità di dare corso alla remunerazione del ricovero;
- l) prendere atto che dal 1° gennaio 2011, tutte le SDO devono essere codificate nel rispetto della versione CMS 24 del Grouper;
- m) assumere l'impegno di adempiere agli obblighi informativi e di comunicazione previsti dal presente accordo, compresi quelli previsti nei confronti dei Cittadini. La violazione di tale obbligo dà luogo nei confronti dell'Erogatore al richiamo ed eventuale diffida;
- n) essere consapevole: che ove dai controlli della Azienda ASL, anche di natura ispettiva, si rilevi da parte dell'Erogatore un comportamento difforme o elusivo rispetto a quanto prescritto nel presente punto, nei confronti dello stesso si applicano con effetto immediato le disposizioni previste dall'art. 26 della l.r. n. 9/2017 e s.m.i.;
- o) garantire il rispetto dei tassi occupazionali pro-die dei posti letto accreditati;

- p) garantire il possesso ed il mantenimento dei requisiti generali e specifici concernenti la struttura, le tecnologie e l'organizzazione del servizio con particolare riferimento alla dotazione di personale quali condizioni preesistenti allo status di soggetto accreditato;
- q) garantire e non intralciare le attività dell'Azienda ASL, esperite per il tramite delle strutture UVARP c NIR, finalizzate ad accertare sia l'appropriatezza delle prestazioni erogate sia la congruenza tra prescrizioni e prestazioni rese correlate ai requisiti strutturali e tecnologici in possesso ed in uso, oltre alle relative tariffe, ai sensi della normativa vigente. L'Erogatore è consapevole che tali controlli possono essere effettuati in qualsiasi momento e nei limiti temporali decadenziali dell'anno solare in cui si concludono. Pertanto, sul presupposto che i controlli per l'anno di riferimento si concludono obbligatoriamente nell'anno solare successivo, ne discende che l'applicazione delle suddette misure devono essere disposte e concludersi nell'anno solare successivo e comunque entro il 31/12;
- r) impegnarsi ad inviare l'eventuale documentazione necessaria per la rendicontazione delle attività e delle funzioni non tariffate entro il 30 settembre dell'anno successivo a quello di riferimento. L'erogatore è consapevole che i criteri di rendicontazione sono quelli previsti dalla DGR 982/2016, che qui s'intendono integralmente trascritti;
- s) impegnarsi ai sensi del D.M. 70/2018 art. 1 co.5 lett. b) a trasmettere annualmente alla Sezione Bilancio della Sanità e dello Sport della Regione Puglia, l'ultimo bilancio approvato e la relativa relazione sull'ultimo bilancio approvato, redatti da una primaria società di revisione contabile, che attesti in modo esplicito ed inequivocabile la regolarità della continuità gestionale e finanziaria, l'assenza/evidenza di criticità (quali ad esempio stati patrimoniali, esposizione debitoria etc.) a garanzia della solidità e dell'affidabilità della struttura e dell'eventuale gruppo;
- t) impegnarsi ai sensi del D.M. 70/2015 art. 1 co.5 lett. b) ad esibire l'estratto sintetico di una relazione annuale dell'organismo di vigilanza previsto dal D. Lgs 8 giugno 2001, n. 231 - in materia di responsabilità amministrativa delle persone giuridiche - da cui risulti in modo esplicito ed inequivocabile l'efficace e corretta applicazione del modello organizzativo e l'assenza/evidenza di criticità;
- u) impegnarsi ai sensi del D.M. 70/2015 allegato 1) punto 4.6) a garantire le soglie minime di valore di attività, nel rispetto delle discipline accreditate e secondo i criteri e le determinazioni ivi richiamate, che qui s'intendono integralmente trascritte;
- v) impegnarsi, in conformità al Decreto Ministeriale n. 55 del 3 aprile 2013, a garantire in un'ottica di trasparenza, monitoraggio e rendicontazione della spesa pubblica, ad ottemperare all'obbligo di emissione, trasmissione, conservazione e archiviazione in forma elettronica delle fatture nei rapporti con le PA. La fatturazione elettronica dovrà essere conforme al tracciato - file xml - elaborato secondo il formato e il tracciato fattura PA. L'univocità del soggetto emittente e l'integrità del contenuto sono garantiti dalla firma elettronica qualificata di chi emette la fattura.

ART. 7**Obblighi e adempimenti demandati alla Azienda ASL territorialmente competente**

La Azienda ASL, attraverso la Struttura UVARP è tenuta ad effettuare:

- a) le verifiche tecnico-sanitarie, riguardanti l'appropriatezza clinico-diagnostica e diagnostica procedurale delle prestazioni sanitarie addebitate dall'erogatore, in esecuzione della normativa nazionale e regionale, ivi compresa la DGR 1491 del 25/6/2010 successivamente modificata dalla DGR 2252 del 26/10/2010 e dalla DGR 90 del 22/9/2019;
- b) i controlli sulla corretta e veritiera compilazione della SDO, con la quale avviene l'assegnazione del relativo DRG;
- c) il controllo Amministrativo, riguardante le prestazioni erogate in regime di Day-service, nel rispetto dei protocolli diagnostico-terapeutici, statuiti dalla Regione Puglia con le D.G.R. 433/2011 e DGR 2863 del 20/12/2011 così come modificate ed integrate dalle DD.GG.RR. nn. 1202/2014 e 2274/2014 e DGR n.2111/2020;
- d) i controlli finalizzati a verificare se i ricoveri effettuati mascherino altri scopi (indagini diagnostiche e strumentali di alto costo) e quindi strumentali per aumentare soltanto il fatturato;
- e) il controllo dei tassi occupazionali, pro-die, dei posti letto accreditati, in dotazione all'Erogatore.

I controlli dell'UVARP devono essere effettuati con cadenza trimestrale da effettuarsi entro e non oltre il trimestre successivo, e comunque a decorrere dalla validazione delle SDO e delle SDA nel SISR. Tale termine costituisce vincolo solo per la ASL e non già per l'Erogatore che deve garantire le prescrizioni previste dall'art. 6, lett. s) del presente contratto.

Alla fine delle attività di verifica, l'Unità di controllo, facente capo all'UVARP, redige apposito verbale con la dicitura "confermato" ovvero "contestato" con l'indicazione delle valutazioni tecniche e le correzioni apportate.

Per i ricoveri "contestati" qualora la Direzione Sanitaria della struttura erogante accetta le contestazioni, occorre disporre nota integrativa da allegare alla SDO e/o alla SDA cartacea. Tale modifica dev'essere riportata nel SISR-Edotto da parte della struttura amministrativa dell'Azienda ASL.

Per i ricoveri "contestati", qualora la Direzione Sanitaria della struttura erogante **non** accetti le contestazioni dell'UVARP, la stessa deve farlo rilevare nel verbale e dovrà, nei successivi 30gg, formulare idonee controdeduzioni da inoltrare all'UVARP Aziendale per le valutazioni e gli adempimenti conseguenti. Qualora le controdeduzioni, da notificare da parte dell'Erogatore nei successivi 30 gg. vengano ritenute non esaustive, l'UVARP nei successivi 30 gg, quantifica i DRG non ammessi e/o modificati, dandone comunicazione all'Erogatore ed alla Sezione Bilancio della Sanità e dello Sport, con nota a firma del Direttore Generale della ASL territorialmente competente.

Qualora invece, le controdeduzioni formulate dall'erogatore vengano accettate dall'Azienda, si procede alla ammissione alle procedure di liquidazione dei ricoveri precedentemente contestati.

Nei 90 giorni successivi rispetto al termine previsto dall'art. 6 lett, r) del presente accordo, la ASL dovrà procedere alla verifica e chiusura della rendicontazione delle funzioni non tariffate.

Ai sensi dell'art. 10 L.R. n. 37/2014, la ASL s'impegna a predisporre mensilmente e tempestivamente (possibilmente il giorno successivo lavorativo) i pagamenti rivenienti dai

trasferimenti disposti dall'Ente Regione a favore dell'Erogatore, nella misura del 98% del valore complessivo delle risorse assegnate con riferimento alle lett. A) e D) dell'art. 4 del presente accordo, e nella misura del 100% in riferimento alla lett. C) del succitato art. 4, con esclusione dell'incremento pari a € 3.333.333,33 ex art. 10 L.R. n. 39/2024, soggetti a rendicontazione.

Per quanto attiene le prestazioni tempo-dipendenti di cui all'art. 17 L.R. n. 34/2023 (art. 4 lett. B) del presente accordo), la ASL s'impegna a predisporre mensilmente e tempestivamente (possibilmente il giorno successivo lavorativo) i pagamenti rivenienti dai trasferimenti disposti dall'Ente Regione a favore dell'Erogatore, nella misura del 80% del valore complessivo delle risorse assegnate.

ART. 8

Dichiarazione di Conoscenza da parte dell'Erogatore e Norme Finali

1. L'Erogatore dà atto della conoscenza delle vigenti norme e regolamenti regionali disciplinanti la materia ed, in particolare, in materia di prestazioni di ricovero da parte dell'Erogatore, con riferimento alla parte normativa richiamata in premessa.
2. I tetti di remunerazione assumono come riferimento le tariffe vigenti al momento della sottoscrizione da parte dell'Erogatore del presente contratto. In caso di variazioni tariffarie, gli stessi si intendono confermati, ferma la potestà di procedere, nei limiti dei tetti di spesa assegnati e confermati, alla rimodulazione del piano e del volume delle prestazioni richieste all'Erogatore.
3. Il presente atto può essere oggetto di modifiche ed integrazioni per effetto di sopravvenute direttive o disposizioni regionali attinenti le modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie, in regime di ricovero ed in regime ambulatoriale.

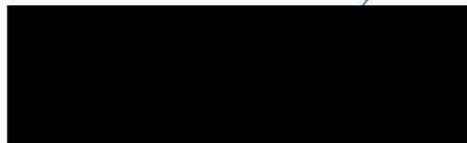
Eventuali controversie che dovessero insorgere circa la interpretazione del presente contratto verranno bonariamente risolte tra le parti. Ove ciò non sia possibile si procederà mediante le procedure previste dalla DGR n.90/2019.

Le parti si danno reciprocamente atto, che il presente contratto viene concluso in attuazione della normativa Nazionale e Regionale di cui in premessa ed in ottemperanza alle precisazioni formulate dal Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti regionali unitamente al Comitato Permanente per la verifica dei L.E.A. nella seduta del 4/4/2014 e di seguito riportate:

"Con la sottoscrizione del presente accordo la struttura accetta espressamente, completamente e incondizionatamente il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, di determinazione delle tariffe e ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto, in quanto atti che determinano il contenuto del contratto".

Restano salvi gli effetti di eventuali e sopravvenute modifiche normative (anche con riferimento all'entrata in vigore di quanto disposto dall'art. 15 Legge 5 agosto 2022, n. 118), nonché della perdita di requisiti strutturali e organizzativi nel corso del triennio, che possono determinare la modifica o la risoluzione, anche di diritto, del presente accordo.

Per tutto quanto non previsto nel presente contratto, si rimanda alle norme del c.c.



Letto, confermato e sottoscritto

Le parti si danno reciprocamente atto che il presente accordo avrà efficacia previa ratifica ed approvazione da parte della Giunta Regionale

Il Direttore del Dipartimento
Dott. Vito Montanaro,

[Redacted signature]

Data,

19/06/2025

Il Legale Rappresentante della Struttura Erogante
Il Direttore Generale
Dott. Gino Gumirato

[Redacted signature]

Data,

19/06/2025

Ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 del codice civile, si approvano esplicitamente le regolamentazioni contrattuali di cui agli artt.: da art. 1 a art. 8.

In pari data, letto, confermato e sottoscritto con esplicita approvazione dei punti che precedono.

L'Erogatore

[Redacted signature]



**REGIONE
PUGLIA**

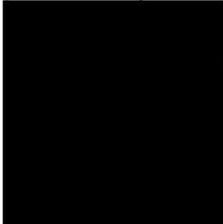
**ACCORDO CONTRATTUALE
ai sensi dell'art. 8 quinquies D.Lgs. n. 502/1992
TRIENNIO 2025/2026/2027**

TRA

Regione Puglia, con sede in Bari, Lungomare Nazario Sauro n. 38, rappresentata ai fini del presente atto dal Direttore del Dipartimento Promozione della Salute del Benessere Animale Dott. Vito Montanaro, in forza della deliberazione di nomina della Giunta Regionale del 26 Aprile 2021 n. 684

E

Ente Ecclesiastico - Ospedale Francesco Miulli, con sede Legale della Società in Acquaviva delle Fonti – Strada Provinciale 127 Acquaviva – Santeramo Km. 4.100, iscritto al n. 427 del Registro delle Persone Giuridiche presso la Prefettura di Bari cod. fiscale/ P.IVA 00574290722, al n. 00574290722, del Registro delle Imprese di Bari ed al n. BA-5660072 del Repertorio Economico Amministrativo tenuto presso la C.C.L.A.A. di Bari, di seguito indicato come "Erogatore", rappresentato legalmente dal Delegato: Mons. Domenico Laddaga nato a [REDACTED] giusta procura registrata al n. 10557 in data 11/03/2024 conferita dal Governatore Arcivescovo Russo Giuseppe – il quale, consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. n. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i., dichiara di non essere stato condannato con provvedimento definitivo per reati che comportino l'incapacità a contrarre con la Pubblica Amministrazione e che non sussistono altre cause di incompatibilità previste della normativa vigente.

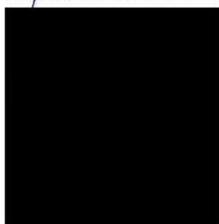


Premesso che:

- il D.Lgs. 502/92 e s.m.i, agli art. 8-bis, 8-quater e 8-quinquies, disciplina la partecipazione dei soggetti ex art 41 e 43 della L. 833/78 nei seguenti termini:
 - a) le regioni assicurano i livelli essenziali ed uniformi di assistenza avvalendosi anche dei soggetti accreditati cd. equiparati ai sensi dell'art. 8-quater, nel rispetto degli accordi contrattuali di cui all'art. 8-quinquies;
 - b) l'accREDITAMENTO istituzionale non costituisce vincolo per gli Enti del SSN-Regioni e ASL a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate, al di fuori degli accordi contrattuali di cui all'art. 8-quinquies;
 - c) le regioni stipulano altresì accordi con gli istituti, enti ed ospedali di cui agli articoli 41 e 43, secondo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e successive modificazioni, che prevedano che l'attività assistenziale, attuata in coerenza con la programmazione sanitaria regionale, sia finalizzata a prestazione in base ai tetti di spesa e ai volumi di attività predeterminati annualmente dalla programmazione regionale nel rispetto dei vincoli di bilancio.

Preso atto che:

- le strutture equiparate, per giurisprudenza consolidata, sono da considerarsi consustanziali agli Enti Pubblici, tanto che il loro apporto al Sistema Sanitario Nazionale, è da considerarsi "complementare", con l'obbligo di garantire la continuità assistenziale e l'erogazione delle prestazioni ospedaliere ed ambulatoriali, richieste dai cittadini, nel limite invalicabile delle risorse individuate con il presente Accordo e assegnate con il DIEF. Le medesime strutture, infatti, pur risultando equiparate agli specifici fini della programmazione, rimangono soggette ai tetti di spesa assegnati per la remunerazione delle prestazioni con oneri a carico del SSR (da ultimo, Cons. Stato sent. n. 7980 del 25/08/2023);
- l'art. 8-quinquies, ai commi 2 lett. a) b) c) d) e) ed e-bis), ha determinato gli elementi essenziali dell'accordo, suscettibili di essere integrati da ulteriori elementi di ravvisata opportunità, nella prospettiva del perseguimento degli obiettivi di razionalizzazione dei servizi già avviati e messi in atto con il riordino della rete ospedaliera pubblica, nell'ambito della quale, a seguito delle riconversioni dei PP.OO. pubblici, le strutture equiparate sono state qualificate come elementi utilmente inseriti nella programmazione regionale, ed in particolare nel circuito emergenza – urgenza;
- le strutture equiparate erogano l'assistenza sanitaria nel rispetto dei posti letto accreditati con riferimento al modello organizzativo richiamati nei RR.RR. n. 23/2019, n. 14/2020 e n. 8/2024, tenuto conto anche delle eventuali modifiche che dovessero intervenire nel corso del triennio.



SI STIPULA

Il presente accordo, con validità per gli anni 2025, 2026 e 2027, regola, da parte dell'Erogatore in premessa identificato:

- a) l'erogazione delle prestazioni di ricovero ospedaliero, in regime di D.H. e day service;
- b) l'erogazione delle prestazioni ambulatoriali;
- c) l'erogazione delle funzioni assistenziali di cui all'art. 8-sexies del D.Lgs. n. 502/1992 in favore di cittadini iscritti al SSN con oneri da porre a carico del SSR, anche con riferimento allo stanziamento di cui all'art. 10 L.R. n. 39/2024 e nei limiti dello stesso;
- d) l'erogazione delle prestazioni tempo-dipendenti, con espresso riferimento allo stanziamento di cui all'art. 17 L.R. 34/2023 e nei limiti del medesimo;
- e) la somministrazione diretta di farmaci.

Art. 1

Elementi essenziali oggetto dell'accordo

Il presente accordo contiene i seguenti elementi essenziali.

1. Disciplina il rapporto tra la Regione Puglia e l'Erogatore indicato in premessa, ai sensi dell'art. 8-quinquies del d.lgs. 502/1992 e s.m.i., per la erogazione nell'ambito del SSR, a prescindere dalla residenza degli assistiti, di prestazioni di assistenza sanitaria richieste secondo le tipologie di seguito indicate, a fronte del corrispettivo preventivato dal presente accordo:
 - a) prestazioni di assistenza ospedaliera in regime di degenza;
 - b) prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale;
 - c) altre prestazioni attribuite con provvedimento di Giunta.
2. Stabilisce le prestazioni oggetto dell'accordo che devono essere conformi al programma di integrazione dei servizi, per la parte riguardante l'Erogatore, quale rappresentazione del fabbisogno quali-quantitativo delle prestazioni da erogare da parte dello stesso. Quanto sopra in ottemperanza alla lett. a) del comma 2) dell'art. 8-quinquies del d.lgs. 502/1992 e s.m.i.
3. Determina il volume massimo annuo delle risorse riferite a tutte le prestazioni distinte per tipologia e per modalità di assistenza, richieste dagli utenti, nel corso del triennio di riferimento, e rientranti nei LEA, tenendo conto anche delle eventuali prestazioni soggette a preventiva autorizzazione della ASL per la fruizione presso le strutture accreditate del SSR, giusta lett. b) del comma 2 art. 8-quinquies cit., con la modifica prevista dal comma 1) quinquies dell'art 79 D.L. 25.06.2008 n°112 aggiunto dalla relativa legge di conversione.
4. Impegna l'Erogatore a rispettare i requisiti del servizio da rendere, con particolare riguardo ad accessibilità, appropriatezza clinica ed organizzativa, tempi di attesa e continuità assistenziale, in coerenza con la regolamentazione regionale in materia, giusta lett. c) del comma 2 art. 8-quinquies del d.lgs. 502/1992 e s.m.i.
5. Determina il corrispettivo preventivato quale budget complessivo definito come somma dei valori di budget delle prestazioni erogate in regime di ricovero e ambulatoriale a tariffazione regionale (ovvero dalla remunerazione a diaria per le fattispecie previste), nonché la remunerazione (ove prevista) extra-tariffaria delle funzioni specifiche previste dalle norme regionali, così come disciplinata e nei limiti previsti dalla DGR n. 982 del 6/7/2016.

6. Definisce il debito informativo dell'Erogatore per il monitoraggio di quanto previsto dal presente accordo e le procedure da eseguirsi per il controllo esterno di appropriatezza e qualità dell'assistenza prestata e delle prestazioni rese, in conformità alla regolamentazione nazionale e regionale di riferimento. Quanto sopra in ottemperanza a quanto previsto alla lett. e) del comma 2 art. 8-quinquies.
7. Stabilisce che, in caso di incremento, quantunque intervenuto nel corso dell'anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera, delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, nonché, delle altre prestazioni remunerate a tariffa, il volume delle attività e delle prestazioni richieste dagli utenti dev'essere assicurato a cura dell'Erogatore, e garantito nei limiti delle risorse definite ed assegnate con il presente accordo. Quanto sopra in ottemperanza alla lett. e-bis del comma 2 dell'art. 8-quinquies del d.lgs. 502/1992 e s.m.i.

Art. 2

Programma di erogazione dei servizi e delle attività

Il programma di erogazione dei servizi e delle attività, riguarda le prestazioni da erogare per:

- a) i cittadini residenti nel territorio regionale, compresi gli stranieri (STP, Cittadini europei - TEAM con riferimento alle prestazioni erogabili secondo la normativa vigente);
- b) i cittadini di residenza extraregionale.

Art. 3

Requisiti dei servizi

1. I requisiti dei servizi da rendere sono regolati dalle norme di legge nazionali e dai provvedimenti e documenti regionali vigenti, a cui le parti si impegnano a dare puntuale applicazione, in particolare per quanto concerne la accessibilità, l'appropriatezza clinica ed organizzativa, i tempi di attesa e la continuità assistenziale.
2. Essi devono essere compiutamente rispettati anche nelle indicazioni applicative e di interpretazione debitamente notificate. Del pari, piena osservazione deve essere garantita ai successivi atti (leggi, regolamenti, circolari ecc.) di modificazione o integrazione sulla materia, debitamente notificate.



Art. 4 Corrispettivo

1. Il corrispettivo non può mai superare quello definito dal presente accordo, anche per i residenti fuori regione, salvo specifici accordi, ed è composto dalla sommatoria dei valori delle prestazioni erogate in regime di ricovero, in regime ambulatoriale (entrambe a tariffa regionale), nonché, ove previsto, delle funzioni assistenziali remunerate in base al costo di produzione del programma di assistenza. I valori dei corrispettivi, precedentemente individuati, compresi i corrispettivi del valore della somministrazione diretta di farmaci, sono liquidati annualmente, al netto delle anticipazioni mensili di cui al presente accordo. Per la somministrazione dei farmaci dovranno essere previsti conguagli trimestrali.

Le tariffe applicate per determinare i costi e per remunerare le prestazioni oggetto del presente contratto, sono quelle previste dal tariffario regionale vigente al momento dell'effettuazione della prestazione per l'attività di ricovero ospedaliero (DGR n. 951/2013 e s.m.i.) e dal nomenclatore tariffario regionale vigente al momento della erogazione per l'attività di specialistica ambulatoriale (DGR n. 1863/2024 e s.m.i. nonché DGR n. 1202/2014 e s.m.i.).

Per i volumi di attività e relativi costi eccedenti i valori massimi contrattuali non potrà essere riconosciuta alcuna remunerazione. Tale limitazione vale anche per le prestazioni effettuate in favore di cittadini residenti fuori regione per le motivazioni richiamate nel successivo art. 5.

2. Le risorse assegnate come da DIEF riguarderanno le prestazioni da erogarsi, per l'intero triennio, così come di seguito specificato:

A) PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO E PRESTAZIONI AMBULATORIALI:

- a) Prestazioni di ricovero ordinario e prestazioni di specialistica ambulatoriale da erogarsi in favore dei pazienti residenti nella Regione Puglia.

Come convenuto nella riunione tenutasi in data 27/05/2025 tra la parte pubblica e le OO.RR., si prevede, per la sola annualità 2025, a valle degli incrementi percentuali normativamente previsti, un ulteriore incremento pari a € 1.500.000,00.

Di seguito si riporta prospetto riepilogativo:

- Anno 2025: € 112.307.850,00 + € 1.500.000,00 = € 113.807.850,00
- Anno 2026: € 113.935.500,00
- Anno 2027: € 113.935.500,00

2025		2026		2027	
tetto di spesa storico	108.510.000,00 €	tetto di spesa storico	108.510.000,00 €	tetto di spesa storico	108.510.000,00 €
incremento 3,5%	3.797.850,00 €	incremento 5%	5.425.500,00 €	incremento 5%	5.425.500,00 €
subtotale	112.307.850,00 €	TOTALE	113.935.500,00 €	TOTALE	113.935.500,00 €
ulteriore incremento ex verbale 27/05/2025	1.500.000,00 €				
TOTALE	113.807.850,00 €				

- b) Agli importi sopra riportati si aggiunge un incremento annuale di € 7.937.000,00, di cui al successivo art. 5, per i garantire le prestazioni nei confronti dei pazienti residenti in altre Regioni, con le tariffe vigenti nella regione Puglia.

Le prestazioni erogate nei confronti degli stranieri in conformità alla normativa vigente (STP, Cittadini europei - TEAM), non rientrano nei tetti di spesa di cui alle precedenti lett. a) e b) e sono riconosciute extra tetto.

B) FINANZIAMENTO PRESTAZIONI TEMPO-DIPENDENTI di cui all'art. 17 L.R. n. 34/2023

1. Per le prestazioni di cui all'art. 17, commi 1 e 2, della L.R. 30 novembre 2023, n. 34, si riconosce un corrispettivo pari a complessivi € **8.929.385,94** annui, ripartiti come da seguente prospetto:

CORRISPETTIVO ANNUO PER IL TRIENNIO 2025-2027		
RICOVERI	SPECIALISTICA AMBULATORIALE	TOTALE
€ 6.754.238,11	€ 2.175.147,83	€ 8.929.385,94

2. La remunerazione per l'erogazione delle prestazioni di cui alla presente lett. B) è riconosciuta previo raggiungimento del tetto di spesa ordinario di cui alla lett. A) e limitatamente all'importo di cui al presente contratto, stabilito dal precedente punto 1.

C) FINANZIAMENTO FUNZIONI ASSISTENZIALI ex art. 8 sexies D.Lgs. n. 502/1992:

Per gli anni 2025, 2026 e 2027 si riconosce, come da prospetto sotto riportato, un corrispettivo annuo, comprensivo della quota colonna hanseniana equivalente a € 2.500.000,00, pari a € **17.052.750,00**.

ANNO 2025	17.052.750,00
ANNO 2026	17.052.750,00
ANNO 2027	17.052.750,00

Qualora si dovessero registrare, negli anni 2025 e 2026, degli incrementi di costi relativi alle funzioni di cui alla presente lett. C), si riconosce un ulteriore rimborso, a copertura dei predetti costi, fino ad un massimo di € **3.333.333,34**, in ottemperanza all'art. 10 L.R. n. 39/2024. Tale rimborso, giusta DGR 23 dicembre 2024, n. 1881, trova applicazione anche per l'annualità 2024.

L'importo di cui alla presente lett. C) è finalizzato a garantire le funzioni assistenziali individuate dall'art. 20 della L.R. n. 28/2000, e che di seguito si riportano:

1. Emergenza urgenza (Rianimazione, terapia intensiva, pronto soccorso);
2. Trapianti (di organo, midollo osseo e di tessuto),
3. Malattie rare.

Ai sensi dell'art. 15, lett. g) del D.L. 95/2012 convertito con L. 135/2012, per le Aziende Ospedaliere, gli IRCCS e gli E.E. si conviene che la remunerazione delle funzioni non tariffate (FnT) dev'essere contenuta nel 30% del limite complessivo di remunerazione assegnato.

Si rimanda, per quanto non espressamente previsto, a quanto stabilito dalla DGR n. 982/2016.

D) RENDICONTAZIONE FARMACI

Risorse pari a € **10.000.000,00** annui.

Nei costi annui massimi sono compresi i corrispettivi a rendicontazione del valore della somministrazione diretta di farmaci, la cui eventuale maggiore erogazione sarà riconosciuta all'Erogatore in fase di conguaglio, effettuabili anche in corso d'anno sulla base dei dati presenti nel Sistema informativo Edotto.

ART. 5**Remunerazione delle prestazioni erogate nei confronti di residenti al di fuori della Puglia**

1. Le prestazioni erogate nei confronti di persone residenti in altre Regioni d'Italia e/o in Paesi della Unione Europea e/o Extracomunitari sono remunerate secondo le tariffe vigenti nella Regione Puglia.
2. La legge di stabilità anno 2016, in combinato disposto con la legge di spending review (L. 135/12) ha previsto la definizione di un tetto di spesa complessivo regionale per le prestazioni rese dalle strutture private accreditate a favore dei pazienti extraregionali, tale da ridurre la spesa annua del 2% rispetto a quella consuntivata nel corso dell'anno 2011. Contestualmente, la norma in questione ha previsto la possibilità di programmare l'acquisto di prestazioni di alta specialità in deroga al limite del decreto-legge 6 luglio 2012 n. 95, purché ciò avvenga nel rispetto dell'equilibrio economico complessivo del SSR, anche mediante misure di compensazione.
3. Di conseguenza affinché possa essere favorita l'erogazione di prestazioni di alta specialità anche ai cittadini che richiedono cure in regioni diverse da quelle di residenza e, soprattutto, possa essere garantito il diritto di libera scelta e luogo di cura, in deroga ai limiti di spesa imposti di cui all'art. 15, co. 14 del decreto legge 6 luglio 2012 n. 95, in analogia a quanto stabilito in sede di confronto con le OO.RR. della Case di Cura private accreditate, si stabilisce per le prestazioni extraregionali di fare riferimento alla spesa riconosciuta su base regionale nel sistema Edotto con riferimento all'anno 2015. Pertanto si conviene che:
 - a) per gli anni 2025, 2026 e 2027 sarà riconosciuta la produzione erogata, nei limiti del valore economico di **€ 7.937.000,00**.
4. Le prestazioni rese in favore di cittadini residenti al di fuori della Puglia sono riconoscibili ove la Azienda USL sia posta dall'Erogatore nelle condizioni di poter esercitare il relativo addebito al competente Paese Europeo e/o Extracomunitario ovvero, attraverso la Regione Puglia, alla rispettiva Regione di residenza, conformemente a quanto previsto dalle disposizioni Comunitarie e/o dai Trattati regolanti la materia e, nell'ambito nazionale, dal vigente testo unico per la regolazione tra le Regioni delle prestazioni di natura sanitaria.
5. Fermo restando la facoltà delle singole Regioni di procedere, per il governo dei volumi di attività e dei tetti di spesa, alla modulazione, entro i valori massimi nazionali, degli importi tariffari praticati per la remunerazione dei soggetti erogatori pubblici e privati, in ottemperanza all'art. 171 della Legge n° 311 del 30/12/2004, è vietata nella remunerazione del singolo erogatore, l'applicazione alle singole prestazioni di importi tariffari diversi a seconda della residenza del paziente, indipendentemente dalle modalità con cui viene regolata la compensazione della mobilità sia intraregionale che interregionale. Sono nulli i contratti e gli accordi stipulati con i soggetti erogatori in violazione di detto principio.
6. In caso di contestazione della prestazione, l'Erogatore è tenuto a fornire alla Azienda ASL le controdeduzioni richieste che, ove non ritenute motivatamente valide da un dirigente individuato in via preventiva dalla Struttura UVARP Aziendale, quale esperto della materia, danno luogo nei confronti dell'erogatore all'addebito del controvalore allo stesso in precedenza già corrisposto.
7. Il pagamento da parte della Azienda ASL per le prestazioni rese dall'Erogatore nei confronti di residenti al di fuori della Regione avviene, fermo quant'altro disposto nel presente articolo,

secondo le modalità ed i termini generali previsti nel presente contratto e di cui al precedente comma 5.

8. Alla Regione viene riservata l'azione di recupero delle somme derivanti dal mancato riconoscimento di specifici ricoveri contestali e non riconosciuti dalle Regioni di residenza degli assistiti, informando, per il tramite delle ASL committente l'Erogatore.
9. Fermo restando, in prima applicazione, il riconoscimento del tetto di spesa di cui al comma 3 lett. a), in attuazione dell'art. 9 L.R. n. 42/2024, si procede ad un eventuale *addendum* contrattuale per la disciplina della mobilità attiva e passiva.



ART. 6**Obblighi, adempimenti dell'Erogatore e Sanzioni**

L'Erogatore è tenuto ad osservare i seguenti obblighi e garantire i seguenti adempimenti:

- a) erogare le prestazioni di ricovero rientranti tra quelle delle discipline accreditate, nel rispetto del modello organizzativo di cui al RR.RR. n.23/2019 e n. 14/2020 ed in conformità alle eventuali modifiche che dovessero intervenire nel corso del triennio;
- b) garantire la compilazione della scheda di dimissione ospedaliera che, ai sensi dell'art. 1, comma 2, del decreto del Ministro della Sanita 28 dicembre 1991 e s.m.i., costituisce parte integrante della cartella clinica, di cui assume le medesime valenze di carattere medico-legale. La compilazione della scheda di dimissione ospedaliera e la codifica delle informazioni in essa contenute sono effettuate nel rigoroso rispetto delle istruzioni riportate nel disciplinare tecnico allegato al suddetto decreto e richiamate nella DGR 633 del 5/04/2011;
- c) prendere atto che la responsabilità della corretta compilazione della scheda di dimissione, in osservanza delle istruzioni riportate nell'allegato disciplinare tecnico, compete al medico della dimissione, individuato dal responsabile dell'unità operativa dalla quale il paziente è dimesso. La scheda di dimissione dovrà riportare la firma dello stesso medico responsabile della dimissione. La codifica delle informazioni sanitarie riportate nella scheda di dimissione ospedaliera è effettuata oltre che dallo stesso medico responsabile della dimissione di cui al presente comma, anche da altro personale sanitario, individuato dal direttore sanitario dell'istituto di cura. In entrambi i casi, il personale che effettua la codifica deve essere opportunamente formato ed addestrato;
- d) garantire che ciascuna cartella clinica ospedaliera deve rappresentare l'intero ricovero del paziente nell'istituto di cura, coincidente con la storia della degenza del paziente all'interno dell'istituto di cura. La cartella clinica ospedaliera ha, quindi, inizio al momento dell'accettazione del paziente da parte dell'istituto di cura, segue il paziente nel suo percorso all'interno della struttura ospedaliera ed ha termine al momento della dimissione del paziente dall'istituto di cura;
- e) assicurare che l'eventuale trasferimento interno del paziente da una unità operativa all'altra dello stesso istituto di cura non deve comportare la sua dimissione e successiva riammissione. Il numero identificativo, caratteristico di ciascuna cartella clinica e della relativa SDO, deve, pertanto, essere il medesimo per tutta la durata del ricovero, indipendentemente dai trasferimenti interni allo stesso istituto di cura. Fanno eccezione i casi di passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno, o viceversa, e il passaggio da ricovero acuto a riabilitazione o lungodegenza, o viceversa. In questi ultimi casi si dovrà procedere alla compilazione di una nuova cartella clinica e di una nuova scheda SDO;
- f) istituire l'obbligo della compilazione di una scheda di day-service (SDA), quale documento della cartella clinica del day- service;
- g) il Direttore Sanitario dell'Istituto di cura è responsabile delle verifiche in ordine alla compilazione delle schede di dimissione e della cartella clinica, nonché dei controlli sulla completezza e la congruità delle informazioni in esse riportate;
- h) garantire, che le prestazioni erogate in regime di day - service, dovranno essere erogati, nel rispetto delle modalità, dei protocolli diagnostico-terapeutici e delle tariffe di remunerazione, stabiliti dalla Regione Puglia giusta D.G.R. n° 433 del 10 marzo 2011, D.G.R. 2863 del

20/12/2011 così come modificate ed integrate dalla DGR n. 1202/2014 e s.m.i., e comunque nei limiti dei tetti di spesa assegnati;

- i) garantire l'erogazione delle prestazioni sanitarie attraverso personale medico, sanitario non medico e tecnico, in possesso dei titoli abilitanti professionali previsti per legge, che non versi in situazioni di incompatibilità. L'erogazione delle prestazioni, rimane comunque sotto la diretta e personale sorveglianza del Direttore Sanitario della Struttura, nel rispetto della normativa e dei requisiti minimi strutturali, organizzativi, tecnologici e di sicurezza previsti dalla vigente legislazione;
- j) prendere atto della D.G.R. n° 834 del 27/05/2008, con la quale la Regione Puglia ha approvato il modello di analisi dell'appropriatezza organizzativa dei ricoveri per elenchi di procedure (M.A.A.P.), secondo quanto previsto dalla normativa vigente;
- k) assicurare la compilazione delle schede di rilevazione, come da fac-simile già trasmesso, al fine di alimentare il Registro Regionale di "Implantologia Protetica" di anca e/o ginocchio, giusto art. 40 della L.R. n° 4 del 25/02/2010 e circolari regionali prot. n° 24/231 /SP del 26/03/2010 e n° 24/235/SP del 30/03/2010. A tale riguardo, si precisa che nel rispetto di quanto disposto nelle succitate note, le schede di rilevazione dovranno essere compilate con accuratezza, al momento della dimissione del paziente o del suo trasferimento ad altra Unità Operativa, e inviate all'Osservatorio Epidemiologico Regione Puglia (OER), presso l'Università degli Studi di Bari. La stessa norma ha previsto che la mancata compilazione delle schede di rilevazione, determina l'impossibilità di dare corso alla remunerazione del ricovero;
- l) prendere atto che dal 1° gennaio 2011, tutte le SDO devono essere codificate nel rispetto della versione CMS 24 del Group;e;
- m) assumere l'impegno di adempiere agli obblighi informativi e di comunicazione previsti dal presente accordo, compresi quelli previsti nei confronti dei Cittadini. La violazione di tale obbligo dà luogo nei confronti dell'Erogatore al richiamo ed eventuale diffida;
- n) essere consapevole: che ove dai controlli della Azienda ASL, anche di natura ispettiva, si rilevi da parte dell'Erogatore un comportamento difforme o elusivo rispetto a quanto prescritto nel presente punto, nei confronti dello stesso si applicano con effetto immediato le disposizioni previste dall'art. 26 della l.r. n. 9/2017 e s.m.i.;
- o) garantire il rispetto dei tassi occupazionali pro-die dei posti letto accreditati;
- p) garantire il possesso ed il mantenimento dei requisiti generali e specifici concernenti la struttura, le tecnologie e l'organizzazione del servizio con particolare riferimento alla dotazione di personale quali condizioni preesistenti allo status di soggetto accreditato;
- q) garantire e non intralciare le attività dell'Azienda ASL, esperite per il tramite delle strutture UVARP c NIR, finalizzate ad accertare sia l'appropriatezza delle prestazioni erogate sia la congruenza tra prescrizioni e prestazioni rese correlate ai requisiti strutturali e tecnologici in possesso ed in uso, oltre alle relative tariffe, ai sensi della normativa vigente. L'Erogatore è consapevole che tali controlli possono essere effettuati in qualsiasi momento e nei limiti temporali decadenziali dell'anno solare in cui si concludono. Pertanto, sul presupposto che i controlli per l'anno di riferimento si concludono obbligatoriamente nell'anno solare successivo, ne discende che l'applicazione delle suddette misure devono essere disposte e concludersi nell'anno solare successivo e comunque entro il 31/12;
- r) impegnarsi ad inviare l'eventuale documentazione necessaria per la rendicontazione delle attività e delle funzioni non tariffate entro il 30 settembre dell'anno successivo a quello di

riferimento. L'erogatore è consapevole che i criteri di rendicontazione sono quelli previsti dalla DGR 982/2016, che qui s'intendono integralmente trascritti;

- s) impegnarsi ai sensi del D.M. 70/2018 art. 1 co.5 lett. b) a trasmettere annualmente alla Sezione Bilancio della Sanità e dello Sport della Regione Puglia, l'ultimo bilancio approvato e la relativa relazione sull'ultimo bilancio approvato, redatti da una primaria società di revisione contabile, che attesti in modo esplicito ed inequivocabile la regolarità della continuità gestionale e finanziaria, l'assenza/evidenza di criticità (quali ad esempio stati patrimoniali, esposizione debitoria etc.) a garanzia della solidità e dell'affidabilità della struttura e dell'eventuale gruppo;
- t) impegnarsi ai sensi del D.M. 70/2015 art. 1 co.5 lett. b) ad esibire l'estratto sintetico di una relazione annuale dell'organismo di vigilanza previsto dal D. Lgs 8 giugno 2001, n. 231 - in materia di responsabilità amministrativa delle persone giuridiche - da cui risulti in modo esplicito ed inequivocabile l'efficace e corretta applicazione del modello organizzativo e l'assenza/evidenza di criticità;
- u) impegnarsi ai sensi del D.M. 70/2015 allegato 1) punto 4.6) a garantire le soglie minime di valore di attività, nel rispetto delle discipline accreditate e secondo i criteri e le determinazioni ivi richiamate, che qui s'intendono integralmente trascritte;
- v) impegnarsi, in conformità al Decreto Ministeriale n. 55 del 3 aprile 2013, a garantire in un'ottica di trasparenza, monitoraggio e rendicontazione della spesa pubblica, ad ottemperare all'obbligo di emissione, trasmissione, conservazione e archiviazione in forma elettronica delle fatture nei rapporti con le PA. La fatturazione elettronica dovrà essere conforme al tracciato - file xml - elaborato secondo il formato e il tracciato fattura PA. L'univocità del soggetto emittente e l'integrità del contenuto sono garantiti dalla firma elettronica qualificata di chi emette la fattura.



ART. 7**Obblighi e adempimenti demandati alla Azienda ASL territorialmente competente**

La Azienda ASL, attraverso la Struttura UVARP è tenuta ad effettuare:

- a) le verifiche tecnico-sanitarie, riguardanti l'appropriatezza clinico-diagnostica e diagnostica procedurale delle prestazioni sanitarie addebitate dall'erogatore, in esecuzione della normativa nazionale e regionale, ivi compresa la DGR 1491 del 25/6/2010 successivamente modificata dalla DGR 2252 del 26/10/2010 e dalla DGR 90 del 22/9/2019;
- b) i controlli sulla corretta e veritiera compilazione della SDO, con la quale avviene l'assegnazione del relativo DRG;
- c) il controllo Amministrativo, riguardante le prestazioni erogate in regime di Day-service, nel rispetto dei protocolli diagnostico-terapeutici, statuiti dalla Regione Puglia con le D.G.R. 433/2011 e DGR 2863 del 20/12/2011 così come modificate ed integrate dalle DD.GG.RR. nn. 1202/2014 e 2274/2014 e DGR n.2111/2020;
- d) i controlli finalizzati a verificare se i ricoveri effettuati mascherino altri scopi (indagini diagnostiche e strumentali di alto costo) e quindi strumentali per aumentare soltanto il fatturato;
- e) il controllo dei tassi occupazionali, pro-die, dei posti letto accreditati, in dotazione all'Erogatore.

I controlli dell'UVARP devono essere effettuati con cadenza trimestrale da effettuarsi entro e non oltre il trimestre successivo, e comunque a decorrere dalla validazione delle SDO e delle SDA nel SISR. Tale termine costituisce vincolo solo per la ASL e non già per l'Erogatore che deve garantire le prescrizioni previste dall'art. 6, lett. s) del presente contratto.

Alla fine delle attività di verifica, l'Unità di controllo, facente capo all'UVARP, redige apposito verbale con la dicitura "confermato" ovvero "contestato" con l'indicazione delle valutazioni tecniche e le correzioni apportate.

Per i ricoveri "contestati" qualora la Direzione Sanitaria della struttura erogante accetta le contestazioni, occorre disporre nota integrativa da allegare alla SDO e/o alla SDA cartacea. Tale modifica dev'essere riportata nel SISR-Edotto da parte della struttura amministrativa dell'Azienda ASL.

Per i ricoveri "contestati", qualora la Direzione Sanitaria della struttura erogante **non** accetti le contestazioni dell'UVARP, la stessa deve farlo rilevare nel verbale e dovrà, nei successivi 30gg, formulare idonee controdeduzioni da inoltrare all'UVARP Aziendale per le valutazioni e gli adempimenti conseguenti. Qualora le controdeduzioni, da notificare da parte dell'Erogatore nei successivi 30 gg. vengano ritenute non esaustive, l'UVARP nei successivi 30 gg, quantifica i DRG non ammessi e/o modificati, dandone comunicazione all'Erogatore ed alla Sezione Bilancio della Sanità e dello Sport, con nota a firma del Direttore Generale della ASL territorialmente competente.

Qualora invece, le controdeduzioni formulate dall'erogatore vengano accettate dall'Azienda, si procede alla ammissione alle procedure di liquidazione dei ricoveri precedentemente contestati.

Nei 90 giorni successivi rispetto al termine previsto dall'art. 6 lett, r) del presente accordo, la ASL dovrà procedere alla verifica e chiusura della rendicontazione delle funzioni non tariffate.



Ai sensi dell'art. 10 L.R. n. 37/2014, la ASL s'impegna a predisporre mensilmente e tempestivamente (possibilmente il giorno successivo lavorativo) i pagamenti rivenienti dai trasferimenti disposti dall'Ente Regione a favore dell'Erogatore, nella misura del 98% del valore complessivo delle risorse assegnate con riferimento alle lett. A) e D) dell'art. 4 del presente accordo, e nella misura del 100% in riferimento alla lett. C) del succitato art. 4, con esclusione dell'incremento pari a € 3.333.333,34 ex art. 10 L.R. n. 39/2024, soggetti a rendicontazione.

Per quanto attiene le prestazioni tempo-dipendenti di cui all'art. 17 L.R. n. 34/2023 (art. 4 lett. B) del presente accordo), la ASL s'impegna a predisporre mensilmente e tempestivamente (possibilmente il giorno successivo lavorativo) i pagamenti rivenienti dai trasferimenti disposti dall'Ente Regione a favore dell'Erogatore, nella misura del 80% del valore complessivo delle risorse assegnate.

ART. 8

Dichiarazione di Conoscenza da parte dell'Erogatore e Norme Finali

1. L'Erogatore da atto della conoscenza delle vigenti norme e regolamenti regionali disciplinanti la materia ed, in particolare, in materia di prestazioni di ricovero da parte dell'Erogatore, con riferimento alla parte normativa richiamata in premessa.
2. I tetti di remunerazione assumono come riferimento le tariffe vigenti al momento della sottoscrizione da parte dell'Erogatore del presente contratto. In caso di variazioni tariffarie, gli stessi si intendono confermati, ferma la potestà di procedere, nei limiti dei tetti di spesa assegnati e confermati, alla rimodulazione del piano e del volume delle prestazioni richieste all'Erogatore.
3. Il presente atto può essere oggetto di modifiche ed integrazioni per effetto di sopravvenute direttive o disposizioni regionali attinenti le modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie, in regime di ricovero ed in regime ambulatoriale.

Eventuali controversie che dovessero insorgere circa la interpretazione del presente contratto verranno bonariamente risolte tra le parti. Ove ciò non sia possibile si procederà mediante le procedure previste dalla DGR n.90/2019.

Le parti si danno reciprocamente atto, che il presente contratto viene concluso in attuazione della normativa Nazionale e Regionale di cui in premessa ed in ottemperanza alle precisazioni formulate dal Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti regionali unitamente al Comitato Permanente per la verifica dei L.E.A. nella seduta del 4/4/2014 e di seguito riportate:

“Con la sottoscrizione del presente accordo la struttura accetta espressamente, completamente e incondizionatamente il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, di determinazione delle tariffe e ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto, in quanto atti che determinano il contenuto del contratto.

In considerazione dell'accettazione dei suddetti provvedimenti (ossia i provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, delle tariffe ed ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto) con la sottoscrizione del presente contratto, la struttura privata rinuncia alle azioni/impugnazioni già intraprese avverso i predetti provvedimenti ovvero ai contenziosi instaurabili contro i provvedimenti già adottati e conoscibili”.

Restano salvi gli effetti di eventuali e sopravvenute modifiche normative (anche con riferimento all'entrata in vigore di quanto disposto dall'art. 15 Legge 5 agosto 2022, n. 118), nonché la perdita



dei requisiti strutturali e organizzativi nel corso del triennio, che possono determinare la modifica o la risoluzione, anche di diritto, del presente accordo.

Per tutto quanto non previsto nel presente contratto, si rimanda alle norme del c.c.

Letto, confermato e sottoscritto.

Le parti, altresì si danno reciprocamente atto che il presente accordo avrà efficacia previa ratifica ed approvazione da parte della Giunta Regionale

Il Direttore del Dipartimento
Dott. Vito Montanaro



Data,

19/06/2025

I Legali Rappresentanti della Struttura Erogante
Il Delegato
Mons. Domenico Laddaga



Data,

19/06/2025

Ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 del codice civile, si approvano esplicitamente le regolamentazioni contrattuali di cui agli artt.: da art. 1 a art. 8.

In pari data, letto, confermato e sottoscritto con esplicita approvazione dei punti che precedono.

L'Erogatore





ACCORDO CONTRATTUALE
ai sensi dell'art. 8 quinquies D.Lgs. n. 502/1992
TRIENNIO 2025/2026/2027

TRA

Regione Puglia, con sede in Bari, Lungomare Nazario Sauro n. 38, rappresentata ai fini del presente atto dal Direttore del Dipartimento Promozione della Salute del Benessere Animale Dott. Vito Montanaro, in forza della deliberazione di nomina della Giunta Regionale del 26 Aprile 2021 n. 684

E

Pia Fondazione di Culto e di Religione card. G. Panico E.E., con sede legale in Tricase, via San Pio X, di seguito indicata come "Erogatore", rappresentata legalmente da Suor Margherita Bramato – Direttore Generale – nata [REDACTED] la quale, consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i., dichiara di non essere stata condannata con provvedimento definitivo per reati che comportino l'incapacità a contrarre con la Pubblica Amministrazione e che non sussistono altre cause di incompatibilità previste dalla normativa vigente.

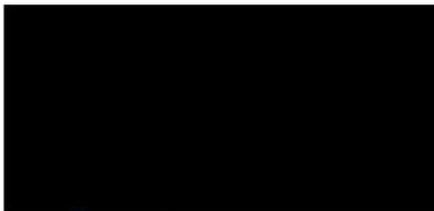


Premesso che:

- il D.Lgs. 502/92 e s.m.i, agli art. 8-bis, 8-quater e 8-quinquies, disciplina la partecipazione dei soggetti ex art 41 e 43 della L. 833/78 nei seguenti termini:
 - a) le regioni assicurano i livelli essenziali ed uniformi di assistenza avvalendosi anche dei soggetti accreditati cd. equiparati ai sensi dell'art. 8-quater, nel rispetto degli accordi contrattuali di cui all'art. 8-quinquies;
 - b) l'accREDITAMENTO istituzionale non costituisce vincolo per gli Enti del SSN-Regioni e ASL a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate, al di fuori degli accordi contrattuali di cui all'art. 8-quinquies;
 - c) le regioni stipulano altresì accordi con gli istituti, enti ed ospedali di cui agli articoli 41 e 43, secondo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e successive modificazioni, che prevedano che l'attività assistenziale, attuata in coerenza con la programmazione sanitaria regionale, sia finalizzata a prestazione in base ai tetti di spesa e ai volumi di attività predeterminati annualmente dalla programmazione regionale nel rispetto dei vincoli di bilancio.

Preso atto che:

- le strutture equiparate, per giurisprudenza consolidata, sono da considerarsi consustanziali agli Enti Pubblici, tanto che il loro apporto al Sistema Sanitario Nazionale, è da considerarsi "complementare", con l'obbligo di garantire la continuità assistenziale e l'erogazione delle prestazioni ospedaliere ed ambulatoriali, richieste dai cittadini, nel limite invalicabile delle risorse individuate con il presente Accordo e assegnate con il DIEF. Le medesime strutture, infatti, pur risultando equiparate agli specifici fini della programmazione, rimangono soggette ai tetti di spesa assegnati per la remunerazione delle prestazioni con oneri a carico del SSR (da ultimo, Cons. Stato sent. n. 7980 del 25/08/2023);
- l'art. 8-quinquies, ai commi 2 lett. a) b) c) d) e) ed e-bis), ha determinato gli elementi essenziali dell'accordo, suscettibili di essere integrati da ulteriori elementi di ravvisata opportunità, nella prospettiva del perseguimento degli obiettivi di razionalizzazione dei servizi già avviati e messi in atto con il riordino della rete ospedaliera pubblica, nell'ambito della quale, a seguito delle riconversioni dei PP.OO. pubblici, le strutture equiparate sono state qualificate come elementi utilmente inseriti nella programmazione regionale, ed in particolare nel circuito emergenza – urgenza;
- le strutture equiparate erogano l'assistenza sanitaria nel rispetto dei posti letto accreditati con riferimento al modello organizzativo richiamati nei RR.RR. n. 23/2019, n. 14/2020 e n. 8/2024, tenuto conto anche delle eventuali modifiche che dovessero intervenire nel corso del triennio.



SI STIPULA

Il presente accordo, con validità per gli anni 2025, 2026 e 2027, regola, da parte dell'Erogatore in premessa identificato:

- a) l'erogazione delle prestazioni di ricovero ospedaliero, in regime di D.H. e day service;
- b) l'erogazione delle prestazioni ambulatoriali;
- c) l'erogazione delle funzioni assistenziali di cui all'art. 8-sexies del D.Lgs. n. 502/1992 in favore di cittadini iscritti al SSN con oneri da porre a carico del SSR, anche con riferimento allo stanziamento di cui all'art. 10 L.R. n. 39/2024 e nei limiti dello stesso;
- d) l'erogazione delle prestazioni tempo-dipendenti, con espresso riferimento allo stanziamento di cui all'art. 17 L.R. 34/2023 e nei limiti del medesimo;
- e) la somministrazione diretta di farmaci.

Art. 1

Elementi essenziali oggetto dell'accordo

Il presente accordo contiene i seguenti elementi essenziali.

1. Disciplina il rapporto tra la Regione Puglia e l'Erogatore indicato in premessa, ai sensi dell'art. 8-quinquies del d.lgs. 502/1992 e s.m.i., per la erogazione nell'ambito del SSR, a prescindere dalla residenza degli assistiti, di prestazioni di assistenza sanitaria richieste secondo le tipologie di seguito indicate, a fronte del corrispettivo preventivato dal presente accordo:
 - a) prestazioni di assistenza ospedaliera in regime di degenza;
 - b) prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale;
 - c) altre prestazioni attribuite con provvedimento di Giunta.
2. Stabilisce le prestazioni oggetto dell'accordo che devono essere conformi al programma di integrazione dei servizi, per la parte riguardante l'Erogatore, quale rappresentazione del fabbisogno quali-quantitativo delle prestazioni da erogare da parte dello stesso. Quanto sopra in ottemperanza alla lett. a) del comma 2) dell'art. 8-quinquies del d.lgs. 502/1992 e s.m.i.
3. Determina il volume massimo annuo delle risorse riferite a tutte le prestazioni distinte per tipologia e per modalità di assistenza, richieste dagli utenti, nel corso del triennio di riferimento, e rientranti nei LEA, tenendo conto anche delle eventuali prestazioni soggette a preventiva autorizzazione della ASL per la fruizione presso le strutture accreditate del SSR, giusta lett. b) del comma 2 art. 8-quinquies cit., con la modifica prevista dal comma 1) quinquies dell'art 79 D.L. 25.06.2008 n°112 aggiunto dalla relativa legge di conversione.
4. Impegna l'Erogatore a rispettare i requisiti del servizio da rendere, con particolare riguardo ad accessibilità, appropriatezza clinica ed organizzativa, tempi di attesa e continuità assistenziale, in coerenza con la regolamentazione regionale in materia, giusta lett. c) del comma 2 art. 8-quinquies del d.lgs. 502/1992 e s.m.i.
5. Determina il corrispettivo preventivato quale budget complessivo definito come somma dei valori di budget delle prestazioni erogate in regime di ricovero e ambulatoriale a tariffazione regionale (ovvero dalla remunerazione a diaria per le fattispecie previste), nonché la remunerazione (ove prevista) extra-tariffaria delle funzioni specifiche previste dalle norme regionali, così come disciplinata e nei limiti previsti dalla DGR n. 982 del 6/7/2016.

6. Definisce il debito informativo dell'Erogatore per il monitoraggio di quanto previsto dal presente accordo e le procedure da eseguirsi per il controllo esterno di appropriatezza e qualità dell'assistenza prestata e delle prestazioni rese, in conformità alla regolamentazione nazionale e regionale di riferimento. Quanto sopra in ottemperanza a quanto previsto alla lett. e) del comma 2 art. 8-quinquies.
7. Stabilisce che, in caso di incremento, quantunque intervenuto nel corso dell'anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera, delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, nonché, delle altre prestazioni remunerate a tariffa, il volume delle attività e delle prestazioni richieste dagli utenti dev'essere assicurato a cura dell'Erogatore, e garantito nei limiti delle risorse definite ed assegnate con il presente accordo. Quanto sopra in ottemperanza alla lett. e-bis del comma 2 dell'art. 8-quinquies del d.lgs. 502/1992 e s.m.i.

Art. 2

Programma di erogazione dei servizi e delle attività

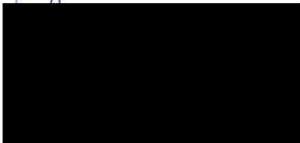
Il programma di erogazione dei servizi e delle attività, riguarda le prestazioni da erogare per:

- a) i cittadini residenti nel territorio regionale, compresi gli stranieri (STP, Cittadini europei - TEAM con riferimento alle prestazioni erogabili secondo la normativa vigente);
- b) i cittadini di residenza extraregionale.

Art. 3

Requisiti dei servizi

1. I requisiti dei servizi da rendere sono regolati dalle norme di legge nazionali e dai provvedimenti e documenti regionali vigenti, a cui le parti si impegnano a dare puntuale applicazione, in particolare per quanto concerne la accessibilità, l'appropriatezza clinica ed organizzativa, i tempi di attesa e la continuità assistenziale.
2. Essi devono essere compiutamente rispettati anche nelle indicazioni applicative e di interpretazione debitamente notificate. Del pari, piena osservazione deve essere garantita ai successivi atti (leggi, regolamenti, circolari ecc.) di modificazione o integrazione sulla materia, debitamente notificate.



Art. 4 Corrispettivo

1. Il corrispettivo non può mai superare quello definito dal presente accordo, anche per i residenti fuori regione, salvo specifici accordi, ed è composto dalla sommatoria dei valori delle prestazioni erogate in regime di ricovero, in regime ambulatoriale (entrambe a tariffa regionale), nonché, ove previsto, delle funzioni assistenziali remunerate in base al costo di produzione del programma di assistenza. I valori dei corrispettivi, precedentemente individuati, compresi i corrispettivi del valore della somministrazione diretta di farmaci, sono liquidati annualmente, al netto delle anticipazioni mensili di cui al presente accordo. Per la somministrazione dei farmaci dovranno essere previsti conguagli trimestrali.

Le tariffe applicate per determinare i costi e per remunerare le prestazioni oggetto del presente contratto, sono quelle previste dal tariffario regionale vigente al momento dell'effettuazione della prestazione per l'attività di ricovero ospedaliero (DGR n. 951/2013 e s.m.i.) e dal nomenclatore tariffario regionale vigente al momento della erogazione per l'attività di specialistica ambulatoriale (DGR n. 1863/2024 e s.m.i. nonché DGR n. 1202/2014 e s.m.i.).

Per i volumi di attività e relativi costi eccedenti i valori massimi contrattuali non potrà essere riconosciuta alcuna remunerazione. Tale limitazione vale anche per le prestazioni effettuate in favore di cittadini residenti fuori regione per le motivazioni richiamate nel successivo art. 5.

2. Le risorse assegnate come da DIF riguarderanno le prestazioni da erogarsi, per l'intero triennio, così come di seguito specificato:

A) PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO E PRESTAZIONI AMBULATORIALI:

- a) Prestazioni di ricovero ordinario e prestazioni di specialistica ambulatoriale da erogarsi in favore dei pazienti residenti nella Regione Puglia.

Come convenuto nella riunione tenutasi in data 27/05/2025 tra la parte pubblica e le OO.RR., si prevede, per la sola annualità 2025, a valle degli incrementi percentuali normativamente previsti, un ulteriore incremento pari a € 1.500.000,00.

Di seguito si riporta prospetto riepilogativo:

- Anno 2025: € 79.281.000,00 + € 1.500.000,00 = 80.781.000,00
- Anno 2026: € 80.430.000,00
- Anno 2027: € 80.430.000,00

2025		2026		2027	
tetto di spesa storico	76.600.000,00 €	tetto di spesa storico	76.600.000,00 €	tetto di spesa storico	76.600.000,00 €
incremento 3,5%	2.681.000,00 €	incremento 5%	3.830.000,00 €	incremento 5%	3.830.000,00 €
subtotale	79.281.000,00 €	TOTALE	80.430.000,00 €	TOTALE	80.430.000,00 €
ulteriore incremento ex verbale 27/05/2025	1.500.000,00 €				
TOTALE	80.781.000,00 €				

- b) Agli importi sopra riportati si aggiunge un incremento annuale di € 1.657.765,00, di cui al successivo art. 5, per i garantire le prestazioni nei confronti dei pazienti residenti in altre Regioni, con le tariffe vigenti nella regione Puglia.

Le prestazioni erogate nei confronti degli stranieri in conformità alla normativa vigente (STP, Cittadini europei - TEAM), non rientrano nei tetti di spesa di cui alle precedenti lett. a) e b) e sono riconosciute extra tetto.



B) FINANZIAMENTO PRESTAZIONI TEMPO-DIPENDENTI di cui all'art. 17 L.R. n. 34/2023

1. Per le prestazioni di cui all'art. 17, commi 1 e 2, della L.R. 30 novembre 2023, n. 34, si riconosce un corrispettivo pari a complessivi € **6.215.516,73**, ripartiti come da seguente prospetto:

CORRISPETTIVO ANNUO PER IL TRIENNIO 2025-2027		
RICOVERI	SPECIALISTICA AMBULATORIALE	TOTALE
€ 5.985.176,88	€ 230.339,85	€ 6.215.516,73

2. La remunerazione per l'erogazione delle prestazioni di cui alla presente lett. B) è riconosciuta previo raggiungimento del tetto di spesa ordinario di cui alla lett. A) e limitatamente all'importo di cui al presente contratto, stabilito dal precedente punto 1.

C) FINANZIAMENTO FUNZIONI ASSISTENZIALI ex art. 8 sexies D.Lgs. n. 502/1992:

Per gli anni 2025, 2026 e 2027 si riconosce un corrispettivo annuo, come da prospetto sotto riportato, pari a € **13.642.200,00**.

ANNO 2025	€ 13.642.200,00
ANNO 2026	€ 13.642.200,00
ANNO 2027	€ 13.642.200,00

Qualora si dovessero registrare, negli anni 2025 e 2026, degli incrementi di costi relativi alle funzioni di cui alla presente lett. C), si riconosce un ulteriore rimborso, a copertura dei predetti costi, fino ad un massimo di € **3.333.333,33**, in ottemperanza all'art. 10 L.R. n. 39/2024. Tale rimborso, giusta DGR 23 dicembre 2024, n. 1881, trova applicazione anche per l'annualità 2024.

L'importo di cui alla presente lett. C) è finalizzato a garantire le funzioni assistenziali individuate dall'art. 20 della L.R. n. 28/2000, che di seguito si riportano, :

1. Emergenza urgenza (Rianimazione, terapia intensiva, pronto soccorso);
2. Trapianti (di organo, midollo osseo e di tessuto),
3. Malattie rare.

Ai sensi dell'art. 15, lett. g) del D.L. 95/2012 convertito con L. 135/2012, per le Aziende Ospedaliere, gli IRCCS e gli E.E. si conviene che la remunerazione delle funzioni non tariffate (FnT) dev'essere contenuta nel 30% del limite complessivo di remunerazione assegnato.

Si rimanda, per quanto non espressamente previsto, a quanto stabilito dalla DGR n. 982/2016.

D) RENDICONTAZIONE FARMACI

Risorse pari a € **8.800.000,00** annui.

Nei costi annui massimi sono compresi i corrispettivi a rendicontazione del valore della somministrazione diretta di farmaci, la cui eventuale maggiore erogazione sarà riconosciuta all'Erogatore in fase di conguaglio, effettuabili anche in corso d'anno sulla base dei dati presenti nel Sistema informativo Edotto.

ART. 5**Remunerazione delle prestazioni erogate nei confronti di residenti al di fuori della Puglia**

1. Le prestazioni erogate nei confronti di persone residenti in altre Regioni d'Italia e/o in Paesi della Unione Europea e/o Extracomunitari sono remunerate secondo le tariffe vigenti nella Regione Puglia.
2. La legge di stabilità anno 2016, in combinato disposto con la legge di spending review (L. 135/12) ha previsto la definizione di un tetto di spesa complessivo regionale per le prestazioni rese dalle strutture private accreditate a favore dei pazienti extraregionali, tale da ridurre la spesa annua del 2% rispetto a quella consuntivata nel corso dell'anno 2011. Contestualmente, la norma in questione ha previsto la possibilità di programmare l'acquisto di prestazioni di alta specialità in deroga al limite del decreto-legge 6 luglio 2012 n. 95, purché ciò avvenga nel rispetto dell'equilibrio economico complessivo del SSR, anche mediante misure di compensazione.
3. Di conseguenza affinché possa essere favorita l'erogazione di prestazioni di alta specialità anche ai cittadini che richiedono cure in regioni diverse da quelle di residenza e, soprattutto, possa essere garantito il diritto di libera scelta e luogo di cura, in deroga ai limiti di spesa imposti di cui all'art. 15, co. 14 del decreto legge 6 luglio 2012 n. 95, in analogia a quanto stabilito in sede di confronto con le OO.RR. della Case di Cura private accreditate, si stabilisce per le prestazioni extraregionali di fare riferimento alla spesa riconosciuta su base regionale nel sistema Edotto con riferimento all'anno 2015. Pertanto si conviene che:
 - a) per gli anni 2025, 2026 e 2027 sarà riconosciuta la produzione erogata, nei limiti del valore economico di **€ 1.657.765,00**.
4. Le prestazioni rese in favore di cittadini residenti al di fuori della Puglia sono riconoscibili ove la Azienda USL sia posta dall'Erogatore nelle condizioni di poter esercitare il relativo addebito al competente Paese Europeo e/o Extracomunitario ovvero, attraverso la Regione Puglia, alla rispettiva Regione di residenza, conformemente a quanto previsto dalle disposizioni Comunitarie e/o dai Trattati regolanti la materia e, nell'ambito nazionale, dal vigente testo unico per la regolazione tra le Regioni delle prestazioni di natura sanitaria.
5. Fermo restando la facoltà delle singole Regioni di procedere, per il governo dei volumi di attività e dei tetti di spesa, alla modulazione, entro i valori massimi nazionali, degli importi tariffari praticati per la remunerazione dei soggetti erogatori pubblici e privati, in ottemperanza all'art. 171 della Legge n° 311 del 30/12/2004, è vietata nella remunerazione del singolo erogatore, l'applicazione alle singole prestazioni di importi tariffari diversi a seconda della residenza del paziente, indipendentemente dalle modalità con cui viene regolata la compensazione della mobilità sia intraregionale che interregionale. Sono nulli i contratti e gli accordi stipulati con i soggetti erogatori in violazione di detto principio.
6. In caso di contestazione della prestazione, l'Erogatore è tenuto a fornire alla Azienda ASL le controdeduzioni richieste che, ove non ritenute motivatamente valide da un dirigente individuato in via preventiva dalla Struttura UVARP Aziendale, quale esperto della materia, danno luogo nei confronti dell'erogatore all'addebito del controvalore allo stesso in precedenza già corrisposto.
7. Il pagamento da parte della Azienda ASL per le prestazioni rese dall'Erogatore nei confronti di residenti al di fuori della Regione avviene, fermo quant'altro disposto nel presente articolo,

secondo le modalità ed i termini generali previsti nel presente contratto e di cui al precedente comma 5.

8. Alla Regione viene riservata l'azione di recupero delle somme derivanti dal mancato riconoscimento di specifici ricoveri contestali e non riconosciuti dalle Regioni di residenza degli assistiti, informando, per il tramite delle ASL committente l'Erogatore.
9. Fermo restando, in prima applicazione, il riconoscimento del tetto di spesa di cui al comma 3 lett. a), in attuazione dell'art. 9 L.R. n. 42/2024, si procede ad un eventuale *addendum* contrattuale per la disciplina della mobilità attiva e passiva.



ART. 6**Obblighi, adempimenti dell'Erogatore e Sanzioni**

L'Erogatore è tenuto ad osservare i seguenti obblighi e garantire i seguenti adempimenti:

- a) erogare le prestazioni di ricovero rientranti tra quelle delle discipline accreditate, nel rispetto del modello organizzativo di cui al RR.RR. n.23/2019 e n. 14/2020 ed in conformità alle eventuali modifiche che dovessero intervenire nel corso del triennio;
- b) garantire la compilazione della scheda di dimissione ospedaliera che, ai sensi dell'art. 1, comma 2, del decreto del Ministro della Sanita 28 dicembre 1991 e s.m.i., costituisce parte integrante della cartella clinica, di cui assume le medesime valenze di carattere medico-legale. La compilazione della scheda di dimissione ospedaliera e la codifica delle informazioni in essa contenute sono effettuate nel rigoroso rispetto delle istruzioni riportate nel disciplinare tecnico allegato al suddetto decreto e richiamate nella DGR 633 del 5/04/2011;
- c) prendere atto che la responsabilità della corretta compilazione della scheda di dimissione, in osservanza delle istruzioni riportate nell'allegato disciplinare tecnico, compete al medico della dimissione, individuato dal responsabile dell'unità operativa dalla quale il paziente è dimesso. La scheda di dimissione dovrà riportare la firma dello stesso medico responsabile della dimissione. La codifica delle informazioni sanitarie riportate nella scheda di dimissione ospedaliera è effettuata oltre che dallo stesso medico responsabile della dimissione di cui al presente comma, anche da altro personale sanitario, individuato dal direttore sanitario dell'istituto di cura. In entrambi i casi, il personale che effettua la codifica deve essere opportunamente formato ed addestrato;
- d) garantire che ciascuna cartella clinica ospedaliera deve rappresentare l'intero ricovero del paziente nell'istituto di cura, coincidente con la storia della degenza del paziente all'interno dell'istituto di cura. La cartella clinica ospedaliera ha, quindi, inizio al momento dell'accettazione del paziente da parte dell'istituto di cura, segue il paziente nel suo percorso all'interno della struttura ospedaliera ed ha termine al momento della dimissione del paziente dall'istituto di cura;
- e) assicurare che l'eventuale trasferimento interno del paziente da una unità operativa all'altra dello stesso istituto di cura non deve comportare la sua dimissione e successiva riammissione. Il numero identificativo, caratteristico di ciascuna cartella clinica e della relativa SDO, deve, pertanto, essere il medesimo per tutta la durata del ricovero, indipendentemente dai trasferimenti interni allo stesso istituto di cura. Fanno eccezione i casi di passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno, o viceversa, e il passaggio da ricovero acuto a riabilitazione o lungodegenza, o viceversa. In questi ultimi casi si dovrà procedere alla compilazione di una nuova cartella clinica e di una nuova scheda SDO;
- f) istituire l'obbligo della compilazione di una scheda di day-service (SDA), quale documento della cartella clinica del day- service;
- g) il Direttore Sanitario dell'Istituto di cura è responsabile delle verifiche in ordine alla compilazione delle schede di dimissione e della cartella clinica, nonché dei controlli sulla completezza e la congruità delle informazioni in esse riportate;
- h) garantire, che le prestazioni erogate in regime di day - service, dovranno essere erogati, nel rispetto delle modalità, dei protocolli diagnostico-terapeutici e delle tariffe di remunerazione, statuiti dalla Regione Puglia giusta D.G.R. n° 433 del 10 marzo 2011, D.G.R. 2863 del/



- 20/12/2011 così come modificate ed integrate dalla DGR n. 1202/2014 e s.m.i., e comunque nei limiti dei tetti di spesa assegnati;
- i) garantire l'erogazione delle prestazioni sanitarie attraverso personale medico, sanitario non medico e tecnico, in possesso dei titoli abilitanti professionali previsti per legge, che non versi in situazioni di incompatibilità. L'erogazione delle prestazioni, rimane comunque sotto la diretta e personale sorveglianza del Direttore Sanitario della Struttura, nel rispetto della normativa e dei requisiti minimi strutturali, organizzativi, tecnologici e di sicurezza previsti dalla vigente legislazione;
 - j) prendere atto della D.G.R. n° 834 del 27/05/2008, con la quale la Regione Puglia ha approvato il modello di analisi dell'appropriatezza organizzativa dei ricoveri per elenchi di procedure (M.A.A.P.), secondo quanto previsto dalla normativa vigente;
 - k) assicurare la compilazione delle schede di rilevazione, come da fac-simile già trasmesso, al fine di alimentare il Registro Regionale di "Implantologia Protetica" di anca e/o ginocchio, giusto art. 40 della L.R. n° 4 del 25/02/2010 e circolari regionali prot. n° 24/231 /SP del 26/03/2010 e n° 24/235/SP del 30/03/2010. A tale riguardo, si precisa che nel rispetto di quanto disposto nelle succitate note, le schede di rilevazione dovranno essere compilate con accuratezza, al momento della dimissione del paziente o del suo trasferimento ad altra Unità Operativa, e inviate all'Osservatorio Epidemiologico Regione Puglia (OER), presso l'Università degli Studi di Bari. La stessa norma ha previsto che la mancata compilazione delle schede di rilevazione, determina l'impossibilità di dare corso alla remunerazione del ricovero;
 - l) prendere atto che dal 1° gennaio 2011, tutte le SDO devono essere codificate nel rispetto della versione CMS 24 del Grouper;
 - m) assumere l'impegno di adempiere agli obblighi informativi e di comunicazione previsti dal presente accordo, compresi quelli previsti nei confronti dei Cittadini. La violazione di tale obbligo dà luogo nei confronti dell'Erogatore al richiamo ed eventuale diffida;
 - n) essere consapevole: che ove dai controlli della Azienda ASL, anche di natura ispettiva, si rilevi da parte dell'Erogatore un comportamento difforme o elusivo rispetto a quanto prescritto nel presente punto, nei confronti dello stesso si applicano con effetto immediato le disposizioni previste dall'art. 26 della l.r. n. 9/2017 e s.m.i.;
 - o) garantire il rispetto dei tassi occupazionali pro-die dei posti letto accreditati;
 - p) garantire il possesso ed il mantenimento dei requisiti generali e specifici concernenti la struttura, le tecnologie e l'organizzazione del servizio con particolare riferimento alla dotazione di personale quali condizioni preesistenti allo status di soggetto accreditato;
 - q) garantire e non intralciare le attività dell'Azienda ASL, esperite per il tramite delle strutture UVARP c NIR, finalizzate ad accertare sia l'appropriatezza delle prestazioni erogate sia la congruenza tra prescrizioni e prestazioni rese correlate ai requisiti strutturali e tecnologici in possesso ed in uso, oltre alle relative tariffe, ai sensi della normativa vigente. L'Erogatore è consapevole che tali controlli possono essere effettuati in qualsiasi momento e nei limiti temporali decadenziali dell'anno solare in cui si concludono. Pertanto, sul presupposto che i controlli per l'anno di riferimento si concludono obbligatoriamente nell'anno solare successivo, ne discende che l'applicazione delle suddette misure devono essere disposte e concludersi nell'anno solare successivo e comunque entro il 31/12;
 - r) impegnarsi ad inviare l'eventuale documentazione necessaria per la rendicontazione delle attività e delle funzioni non tariffate entro il 30 settembre dell'anno successivo a quello di

riferimento. L'erogatore è consapevole che i criteri di rendicontazione sono quelli previsti dalla DGR 982/2016, che qui s'intendono integralmente trascritti;

- s) impegnarsi ai sensi del D.M. 70/2018 art. 1 co.5 lett. b) a trasmettere annualmente alla Sezione Bilancio della Sanità e dello Sport della Regione Puglia, l'ultimo bilancio approvato e la relativa relazione sull'ultimo bilancio approvato, redatti da una primaria società di revisione contabile, che attesti in modo esplicito ed inequivocabile la regolarità della continuità gestionale e finanziaria, l'assenza/evidenza di criticità (quali ad esempio stati patrimoniali, esposizione debitoria etc.) a garanzia della solidità e dell'affidabilità della struttura e dell'eventuale gruppo;
- t) impegnarsi ai sensi del D.M. 70/2015 art. 1 co.5 lett. b) ad esibire l'estratto sintetico di una relazione annuale dell'organismo di vigilanza previsto dal D. Lgs 8 giugno 2001, n. 231 - in materia di responsabilità amministrativa delle persone giuridiche - da cui risulti in modo esplicito ed inequivocabile l'efficace e corretta applicazione del modello organizzativo e l'assenza/evidenza di criticità;
- u) impegnarsi ai sensi del D.M. 70/2015 allegato 1) punto 4.6) a garantire le soglie minime di valore di attività, nel rispetto delle discipline accreditate e secondo i criteri e le determinazioni ivi richiamate, che qui s'intendono integralmente trascritte;
- v) impegnarsi, in conformità al Decreto Ministeriale n. 55 del 3 aprile 2013, a garantire in un'ottica di trasparenza, monitoraggio e rendicontazione della spesa pubblica, ad ottemperare all'obbligo di emissione, trasmissione, conservazione e archiviazione in forma elettronica delle fatture nei rapporti con le PA. La fatturazione elettronica dovrà essere conforme al tracciato - file xml - elaborato secondo il formato e il tracciato fattura PA. L'univocità del soggetto emittente e l'integrità del contenuto sono garantiti dalla firma elettronica qualificata di chi emette la fattura.



ART. 7**Obblighi e adempimenti demandati alla Azienda ASL territorialmente competente**

La Azienda ASL, attraverso la Struttura UVARP è tenuta ad effettuare:

- a) le verifiche tecnico-sanitarie, riguardanti l'appropriatezza clinico-diagnostica e diagnostica procedurale delle prestazioni sanitarie addebitate dall'erogatore, in esecuzione della normativa nazionale e regionale, ivi compresa la DGR 1491 del 25/6/2010 successivamente modificata dalla DGR 2252 del 26/10/2010 e dalla DGR 90 del 22/9/2019;
- b) i controlli sulla corretta e veritiera compilazione della SDO, con la quale avviene l'assegnazione del relativo DRG;
- c) il controllo Amministrativo, riguardante le prestazioni erogate in regime di Day-service, nel rispetto dei protocolli diagnostico-terapeutici, statuiti dalla Regione Puglia con le D.G.R. 433/2011 e DGR 2863 del 20/12/2011 così come modificate ed integrate dalle DD.GG.RR. nn. 1202/2014 e 2274/2014 e DGR n.2111/2020;
- d) i controlli finalizzati a verificare se i ricoveri effettuati mascherino altri scopi (indagini diagnostiche e strumentali di alto costo) e quindi strumentali per aumentare soltanto il fatturato;
- e) il controllo dei tassi occupazionali, pro-die, dei posti letto accreditati, in dotazione all'Erogatore.

I controlli dell'UVARP devono essere effettuati con cadenza trimestrale da effettuarsi entro e non oltre il trimestre successivo, e comunque a decorrere dalla validazione delle SDO e delle SDA nel SISR. Tale termine costituisce vincolo solo per la ASL e non già per l'Erogatore che deve garantire le prescrizioni previste dall'art. 6, lett. s) del presente contratto.

Alla fine delle attività di verifica, l'Unità di controllo, facente capo all'UVARP, redige apposito verbale con la dicitura "*confermato*" ovvero "*contestato*" con l'indicazione delle valutazioni tecniche e le correzioni apportate.

Per i ricoveri "*contestati*" qualora la Direzione Sanitaria della struttura erogante accetta le contestazioni, occorre disporre nota integrativa da allegare alla SDO e/o alla SDA cartacea. Tale modifica dev'essere riportata nel SISR-Edotto da parte della struttura amministrativa dell'Azienda ASL.

Per i ricoveri "*contestati*", qualora la Direzione Sanitaria della struttura erogante **non** accetti le contestazioni dell'UVARP, la stessa deve farlo rilevare nel verbale e dovrà, nei successivi 30gg, formulare idonee controdeduzioni da inoltrare all'UVARP Aziendale per le valutazioni e gli adempimenti conseguenti. Qualora le controdeduzioni, da notificare da parte dell'Erogatore nei successivi 30 gg. vengano ritenute non esaustive, l'UVARP nei successivi 30 gg, quantifica i DRG non ammessi e/o modificati, dandone comunicazione all'Erogatore ed alla Sezione Bilancio della Sanità e dello Sport, con nota a firma del Direttore Generale della ASL territorialmente competente.

Qualora invece, le controdeduzioni formulate dall'erogatore vengano accettate dall'Azienda, si procede alla ammissione alle procedure di liquidazione dei ricoveri precedentemente contestati.

Nei 90 giorni successivi rispetto al termine previsto dall'art. 6 lett, r) del presente accordo, la ASL dovrà procedere alla verifica e chiusura della rendicontazione delle funzioni non tariffate.



Ai sensi dell'art. 10 L.R. n. 37/2014, la ASL s'impegna a predisporre mensilmente e tempestivamente (possibilmente il giorno successivo lavorativo) i pagamenti rivenienti dai trasferimenti disposti dall'Ente Regione a favore dell'Erogatore, nella misura del 98% del valore complessivo delle risorse assegnate con riferimento alle lett. A) e D) dell'art. 4 del presente accordo, e nella misura del 100% in riferimento alla lett. C) del succitato art. 4, con esclusione dell'incremento pari a € 3.333.333,33 ex art. 10 L.R. n. 39/2024, soggetti a rendicontazione.

Per quanto attiene le prestazioni tempo-dipendenti di cui all'art. 17 L.R. n. 34/2023 (art. 4 lett. B) del presente accordo), la ASL s'impegna a predisporre mensilmente e tempestivamente (possibilmente il giorno successivo lavorativo) i pagamenti rivenienti dai trasferimenti disposti dall'Ente Regione a favore dell'Erogatore, nella misura del 80% del valore complessivo delle risorse assegnate.

ART. 8

Dichiarazione di Conoscenza da parte dell'Erogatore e Norme Finali

1. L'Erogatore da atto della conoscenza delle vigenti norme e regolamenti regionali disciplinanti la materia ed, in particolare, in materia di prestazioni di ricovero da parte dell'Erogatore, con riferimento alla parte normativa richiamata in premessa.
2. I tetti di remunerazione assumono come riferimento le tariffe vigenti al momento della sottoscrizione da parte dell'Erogatore del presente contratto. In caso di variazioni tariffarie, gli stessi si intendono confermati, ferma la potestà di procedere, nei limiti dei tetti di spesa assegnati e confermati, alla rimodulazione del piano e del volume delle prestazioni richieste all'Erogatore.
3. Il presente atto può essere oggetto di modifiche ed integrazioni per effetto di sopravvenute direttive o disposizioni regionali attinenti le modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie, in regime di ricovero ed in regime ambulatoriale.

Eventuali controversie che dovessero insorgere circa la interpretazione del presente contratto verranno bonariamente risolte tra le parti. Ove ciò non sia possibile si procederà mediante le procedure previste dalla DGR n.90/2019.

Le parti si danno reciprocamente atto, che il presente contratto viene concluso in attuazione della normativa Nazionale e Regionale di cui in premessa ed in ottemperanza alle precisazioni formulate dal Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti regionali unitamente al Comitato Permanente per la verifica dei L.E.A. nella seduta del 4/4/2014 e di seguito riportate:

“Con la sottoscrizione del presente accordo la struttura accetta espressamente, completamente e incondizionatamente il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, di determinazione delle tariffe e ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto, in quanto atti che determinano il contenuto del contratto.

In considerazione dell'accettazione dei suddetti provvedimenti (ossia i provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, delle tariffe ed ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto) con la sottoscrizione del presente contratto, la struttura privata rinuncia alle azioni/impugnazioni già intraprese avverso i predetti provvedimenti ovvero ai contenziosi instaurabili contro i provvedimenti già adottati e conoscibili”.

Restano salvi gli effetti di eventuali e sopravvenute modifiche normative (anche con riferimento all'entrata in vigore di quanto disposto dall'art. 15 Legge 5 agosto 2022, n. 118), nonché la perdita

dei requisiti strutturali e organizzativi nel corso del triennio, che possono determinare la modifica o la risoluzione, anche di diritto, del presente accordo.

Per tutto quanto non previsto nel presente contratto, si rimanda alle norme del c.c.

Letto, confermato e sottoscritto.

Le parti si danno reciprocamente atto che il presente accordo avrà efficacia previa ratifica ed approvazione da parte della Giunta Regionale

Il Direttore del Dipartimento
Dott. Vito Montanaro



Data,

19/06/2025

Il Legale Rappresentante della Struttura Erogante
Il Direttore Generale
Suor Margherita Bramato



Data,

19/06/2025

Ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 del codice civile, si approvano esplicitamente le regolamentazioni contrattuali di cui agli artt.: da art. 1 a art. 8.

In pari data, letto, confermato e sottoscritto con esplicita approvazione dei punti che precedono.

L'Erogatore



Il Dirigente della Sezione SGO

Mauro Nicastro



Mauro Nicastro
11.09.2025
20:11:54
GMT+02:00



REGIONE PUGLIA
SEZIONE BILANCIO RAGIONERIA PARERE DI REGOLARITA' CONTABILE
(D. Lgs. n. 118/11 e s.m.i.)

UFFICIO	TIPO	ANNO	NUMERO	DATA
SGO	DEL	2025	124	12.09.2025

DETERMINAZIONE DEL FONDO UNICO DI REMUNERAZIONE PER LE STRUTTURE EQUIPARATE CHE EROGANO ASSISTENZA SANITARIA NELL'AMBITO TERRITORIALE DELLA REGIONE PUGLIA # TRIENNIO 2025-2027. RATIFICA ACCORDI CONTRATTUALI SOTTOSCRITTI IN DATA 19.06.2025.

VISTO SI PRENDE ATTO

ANNOTAZIONE:



Firmato digitalmente da:
STOLFA REGINA
Firmato il 12/09/2025 13:50
Seriale Certificato: 2300950
Valido dal 20/03/2023 al 20/03/2026
InfoCertem Qualified Electronic Signature CA

Responsabile del Procedimento
E.Q.-CARMEN PARTIPILO

Dirigente
D.SSA REGINA STOLFA



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 12 settembre 2025, n. 1315

Approvazione dello schema di “Protocollo d’Intesa tra la Regione Puglia, il Comune di Trani e la Azienda Sanitaria Locale BT di definizione dell’organizzazione del Presidio Territoriale di Assistenza (PTA) di Trani”.

LA GIUNTA REGIONALE

VISTI:

- gli artt. 4, 5 e 6 della L.R. 4 febbraio 1997, n. 7;
- la Deliberazione della Giunta Regionale n. 3261 del 28 luglio 1998;
- gli artt. 4 e 16 del D.lgs. n. 165 del 30.03.2001 e ss.mm.ii.;
- gli artt. 43 e 44 dello Statuto della Regione Puglia;
- il Decreto del Presidente della Giunta regionale 22 gennaio 2021, n. 22 e ss.mm.ii., recante l’Atto di Alta Organizzazione “M.A.I.A. 2.0”;
- il Regolamento interno di questa Giunta;

VISTO il documento istruttorio del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale, Sezione Strategie e Governo dell’offerta, Servizio Strategie e Governo dell’assistenza Territoriale - Rapporti Istituzionali e Capitale Umano SSR concernente l’argomento in oggetto e la conseguente proposta del Vicepresidente della Giunta Regionale con delega alla Sanità e Benessere Animale, Sport per Tutti.

PRESO ATTO

- a) delle sottoscrizioni dei responsabili della struttura amministrativa competente, ai fini dell’attestazione della regolarità amministrativa dell’attività istruttoria e della proposta, ai sensi dell’art. 6, co. 8 delle Linee guida sul “Sistema dei controlli interni nella Regione Puglia”, adottate con D.G.R. 23 luglio 2019, n. 1374;
- b) della dichiarazione del Direttore di Dipartimento, in merito a eventuali osservazioni sulla proposta di deliberazione, ai sensi degli artt. 18 e 20 del Decreto del Presidente della Giunta regionale 22 gennaio 2021, n. 22 e ss.mm.ii.;

Con voto favorevole espresso all’unanimità dei presenti e per le motivazioni contenute nel documento istruttorio che è parte integrante e sostanziale della presente deliberazione

DELIBERA

1. di approvare lo schema di “Protocollo d’Intesa tra la Regione Puglia, il Comune di Trani e la Azienda Sanitaria Locale BT di definizione dell’organizzazione del Presidio Territoriale di Assistenza (PTA) di Trani” che definisce l’organizzazione del PTA di Trani, di cui all’Allegato A, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. di dare mandato al Vicepresidente della Giunta Regionale con delega alla Sanità e Benessere Animale, Sport per Tutti, alla sottoscrizione del Protocollo di cui al punto 1;
3. di stabilire che il Commissario Straordinario della ASL BT adotti i provvedimenti conseguenti all’approvazione del Protocollo di cui al punto 1, al fine di dare concreta operatività al medesimo;
4. di dare atto che dalla presente deliberazione non derivano oneri a carico del bilancio della Regione Puglia;
5. di notificare il presente provvedimento, a cura della Sezione Strategie e Governo dell’ Offerta, al Commissario Straordinario della ASL BT e al Comune di Trani;

6. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia, ai sensi della L.R. 18/2023.

Il Segretario Generale della Giunta

NICOLA PALADINO

Il Presidente della Giunta

RAFFAELE PIEMONTESE

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Oggetto: Approvazione dello schema di “Protocollo d’Intesa tra la Regione Puglia, il Comune di Trani e la Azienda Sanitaria Locale BT di definizione dell’organizzazione del Presidio Territoriale di Assistenza (PTA) di Trani”.

Visti:

- la Legge n. 241/1990 recante “Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi” e ss.mm.ii.;
- l’art. 15 della legge n. 241/1990, che sancisce gli accordi fra le Pubbliche Amministrazioni per disciplinare lo svolgimento in collaborazione di attività di interesse comune;
- il D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i., all’art. 2, co. 1, attribuisce alle Regioni l’esercizio delle funzioni legislative ed amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera, nel rispetto dei principi stabiliti dalle leggi nazionali;
- la Legge Regionale 28 dicembre 1994, n. 36 “Norme e principi per il riordino del Servizio sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421”;
- il D.Lgs. n. 165/2001 recante “Norme generali sull’ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche” e ss. mm. ii.;
- la legge Regionale 3 agosto 2006, n. 25 “Principi e organizzazione del Servizio sanitario regionale”;
- il D.Lgs. n. 33/2013 recante “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”;
- la legge n. 190/2012 recante “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione”;
- il Decreto ministeriale 2 aprile 2015, n. 70 con cui è stato definito il “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”, acquisita l’intesa in sede di Conferenza Stato – Regioni (Rep. Atti n. 198/CSR del 13 gennaio 2015) e come da indicazioni contenute all’articolo 1, comma 2 del DM 70/2015, le Regioni devono adottare un provvedimento di riduzione della dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati pervenendo ad un tasso non superiore ai 3,7 posti letto per mille abitanti., comprensivi dello 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie;
- il Decreto Ministeriale 12 marzo 2019 “Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell’assistenza sanitaria”;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 1933 del 30/11/2016, a parziale modifica e integrazione delle D.G.R. n. 161/2016 e n. 265/2016, con cui è stata adottata la proposta di Regolamento di riordino della rete ospedaliera, recependo anche alcune delle indicazioni del Ministero della Salute e del Tavolo tecnico D.M. n. 70/2015;
- Il Regolamento Regionale 21 gennaio 2019, n.7 recante: “Regolamento regionale sul modello organizzativo e di funzionamento dei Presidi Territoriali di Assistenza”;
- il Regolamento regionale 22 novembre 2019, n. 23, con il quale la Regione Puglia ha approvato il “Riordino ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del D.M. n° 70/2015 e delle Leggi di Stabilità 2016/2017”, dopo aver acquisito il parere favorevole da parte del Ministero della Salute;
- la deliberazione di Giunta Regionale 19 marzo 2020, n. 375 ad oggetto: “Approvazione Regolamento regionale “Modifiche al Regolamento regionale 21 gennaio 2019, n.7 (Regolamento regionale sul modello organizzativo e di funzionamento dei Presidi Territoriali di Assistenza)”;
- il Regolamento Regionale 20 agosto 2020, n. 14 recante: “Potenziamento della rete ospedaliera, ai sensi dell’art. 2 del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34. Modifica e integrazione del Regolamento regionale n. 23/2019”;

- la deliberazione di Giunta regionale n. 1974 del 07/12/2020, recante “Approvazione Atto di Alta Organizzazione. Modello Organizzativo “MAIA 2.0”; la D.G.R. 15 settembre 2021, n. 1466 recante l’approvazione della Strategia regionale per la parità, denominata “Agenda di Genere”;
- la deliberazione di Giunta Regionale n. 688 dell’11 maggio 2022 ad oggetto “Approvazione Rete Assistenziale Territoriale in attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – D.M. 20 gennaio 2022 e della Deliberazione di Giunta Regionale n.134 del 15/02/2022”;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 1868 del 14/12/2022 avente ad oggetto “Definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale ai sensi del DM 77/2022”;
- la D.G.R. 26 settembre 2024, n. 1295 recante “Valutazione di Impatto di Genere (VIG). Approvazione indirizzi metodologico-operativi e avvio fase strutturale”.
- la deliberazione di Giunta regionale n. 1384 del 03/10/2024 avente ad oggetto “Approvazione definitiva Regolamento Regionale “Aggiornamento della Rete ospedaliera ai sensi del D.M. n. 70/2015– Approvazione Schema di Regolamento avente ad oggetto “Modifica e integrazione del Regolamento regionale n. 23/2019 e del R.R. n. 14/2020””. Modifica ed integrazione deliberazione di Giunta regionale n. 1119 del 31/07/2024”;
- Il Regolamento Regionale 31 ottobre 2024, n. 8 recante “Modifica e integrazione del Regolamento regionale n. 23/2019 e del R.R. n. 14/2020.

Considerato che:

In base al Decreto Ministeriale n. 70 del 2015 e alla Legge n. 208 del 28 dicembre 2015 (la cosiddetta Legge di Stabilità 2016), sono stati stabiliti i nuovi standard qualitativi, quantitativi e tecnologici. L’obiettivo è rendere le reti ospedaliere nazionali più uniformi, migliorando la sicurezza, l’efficacia delle cure e la gestione.

Il Regolamento Regionale n. 7/2019 definisce il modello organizzativo e di funzionamento dei Presidi Territoriali di Assistenza nella Regione Puglia.

Il Presidio Territoriale di Assistenza (cd. PTA) è una Struttura del Distretto Socio-Sanitario che fornisce assistenza ai bisogni di salute della popolazione aggregando e/o integrando funzionalmente le diverse componenti dell’assistenza territoriale, secondo livelli di complessità variabili e in coerenza con gli obiettivi stabiliti dalla legge regionale 3 agosto 2006 n. 25.

Tra gli obiettivi primari del PTA vi sono:

- l’organizzazione in modo appropriato, efficace ed efficiente dei percorsi dei pazienti in relazione ai loro bisogni di salute, con particolare attenzione alle persone con patologie croniche;
- l’organizzazione della transizione tra cure primarie e cure secondarie e terziarie, promuovendo percorsi assistenziali integrati che mettano in evidenza le responsabilità, i contributi e i risultati di tutti i professionisti impegnati nella filiera di cura e assistenza;
- la riduzione del ricorso all’assistenza ospedaliera, qualora inappropriata e gestibile nel setting assistenziale territoriale.

Il citato Regolamento 7/2019 prevede per l’Azienda Sanitaria Locale (ASL) BT l’istituzione di n. 3 (tre) Presidi Territoriali di Assistenza presso le strutture di Minervino Murge, Spinazzola e Trani, e di n. 1 (uno) Presidio Post Acuzie presso la struttura di Canosa di Puglia.

Con la deliberazione di Giunta Regionale n. 375 del 19/03/2020 ad oggetto “Approvazione Regolamento regionale “Modifiche al Regolamento regionale 21 gennaio 2019, n.7 (Regolamento regionale sul modello organizzativo e di funzionamento dei Presidi Territoriali di Assistenza)” sono state approvate le schede dei Presidi Territoriali di Assistenza, che sostituiscono le schede di cui alle pagine da 39 a 98 dell’allegato al citato Regolamento regionale 21 gennaio 2019, n.7.

Con il Regolamento regionale n. 13/2023 “Definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale” è stata definita l’organizzazione dell’assistenza territoriale in attuazione del Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n. 77, concernente il “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”, con riferimento al distretto, alla casa di comunità,

all'infermiere di famiglia o di comunità, all'Unità di continuità assistenziale, alla Centrale Operativa Territoriale, alla Centrale NEA 116117, all'Ospedale di Comunità, alla Rete delle cure palliative, ai Servizi per i minori, donne, coppie, famiglie, al dipartimento prevenzione, alla telemedicina.

Considerato, altresì, che:

- con nota prot. n. 0034689 del 19/05/2025, acquisita al prot. n. 0266524 del 20/05/2025, il Sindaco della città di Trani ha trasmesso al Dipartimento Promozione della Salute una proposta di riorganizzazione complessiva della struttura e della pianta organica del PTA di Trani;
- il 30 maggio 2025 il Dipartimento ha trasmesso via email la citata proposta al Commissario Straordinario dell'Azienda Sanitaria Locale (ASL) BT per una sua valutazione e per un confronto;
- in seguito a una serie di comunicazioni via email, tutte le parti coinvolte hanno proposto uno schema di Protocollo d'Intesa che mira a definire formalmente il quadro organizzativo per il PTA di Trani.

Si ritiene, pertanto, necessario con il presente provvedimento proporre l'approvazione dello schema di Protocollo d'Intesa tra la Regione Puglia, il Comune di Trani e la ASL BT, di cui all'Allegato A, parte integrante e sostanziale al presente provvedimento, con il quale è stata definita l'organizzazione del PTA di Trani, e si precisa che dal presente provvedimento non derivano maggiori oneri a carico del Bilancio regionale.

Garanzie alla riservatezza

La pubblicazione sul BURP, nonché la pubblicazione all'Albo o sul sito istituzionale, salve le garanzie previste dalla legge 241/1990 in tema di accesso ai documenti amministrativi, avviene nel rispetto della tutela della riservatezza dei cittadini secondo quanto disposto dal Regolamento UE n. 2016/679 in materia di protezione dei dati personali, nonché dal D.Lgs. 196/2003 ss.mm.ii., ed ai sensi del vigente Regolamento regionale 5/2006 per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari, in quanto applicabile. Ai fini della pubblicità legale, il presente provvedimento è stato redatto in modo da evitare la diffusione di dati personali identificativi non necessari ovvero il riferimento alle particolari categorie di dati previste dagli articoli 9 e 10 del succitato Regolamento UE.

ESITI VALUTAZIONE DI IMPATTO DI GENERE: neutro.
--

COPERTURA FINANZIARIA AI SENSI DEL D.LGS. 118/2011 E SS.MM.II.

Dalla presente deliberazione non derivano oneri a carico del bilancio regionale, in quanto rientranti nell'ambito delle risorse provenienti dal Riparto del Fondo Sanitario Nazionale assegnate alle Aziende Sanitarie a titolo di finanziamento indistinto per l'erogazione dei Livelli essenziali di Assistenza.

La copertura finanziaria rinveniente dal presente provvedimento assicura il rispetto dei vincoli di finanza pubblica vigenti e gli equilibri di bilancio come previsto dal D.Lgs. n. 118/2011 e ss.mm.ii.

Tutto ciò premesso, al fine di procedere alla presa d'atto e al recepimento dello schema di Protocollo d'Intesa tra la Regione Puglia, il Comune di Trani e la ASL BT, ai sensi dell'art. 4, co. 4 lett. d) della L.R. 7/1997, si propone alla Giunta regionale:

1. di approvare lo schema di "Protocollo d'Intesa tra la Regione Puglia, il Comune di Trani e la Azienda Sanitaria Locale BT di definizione dell'organizzazione del Presidio Territoriale di Assistenza (PTA) di Trani" che definisce l'organizzazione del PTA di Trani, di cui all'Allegato A, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

2. di dare mandato al Vicepresidente della Giunta Regionale con delega alla Sanità e Benessere Animale, Sport per Tutti, alla sottoscrizione del Protocollo di cui al punto 1;
3. di stabilire che il Commissario Straordinario della ASL BT adotti i provvedimenti conseguenti all'approvazione del Protocollo di cui al punto 1, al fine di dare concreta operatività al medesimo;
4. di dare atto che dalla presente deliberazione non derivano oneri a carico del bilancio della Regione Puglia;
5. di notificare il presente provvedimento, a cura della Sezione Strategie e Governo dell' Offerta, al Commissario Straordinario della ASL BT e al Comune di Trani;
6. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia, ai sensi della L.R. 18/2023.

I sottoscritti attestano la regolarità amministrativa dell'attività istruttoria e della proposta, ai sensi dell'art. 6, co. 3, lett. da a) ad e) delle Linee guida sul "Sistema dei controlli interni nella Regione Puglia", adottate con D.G.R. 23 luglio 2019, n. 1374.

LA RESPONSABILE E.Q. "Programmazione Attività Sanitaria – Integrazione Ospedale Territorio":

Isabella CAVALLO

 Isabella Cavallo
11.09.2025 13:01:45
GMT+02:00

LA DIRIGENTE DEL SERVIZIO "Strategie e Governo dell'Assistenza Territoriale – Rapporti Istituzionali e Capitale Umano SSR":

Antonella CAROLI

 ANTONELLA
CAROLI
11.09.2025
14:07:07 UTC

IL DIRIGENTE DELLA SEZIONE "Strategie e Governo dell'Offerta":

Mauro NICASTRO

 Mauro
Nicastro
11.09.2025
16:26:53
GMT+02:00

Il Direttore ai sensi degli artt. 18 e 20 del Decreto del Presidente della Giunta regionale 22 gennaio 2021, n. 22 e ss.mm.ii., NON RAVVISA osservazioni alla presente proposta di Deliberazione di Giunta regionale.

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO Promozione della Salute e del Benessere Animale:

Vito MONTANARO

 Vito Montanaro
11.09.2025
18:09:44
GMT+02:00

Il Vicepresidente della Giunta Regionale con delega alla Sanità e Benessere Animale, Sport per Tutti, ai sensi del vigente Regolamento della Giunta Regionale,

propone

alla Giunta regionale l'adozione del presente atto.

Raffaele PIEMONTESE

 Raffaele Piemontese
11.09.2025 18:23:04
GMT+02:00



**REGIONE
PUGLIA**



Comune di Trani



Codice cifra SGO/DEL/2025/00125

ALLEGATO A

**PROTOCOLLO D'INTESA
TRA LA REGIONE PUGLIA, IL COMUNE DI TRANI E LA AZIENDA SANITARIA LOCALE BT
DI DEFINIZIONE DELL'ORGANIZZAZIONE DEL PRESIDIO TERRITORIALE DI ASSISTENZA (PTA) DI TRANI**

tra

La Regione Puglia,

di seguito denominata "Regione", nella persona del Vicepresidente della Giunta Regionale con delega alla Sanità e Benessere Animale, Sport per Tutti, Raffaele Piemontese

Il Comune di Trani,

nella persona del Sindaco *pro-tempore*, Amedeo Bottaro;

La ASL BT,

nella persona del Commissario Straordinario, Tiziana Dimatteo

i quali

visti:

- il Decreto Ministeriale n. 70 del 2015 e la Legge n. 208 del 28/12/2015 (c.d. Legge di Stabilità 2016) che individuano i nuovi standard qualitativi, quantitativi e tecnologici delle reti ospedaliere nazionali e i parametri omogenei di sicurezza, efficacia di cura ed efficacia gestionale;
- il Regolamento Regionale 21 gennaio 2019, n. 7 recante "Regolamento regionale sul modello organizzativo e di funzionamento dei Presidi Territoriali di Assistenza";
- la deliberazione di Giunta regionale n. 333 del 10 marzo 2020 "Approvazione documento "La riorganizzazione della rete di assistenza territoriale della Regione Puglia";
- la deliberazione di Giunta regionale n. 375 del 19 marzo 2020 con la quale veniva approvato il Regolamento regionale "Modifiche al Regolamento regionale n. 7/2019 (Regolamento regionale sul modello organizzativo e di funzionamento dei Presidi Territoriali di Assistenza)";
- la deliberazione di Giunta regionale n. 134 del 15 febbraio 2022 "Adozione del Piano di Potenziamento e Riorganizzazione della Rete Assistenziale Territoriale (ai sensi dell'art.1 decreto-legge 19 maggio 2020 Bollettino Ufficiale della Regione Puglia - n. 43 del 27-5-2024 34431 n.34, conversione legge n.77 del 17 luglio 2020) - Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – (PNRR). Indicazioni per la Programmazione degli investimenti a valere sulla missione 6";



**REGIONE
PUGLIA**



Comune di Trani



- la deliberazione di Giunta regionale n. 688 del 11 maggio 2022 ad oggetto “Approvazione Rete Assistenziale Territoriale in attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza - D.M. 20 gennaio 2022 e della Deliberazione di Giunta Regionale n.134 del 15/02/2022”;
- la deliberazione n. 1729 del 30/11/2023 recante “Adozione Regolamento regionale avente ad oggetto: “Definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale ai sensi del DM 77/2022. Approvazione relazione tecnica di analisi del contesto. Recepimento dell’Accordo Stato Regioni (Rep. Atti n.221/CSR del 24/11/2016)”;
- la deliberazione n. 1730 del 30/11/2023 ad oggetto: “Fondo Sanitario Nazionale vincolato annualità 2023, 2024 e 2025: iscrizione somme ripartite in favore della Regione Puglia con D.M. Salute del 23 dicembre 2022, pubblicato sulla G.U. - serie generale - n. 86 del 12.04.2023, ad oggetto “Riparto delle risorse per il potenziamento dell’assistenza territoriale”. Variazione al bilancio di previsione per l’e.f. 2023 ai sensi del D.Lgs. 118/2011”.
- il Regolamento regionale n. 13 del 21/12/2023, recante: “Definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale ai sensi del DM 77/2022”;
- la deliberazione n. 419 del 07/04/2025 recante “Approvazione del documento “Progetto di realizzazione del Numero Europeo Armonizzato (NEA) 116117 e istituzione delle relative centrali operative”;
- considerato che, in ottemperanza alle suddette normative nazionali, la Regione Puglia con il riordino della rete ospedaliera ridefinisce, a parità di posti letto totali, la rete ospedaliera in Ospedali di II° livello (Hub), Ospedali di I° livello (Spoke) e Ospedali di Base.

Considerato che, per quanto riguarda il territorio ricadente nell’ambito territoriale delle città di Bisceglie e Trani, è stato previsto un Ospedale di Base nel Comune di Bisceglie, determinando così il conseguente definitivo superamento del Presidio Ospedaliero di Trani.

Ritenendo di voler caratterizzare in senso territoriale l’offerta sanitaria diretta alla Città di Trani e volendo attuare, in questo senso, una profonda riorganizzazione di tutta l’assistenza, rivolta non solo al territorio di Trani, ma anche in una proiezione di servizi su scala aziendale, aumentando la capacità di intercettare, prendere in carico e dare una risposta adeguata in termini temporali, qualitativi ai bisogni assistenziali del cittadini consapevoli che tale trasformazione costituisce una opportunità di cambiamento della cultura sanitaria perché prevede la riqualificazione e il potenziamento di tutti i servizi diagnostici e terapeutici e di cura offerti, al fine di poter meglio soddisfare i reali bisogni assistenziali.

TANTO PREMESSO

CONVENGONO E STIPULANO QUANTO SEGUE

A.

La Regione Puglia e la Azienda Sanitaria Locale (ASL BT) si impegnano ad effettuare i necessari investimenti economici, sia di tipo strutturale che funzionale, in favore del sistema di servizi sanitari della Città di Trani che sarà riconfigurata complessivamente e sarà caratterizzata in senso non solo fortemente territoriale e di promozione della salute, con un significativo aumento dell’offerta complessiva di salute a favore dei cittadini, ma anche di grande innovazione e sperimentazione.



**REGIONE
PUGLIA**



Comune di Trani



ASL BT

PugliaSalute

B.

Il Comune di Trani aderisce in maniera convinta al progetto complessivo, alla cui definizione ha preso parte attiva, e si dichiara disponibile a collaborare attivamente per il raggiungimento degli obiettivi di cui al presente Protocollo di Intesa.

C.

Il progetto complessivo è dettagliatamente descritto nel documento allegato al presente Protocollo di Intesa il quale si compone delle seguenti parti:

1. la premessa introduce il progetto esplicitando le premesse politiche e strategiche che lo ispirano e lo sorreggono;
2. la prima parte relativa alla trasformazione e organizzazione dell'ex Ospedale di Trani in Presidio Territoriale e alla specificazione delle principali iniziative pilota e di eccellenza che rappresentano il valore aggiunto del progetto in termini di innovatività.

Letto, confermato e sottoscritto

REGIONE PUGLIA

Il Vicepresidente della Giunta Regionale con delega alla Sanità e Benessere Animale, Sport per Tutti
(Raffaele Piemontese)

COMUNE DI TRANI

IL SINDACO DI TRANI
(Amedeo Bottaro)

ASL BT

COMMISSARIO STRAORDINARIO ASL BT
(Tiziana Dimatteo)



**REGIONE
PUGLIA**



Comune di Trani



PREMESSA

Il Decreto Ministeriale n. 77 del 23 maggio 2022 definisce i modelli e gli standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale all'interno del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). L'obiettivo principale è quello di rafforzare la cosiddetta sanità di prossimità e di migliorare l'efficienza complessiva dei servizi offerti.

Il decreto stabilisce gli obiettivi strategici per lo sviluppo dell'assistenza territoriale, definendo una serie di standard minimi che le strutture sanitarie, sia pubbliche che private, devono rispettare per garantire un'assistenza adeguata. Questi standard si riferiscono a: qualità, strutturali, tecnologici, di processo, di esito.

Questi requisiti sono in linea con i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), ovvero le prestazioni e i servizi che il SSN è tenuto a fornire a tutti i cittadini.

Tra le novità introdotte dal DM n. 77/2022 vi sono:

- le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità,
- l'istituzione dell'Infermiere di Famiglia e Comunità,
- le Centrali Operative Territoriali (COT);
- la Centrale Operativa 116117;
- l'Assistenza Domiciliare;
- la Rete delle Cure Palliative;
- la Telemedicina e Sistemi di qualità.

L'obiettivo generale del succitato decreto ministeriale è garantire servizi più vicini ai cittadini, con un'attenzione alla continuità delle cure e alla presa in carico globale della persona, anche attraverso la telemedicina e il Fascicolo Sanitario Elettronico.

Occorre, pertanto, attuare una profonda riorganizzazione di tutta l'assistenza nel territorio, anche alla luce di una proiezione di servizi su scala azienda/e-aumentando la capacità di intercettare, prendere in carico e dare una risposta adeguata in termini temporali, qualitativi ai bisogni assistenziali dei cittadini, partendo dalla consapevolezza che tale trasformazione non dovrà essere vista per la popolazione tranese come una penalizzazione o una riduzione dei livelli essenziali di assistenza (LEA), bensì essere colta come una opportunità di cambiamento della cultura sanitaria e contestualmente prevedere una riqualificazione e potenziamento di tutti i servizi diagnostici e terapeutici e di cura o offerti, al fine di poter meglio soddisfare i reali bisogni assistenziali.

Il cambiamento della cultura sanitaria passa attraverso il superamento dell'idea di sanità centrata sull'Ospedale e su un Ospedale in ogni centro abitato e approda a una politica della sanità centrata sui cittadini e sulla promozione della salute e sul diritto al benessere psicofisico.

In questa ottica, un processo di rifunionalizzazione e riconversione della offerta complessiva di servizi di salute sul territorio di Trani, secondo le proposte di seguito esplicitate, non solo non determinerà una frammentazione del percorso di diagnosi e di cura, ma al contrario favorirà l'implementazione di percorsi sanitari integrati sul territorio, finalizzati alla soluzione di specifiche problematiche quali l'accessibilità alle cure (tempi di attesa) oltre che la condivisione di una fattiva integrazione delle strutture/servizi (medici di medicina generale e Pediatri, Medici specialisti ambulatoriali) interessati nell'erogazione di prestazioni.



**REGIONE
PUGLIA**



Comune di Trani



ASL BT

PugliaSalute

PARTE PRIMA – ORGANIZZAZIONE DEL PRESIDIO TERRITORIALE DI ASSISTENZA (PTA) TRANI

Il PTA è una struttura del Distretto Socio-Sanitario che fornisce una risposta integrata ai bisogni di salute della popolazione aggregando e/o integrando funzionalmente le diverse componenti dell'assistenza territoriale, secondo livelli di complessità variabili a seconda dei fattori di comorbilità ed in coerenza con gli obiettivi stabiliti dal Decreto Ministeriale n. 77/2022.

Oltre alle funzioni e servizi di base previsti dai Regolamenti regionali, sono stati attivati, e ne saranno attivati altri in virtù delle nuove normative nazionali e regionali sopraggiunte, anche con il D.M. 77/2022, ulteriori funzioni dell'area amministrativa e dell'accoglienza, di articolazione dei diversi dipartimenti aziendali, di articolazioni delle reti cliniche, di servizi sociosanitari, di servizi semiresidenziali e residenziali, andando a rappresentare il PTA di Trani nell'ambito della rete dei Presidi territoriali di Assistenza della Regione Puglia, una struttura, a implementazione completata, a maggiore complessità per la contemporanea presenza della residenzialità, degenza territoriale e delle sale operatorie.

Sono in fase di completamento i lavori previsti dal PNRR, in particolare l'Ospedale di Comunità (20 posti letto) e la Casa di Comunità. È stata completata ed è operativa la Centrale Operativa Territoriale.

Tenuto conto di quanto stabilito dal Regolamento regionale n. 7/2019, allo stato attuale sono attivi i seguenti servizi e strutture che possono confluire nelle seguenti MACROAREE:

- **118 – POSTAZIONE FISSA MEDICALIZZATA (PFM).** Risulta attiva la PFM 118, la postazione Mike 118 e la Postazione India 118. La modalità organizzativa è con turnazione h 24 7 gg su 7 e a rotazione su PFM, Mike e India per i soli infermieri. Presso la PFM sono attivi anche il servizio di Continuità Assistenziale e il Servizio di Consulenza Ambulatoriale Pediatrica.
 - **CARDIOLOGIA ONCOLOGICA:** il servizio eroga tutte le prestazioni diagnostiche di primo e secondo livello non invasive, garantendo anche supporto specialistico ai diversi servizi presenti presso la Struttura, nonché supporto per le diverse Unità Operative (UU.OO.) ospedaliere della ASL BT.
 - **DAY SERVICE CHIRURGICO MULTIDISCIPLINARE (DSCM):** il DSCM è dotato di due sale operatorie:
 1. La sala A è dedicata a tutte le UU.OO. Chirurgiche dell'ASL BT:
 - Ortopedia Barletta
 - Ortopedia Bisceglie
 - Ortopedia andria
 - Urologia Andria
 - Chirurgia mammella Barletta
 - Chirurgia Bisceglie
 - Chirurgia superficie Bisceglie
 2. La sala B dedicata per motivi di sicurezza e sterilità esclusivamente alle UU.OO. Oculistiche
- Le discipline presenti sono:
- Chirurgia Generale (ernie, varici, fistole, ecc);



**REGIONE
PUGLIA**



Comune di Trani



- Chirurgia di superficie (lesioni cutanee e cisti sottocutanee benigne e maligne, ecc);
- Chirurgia plastica
- Chirurgia della mammella (noduli, ecc);
- Chirurgia urologica (fimosi, idrocele, ecc);
- Chirurgia vascolare;
- Terapia del dolore;
- Accessi vascolari;
- Chirurgia ortopedica (STC, S. di De Quervain, alluce valgo, ecc);
- Chirurgia oculistica (cataratta, iniezioni intravitreali per maculopatia - IVT).

Il servizio si definisce nell'arco temporaneo di max 6-8 ore, con pronte dimissioni domiciliari.

- **DAY SERVICE OCULISTICO:** l'ambiente, di nuovissima realizzazione, è dotato dell'Arco Sterile, apparecchiatura che permette di intervenire in condizioni di totale sicurezza e sterilità e permette di adottare un percorso "fast track" per interventi di IVT nelle maculopatie.

L'attività lavorativa si svolge dal lunedì al sabato ed è costituita da attività chirurgica in regime di ricovero di Day Service e prestazioni specialistiche ambulatoriali (visite specialistiche ed esami diagnostici).

- **RADIOLOGIA TERRITORIALE:** Il servizio si sviluppa su tre settori: radiologia tradizionale, senologia (percorso donna), grandi macchine (TAC e RMN). Le prestazioni garantite sono le seguenti:
 - Rx digitale di qualsiasi segmento corporeo
 - Senologia di screening e clinica con mammografo digitale 3D abbinato a ecografia mammaria
 - Densitometria Ossea
 - TAC di qualsiasi segmento corporeo con ricostruzioni 3D
 - Angio TAC degli organi parenchimatosi e delle strutture vascolari
 - Ecografia internistica-ecografia pediatrica
 - Ecografia muscolo-scheletrica
 - Eco-Color-Doppler
 - Risonanza Magnetica ad alto campo di qualsiasi segmento corporeo
 - RM Mammaria
 - Cardio RM
- **EMATOLOGIA e ONCOLOGIA:** l'attività riguarda la diagnosi e trattamento delle malattie ematologiche in regime di Day-Service, trattamento delle malattie oncologiche, terapia di supporto oncologico ed ematologico (trasfusioni ed altro) e visite ambulatoriali ematologiche ed oncologiche (prime visite e controllo).
- **RIABILITAZIONE SOVRADISTRETTUALE:** presso il centro di riabilitazione è possibile effettuare visite specialistiche ambulatoriali e domiciliari su richiesta del medico di medicina generale (MMG) e/o pediatra di libera scelta (PLS).



**REGIONE
PUGLIA**



Comune di Trani



A seguito della visita specialistica viene generalmente redatto un progetto riabilitativo individuale con il quale l'assistito entra in lista d'attesa.

I trattamenti erogati in regime ambulatoriale e domiciliare sono i seguenti: Kinesiterapia, Psicomotricità, logopedia, attività educative.

La presa in carico riguarda sia l'età adulta che l'età evolutiva.

- **CENTRO DIALISI:** è operativo l'affidamento del servizio di trattamento dialitico a nefropatici cronici alla Ditta Nephrocare S.p.A. (deliberazione n. 289 del 02/03 /2021).

Prestazioni effettuate:

- Bicarbonato dialisi standard con membrane altamente biocompatibili;
- Emodiafiltrazione (HDF) online con membrane altamente biocompatibili;
- HDF mixed;
- 16 posti di infusione di cui 2 posti riservati per i pazienti con Epatite B.

Il servizio si svolge in un ambiente di nuovissima realizzazione, ampliato rispetto al precedente e dotato di apparecchiature di ultimissima generazione con parcheggio e ingresso dedicato.

- **PUNTO PRELIEVI:** il servizio è attivo h 6 (08.00 - 14.00) dal lunedì al sabato. È presente una sala prelievi con esecuzione di prelievi dalle ore 08.00 alle ore 10.30, e dalle ore 11.30 alle ore 13.00 il personale infermieristico svolge attività di eventuale consegna referti, erogazione richieste esterne, organizzazione cestini prelievi in transito.
- **AMBULATORI OSPEDALIERI CHIRURGIA:** attività ambulatoriale svolta presso il PTA di Trani da personale (medico e infermieristico) incardinato presso il Presidio Ospedaliero (P.O.) di Bisceglie.
- **AMBULATORIO OSPEDALIERO UROLOGIA:** attività ambulatoriale svolta presso il PTA di Trani da personale (medico) incardinato presso il Presidio Ospedaliero di Andria.
- **AMBULATORIO PER LE CRONICITÀ** (da attivare nella Casa di Comunità)
- **SERVIZIO DI GINECOLOGIA ENDOSCOPICA E PRENATALE:** l'attività si svolge dal lunedì al venerdì, dalle ore 8.00 alle ore 17.00 e il sabato dalle ore 8.00 alle ore 14.00. Il personale (medico e infermieristico) è incardinato presso il P.O. Bisceglie.
- **UNITÀ DI RACCOLTA FISSA (URF):** l'attività prevede servizio ordinario di raccolta sangue dal lunedì al sabato dalle ore 7.30 alle ore 13.30, con due giornate (domeniche) al mese dedicate alle raccolte straordinarie.
- **DIPARTIMENTO FARMACEUTICO:** presso il PTA di Trani ha sede il Dipartimento Farmacologico con tutte le sue articolazioni: Unità Operativa Complessa (UOC) FARMACEUTICA TERRITORIALE, Unità Operativa Semplice (UOS)



**REGIONE
PUGLIA**



Comune di Trani



FARMACOVIGILANZA E MONITORAGGIO Spesa farmaceutica, UOS FARMACEUTICA CONVENZIONATA, UOS ASSISTENZA FARMACEUTICA DISTRETTUALE, CENTRO REGIONALE FARMACOVIGILANZA.

In particolare, la farmacia centralizzata provvede alla gestione, approvvigionamento e dispensazione di farmaci, stupefacenti, gas medicali, dispositivi medici, presidi sanitari a: pazienti affetti da patologie croniche, trapiantati, pazienti affetti da malattie rare, da fibrosi cistica, nefropatici, pazienti stomizzati e affetti da altre patologie che richiedono quotidianamente ausili e dispositivi medici previsti dai Livelli Essenziali di Assistenza e pertanto garantiti dal Servizio Sanitario Nazionale. Approvvigionamento e dispensazione di farmaci, stupefacenti, gas medicali, dispositivi medici, presidi, diagnostici ai servizi/ambulatori distrettuali e afferenti al PTA di Trani.

- **DISTRETTO SOCIO-SANITARIO (DSS) n. 5:** presso il PTA di Trani ha sede il DSS n. 5 con tutte le sue articolazioni: Direzione, UOS Cure Primarie, Dirigenza Amministrativa, UOS Assistenza Consultoriale.

Tra i servizi afferenti alla **UOC Direzione** risultano attivi presso il PTA di Trani i seguenti servizi:

- il Centro Unico Prenotazioni (CUP);
- l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP)
- il Punto Unico di Accesso (PUA) e l'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM);
- accesso unico facilitato al Sistema Informativo Sanitario Territoriale (SIST);
- Punto di facilitazione digitale;
- Uffici amministrativi vari (anagrafe assistibili, scelta e revoca medico, esenzioni ticket, rimborsi, ufficio cure all'estero);
- Centrale Operativa Territoriale (COT);
- Centro Polifunzionale Territoriale (CPT)/Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT)

Sono, invece, da attivare:

- la RSA R1;
- la Casa di Comunità;
- l'Ospedale di Comunità.

Tra le attività afferenti alla **UOS CURE PRIMARIE** risultano attive presso il PTA di Trani:

- l'Assistenza Protesica, Integrativa e Farmaceutica,
- il servizio Cure Domiciliari,
- l'Ambulatorio Servizio di Consulenza Ambulatoriale Pediatrica (SCAP)
- la Continuità Assistenziale,
- l'Assistenza Specialistica: il Poliambulatorio del PTA di Trani offre e garantisce agli utenti servizi diagnostici e terapeutici di elevata qualità e specializzazione. L'attività quotidiana è orientata al miglioramento continuo di efficacia della cura, umanizzazione dell'assistenza ed efficienza nella gestione.



**REGIONE
PUGLIA**



Comune di Trani



ASL BT

PugliaSalute

Il Poliambulatorio del PTA di Trani è un insieme di ambulatori specialistici, dove i cittadini possono trovare risposta a molte domande legate alla salute grazie all'erogazione delle prestazioni sanitarie, sia di tipo diagnostico che terapeutico, è ubicato al primo piano del PTA di Trani ed è attivo dalle ore 8.00 alle ore 20.00 dal lunedì al venerdì e dalle ore 8.00 alle ore 14.00 del sabato.

Di particolare rilevanza risultano:

- **Ambulatorio di Diabetologia** - riconosciuto Centro di I livello dalla Regione Puglia, con autorizzazione alla prescrizione di Tecnologie complesse per il Diabete di cui alla D.D. n.291/2018 e s.m.i. di cui alla Determinazione dirigenziale n. 41/2019;
- **Ambulatorio di Medicina dello Sport**, di cui al R.R. n. 7 del 10.4.2014, punto di riferimento per la provincia, e non solo, per il rilascio di certificazioni di idoneità sportiva agonistica in favore di atleti minori, adulti e disabili, per tutte le discipline sportive affiliate al CONI, comprese le società di atleti partecipanti a competizioni professionistiche. L'ambulatorio rappresenta inoltre il punto di riferimento in provincia per atleti diversamente abili affiliati al CIP (comitato italiano paraolimpico). La peculiarità dell'ambulatorio è quella di garantire l'esecuzione di tutti gli accertamenti di II livello cardiologico richiesti su sospetto clinico, nonché le visite di reintegro, post-covid, alla pratica sportiva;
- **Ambulatorio delle Cefalee.**

BRANCHE SPECIALISTICHE ATTIVE

(attività ambulatoriale e/o domiciliare):

- Cardiologia
- Cardiologia pediatrica
- Chirurgia Generale
- Chirurgia vascolare
- Oculistica
- Otorinolaringoiatria
- Dermatologia
- Allergologia
- Diabetologia
- Ambulatorio di Dietologia
- Scienza dell'Alimentazione
- Endocrinologia
- Fisiatria
- Medicina dello sport
- Neurologia/Ambulatorio Cefalee
- Ortopedia
- Reumatologia
- Gastroenterologia
- Medicina interna



**REGIONE
PUGLIA**



Comune di Trani



ASL BT

PugliaSalute

- Nefrologia
- Geriatria
- Pneumotisiologia

Il Dirigente della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta

Mauro NICASTRO



Mauro Nicastro
11.09.2025
16:26:53
GMT+02:00

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 12 settembre 2025, n. 1316

Modifica e integrazione DGR n. 1664 del 28.11.2025 - Presa d'atto e approvazione dell'Atto Aziendale dell'Azienda Ospedaliera Universitaria "OO.RR" di Foggia ai sensi dell'art. 19, comma 10 della Legge regionale 25/02/2010, n. 4.

LA GIUNTA REGIONALE

VISTI:

- gli artt. 4, 5 e 6 della L.R. 4 febbraio 1997, n. 7;
- la Deliberazione della Giunta Regionale n. 3261 del 28 luglio 1998;
- gli artt. 4 e 16 del D.lgs. n. 165 del 30.03.2001 e ss.mm.ii.;
- gli artt. 43 e 44 dello Statuto della Regione Puglia;
- il Decreto del Presidente della Giunta regionale 22 gennaio 2021, n. 22 e ss.mm.ii., recante l'Atto di Alta Organizzazione "M.A.I.A. 2.0";
- il Regolamento interno di questa Giunta;

VISTO il documento istruttorio del Servizio Strategie e Governo dell'assistenza Territoriale – Rapporti Istituzionali e Capitale Umano SSR, concernente l'argomento in oggetto e la conseguente proposta del Vicepresidente della Giunta Regionale con delega alla Sanità e Benessere Animale, Sport per Tutti.

PRESO ATTO:

- a) delle sottoscrizioni dei responsabili della struttura amministrativa competente, ai fini dell'attestazione della regolarità amministrativa dell'attività istruttoria e della proposta, ai sensi dell'art. 6, co. 8 delle Linee guida sul "Sistema dei controlli interni nella Regione Puglia", adottate con D.G.R. 23 luglio 2019, n. 1374;
- b) della dichiarazione del Direttore di Dipartimento, in merito a eventuali osservazioni sulla proposta di deliberazione, ai sensi degli artt. 18 e 20 del Decreto del Presidente della Giunta regionale 22 gennaio 2021, n. 22 e ss.mm.ii.;

Con voto favorevole espresso all'unanimità dei presenti e per le motivazioni contenute nel documento istruttorio che è parte integrante e sostanziale della presente deliberazione.

DELIBERA

1. di prendere atto di quanto esposto in narrativa e che qui si intende integralmente trascritto;
2. di approvare l'atto aziendale contenente l'assetto organizzativo dell'Azienda Ospedaliera Universitaria "OO.RR" di Foggia così come inviato da ultimo con nota prot. n. 19640 del 06.08.2025, di cui all'allegato quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
3. di prendere atto che la richiesta di attivazione di quattro ulteriori unità operative complesse oltre il parametro standard come definito dalla D.G.R. n. 418 del 07/04/2025 e precisamente della UOC Anestesia e Rianimazione, della UOC Oncologia Medica e Terapia biomolecolare, della UOC Radiologia d'urgenza e della UOC Geriatria, in ossequio al punto 6) del deliberato della citata DGR n. 418 del 07.04.2025, è coerente con il tetto massimo regionale di strutture Complesse derivante dall'applicazione dei parametri standard definiti dal Comitato LEA in data 26 marzo 2012 in ambito provinciale e aziendale;

4. di stabilire che l'Azienda Ospedaliera Universitaria "OO.RR" di Foggia debba procedere con un progressivo allineamento dell'assetto organizzativo aziendale in conformità agli atti di programmazione regionale sia in termini di rispetto della rete ospedaliera che dello standard ex D.M. n. 70/2015 di cui all'Allegato C del Regolamento regionale n. 8/2024 e precisamente per le discipline di:
 - a. Oncologia medica e terapia biomolecolare;
 - b. Radiologia D'urgenza;
 - c. Geriatria;
5. di stabilire che gli incarichi di direzione delle unità operative siano conferiti in conformità all'atto aziendale, di cui all'Allegato alla presente deliberazione parte integrante e sostanziale del presente atto, con particolare riferimento alle unità operative non allineate con l'allegato C del Regolamento regionale n. 8/2024;
6. di notificare il presente provvedimento a cura Servizio Strategie e Governo dell'assistenza Territoriale – Rapporti Istituzionali e Capitale Umano SSR, all'Azienda Ospedaliera Universitaria "OO.RR" di Foggia;
7. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia, ai sensi della L.R. 18/2023.

Il Segretario Generale della Giunta

NICOLA PALADINO

Il Presidente della Giunta

RAFFAELE PIEMONTESE

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Oggetto: Presa d'atto e approvazione dell'Atto Aziendale dell'Azienda Ospedaliera Universitaria "OO.RR" di Foggia ai sensi dell'art. 19, comma 10 della Legge regionale 25/02/2010, n. 4. Modifica e integrazione DGR n. 1664 del 28.11.2025.

Visti:

- la Legge n. 241/1990 recante "Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi" e ss.mm.ii.;
- il D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i., all'art. 2, co. 1, attribuisce alle Regioni l'esercizio delle funzioni legislative ed amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera, nel rispetto dei principi stabiliti dalle leggi nazionali;
- la legge n. 190/2012 recante "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione";
- il D.Lgs. n. 33/2013 recante "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni";
- la D.G.R. 15 settembre 2021, n. 1466 recante l'approvazione della Strategia regionale per la parità di genere, denominata "Agenda di Genere";
- la D.G.R. 3 luglio 2023 n. 938 recante "Valutazione di impatto di genere. Sistema di gestione e di monitoraggio". Revisione degli allegati.

Visto:

- l'articolo 2, comma 2 sexies lett. b) del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 stabilisce che "La regione disciplina altresì: [...] b) i principi e criteri per l'adozione dell'atto aziendale di cui all'articolo 3, comma 1-bis; [...]";
- l'articolo 3, comma 1 bis, del D.Lgs. n. 502/1992 stabilisce che: *"In funzione del perseguimento dei loro fini istituzionali, le unità sanitarie locali si costituiscono in aziende con personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale; la loro organizzazione ed il funzionamento sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato, nel rispetto dei principi e criteri previsti da disposizioni regionali. L'atto aziendale individua le strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico-professionale, soggette a rendicontazione analitica";*
- l'articolo 3, comma 1 quater del D.Lgs. n. 502/1992 stabilisce che *"Sono organi dell'azienda il direttore generale, il collegio di direzione e il collegio sindacale. Il direttore generale adotta l'atto aziendale di cui al comma 1-bis; è responsabile della gestione complessiva e nomina i responsabili delle strutture operative dell'azienda. Il direttore generale è coadiuvato, nell'esercizio delle proprie funzioni, dal direttore amministrativo e dal direttore sanitario. Le regioni disciplinano forme e modalità per la direzione e il coordinamento delle attività sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria. Il direttore generale si avvale del Collegio di direzione di cui all'articolo 17 per le attività ivi indicate.";*

- l'articolo 15 bis commi 1 e 2 del D.Lgs. n. 502/1992 stabilisce che:
 - “1. L'atto aziendale di cui all'articolo 3, comma 1-bis, disciplina l'attribuzione al direttore amministrativo, al direttore sanitario, nonché ai direttori di presidio, di distretto, di dipartimento e ai dirigenti responsabili di struttura, dei compiti comprese, per i dirigenti di strutture complesse, le decisioni che impegnano l'azienda, verso l'esterno, l'attuazione degli obiettivi definiti nel piano programmatico e finanziario aziendale.*
 - 2. La direzione delle strutture e degli uffici è affidata ai dirigenti, secondo i criteri e le modalità stabiliti nell'atto di cui al comma 1, nel rispetto, per la dirigenza sanitaria, delle disposizioni di cui all'articolo 15-ter. Il rapporto dei dirigenti è esclusivo, fatto salvo quanto previsto in via transitoria per la dirigenza sanitaria dall'articolo 15-sexies.”.*

Visto il D.lgs n. 517 del 07.12.1999 recante “Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed università, a norma dell'articolo 6 della L. 30 novembre 1998, n. 419” che :

- *all'art. 1 co. 3 stabilisce che: “3. I protocolli d'intesa di cui al comma 1 stabiliscono altresì, anche sulla base della disciplina regionale di cui all'articolo 2, comma 2-sexies, lettera b), del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, criteri generali per l'adozione, da parte del direttore generale delle aziende di cui all'articolo 2, degli atti normativi interni, ivi compreso l'atto aziendale previsto dall'articolo 3”.*
- *all'art. 3 co. 2 stabilisce che: “2. Nell'atto aziendale di cui all'articolo 3 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, sono altresì disciplinati, sulla base dei principi e dei criteri stabiliti nei protocolli d'intesa tra regione e università, la costituzione, l'organizzazione e il funzionamento dei dipartimenti ad attività integrata e sono individuate le strutture complesse che li compongono, indicando quelle a direzione universitaria”.*
- *all'art. 3 co. 3 “L'atto aziendale è adottato dal direttore generale, d'intesa con il rettore dell'università limitatamente ai dipartimenti ed alle strutture di cui al comma 2”;*
- *all'art. 3 co. 6 “Le strutture complesse che compongono i singoli dipartimenti ad attività integrata sono istituite, modificate o soppresse dal direttore generale, con l'atto aziendale di cui al comma 2, in attuazione delle previsioni del Piano sanitario regionale e dei piani attuativi locali, nei limiti dei volumi e delle tipologie della produzione annua assistenziale prevista, nonché delle disponibilità di bilancio, ferma restando la necessaria intesa con il rettore per le strutture qualificate come essenziali ai fini dell'attività di didattica e di ricerca ai sensi dell'articolo 1, comma 2, lettera d).”;*
- *all'art. 3 co. 7 “L'atto aziendale di cui all'articolo 3 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, può prevedere, oltre ai dipartimenti ad attività integrata di cui al presente articolo, la costituzione di dipartimenti assistenziali, ai sensi dell'articolo 17-bis del medesimo decreto, anche nelle aziende di cui all'articolo 2, comma 2, lettera a).”*
- *all'art. 5 comma 13 “Gli incarichi di natura professionale e quelli di direzione di struttura semplice o complessa nonché quella di direzione dei programmi, attribuiti a professori o ricercatori universitari, sono soggetti alle valutazioni e verifiche previste dalle norme vigenti per il personale*

del servizio sanitario nazionale, secondo le modalità indicate da apposito collegio tecnico disciplinato nell'atto aziendale di cui all'articolo 3" (art. 5, co. 13);

Visto il DPCM 24.05.2001 recante Linee guida concernenti i protocolli di intesa da stipulare tra regioni e università per lo svolgimento delle attività assistenziali delle università nel quadro della programmazione nazionale e regionale ai sensi dell'art. 1, co. 2 del D.Lgs. 517/1999", che all'art. 4 definisce gli indirizzi per l'organizzazione interna delle Aziende Ospedaliero-Universitarie, indicando le materie che l'atto aziendale dell'AOU dovrà definire nel rispetto del Protocollo d'intesa Regione/Università di riferimento.

Visto l'art. 19, comma 10 della Legge regionale 25/02/2010, n. 4 , e in particolare il comma 9, secondo cui: *"I direttori generali istituiscono, mediante l'atto aziendale, i dipartimenti, le unità operative complesse, le unità operative semplici a valenza dipartimentale, le unità operative semplici e le strutture di staff nei limiti delle disposizioni vigenti. L'atto aziendale è adeguatamente motivato in relazione alla tipologia delle strutture di cui è prevista l'istituzione e alla coerenza della spesa derivante dall'articolazione organizzativa con i vincoli previsti dalle norme nazionali e regionali in materia di patto di stabilità, spesa sanitaria e costi del personale del SSR".*

Tenuto conto che con deliberazione di Giunta regionale n. 879 del 29.04.2015 sono state adottate le *"Linee guida per l'adozione degli atti aziendali di Aziende Sanitarie Locali ed Aziende Ospedaliere – Universitarie della Regione Puglia – Approvazione"* e, contestualmente, è stato stabilito che i Direttori generali delle Aziende Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliero-Universitarie del SSR sono tenuti ad adottare l'atto aziendale nel rispetto delle Linee Guida medesimi.

Inoltre, per quanto attiene il Protocollo d'Intesa, si richiamano:

- la deliberazione di Giunta regionale 23 gennaio 2018, n. 50 recante: "Art. 1 D.lgs. n. 517 del 21.12.1999 - Approvazione schema di Protocollo d'Intesa tra Regione Puglia, Università degli Studi di Bari ed Università degli Studi di Foggia recante la disciplina dell'integrazione fraattività didattiche, assistenziali e di ricerca";
- la deliberazione di Giunta regionale 7 luglio 2021, n. 1145 recante: "Artt.1 e 2, comma 4, D.lgs. n.517 del 21.12.1999. Protocollo d'Intesa Regione/Università 11.4.2018. Approvazione schema di modifica Allegato B2 – Sedi decentrate della collaborazione fra Università degli Studi di Foggia e S.S.R";
- la deliberazione di Giunta regionale 12 settembre 2022, n. 1255, recante: "Modifica della DGR 50/2018 - Allegato C2 del Protocollo d'Intesa Regione/Università di Foggia per l'attività assistenziale integrata. Modifica ed integrazione delle D.G.R. n. 1126/2007 e n.2312/2009. Modifica del prospetto dei corsi di laurea e delle sedi di formazione professioni sanitarie"
- la deliberazione di Giunta regionale n. 1877/2022, recante: "Modifica della DGR n.1145 del 07.07.2021. Approvazione schema di modifica Allegato B2 del Protocollo d'Intesa

Regione/Università degli studi di Foggia per l'attività assistenziale recante la disciplina dell'integrazione fra attività didattiche, assistenziali e di ricerca”;

- la deliberazione di Giunta regionale n. 280 dell' 1/03/2024 recante: “Modifica dell’Allegato C2 del Protocollo d’Intesa Regione/Università di Foggia per l’attività assistenziale integrata”.
- la deliberazione di Giunta regionale n. 730 del 03/06/2024 recante: “ Ratifica dell’Allegato C2 di cui alla DGR n.280 del 11/03/2024 del Protocollo d’Intesa Regione/Università di Foggia per l’attività assistenziale integrata”.

Inoltre, è in corso di presentazione all’approvazione da parte della Giunta regionale la modifica del Protocollo d’Intesa Regione – Università di Foggia, rispetto alle determinazioni assunte nel corso della Commissione paritetica del 01/07/2025, già recepite nell’atto aziendale, di cui all’Allegato, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

Preso atto che:

- con deliberazione di Giunta regionale n. 879 del 29.04.2015 sono state adottate le “*Linee guida per l’adozione degli atti aziendali di Aziende Sanitarie Locali ed Aziende Ospedaliere – Universitarie della Regione Puglia – Approvazione*” e, contestualmente, è stato stabilito che i Direttori generali delle Aziende Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere-Universitarie del SSR sono tenuti ad adottare l’atto aziendale nel rispetto delle Linee Guida medesime;
- con Deliberazione n. 1436 del 19.10.2023 la Giunta regionale ha stabilito al punto 17 lett. e) del deliberato che: “*il Direttore Generale dell’ Azienda Ospedaliera “OO.RR” di Foggia dovrà adottare l’Atto aziendale, entro sei mesi dall’approvazione del presente provvedimento, in conformità alle disposizioni di cui al D. Lgs. n. 502/92 e ss.mm.ii. nonché della normativa nazionale e regionale in materia*”;
- con Regolamento regionale n. 8/2024 è stato previsto l’aggiornamento della Rete Ospedaliera ai sensi del D.M. n. 70/2015;
- con deliberazione di Giunta regionale n. 1384 del 03.10.2024 recante “*Approvazione definitiva del Regolamento Regionale “Aggiornamento delle Rete Ospedaliera ai sensi del D.M. n. 70/2015* è stato previsto al punto 11 del deliberato che: “*[...] le Direzioni strategiche delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale concordino la rimodulazione delle Unità Operative ospedaliere, in termini di Complesse o Semplici (anche a Valenza Dipartimentale) con il Dipartimento “Promozione della Salute e del Benessere Animale”, atteso che, in particolare le Unità Operative Complesse concorrono al raggiungimento dello standard D.M. n. 70/2015, in termini di “strutture” per disciplina. Si rimanda, inoltre, alle disposizioni nazionali e regionali in materia di adozione dell’atto aziendale, ex D.Lgs. n. 502/1992 e art. 19 L.R. n. 14 del 25/02/2010*”;
- con deliberazione di Giunta regionale n. 418 del 07.04.2025 di “*Revoca D.G.R. n. 1603 del 13/09/2018. Determinazione parametri standard regionali per l’individuazione di strutture semplici, strutture complesse e incarichi destinati al personale del Comparto delle Aziende ed Enti*

del S.S.R.” sono stati approvati i parametri standard regionali per l’individuazione delle strutture semplici e complesse, nonché degli incarichi riservati al personale comparto delle Aziende ed Enti SSR alla luce delle specifiche previsioni in materia di incarichi di cui al vigente CCNL Sanità 2019-2021, della nuova rete ospedaliera regionale di cui al Regolamento Regionale n. 8 del 31/10/2024 e ai dati demografici regionali aggiornati all’1/1/2024.

In applicazione di tali parametri standard, il numero massimo di strutture organizzative attribuibili da parte dell’Azienda Ospedaliera Universitaria “OO.RR” di Foggia è il seguente:

TIPOLOGIA STRUTTURE	
Strutture Complesse (OSP. + NON OSP.)	Strutture Semplici
58	86

- ai sensi del punto 6) della Deliberazione n. 418 del 07.04.2025 la Giunta regionale ha stabilito che: *“qualora i Direttori Generali delle Aziende ed Enti del SSR dovessero ravvisare, in ragione di motivate esigenze di carattere organizzativo, la necessità di attivare un numero di Strutture Complesse aziendali superiore a quelle derivanti dall’applicazione dei parametri standard regionali, come riportate nell’Allegato al presente provvedimento quale sua parte integrante e sostanziale, il Dipartimento “Promozione della Salute e del Benessere Animale” possa autorizzarne l’attivazione, nel rispetto del tetto massimo regionale derivante dall’applicazione dei parametri standard definiti dal Comitato LEA in data 26 marzo 2012, di seguito riportati:*
 - *STRUTTURE COMPLESSE OSPEDALIERE : Numero standard di posti letto pubblici per struttura complessa ospedaliera prevista (PL pubblici/SC ospedal.) = 17,5;*
 - *STRUTTURE COMPLESSE NON OSPEDALIERE : Numero di abitanti residenti per struttura complessa non ospedaliera prevista (Popolaz. Resid./SC non ospedal.) = 13.515;”;*
- con deliberazione n. 1664 del 28.11.2024 la Giunta regionale ha preso atto e approvato l’atto aziendale dell’ Azienda Ospedaliera Universitaria “OO.RR” di Foggia;
- con nota prot. n. 19640 del 06.08.2025 il Direttore Generale l’Azienda Ospedaliera Universitaria “OO.RR” di Foggia, al fine di *“garantire una migliore integrazione tra le attività assistenziali ed assicurare una maggiore funzionalità dell’assetto tecnico-amministrativo”*, ha rappresentato la necessità di apportare alcune modifiche alla struttura organizzativa definita nell’Atto Aziendale già approvato con deliberazione di Giunta n. 1664/2024 riguardanti la denominazione/direzione o attivazione/disattivazione di alcune Strutture o una diversa collocazione organizzativa delle stesse.

Preso, altresì, atto che:

- la bozza dell’atto aziendale inviato dall’Azienda Ospedaliera Universitaria “OO.RR” di Foggia con nota prot. n. 19640 del 06.08.2025 al Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale prevede l’istituzione del seguente numero di strutture complesse e semplici:

TIPOLOGIA STRUTTURE	
S.C. (OSP. + NON OSP.)	S.S. e S.S.D.
62	86

Considerato che:

- il numero massimo di strutture organizzative attribuibili da parte Azienda Ospedaliera Universitaria "OO.RR" di Foggia e i conseguenti parametri standard calcolati sulla rilevazione della popolazione al 01.01.2024 sono pari a: n. 58 Strutture Complesse e n. 86 Strutture Semplici e, quindi, che il numero massimo di strutture di cui all'atto aziendale non rientra nei parametri standard di cui alla deliberazione di Giunta regionale n. 418/2025;
- le ulteriori unità operative complesse di cui si è richiesta l'attivazione oltre il parametro standard come definito dalla D.G.R. n. 418 del 07/07/2025 e, precisamente, della UOC Anestesia e Rianimazione, della UOC Oncologia Medica e Terapia biomolecolare, della UOC Radiologia d'urgenza e della UOC Geriatria trovano capienza rispetto al numero di Strutture Complesse derivanti dall'applicazione dei parametri standard definiti dal Comitato LEA in data 26 marzo 2012 in ambito provinciale e aziendale;
- l'attivazione della ulteriore rispetto al parametro standard come definito dalla D.G.R. n. 418 del 07/04/2025 è stata approvata in sede di Commissione Paritetica Regione/Università di Foggia, ex art. 6 L.R. 36/1994 tenutasi lo scorso 01.07.2025, prevedendo l'istituzione delle UOC Anestesia e Rianimazione dell'emergenza e dei trapianti;
- ai sensi dell'art 2 decreto-legge 19 maggio 2020 n. 34, convertito con modificazioni dalla L. 17 luglio 2020, n. 77, per la disciplina di Anestesia e Rianimazione è stato previsto un incremento di posti letto;
- l'articolazione delle unità operative ospedaliere in termini di strutture Complesse, Semplici e Semplici a Valenza Dipartimentale devono attenersi, inoltre, alla programmazione della rete ospedaliera regionale di cui all'allegato C del Regolamento regionale n. 8/2024;
- le Unità Operative Complesse istituite nelle Aziende ed Enti SSR concorrono, inoltre, al raggiungimento dello standard D.M. n. 70/2015, in termini di "strutture" per disciplina e, pertanto, l'istituzione delle strutture deve essere preventivamente approvato dal Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale al fine di evitare il disallineamento con lo standard di cui al D.M. 70/2015 di ciascuna disciplina per bacino di utenza;
- nel proposto atto aziendale l'Azienda Ospedaliera Universitaria "OO.RR" di Foggia ha previsto un'articolazione di strutture complesse non perfettamente allineate alla programmazione della rete ospedaliera regionale di cui all'allegato C del Regolamento regionale n. 8/2024 nelle seguenti discipline:
 - a. Oncologia medica e terapia biomolecolare;
 - b. Radiologia D'urgenza;
 - c. Geriatria;

- per le discipline di Radiologia d'urgenza, Oncologia Medica e terapia biomolecolare, Geriatria il rilevato disallineamento dalla programmazione regionale non incide sullo standard per il dimensionamento delle strutture per disciplina per bacino di utenza di cui al D.M. 70/2015;
- l'atto aziendale, ai sensi dell'art. 3 comma 1 bis del D.lgs n. 502/1992, è lo strumento mediante il quale le Aziende sanitarie definiscono la propria organizzazione e il proprio funzionamento nel rispetto dei principi emanati dalla Regione ed è, quindi, espressione della funzione organizzativa di autogoverno delle Aziende sanitarie;
- l'organizzazione di cui all'atto aziendale deve tendere al rispetto della programmazione regionale anche in termini di rispetto della programmazione della rete ospedaliera e dello standard D.M. n. 70/2015, nonché in termini di conferimento dei conseguenti incarichi di direzione delle unità operative.

Tanto premesso, preso atto delle necessità organizzative dell'Azienda Ospedaliera Universitaria "OO.RR" di Foggia, il numero di unità operative programmate nell'atto aziendale risulta:

- a. essere superiore a quelle derivanti dall'applicazione del parametro standard di cui al punto 2) e 4) del deliberato della DGR n. 418 del 07.04.2024;
- b. presentare difformità nell'articolazione delle strutture rispetto alla programmazione della rete ospedaliera regionale di cui all'allegato C del Regolamento regionale n. 8/2024;

tuttavia le ulteriori Strutture complesse di cui si chiede l'attivazione è coerente con il tetto massimo regionale di strutture Complesse derivante dall'applicazione dei parametri standard definiti dal Comitato LEA in data 26 marzo 2012 in ambito provinciale e aziendale e il disallineamento dalla programmazione regionale non incide sullo standard per il dimensionamento delle discipline per bacino di cui al D.M. 70/2015.

Sulla base dell'istruttoria effettuata dal competente Servizio regionale e stante quanto innanzi, con il presente schema di provvedimento, si propone alla Giunta regionale di approvare l'atto aziendale contenente l'assetto organizzativo interno dell'Azienda Ospedaliera Universitaria "OO.RR" di Foggia, così come inviato con nota prot. n. 19640 del 06.08.2025, di cui all'Allegato parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, con prescrizione per l'Azienda Ospedaliera Universitaria "OO.RR" di Foggia di tendere ad un allineamento dell'organizzazione aziendale a quanto stabilito negli atti di programmazione della rete ospedaliera e dello standard D.M. n. 70/2015 di cui al Regolamento regionale n. 8/2024.

Garanzie di riservatezza

"La pubblicazione sul BURP, nonché la pubblicazione all'Albo o sul sito istituzionale, salve le garanzie previste dalla legge 241/1990 in tema di accesso ai documenti amministrativi, avviene nel rispetto della tutela della riservatezza dei cittadini secondo quanto disposto dal Regolamento UE n. 2016/679 in materia di protezione dei dati personali, nonché dal D.Lgs. 196/2003 ss.mm.ii., ed ai sensi del vigente

Regolamento regionale 5/2006 per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari, in quanto applicabile. Ai fini della pubblicità legale, il presente provvedimento è stato redatto in modo da evitare la diffusione di dati personali identificativi non necessari ovvero il riferimento alla particolari categoria di dati previsti dagli articoli 9 e 10 del succitato Regolamento UE”.

Esiti Valutazione di impatto di genere

L'impatto di genere stimato è **neutro**

COPERTURA FINANZIARIA AI SENSI DEL D.LGS. 118/2011 E SS.MM.II.

La presente deliberazione non comporta implicazioni, dirette/indirette, di natura economico-finanziaria e/o patrimoniale e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale.

Tutto ciò premesso, al fine di procedere con l'approvazione dell'atto aziendale dell'Azienda Ospedaliera "OO.RR" di Foggia si propone alla Giunta regionale:

1. di prendere atto di quanto esposto in narrativa e che qui si intende integralmente trascritto;
2. di approvare l'atto aziendale contenente l'assetto organizzativo dell'Azienda Ospedaliera Universitaria "OO.RR" di Foggia così come inviato da ultimo con nota prot. n. 19640 del 06.08.2025, di cui all'allegato quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
3. di prendere atto che la richiesta di attivazione di quattro ulteriori unità operative complesse oltre il parametro standard come definito dalla D.G.R. n. 418 del 07/04/2025 e precisamente della UOC Anestesia e Rianimazione, della UOC Oncologia Medica e Terapia biomolecolare, della UOC Radiologia d'urgenza e della UOC Geriatria, in ossequio al punto 6) del deliberato della citata DGR n. 418 del 07.04.2025, è coerente con il tetto massimo regionale di strutture Complesse derivante dall'applicazione dei parametri standard definiti dal Comitato LEA in data 26 marzo 2012 in ambito provinciale e aziendale;
4. di stabilire che l'Azienda Ospedaliera Universitaria "OO.RR" di Foggia debba procedere con un progressivo allineamento dell'assetto organizzativo aziendale in conformità agli atti di programmazione regionale sia in termini di rispetto della rete ospedaliera che dello standard ex D.M. n. 70/2015 di cui all'Allegato C del Regolamento regionale n. 8/2024 e precisamente per le discipline di:
 - a. Oncologia medica e terapia biomolecolare;
 - b. Radiologia D'urgenza;
 - c. Geriatria;
5. di stabilire che gli incarichi di direzione delle unità operative siano conferiti in conformità all'atto aziendale, di cui all'Allegato alla presente deliberazione parte integrante e sostanziale del presente atto, con particolare riferimento alle unità operative non allineate con l'allegato C del Regolamento regionale n. 8/2024;

6. di notificare il presente provvedimento a cura Servizio Strategie e Governo dell'assistenza Territoriale – Rapporti Istituzionali e Capitale Umano SSR, all'Azienda Ospedaliera Universitaria "OO.RR" di Foggia;
7. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia, ai sensi della L.R. 18/2023.

I sottoscritti attestano la regolarità amministrativa dell'attività istruttoria e della proposta, ai sensi dell'art. 6, co. 3, lett. da a) ad e) delle Linee guida sul "Sistema dei controlli interni nella Regione Puglia", adottate con D.G.R. 23 luglio 2019, n. 1374.

LA RESPONSABILE EQ "Analisi normativa e gestione rapporti contrattuali"

Daniela PIZZUTO

 DANIELA PIZZUTO
11.09.2025 13:17:59
UTC

La DIRIGENTE di Servizio "Strategie e Governo dell'Assistenza Territoriale- Rapporti Istituzionali e Capitale Umano SSR":

Antonella CAROLI

 ANTONELLA
CAROLI
11.09.2025
13:57:38 UTC

IL DIRIGENTE di Sezione "Strategie e Governo dell'Offerta":

Mauro NICASTRO

 Mauro
Nicastro
11.09.2025
18:16:40
GMT+02:00

Il Direttore ai sensi degli artt. 18 e 20 del Decreto del Presidente della Giunta regionale 22 gennaio 2021, n. 22 e ss.mm.ii., NON RAVVISA osservazioni alla presente proposta di DGR.

Il DIRETTORE di Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale:

Vito MONTANARO

 Vito
Montanaro
11.09.2025
18:21:50
GMT+02:00

L'Assessore alla Sanità e Benessere animale, Sport per Tutti ai sensi del vigente Regolamento della Giunta regionale,

Raffaele PIEMONTESE

 Raffaele Piemontese
11.09.2025
18:30:40
GMT+02:00

propone

alla Giunta regionale l'adozione del presente atto.

Policlinico Foggia



ospedaliero-universitario

SGO_DEL_2025_00127



Mauro
Nicastro
11.09.2025
18:12:46
GMT+02:00

ATTO AZIENDALE POLICLINICO FOGGIA



ATTO AZIENDALE

Sommario

Titolo I: Elementi identificativi e caratterizzanti dell’Azienda	3
Art. 1 – Istituzione e ragione sociale	3
Art. 2 – Natura dell’Azienda	3
Art. 3 – Sede legale ed elementi identificativi.....	3
Art. 4 – Rapporti con L’Università	4
Titolo II: <i>Mission</i> e funzionamento dell’Azienda	5
Art. 5 – Mission.....	5
Art. 6 – I principi	5
Art. 7 – Integrazione con il territorio.....	6
Art. 8 – Governo clinico	6
Titolo III: Gli organi istituzionali dell’Azienda	7
Art. 9 – Organi dell’Azienda	7
Art. 10 – Il Direttore Generale.....	7
Art. 11 – Il Collegio sindacale.....	8
Art. 12 – Il Collegio di Direzione	9
Art. 13 – L’Organo di indirizzo	9
Art. 14 – Relazioni tra gli Organi dell’Azienda	10
Art. 15 – La Direzione Strategica	10
Art. 16 – Il Direttore Amministrativo.....	10
Art. 17 – Il Direttore Sanitario	11
Art. 18 – Il Direttore Medico di Presidio.....	11
Titolo IV: Le strutture complesse amministrative di nuova istituzione.....	13
Art. 19 – La Direzione Amministrativa di Presidio	13
Art. 20 – La Struttura Complessa di Ingegneria Clinica	13
Titolo V: Gli organismi collegiali dell’Azienda.....	14
Art. 21 – Il Consiglio dei Sanitari.....	14
Art. 22 – L’Organismo Indipendente di Valutazione	14
Art. 23 – L’Ufficio Procedimenti Disciplinari.....	15
Art. 24 – Il Comitato Etico Locale	15
Art. 25 – Il Comitato Unico di Garanzia	16
Art. 26 – Il Comitato Consultivo Misto	16
Titolo VI: Assetto organizzativo	17
Art. 27 – Organizzazione interna	17
Art. 28 – La Struttura Complessa.....	17
Art. 29 – La Struttura Semplice a valenza dipartimentale.....	18
Art. 30 – La Struttura Semplice.....	18
Art. 31 – Programmi intra e/o infra dipartimentali.....	19

ATTO AZIENDALE

Art. 32 – Assetto organizzativo dell’Azienda	19
Art. 33 – I Dipartimenti ad attività integrata (D.A.I.).....	19
Art. 34 – Organi del Dipartimento	20
Art. 35 – Il Direttore del Dipartimento	20
Art. 36 – Il Comitato di Dipartimento.....	21
Art. 37 – Organizzazione dipartimentale dell’Azienda	22
Art. 38 – I Dipartimenti Interaziendali.....	22
Titolo VII: Risorse umane.....	24
Art. 39 – La gestione del personale	24
Art. 40 – La valutazione del personale	24
Art. 41 – La formazione del personale	25
Art. 42 – I rapporti con le Organizzazioni Sindacali	25
Art. 43 – Procedura di istituzione, modifica e soppressione delle Strutture Complesse (SC), delle Strutture Semplici Dipartimentali (SSD) e delle Strutture Semplici (articolazione di SC)	26
Art. 44 – Disciplina del conferimento, della durata e della revoca degli incarichi dirigenziali per il personale dipendente SSR ed Universitario	26
Art. 45 – Incarichi gestionali	27
Art. 46 – Incarichi professionali.....	27
Art. 47 – Disciplina del conferimento, della durata e della revoca degli incarichi per il personale del Comparto dipendente del SSR.....	28
Art. 48 – Conferimento e revoca delle funzioni assistenziali al personale universitario convenzionato....	28
Art. 49 – Partecipazione del personale SSR all’attività didattica universitaria	28
Art. 50 – Attività Libero Professionale Intramoenia	29
Titolo VIII: Sistemi di programmazione strategica.....	30
Art. 51 – La programmazione strategica	30
Art. 52 – Il Piano Integrato di Attività e Organizzazione	30
Art. 53 – Il Bilancio Preventivo Economico annuale e triennale	31
Titolo IX: Il governo aziendale dei rischi e il sistema di controlli.....	32
Art. 54 – Il governo aziendale dei rischi	32
Art. 55 – Il sistema dei controlli.....	32
Art. 56 – La prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità	33
Art. 57 – Il sistema gestionale aziendale in applicazione della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali	33
Titolo X: La gestione partecipata	34
Art. 58 – La Partecipazione dei Cittadini, Utenti e della Società Civile	34
Art. 59 – Gli strumenti di informazione.....	34
Titolo XI: Norme finali e di rinvio.....	34
Art. 60 – Norme finali e di rinvio	34
Allegati.....	35

ATTO AZIENDALE



Titolo I: Elementi identificativi e caratterizzanti dell'Azienda

Art. 1 – Istituzione e ragione sociale

1. L'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti" di Foggia è stata istituita con decreto del Presidente della Giunta della Regione Puglia n. 44 del 31 gennaio 1997 ed è disciplinata dai seguenti atti regolamentari o di intesa aventi carattere generale e speciale:
 - a. *Regolamento Regionale 18 luglio 2008, n. 13* avente ad oggetto "la disciplina delle Aziende Ospedaliero-Universitarie della Regione Puglia ai sensi del D.Lgs. n.517/99" adottato con Deliberazione di Giunta Regionale n. 1287/2008;
 - b. *Linee guida per l'adozione degli atti aziendali di Aziende Sanitarie Locali e Aziende Ospedaliero-Universitarie della Regione Puglia* approvate con Deliberazione di Giunta Regionale n. 879/2015;
 - c. "Protocollo d'intesa tra la Regione Puglia e le Università degli Studi di Bari e Foggia, per la disciplina dell'integrazione fra attività didattiche, assistenziali e di ricerca" approvato con Deliberazione di Giunta Regionale n. 50/2018 e s.m.i..
2. La denominazione Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti" di Foggia (d'ora innanzi Azienda), a seguito dell'emanazione delle Linee guida Hospitality per l'accoglienza nelle strutture sanitarie pugliesi di cui alla Deliberazione della Giunta Regionale n.671/2019, è stata sintetizzata in **Policlinico Foggia ospedale-universitario**.

Art. 2 – Natura dell'Azienda

1. L'Azienda ha personalità giuridica pubblica e autonomia organizzativa, gestionale, patrimoniale e contabile e persegue, garantendone la complementarietà e l'integrazione, finalità di assistenza, cura, formazione e ricerca.
2. L'Azienda:
 - costituisce per l'Università di Foggia, l'Azienda di riferimento per le attività assistenziali essenziali allo svolgimento delle funzioni istituzionali di didattica e di ricerca;
 - garantisce l'integrazione fra le attività assistenziali, didattiche e di ricerca svolte dal Servizio Sanitario Nazionale, Regionale e dall'Università;
 - opera nel rispetto reciproco degli obiettivi istituzionali e di programmazione del Servizio Sanitario Nazionale, del Servizio Sanitario Regionale e dell'Università.

Art. 3 – Sede legale ed elementi identificativi

1. La sede legale dell'Azienda è sita nel comune di Foggia, in viale Pinto n. 1.
2. Il Codice Fiscale e Partita IVA dell'Azienda è 02218910715.
3. Il logo è il seguente:



4. L'indirizzo *pec* dell'Azienda è protocollo@pec.ospedaliriunitifoggia.it.
5. Il sito web dell'Azienda è il seguente: <https://www.sanita.puglia.it/web/ospedaliriunitifoggia>.
6. Il patrimonio dell'Azienda è costituito da tutti i beni mobili ed immobili ad essa appartenenti e come risultanti a libro degli inventari, nonché dai beni mobili e immobili di proprietà dell'Azienda nonché dai beni patrimoniali materiali ed immateriali conferiti in uso gratuito dall'Università di riferimento con vincolo di destinazione ad attività assistenziale. Gli oneri di conduzione e di manutenzione ordinaria e

ATTO AZIENDALE

straordinaria dei beni conferiti dall'Università sono a carico dell'Azienda, che vi provvede con proprie risorse.

7. L'Azienda nasce nel 1997 dallo scorporo dell'ASL territoriale e dalla fusione di tre stabilimenti denominati "Ospedali Riuniti", "Maternità" e "Colonnello d'Avanzo" ricadenti tutti sul territorio di Foggia. Dal 2020 è stato annesso l'Ospedale "Lastaria" sito nella città di Lucera.

Art. 4 – Rapporti con L'Università

1. I criteri che regolano i rapporti tra Azienda e Università sono improntati al rispetto dei principi di integrazione tra attività assistenziale, formativa e di ricerca, di leale cooperazione, di condivisione delle linee di programmazione che tengano conto delle rispettive mission, di sviluppo di adeguati strumenti di collaborazione, funzionali al perseguimento degli obiettivi di qualità, efficienza, efficacia e competitività del servizio sanitario pubblico, di valorizzazione della formazione del personale medico e sanitario e di potenziamento della ricerca biomedica e medico-clinica.
2. Per garantire ciò, in osservanza degli accordi tra Regione Puglia e l'Università di Foggia ed a garanzia dell'autonomo esercizio delle proprie responsabilità gestionali, l'Azienda conferma la valenza del principio del rispetto dello stato giuridico del personale dei rispettivi ordinamenti, dell'autonomia dell'Università nell'esercizio delle proprie funzioni istituzionali che tenga conto, nel pieno riguardo dei diritti di salute del cittadino, dei compiti assistenziali e dei previsti riconoscimenti economici al personale impegnato, di cui all'art. 6 del D. Lgs. n. 517/99, indipendentemente dallo stato giuridico.
3. I rapporti tra l'Azienda e l'Università di Foggia, in relazione allo svolgimento dell'attività assistenziale quale parte integrante dei compiti istituzionali dell'Università, sono definiti nello specifico Protocollo di intesa Università di Foggia con la Regione Puglia a cui si rimanda.

ATTO AZIENDALE



Titolo II: Mission e funzionamento dell'Azienda

Art. 5 – Mission

1. L'Azienda assume, per la sua specificità, la funzione di supporto primario per le attività didattiche e scientifiche proprie della Scuola/Facoltà di Medicina e dei Dipartimenti universitari di area medica ad essa afferenti nell'ambito della collaborazione fra Servizio Sanitario e Università ai sensi del D. Lgs. n. 517/1999.
2. La *mission* dell'Azienda consiste nello svolgimento integrato delle funzioni di assistenza, didattica e ricerca, in modo tale da:
 - garantire elevati standard di assistenza sanitaria, anche multidisciplinare, nelle strutture pubbliche;
 - assicurare lo svolgimento delle attività di didattica e di ricerca biomedica e sanitaria di tipo clinico e traslazionale, contribuendo all'introduzione di nuovi farmaci, tecnologie e strategie terapeutiche e preventive;
 - favorire lo sviluppo della cultura e metodologia clinica degli operatori sanitari;
 - valorizzare le funzioni e le attività del personale universitario e ospedaliero, armonizzando le due componenti;
 - favorire la continuità assistenziale, interfacciandosi con la medicina preventiva e di famiglia.
3. La collaborazione fra Servizio Sanitario Regionale ed Università all'interno dell'Azienda deve svilupparsi in modo da garantire il raggiungimento degli obiettivi di qualità, efficienza, efficacia, economicità ed appropriatezza del servizio sanitario, da perseguire attraverso una programmazione concertata degli obiettivi e delle risorse, in funzione delle attività assistenziali e delle attività didattiche e di ricerca.
4. L'Azienda rappresenta uno snodo importante per la sanità pugliese essendo uno dei due policlinici universitari presenti nel territorio regionale che il Piano di riordino ospedaliero ha classificato come Ospedale di II livello in grado di erogare assistenza in fase acuta nelle discipline di particolare complessità assistenziale.

Art. 6 – I principi

1. Nel perseguimento della *mission* l'Azienda individua i seguenti principi costitutivi verso cui orientare i comportamenti del personale impegnato nello svolgimento delle funzioni aziendali che tradizionalmente sono:
 - improntare la propria attività al miglioramento della qualità della vita e di salute del cittadino/paziente, attore principale nell'erogazione delle prestazioni cui sono orientati gli obiettivi generali e specifici individuati
 - coinvolgere tutti gli operatori nel perseguimento degli obiettivi aziendali sulla base del principio della responsabilità diffusa;
 - perseguire l'efficientamento delle risorse economiche per migliorare l'offerta sanitaria in termini di tempestività e qualità dei servizi resi alla popolazione assistita;
 - valorizzare l'appropriatezza delle prestazioni e mantenere il tempo di attesa per la loro fruizione entro limiti che non ne inficino l'efficacia;
 - favorire un rapporto con i cittadini improntato alla trasparenza;
 - dare rilievo ai processi di comunicazione verso i cittadini, i soggetti in formazione e gli operatori, al fine di accrescere la condivisione dei valori etici e degli obiettivi dell'Azienda e di consentire una adeguata partecipazione;
 - favorire l'azione del Volontariato e dell'Associazionismo presenti nell'Azienda e fuori costituendo questi, per la stessa, opportunità e stimolo di crescita anche dal punto di vista qualitativo, collegamento con la realtà territoriale e con l'utenza;

ATTO AZIENDALE

- basare lo sviluppo delle proprie attività su programmi finalizzati a migliorare i percorsi assistenziali, anche formulando linee guida e definendo indicatori, in particolare di esito, delle attività cliniche, nell'ottica della valutazione delle metodologie e delle attività sanitarie;
- valorizzare il ruolo di tutti i professionisti nel governo clinico dell'Azienda;
- favorire l'attività di ricerca di base e clinica, quale fattore essenziale dello sviluppo e dell'innovazione della scienza medica e dell'innovazione;
- accrescere costantemente la qualità professionale dei propri operatori, attraverso un processo di formazione e di aggiornamento continuo.

Art. 7 – Integrazione con il territorio

1. L'Azienda, nel suo ruolo di *Spoke* per l'area di Foggia e di *Hub* del nord Puglia per le prestazioni di altissima complessità non presenti negli altri nodi della rete ospedaliera, ritiene strategico il coordinamento e l'integrazione con tutte le Aziende del SSR e, in particolare, con la ASL Foggia e la ASL Barletta-Andria-Trani al fine di garantire una rete capace di dare le migliori risposte ai cittadini. L'integrazione è indispensabile per assicurare ai pazienti, al termine del percorso di cura, il rapido inserimento nella rete dei servizi territoriali più appropriati per livello di intensità di cura e di assistenza.

Art. 8 – Governo clinico

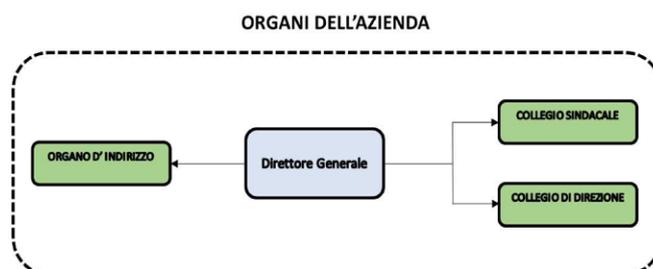
1. Per migliorare l'assistenza e le prestazioni erogate è decisivo il coinvolgimento attivo e responsabilizzato dei medici e di tutti gli operatori sanitari. A tal fine l'Azienda adotta la strategia del governo clinico inteso come una continua e attiva ricerca della massima appropriatezza dei comportamenti professionali e delle prestazioni erogate anche sulla base delle risorse disponibili. La strategia del governo clinico basato sull'appropriatezza permette di orientare i comportamenti professionali agli effettivi bisogni dell'utenza, focalizzando l'attenzione sulla produzione, ovvero, sulle prestazioni erogate così da dare concretezza all'azione per il miglioramento continuo della qualità. Il governo clinico presuppone contesti che favoriscano l'assunzione di comportamenti professionali individuali e di équipe condivisi.
2. L'Azienda conseguentemente privilegia la strategia di integrare con i propri sistemi gestionali gli obiettivi di appropriatezza e di governo clinico e sistemi di valutazione basati su indicatori.

ATTO AZIENDALE

Titolo III: Gli organi istituzionali dell'Azienda

Art. 9 – Organi dell'Azienda

1. Sono organi dell'Azienda:
 - il Direttore Generale;
 - il Collegio Sindacale;
 - il Collegio di Direzione;
 - l'Organo di indirizzo.



Art. 10 – Il Direttore Generale

1. Il Direttore Generale viene nominato dal Presidente della Regione d'intesa con il Rettore dell'Università di Foggia, individuandolo tra gli idonei presenti nell'elenco nazionale istituito presso il Ministero della Salute, a norma del combinato disposto degli artt. 1 e 6 del D. Lgs. n. 171/2016.
2. Il Direttore Generale, ai sensi dell'art. 3, co. 1- *quater* e 6 del D. Lgs. n. 502/1992, è responsabile della gestione complessiva dell'Azienda, di cui detiene la legale rappresentanza, nomina i responsabili delle strutture operative. Ad esso compete inoltre la verifica della corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate -anche attraverso appositi sistemi di controllo interno che consentano valutazioni comparative dei costi, rendimenti e risultati – nonché la verifica dell'imparzialità e del buon andamento dell'azione amministrativa.
3. Il Direttore Generale è coadiuvato nell'esercizio delle sue funzioni, dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario, scelti tra i soggetti iscritti agli elenchi regionali degli idonei alla nomina ai sensi della Legge regionale n. 48/2019 e s.m.i.
4. Il Direttore Generale può, in conformità alla normativa nazionale e regionale vigente, delegare specifiche funzioni con riferimento a particolari obiettivi, determinati ambiti settoriali di attività, o singoli atti o procedimenti, al Direttore Amministrativo, al Direttore Sanitario e ai Dirigenti.
5. Le deliberazioni del Direttore Generale e gli atti adottati su delega del medesimo sono pubblicate sull'Albo pretorio *on-line* entro 10 giorni dalla loro adozione e per 15 giorni.
6. È riservata al Direttore Generale, senza facoltà di delega, l'adozione, con propria deliberazione, tra gli altri, dei seguenti atti:
 - nomina, sospensione, decadenza e revoca del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario;
 - nomina dei componenti del Collegio sindacale, su designazione delle amministrazioni competenti, e prima convocazione del Collegio;
 - recepimento della nomina dell'Organo di Indirizzo effettuata dalla Giunta regionale e prima convocazione;
 - adozione e modifica dell'atto aziendale e regolamenti interni;
 - nomina dei direttori dei dipartimenti e delle strutture complesse, nomina dei responsabili delle strutture semplici dipartimentali e semplici, eventuale sospensione e revoca delle nomine;

ATTO AZIENDALE

- conferimento, sospensione e revoca degli ulteriori incarichi;
 - atti relativi alla programmazione economico-finanziaria e di bilancio previsti dalla normativa vigente e ogni altro atto riguardante la definizione di obiettivi, priorità, piani, programmi e direttive generali per l'attività aziendale;
 - atti di disposizione del patrimonio, eccedenti l'ordinaria amministrazione;
 - individuazione delle risorse umane, materiali ed economico-finanziarie da destinare ai dipartimenti e alle strutture;
 - conferimento degli incarichi di collaborazione esterna;
 - nomina dei componenti dell'O.I.V.;
7. Il Direttore Generale in quanto responsabile del governo complessivo aziendale:
- assegna ai Direttori di Dipartimento, Direttori di Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale l'esercizio delle attività connesse alla realizzazione degli obiettivi aziendali, secondo le previsioni di cui al Decreto Legislativo n. 165/2001, in applicazione del principio dell'attribuzione di autonomia e responsabilità ai diversi livelli organizzativi dell'Azienda. I termini e i contenuti della delega devono essere portati a conoscenza del collegio sindacale, del collegio di direzione, dell'organo di indirizzo e dei soggetti delegati;
 - assegna ai Dirigenti Tecnici ed Amministrativi l'esercizio delle attività connesse alla adozione di provvedimenti, anche comportanti spesa, che impegnano l'Azienda verso terzi nei limiti del budget assegnato.
8. Nei casi di assenza o impedimento temporanei, le funzioni di Direttore Generale sono svolte dal Direttore Amministrativo o dal Direttore Sanitario, ove specificatamente delegati. In assenza di delega, le funzioni sono esercitate dal Direttore presente più anziano per età.

Art. 11 – Il Collegio sindacale

1. Il Collegio sindacale dura in carica tre anni ed è composto da tre membri, dei quali uno designato dal Presidente della Giunta regionale pugliese d'intesa con il Rettore dell'Università di Foggia, uno designato dal Ministero dell'Economia e delle Finanze e uno designato dal Ministero della Salute.
2. La nomina, la composizione e le funzioni del Collegio sindacale sono regolate dalla normativa regionale e nazionale vigente in materia. In particolare, il Collegio:
- verifica l'amministrazione dell'Azienda sotto il profilo economico;
 - vigila sull'osservanza della legge;
 - 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;
 - riferisce almeno trimestralmente alla Regione sui risultati del riscontro eseguito, denunciando immediatamente i fatti se vi è sospetto di gravi irregolarità;
 - trasmette periodicamente, e comunque con cadenza almeno semestrale, una propria relazione sull'andamento dell'attività dell'Azienda al Sindaco del Comune di Foggia.
3. I componenti del Collegio sindacale possono procedere ad atti di ispezione e controllo, anche individualmente.
4. La seduta di insediamento del Collegio sindacale viene convocata dal Direttore Generale; nella stessa seduta elegge tra i propri componenti il Presidente che provvede alle successive convocazioni. Nel caso di cessazione per qualunque causa del Presidente alle convocazioni provvede il componente più anziano di età fino al reintegro del Collegio e all'elezione del nuovo Presidente.
5. Le riunioni del Collegio sindacale possono essere svolte sia in presenza sia in modalità telematica.

ATTO AZIENDALE

**Art. 12 – Il Collegio di Direzione**

1. Il Collegio di Direzione è organo dell’Azienda ed è composto da:
 - il dirigente responsabile dell’Unità gestione del rischio clinico/risk management;
 - il responsabile dell’Unità prevenzione e protezione del rischio o equivalenti;
 - un delegato dei dirigenti delle professioni sanitarie;
 - il Direttore di presidio ospedaliero;
 - i Direttori dei Dipartimenti ad attività integrata.

2. Le funzioni del Collegio di Direzione sono quelle previste dalla Legge Regionale 17 ottobre 2014, n. 43. In particolare, il Collegio di Direzione:
 - concorre al governo delle attività cliniche dell’azienda, formulando proposte ed esprimendo pareri dietro obbligatoria consultazione del Direttore generale in merito a tutte le questioni attinenti al governo delle attività cliniche;
 - concorre alla pianificazione delle attività dell’azienda, ivi comprese la didattica e la ricerca, e allo sviluppo organizzativo e gestionale dell’azienda, con particolare riferimento all’organizzazione dei servizi, alla valorizzazione delle risorse umane, alle attività di formazione continua degli operatori sanitari, alle soluzioni organizzative per l’attuazione dell’attività libero-professionale intramuraria;
 - esprime parere obbligatorio sull’atto aziendale per la parte relativa all’organizzazione delle attività cliniche;
 - esprime parere obbligatorio sul piano aziendale annuale della formazione, tenendo conto degli obiettivi formativi nazionali e regionali, nonché degli specifici bisogni formativi espressi dalle Aree e dai Dipartimenti aziendali e dalle categorie di operatori, ai fini della successiva approvazione da parte del Direttore generale;
 - esprime parere obbligatorio sul piano aziendale annuale per la gestione del rischio clinico ai fini della successiva approvazione da parte del Direttore generale;
 - partecipa alla definizione dei requisiti di appropriatezza e qualità delle prestazioni, nonché degli indicatori di risultato clinico- assistenziale, e concorre alla conseguente valutazione interna dei risultati conseguiti in relazione agli obiettivi prefissati;
 - contribuisce alla programmazione e alla valutazione delle attività tecnico-sanitarie e di quelle ad alta integrazione sanitaria, partecipa alla programmazione delle attività di ricerca e didattica nell’ambito di quanto definito dai Protocolli d’intesa Regione-Università ed esprime parere sulla coerenza fra l’attività assistenziale e l’attività di didattica, ricerca e innovazione.

3. Il Collegio di direzione è nominato con deliberazione del Direttore generale, il quale ne convoca la seduta di insediamento, e dura in carica tre anni. Nella seduta di insediamento il Collegio elegge il proprio Presidente e il Vice-Presidente, scegliendoli fra i componenti di diritto.

4. Il Collegio di Direzione si riunisce di norma almeno una volta al mese. Le deliberazioni sono adottate a maggioranza semplice, ad eccezione dell’elezione del Presidente e 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.

5. Ai componenti del predetto Collegio non è corrisposto alcun emolumento, compenso, indennità o rimborso spese.

Art. 13 – L’Organo di indirizzo

1. L’Organo di indirizzo è composto da cinque membri, scelti tra esperti in materia di organizzazione e programmazione dei servizi sanitari e nominato con atto del Presidente della Giunta Regionale, di cui un membro con funzioni di Presidente designato dalla Regione d’intesa con il Rettore dell’Università, due

ATTO AZIENDALE

membri designati dalla Regione, un membro designato dal Rettore ed il Preside della Scuola/Facoltà di Medicina.

2. L'Organo di indirizzo è deputato, con riferimento ai dipartimenti ad attività integrata, ad assicurare la coerenza della programmazione generale dell'attività assistenziale dell'Azienda con la programmazione didattica e scientifica dell'Università di Foggia ed a verificare la corretta attuazione della programmazione.

Art. 14 – Relazioni tra gli Organi dell'Azienda

1. Nel rispetto dell'autonomia dei ruoli, delle competenze e delle specifiche responsabilità dei singoli organi dell'Azienda, gli stessi esercitano le proprie funzioni nello spirito di leale e sistematica collaborazione, al fine di garantire le sinergie necessarie al conseguimento degli obiettivi aziendali.
2. Il Direttore Generale promuove, anche su richiesta del Presidente di ciascun organo collegiale, sedute congiunte su problematiche di rilevanza strategica per l'Azienda.
3. Il Presidente di ciascun Organo può attivare forme di consultazione con il Presidente dell'altro Organo, anche mediante sedute congiunte, su materie che rientrano nelle competenze degli Organi stessi, previo avviso al Direttore Generale.

Art. 15 – La Direzione Strategica

1. La Direzione Strategica è composta dal Direttore Generale che è il Legale Rappresentante e l'organo responsabile del governo complessivo dell'Azienda, dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario che concorrono con la formulazione di proposte ed esprimono i relativi pareri.

**Art. 16 – Il Direttore Amministrativo**

1. Il Direttore Amministrativo è nominato dal Direttore Generale ed è individuato tra i soggetti iscritti agli elenchi regionali degli idonei alla nomina ai sensi della Legge regionale n. 48/2019 e s.m.i.
2. Al Direttore Amministrativo si applicano le norme di cui al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517. In particolare, il Direttore Amministrativo coadiuva il Direttore Generale:
 - fornendo parere sugli atti alle materie di competenza, svolgendo attività di indirizzo, coordinamento e supporto nei confronti dei responsabili delle strutture dell'Azienda, con riferimento agli aspetti gestionali-amministrativi, nonché collaborando al controllo di gestione dell'Azienda;
 - assicurando l'attuazione del sistema di governo economico-finanziario;
 - garantendo che i sistemi di supporto all'erogazione dell'assistenza sanitaria siano orientati all'efficienza ed efficacia, soprattutto con riferimento alle funzioni-chiave di gestione del personale e di acquisizione di beni e servizi.

ATTO AZIENDALE**Art. 17 – Il Direttore Sanitario**

1. Il Direttore Sanitario è nominato dal Direttore Generale ed è individuato tra i soggetti iscritti agli elenchi regionali degli idonei alla nomina ai sensi della Legge regionale n. 48/2019 e s.m.i.
2. Al Direttore Sanitario si applicano le norme di cui al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517. In particolare, il Direttore Sanitario coadiuva il Direttore Generale:
 - fornendo pareri obbligatori sugli atti relativi alle materie di competenza;
 - svolgendo attività di indirizzo, coordinamento e supporto nei confronti dei responsabili delle strutture dell’Azienda, con riferimento agli aspetti organizzativi, igienico-sanitari e ai programmi di intervento di area specifica a tutela della salute;
 - collaborando al controllo di gestione dell’Azienda e al controllo di qualità dei servizi e delle prestazioni erogate.
3. Il Direttore Sanitario cura l’organizzazione ed assicura la verifica dei volumi e della qualità dell’assistenza nell’ambito degli indirizzi strategici generali dell’Azienda ed in relazione ai servizi che devono essere messi a disposizione della popolazione.

Art. 18 – Il Direttore Medico di Presidio

1. Il Direttore Medico di Presidio svolge le funzioni delegate dal Direttore Sanitario e sovrintende all’organizzazione e alla gestione delle attività sanitarie delle Strutture afferenti al Presidio.
2. Il Direttore Medico di Presidio, in particolare, assolve ai seguenti compiti:
 - sovrintende alle attività delle SSVD:
 - ✓ Fisica Sanitaria;
 - ✓ Formazione del Personale;
 - ✓ Igiene, Accredimento Istituzionale;
 - ✓ Medicina del Lavoro;
 - ✓ Organizzazione Sale Operatorie e Approvvigionamento Tecnologie Sanitarie;
 - ✓ Stewardship Antimicrobica;
 - ✓ Risk Management;
 - ✓ Servizi Professioni Sanitarie 1;
 - ✓ Servizi Professioni Sanitarie 2;
 - in collaborazione con le SSVD “Servizi Professioni Sanitarie 1 e 2” e con il Dirigente delle Professioni Sanitarie, gestisce il personale di comparto (sanitario, tecnico e socio-sanitario) attraverso la programmazione delle risorse garantendone il migliore impiego nei processi di lavoro, attraverso la quantificazione del fabbisogno, la valutazione delle competenze, l’elaborazione dei programmi di accoglienza e inserimento, nell’ottica di promozione e valorizzazione del capitale umano;
 - vigila sul mantenimento dei requisiti igienico-sanitari;
 - svolge attività di sorveglianza e verifica di denuncia delle malattie infettive e collabora con il C.I.O. nelle attività di prevenzione, profilassi e studio delle infezioni ospedaliere;
 - vigila sul mantenimento dei requisiti autorizzativi e di accreditamento delle Strutture/Servizi di afferenza previsti dalla normativa nazionale e regionale in materia;
 - gestisce e vigila sull’attività necroscopica;
 - provvede al controllo, all’archiviazione ed alla conservazione della cartella clinica e rilascia copia della documentazione sanitaria agli aventi diritto;
 - collabora con il Coordinatore locale dei prelievi alle attività di prelievo di organi e tessuti e raccolta di sangue cordonale per donazioni autologhe;
 - collabora con la Rete COBUS (Comitato per il Buon Uso del Sangue);
 - collabora con le Strutture sul corretto uso dei farmaci, degli stupefacenti, dei presidi sanitari e delle tecnologie sanitarie.

ATTO AZIENDALE

Inoltre il Direttore Medico di Presidio in conformità con la normativa vigente, dovrà:

- vigilare sulla gestione appropriata delle liste di attesa e dei registri di prenotazione per assicurare trasparenza ed equità, predisponendo anche controlli ad hoc sulle relazioni fra attività libero-professionale ed attività istituzionale e sul corretto rapporto, specifico per intervento, fra interventi urgenti e programmati (in particolare la L. n. 724 del 23/12/1994);
- autorizzare e verificare che le agende di specialistica ambulatoriali, UOC, UOS, UOSD, ambulatori specialistica ambulatoriali interna, siano conformi ai regolamenti ed alle disposizioni normative nazionali e regionali.

ATTO AZIENDALE



Titolo IV: Le strutture complesse amministrative di nuova istituzione

Art. 19 – La Direzione Amministrativa di Presidio

1. La Direzione Amministrativa di Presidio concorre, nell'ambito delle funzioni di coordinamento e controllo sulle attività amministrative, al raggiungimento degli obiettivi aziendali assegnati dalla Direzione Strategica dell'Azienda. Nel Presidio garantisce il coordinamento di tutti i processi tecnico-amministrativi, favorendo l'integrazione funzionale tra attività sanitarie ed amministrative, fornendo concreto supporto alle Strutture Sanitarie afferenti al Presidio.
2. In particolare il Servizio cura le seguenti attività:
 - supporta la Direzione Medica di Presidio per le attività di propria competenza;
 - sovrintende alla regolare esecuzione dei servizi esternalizzati ospedalieri, curando l'acquisizione delle certificazioni risultanti dalle verifiche di conformità del servizio alle prescrizioni contrattuali ed alla normativa di riferimento, formalizzate, mensilmente, da parte delle funzioni destinatarie dei servizi stessi, nella qualità di direttori operativi, redigendo, sulla base delle predette certificazioni e delle fatturazioni mensili, gli attestati di regolare esecuzione, ove ne sussistano i presupposti di legge;
 - sovrintende alla funzionalità dei beni mobili e immobili ricadenti nelle aree del Presidio, sia interne che esterne, ivi compresi i parcheggi, le aree verdi e gli spazi comuni, garantendo l'ordine e il decoro;
 - pone in essere tutte le azioni amministrative e contabili necessarie a garantire la sicurezza del Presidio, al fine di tutelarne i beni, il personale che vi opera e l'utenza;
 - sviluppa le necessarie sinergie con tutti i soggetti che, nell'ambito delle istituzioni e dell'associazionismo possono contribuire a quantificare le risposte ai bisogni della salute della popolazione.

Art. 20 – La Struttura Complessa di Ingegneria Clinica

1. La Struttura di Ingegneria Clinica si occupa della gestione delle apparecchiature biomediche e dei grandi impianti, seguendone l'intero ciclo di vita sin dall'analisi della fattibilità degli investimenti, alle scelte sull'appropriatezza delle acquisizioni, alla redazione dei capitolati tecnici di gara, la partecipazione nelle commissioni come elemento tecnico, la gestione della consegna, del collaudo, della manutenzione preventiva e correttiva, delle verifiche di sicurezza e dei processi di dismissione.
2. In particolare il Servizio cura le seguenti attività:
 - supporta la Direzione Strategica nella programmazione delle acquisizioni e sviluppo di metodologie di "Health Technology Assessment" (HTA);
 - predisporre tutti gli atti tecnico-normativi relativi all'acquisizione delle tecnologie (redazione delle specifiche tecniche, effettuazione di indagini di mercato, stesura capitolati speciali, valutazione delle offerte);
 - gestisce la banca dati delle tecnologie in uso presso l'Azienda;
 - gestisce le tecnologie biomediche al fine di garantire lo stato di efficienza, efficacia e sicurezza delle apparecchiature nel tempo secondo quanto previsto dalla normativa tecnica specifica, e secondo quanto espressamente previsto nell'art.71 del D.Lgs. 81/08;
 - gestisce il rischio tecnologico relativo all'utilizzo delle tecnologie in collaborazione con il Servizio di Prevenzione e Protezione;
 - gestisce le reti IT medicali in collaborazione con i servizi informativi;
 - Assicura la formazione e l'addestramento del personale, al fine di fornire tutte le indicazioni necessarie a garantire l'utilizzo in sicurezza della tecnologia e a definire le modifiche procedurali dovute all'introduzione della stessa nel processo sanitario.

ATTO AZIENDALE



Titolo V: Gli organismi collegiali dell'Azienda

Art. 21 – Il Consiglio dei Sanitari

1. Il Direttore Generale è coadiuvato dal Consiglio dei Sanitari, organismo con funzioni di consulenza tecnico-sanitaria presieduto dal Direttore Sanitario dell'Azienda.
2. I compiti, la composizione ed il funzionamento del Consiglio dei Sanitari sono disciplinati dall'art. 3, co.12 del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. e dagli artt. 16 e 20 della Legge regionale n. 36/1994 e dettagliatamente articolati dalla DGR n. 5081/1995.
3. Il Consiglio dei Sanitari, composto da medici ed altri operatori sanitari laureati secondo quanto stabilito dalle disposizioni normative ed amministrative regionali, fornisce parere obbligatorio al Direttore Generale per le attività tecnico-sanitarie, anche sotto il profilo organizzativo, e per gli investimenti ad esse attinenti e si esprime altresì sulle attività di assistenza sanitaria.
4. Il parere richiesto al Consiglio dei Sanitari è da intendersi favorevolmente espresso ove non formulato entro 15 giorni dalla richiesta del Direttore Generale.

Art. 22 – L'Organismo Indipendente di Valutazione

1. L'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) è individuato dagli artt. 7 e 14 del Decreto Legislativo n. 150/2009 quale soggetto preposto a sovrintendere e monitorare, garantendo la correttezza dell'intero processo, il sistema di misurazione e valutazione annuale dei risultati.
2. L'OIV assolve le funzioni di cui al Decreto Legislativo n. 33/2013 in ordine agli obblighi di trasparenza. Inoltre, l'OIV:
 - monitora sul funzionamento dell'intero ciclo della valutazione, anche attraverso la struttura Programmazione e Controllo di Gestione, nonché l'integrità e la trasparenza dei controlli interni;
 - predispone, sulla base del sistema di misurazione e di valutazione delle performance, la valutazione organizzativa delle Strutture Complesse e delle Strutture semplici a valenza dipartimentale e verifica il raggiungimento degli obiettivi prestazionali quali-quantitativi affidati;
 - valuta in seconda istanza il personale dirigenziale;
 - valida la Relazione sulla Performance e ne assicura la visibilità attraverso la pubblicazione sul sito istituzionale dell'Azienda;
 - garantisce la correttezza dei processi di misurazione e valutazione nonché l'utilizzo dei premi secondo quanto previsto dalla normativa nazionale, dai Contratti Collettivi Nazionali, dai Contratti Integrativi, dai Regolamenti interni dell'Azienda nel rispetto del principio di valorizzazione del merito e della professionalità;
 - presidia la corretta applicazione delle linee guida, delle metodologie e degli strumenti predisposti dal Dipartimento della Funzione Pubblica;
 - promuove ed attesta l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza ed alla integrità di cui alla normativa vigente;
 - verifica i risultati e le buone pratiche di promozione delle pari opportunità;
 - assolve ogni altro adempimento previsto dalla normativa vigente.
3. È costituito in forma collegiale da tre componenti esterni all'Azienda al fine di garantirne la necessaria pluralità delle competenze professionali e l'indipendenza. La nomina dei componenti è effettuata dal Direttore Generale.
4. L'OIV resta in carica per tre anni. L'incarico dei componenti può essere rinnovato una sola volta.

ATTO AZIENDALE

**Art. 23 – L’Ufficio Procedimenti Disciplinari**

1. L’Ufficio Procedimenti Disciplinari (U.P.D.) ha competenza su tutto il personale dipendente a tempo indeterminato e determinato dell’Azienda.
2. All’Ufficio competono le seguenti attribuzioni:
 - istruzione del procedimento disciplinare (salvo i casi di competenza del Responsabile del Servizio). Acquisisce prove documentali, testimoniali e perizie, anche su indicazione del dipendente, accede ai luoghi ove è avvenuto il fatto oggetto di contestazione, compie ispezioni, sequestri e ricognizioni nei casi e nei limiti previsti dalla vigente normativa, chiede la collaborazione di altre realtà operative e/o di funzionari dotati di particolare esperienza nelle materie oggetto di contestazione;
 - contestazione degli addebiti (salvo per le ipotesi di rimprovero verbale di competenza del Responsabile con qualifica dirigenziale) procedendo all’audizione a difesa del dipendente;
 - archiviazione del procedimento o definizione della sanzione.
3. L’U.P.D. è composto da tre membri titolari e tre membri supplenti, che sostituiscono il titolare in caso di assenza o di legittimo impedimento. In particolare, l’U.P.D. è composto come di seguito indicato:
 - un componente effettivo ed uno supplente, con funzioni di Presidente, appartenente all’Area Sanità o della Dirigenza Professionale, Tecnica e Amministrativa ovvero da un soggetto esterno all’Azienda, dotato di requisiti di indubbio profilo etico, morale e professionale e di esperienza nel settore;
 - un componente effettivo ed uno supplente appartenente all’Area Sanità;
 - un componente effettivo e uno supplente appartenente all’Area Dirigenza Professionale, Tecnica e Amministrativa;
 - un segretario effettivo e uno supplente scelto tra i collaboratori amministrativi-professionali.
4. L’U.P.D. dura in carica tre anni fermo restando che i procedimenti disciplinari attivati prima della scadenza dovranno essere portati a termine. Qualora durante il triennio uno dei membri dell’Ufficio titolare o supplente cessi dall’incarico per una qualsiasi causa, il Direttore Generale, con deliberazione, provvede alla sostituzione del membro cessato per il solo tempo necessario al compimento del triennio.

Art. 24 – Il Comitato Etico Locale

1. Presso l’Azienda, ai sensi dell’art. 1 co. 4 del decreto del Ministero della Salute del 26/01/2023, è operativo il Comitato Etico Locale (CEL) a cui fanno riferimento le Aziende Sanitarie della Regione Puglia insistenti nelle province di Foggia e di Barletta-Andria-Trani.
2. Al Comitato Etico Locale sono demandate le attività non coperte dai Comitati Etici Nazionali (CEN) o dai Comitati Etici Territoriali (CET) o che non rientrano nella valutazione delle sperimentazioni sui medicinali per uso umano, nelle indagini cliniche di dispositivi medici e negli studi osservazionali farmacologici. In particolare, le attività di competenza del Comitato Etico Locale sono:
 - valutazione delle domande di uso compassionevole;
 - studi interventistici non con farmaco o dispositivo;
 - studi osservazionali non farmacologici.
3. I criteri per la nomina dei componenti del Comitato sono proposti dall’Agenzia regionale per la salute (A.Re.S.S.) e approvati dalla Giunta regionale.
4. I componenti del Comitato sono nominati con provvedimento della Giunta regionale e restano in carica per tre anni.

ATTO AZIENDALE**Art. 25 – Il Comitato Unico di Garanzia**

1. Il Comitato Unico di Garanzia (CUG) esercita le proprie competenze al fine di assicurare, nell'ambito del lavoro pubblico, parità e pari opportunità di genere, la tutela dei lavoratori contro le discriminazioni ed il mobbing nonché l'assenza di qualunque forma di violenza fisica e psicologica.
2. Il CUG ha composizione paritetica ed è formato da componenti designati da ciascuna delle Organizzazioni Sindacali rappresentative e da un pari numero di rappresentanti dell'Amministrazione nonché da altrettanti componenti supplenti.
3. Il Presidente del CUG è designato dal Direttore Generale.

Art. 26 – Il Comitato Consultivo Misto

1. Il Comitato Consultivo Misto (CCM) è un organismo dell'Azienda grazie al quale le Associazioni di Volontariato collaborano per migliorare la qualità dei servizi offerti al cittadino.
2. Il Comitato Consultivo Misto è composto sia da membri designati dalle Associazioni di Volontariato maggiormente impegnate nel settore socio-sanitario, sia da operatori interni individuati dall'Azienda.
3. La costituzione del CCM è disposta con atto deliberativo del Direttore Generale nel rispetto del Regolamento di funzionamento interno attuativo del Regolamento regionale n. 4/2014.

ATTO AZIENDALE



Titolo VI: Assetto organizzativo

Art. 27 – Organizzazione interna

1. L’Azienda adotta il modello dipartimentale quale strumento utile ad assicurare l’esercizio integrato delle attività assistenziali, didattiche e di ricerca.
2. L’organizzazione di tali attività in forma dipartimentale ha lo scopo di:
 - fornire ai cittadini percorsi assistenziali coordinati in campo diagnostico, terapeutico e riabilitativo all’interno di una rete sanitaria regionale che garantisca il più alto livello possibile di appropriatezza delle cure attraverso l’applicazione di linee guida tecnico-professionali;
 - assicurare coerenza e tempestività nell’erogazione delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative;
 - favorire una formazione di alta qualità ed una ricerca biomedica e sanitaria che migliori l’attività assistenziale;
 - svolgere attività di ricerca di tipo clinico e traslazionale;
 - assicurare condizioni logistiche ed organizzative coerenti con lo svolgimento delle attività formative e di ricerca della Facoltà di Medicina e dei Dipartimenti universitari di area medica ad essa afferenti.
3. Le Strutture organizzative, nell’ambito delle quali sono individuati gli ambiti di specializzazione e i livelli di responsabilità dei professionisti e degli operatori, sono classificate in:
 - Strutture complesse (SC);
 - Strutture semplici a valenza dipartimentale (SSVD);
 - Strutture semplici articolazioni di SC (SS);
 - Programmi intra e/o infra dipartimentali.
4. Il numero delle Strutture organizzative è sinteticamente rappresentato nell’allegato 1.

Art. 28 – La Struttura Complessa

1. La Struttura Complessa (SC) è l’articolazione più importante del Dipartimento, ha significativa dimensione quali-quantitativa dell’attività e delle risorse professionali utilizzate, è dotata di responsabilità di budget ed opera per le specifiche competenze in autonomia tecnico professionale e gestionale organizzativa con responsabilità piena dell’utilizzo delle risorse in relazione agli obiettivi assegnati.
2. Le Strutture Complesse assistenziali devono essere dotate di un numero minimo di posti letto non inferiore agli standard previsti dal Piano Regionale di Salute, salvo diversa previsione della Regione.
3. La Struttura Complessa afferisce ad un unico Dipartimento, ma può avere proiezioni in altri Dipartimenti e relazionarsi con altre Strutture afferenti a differenti Dipartimenti dell’Azienda, nel rispetto del principio dell’unitarietà della risposta al bisogno di salute.
4. Alla direzione della Struttura Complessa è preposto il Direttore il cui incarico viene attribuito dal Direttore Generale in conformità alle disposizioni nazionali, regionali e contrattuali vigenti. Per le Strutture Complesse universitarie l’incarico di direzione viene attribuito dal Direttore Generale d’intesa con il Rettore.
5. Il contingente delle Strutture Complesse “ospedaliere” attive/attivabili in base alle indicazioni definite nell’allegato C2 del Protocollo d’Intesa tra Regione e Università è rappresentato nell’allegato 2.
6. Nell’Azienda, inoltre, sono presenti altre Strutture Complesse “non ospedaliere” di Area Amministrativa e Sanitaria il cui elenco è rappresentato nell’allegato 3.

ATTO AZIENDALE**Art. 29 – La Struttura Semplice a valenza dipartimentale**

1. La Struttura Semplice a valenza Dipartimentale (SSVD) è un'articolazione dipartimentale caratterizzata da un'adeguata dimensione quali-quantitativa dell'attività e delle risorse professionali utilizzate, è dotata di responsabilità di budget ed opera per le specifiche competenze in autonomia tecnico professionale e gestionale organizzativa con responsabilità piena dell'utilizzo delle risorse in relazione agli obiettivi assegnati.
2. Le Strutture Semplici a valenza dipartimentale devono svolgere attività e funzioni specifiche nell'ambito del Dipartimento di riferimento e non possono essere previste in numero superiore ad uno per medesime discipline e funzioni, salvo diversa previsione della Regione.
3. La Struttura Semplice a valenza dipartimentale è riferita ad unico Dipartimento (o all'Area di Staff della Direzione Amministrativa o alla Direzione Sanitaria di Presidio), ma può avere proiezioni in altri Dipartimenti e relazionarsi con altre Strutture afferenti a differenti Dipartimenti dell'Azienda nel rispetto del principio dell'unitarietà della risposta al bisogno di salute.
4. Alla direzione della Struttura Semplice a valenza dipartimentale è preposto il Dirigente Responsabile che abbia maturato almeno 5 anni di servizio e che abbia superato la verifica del Collegio Tecnico. L'incarico viene attribuito dal Direttore Generale su proposta del Direttore di Dipartimento.
5. Il contingente delle Strutture Semplici a valenza dipartimentale "ospedaliere" attive/attivabili, in base alle indicazioni definite nell'allegato C2 del Protocollo d'Intesa tra Regione e Università ed alle esigenze organizzative dell'Azienda, è rappresentato nell'allegato 4.
6. Nell'Azienda sono presenti altre Strutture Semplici a valenza dipartimentale "non ospedaliere" di Area Amministrativa e Sanitaria il cui elenco è rappresentato nell'allegato 5.

Art. 30 – La Struttura Semplice

1. La Struttura Semplice (SS) è articolazione interna della Struttura Complessa alla quale è attribuita la responsabilità limitata di gestione di risorse umane, strutturali, tecniche e finanziarie per l'assolvimento delle funzioni assegnate pertinenti alla SC e del cui utilizzo ai fini del budget risponde al Direttore della Struttura Complessa.
2. La Struttura Semplice assicura un'attività specifica e pertinente a quella della Struttura Complessa di cui costituisce una segmentazione e la cui attivazione è rilevante per il buon funzionamento della Struttura Complessa di riferimento.
3. Il personale afferente alla Struttura Semplice partecipa all'ordinaria attività della SC di riferimento secondo le indicazioni del Direttore della Struttura Complessa.
4. Alla direzione della Struttura Organizzativa Semplice sanitaria, articolazione di Struttura Complessa, è preposto il Dirigente Responsabile che abbia maturato almeno 5 anni di servizio e che abbia superato la verifica del Collegio Tecnico. Alla direzione della Struttura Organizzativa Semplice amministrativa, articolazione di Struttura Complessa, è preposto il Dirigente Responsabile designato secondo quanto previsto dalle disposizioni contrattuali vigenti e dal Regolamento aziendale in materia. L'incarico viene attribuito dal Direttore Generale su proposta del Direttore della Struttura Complessa.
5. Il contingente delle Strutture Semplici "ospedaliere" attive/attivabili, in base alle esigenze organizzative dell'Azienda, è rappresentato nell'allegato 6.

ATTO AZIENDALE

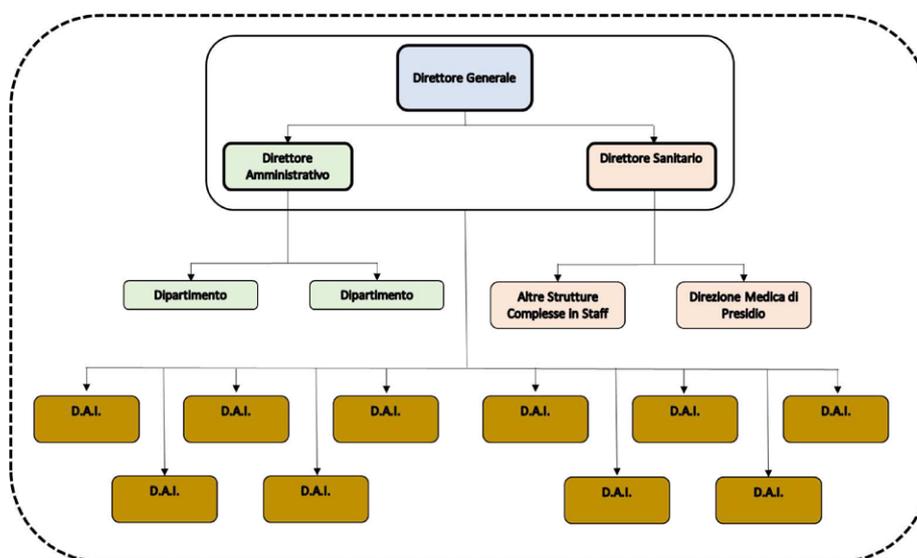
6. Nell'Azienda sono presenti altre Strutture Semplici "non ospedaliere" di Area Amministrativa e Sanitaria il cui elenco è rappresentato nell'allegato 7.

Art. 31 – Programmi intra e/o infra dipartimentali

1. Conformemente alla previsione del D. Lgs. n. 517/99 i Programmi intra o interdipartimentali sono affidati ai "Professori di Prima Fascia cui non sia stato possibile conferire un incarico di Direzione di Struttura Complessa o Struttura Semplice. Tali Programmi sono finalizzati all'integrazione delle attività assistenziali, didattiche e di ricerca, con particolare riguardo alle innovazioni tecnologiche ed assistenziali, nonché al coordinamento delle attività sistematiche di revisione e valutazione della pratica clinica ed assistenziale. La responsabilità e la gestione di analoghi programmi può essere affidata, in relazione alla minore complessità e rilevanza degli stessi, anche ai professori di seconda fascia ai quali non sia stato conferito un incarico di direzione di direzione semplice o complessa".
2. L'istituzione di Programmi inter e/o infra dipartimentali è oggetto di atto Deliberativo, adottato dal Direttore Generale dell'Azienda, sentito il Rettore.

Art. 32 – Assetto organizzativo dell'Azienda

1. L'assetto organizzativo dell'Azienda è articolato in:
 - Direzione Strategica, costituita dal Direttore Generale, Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario;
 - Dipartimenti che aggregano Strutture Organizzative (SC, SSD, e SS) finalizzate alla gestione e produzione ed erogazione di servizi sanitari, delle attività di supporto diretto e delle correlate attività amministrative e tecniche;
 - Strutture in Staff alla Direzione Sanitaria necessarie per il governo dell'attività sanitaria.

ASSETTO ORGANIZZATIVO DELL'AZIENDA**Art. 33 – I Dipartimenti ad attività integrata (D.A.I.)**

1. I Dipartimenti ad attività integrata (D.A.I.) rappresentano il modello ordinario di gestione dell'Azienda e sono costituiti attraverso l'aggregazione delle Strutture Complesse, delle Strutture Semplici a valenza dipartimentale e delle Strutture Semplici.

ATTO AZIENDALE

2. Il Dipartimento rappresenta l'unità organizzativa dell'Azienda che associa discipline e funzioni assistenziali tra loro affini e complementari. In questa logica il Dipartimento assicura il funzionamento unitario ed omogeneo delle Strutture che lo compongono al fine di valorizzarne le competenze in un clima di stretta collaborazione.
3. Con l'organizzazione dipartimentale ci si pone come obiettivo principale l'ottimizzazione qualitativa e quantitativa dell'assistenza sanitaria, assicurando al paziente un iter terapeutico garantito da un controllo sistematico della qualità dell'assistenza stessa (efficacia clinica, continuità del percorso assistenziale, soddisfazione del cittadino).
4. I Dipartimenti ad attività integrata rappresentano la struttura organizzativa fondamentale dell'Azienda e ne assicurano l'esercizio delle funzioni garantendone continuità e, integrando tale esercizio con le funzioni didattiche e della ricerca della Facoltà di Medicina e Chirurgia, coordinando e semplificando le interazioni con i servizi tecnici ed amministrativi.
5. L'organizzazione dipartimentale è improntata ai seguenti principi:
 - la logica di processo clinico multidisciplinare, amministrativo e di governo economico;
 - la chiarezza dei ruoli e la definizione della catena di comando;
 - la responsabilità dei diversi ruoli;
 - la flessibilità organizzativa;
 - Il decentramento inteso come allocazione delle decisioni e delle conseguenti responsabilità nella sede più prossima in cui si registrano in concreto le conseguenze della decisione assunta;
 - la semplificazione della struttura organizzativa;
 - l'integrazione di professionisti operanti in settori diversi e con saperi e culture fortemente e diversamente specialistiche;
 - la condivisione dei fattori produttivi, delle piattaforme di erogazione e delle tecnologie;
 - la razionalizzazione dell'impiego delle risorse;
 - il miglioramento della qualità dei processi assicurati anche in un'ottica di approccio proattivo al rischio.

Art. 34 – Organi del Dipartimento

1. Sono Organi del Dipartimento:
 - Il Direttore del Dipartimento;
 - Il Comitato del Dipartimento.

Art. 35 – Il Direttore del Dipartimento

1. Il Direttore del Dipartimento ad attività integrata (D.A.I.) è nominato dal Direttore Generale d'intesa con il Rettore dell'Università sulla base della terna proposta dal Comitato di Dipartimento. I Direttori del Dipartimento tecnico-economico e del Dipartimento giuridico-amministrativo sono nominati dal Direttore Generale.
2. Il Direttore del Dipartimento è scelto tra i Direttori delle Strutture Complesse di cui si compone il Dipartimento sulla base del curriculum formativo, professionale, gestionale, scientifico e didattico.
3. In sede di prima applicazione, nelle more della costituzione dei Comitati di Dipartimento:
 - i Direttori di Dipartimento ad attività integrata a direzione universitaria sono nominati dal Direttore Generale d'intesa con il Rettore dell'Università di Foggia;
 - i Direttori di Dipartimento ad attività integrata a direzione ospedaliera sono nominati dal Direttore Generale su proposta del Direttore Sanitario;

ATTO AZIENDALE

- I Direttori dei Dipartimenti amministrativi sono nominati dal Direttore Generale su proposta del Direttore Amministrativo.
4. Il Direttore del Dipartimento è responsabile delle seguenti funzioni:
- s’impegna a realizzare economie di scala, nel rispetto dei vincoli di bilancio e degli obiettivi negoziati, responsabilizzando il personale afferente al Dipartimento nell’ottica di razionalizzare la spesa e ottimizzare l’uso delle risorse (personale, spazi, attrezzature e tecnologie);
 - discute e sottoscrive il budget delle Strutture afferenti al Dipartimento;
 - è garante dei risultati attesi come previsti nel processo di budget;
 - programma, con le strutture del Dipartimento, la realizzazione e la conseguente verifica delle attività previste nel processo di budget;
 - informa i Direttori delle Strutture afferenti al Dipartimento e assicura la trasmissione delle informazioni relative alle strategie aziendali ed i programmi correlati;
 - sviluppa strumenti di valutazione sistematica dei risultati dell’attività;
 - promuove l’integrazione intra e inter-dipartimentale.
5. L’incarico è disciplinato da specifico contratto individuale, di durata triennale, eventualmente rinnovabile una sola volta. Nel contratto sono stabiliti gli obiettivi che il Direttore di Dipartimento è tenuto a perseguire e le modalità di valutazione dell’operato dello stesso.
6. Il Direttore del Dipartimento è componente di diritto del Collegio di Direzione.

Art. 36 – Il Comitato di Dipartimento

1. Il Comitato di Dipartimento è organo consultivo del Direttore di Dipartimento ed è composto da:
- i Direttori delle Strutture Complesse e i Dirigenti delle Strutture Semplici a valenza dipartimentale che compongono il Dipartimento;
 - il responsabile dell’Ufficio di Formazione aziendale;
 - il responsabile della qualità;
 - fino a 2 dirigenti medici individuati con le modalità riportate nel Regolamento approvato con DDG n. 412 del 1° agosto 2017;
 - il Dirigente Infermieristico dell’Area nell’ambito della quale opera la maggiorparte delle strutture complesse e dipartimentali afferenti al Dipartimento;
 - un Dirigente Psicologo appartenente alla SSD di Psicologia nel Dipartimento di Neuroscienze.
- I Comitati dei Dipartimenti tecnico-economico e giuridico-amministrativo sono composti da:
- i Direttori delle Strutture Complesse, i Dirigenti delle Strutture Semplici a valenza dipartimentale e delle Strutture Semplici che compongono il Dipartimento;
 - il responsabile dell’Ufficio di Formazione aziendale;
 - il responsabile della qualità.
2. Il Comitato assume decisioni, nel rispetto delle direttive della Direzione Generale, sui seguenti argomenti:
- individua la terna dei Direttori di Dipartimento da proporre al Direttore Generale;
 - valuta la proposta del Direttore di Dipartimento relativa al piano annuale delle attività;
 - valuta, fornendo il proprio parere, le proposte del Direttore di Dipartimento, per l’utilizzazione degli spazi, attrezzature, orari delle attività e quindi del personale. Le richieste di beni e servizi, i programmi di formazione e aggiornamento, lo sviluppo di nuove attività, di riordino o di cessazione;
 - adotta e sperimenta modalità organizzative volte al miglioramento dell’efficienza e all’integrazione delle attività delle strutture del Dipartimento;
 - propone programmi e piani di investimento;
 - coordina lo sviluppo delle attività cliniche, di ricerca, di formazione, di studio e di verifica della qualità delle prestazioni;
 - valuta ogni altra proposta o argomento sottoposti dal Direttore di Dipartimento.

ATTO AZIENDALE

3. Il Comitato di Dipartimento dura in carica per tre anni, si riunisce almeno 6 volte l'anno ovvero quando la convocazione sia richiesta da almeno 1/3 dei componenti. Il Comitato delibera con la maggioranza dei voti espressi; a parità di voti prevale il voto del Direttore di Dipartimento.

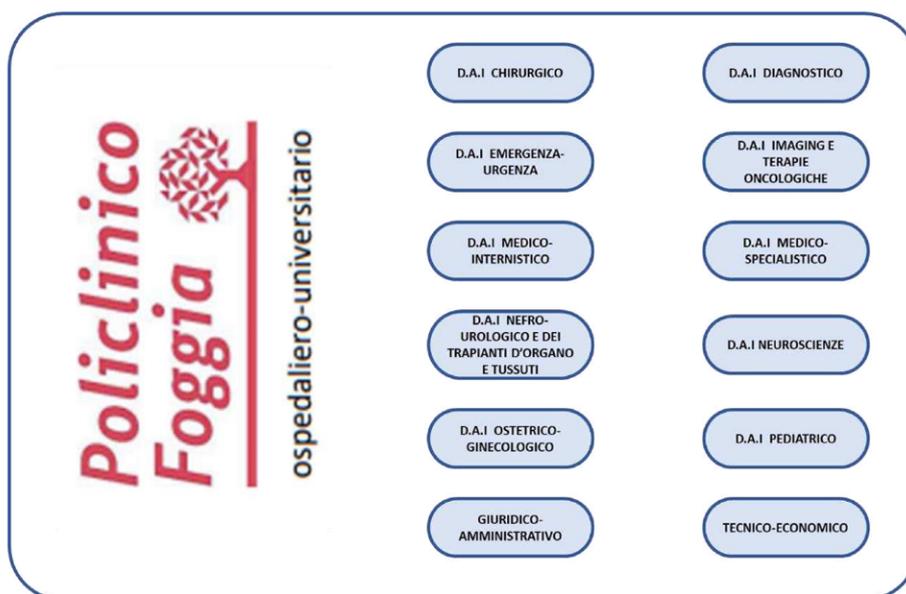
Art. 37 – Organizzazione dipartimentale dell'Azienda

1. Per raggiungere livelli di maggiore razionalità ed efficienza organizzativa, nonché di risparmi di spesa, presso l'Azienda sono attivi/attivabili i seguenti Dipartimenti ad attività integrata (D.A.I.):

- **Chirurgico** (a direzione universitaria);
- **Diagnostico** (a direzione universitaria);
- **Emergenza-Urgenza** (a direzione ospedaliera);
- **Imaging e Terapie Oncologiche** (a direzione ospedaliera);
- **Medico-Internistico** (a direzione universitaria);
- **Medico-Specialistico** (a direzione universitaria);
- **Nefro-Urologico e dei Trapianti d'Organo e Tessuti** (a direzione universitaria);
- **Neuroscienze** (a direzione ospedaliera);
- **Ostetrico-Ginecologico** (a direzione universitaria);
- **Pediatrico** (a direzione ospedaliera).

Inoltre, presso l'Azienda sono presenti altri due Dipartimenti dell'Area Tecnico-Giuridico-Amministrativa che, nello specifico, sono:

- **Giuridico-amministrativo;**
- **Tecnico-economico.**



2. Per l'articolazione dei Dipartimenti e l'organizzazione della Direzione Sanitaria si rinvia all'allegato 8 mentre l'organigramma completo dell'Azienda è rappresentato nell'allegato 9.

Art. 38 – I Dipartimenti Interaziendali

1. Il Dipartimento Interaziendale rappresenta una modalità organizzativa attraverso la quale le Strutture delle Aziende Sanitarie che lo compongono rispondono ai bisogni della popolazione dell'area vasta di riferimento, condividendo i percorsi clinico-assistenziali, i percorsi diagnostico/terapeutici, gli standard

ATTO AZIENDALE

di appropriatezza delle prestazioni, le “best practice” e i modelli organizzativi, nel rispetto degli attuali indirizzi di programmazione regionale.

2. La dimensione interaziendale del Dipartimento consente di perseguire una maggiore tutela del paziente ed un più alto grado di efficienza organizzativa, con conseguente ottimizzazione dei costi per il Sistema Regionale, rendendo possibile:
 - la distribuzione appropriata delle prestazioni per la popolazione dell’area vasta di riferimento, grazie anche alla migliore programmazione dell’offerta ed al migliore utilizzo delle risorse, con prevedibili effetti positivi sulla gestione della domanda di prestazioni e sulla riduzione delle liste di attesa;
 - la definizione di modelli organizzativi ed elaborazione di linee guida e percorsi assistenziali, finalizzati a promuovere l’appropriatezza delle prestazioni;
 - la razionalizzazione dell’allocazione e dell’utilizzo di tecnologie costose e sofisticate, in particolare nel settore dei servizi e comunque nei settori con elevato peso del “fattore macchina” nel quale sono possibili margini per la realizzazione di economie di scala;
 - il raggiungimento di una “massa critica” necessaria a mantenere la competenza e l’efficienza operativa e a rendere l’assistenza efficace ed economicamente sostenibile;
 - dimensioni più adeguate al perseguimento di obiettivi di qualità ed all’individuazione di punti di eccellenza;
 - la realizzazione di programmi di formazione comuni nell’area di riferimento, con diffusione di “best practice” e di comportamenti più omogenei tra le aziende;
 - una maggiore facilità di scambi culturali tra aziende;
 - la promozione e sviluppo di attività sistematiche e continuative di audit all’interno e fra i centri, confrontando i risultati e concordando comuni strategie di comportamento clinico.

3. Presso il Policlinico Foggia sono istituiti/in corso di istituzione i seguenti Dipartimenti interaziendali:
 - Dipartimento interaziendale Trapianti di Rene (DITRE) costituito dalle Strutture Complesse di:
 - Urologia e Trapianti, A.O.U. “Policlinico Foggia”;
 - Nefrologia e Dialisi (abilitata al trapianto), A.O.U. “Policlinico Foggia”;
 - Urologia, Andrologia e Trapianto di Rene, A.O.U. “Policlinico Bari”;
 - Nefrologia, Dialisi e Trapianto, A.O.U. “Policlinico Bari”;
 - Dipartimento interaziendale per la Gestione Integrata della Riabilitazione (DIGIR) costituito dalle Strutture di:
 - S.C. di “Medicina Fisica e Riabilitativa” (Neuroriabilitazione cod. 75, Unità Spinale cod. 28,
 - Recupero ed educazione funzionale cod. 56), A.O.U. “Policlinico Foggia”;
 - S.S. di “Riabilitazione Tecnologica”;
 - S.C. di “Recupero e riabilitazione funzionale Ospedaliera” (cod. 56), ASL Foggia;
 - S.C. di “Medicina Fisica e Riabilitativa Territoriale”, ASL Foggia;
 - S.S. di Gestione amministrativa Assistenza Riabilitativa (con afferenza alla S.C. “Medicina Fisica e Riabilitativa Territoriale”), ASL Foggia.

ATTO AZIENDALE



Titolo VII: Risorse umane

Art. 39 – La gestione del personale

1. L'Azienda riconosce nel personale una risorsa da valorizzare mediante adeguate politiche di gestione, favorendo la partecipazione consultiva, propositiva e decisionale ai processi aziendali negli ambiti di competenza. Ne promuove la crescita e lo sviluppo professionale attraverso il coinvolgimento nella responsabilità e la gratificazione professionale, nell'interesse della stessa organizzazione e dei cittadini/utenti. Il processo di valorizzazione del personale si sviluppa nel rispetto delle normative di cui al D. Lgs n. 502/1992 e s.m.i., delle normative regionali, dei contratti collettivi nazionali di lavoro; considera tutte le componenti professionali operanti in azienda ai vari livelli, coinvolge le rappresentanze sindacali del personale e si concretizza mediante la predisposizione di programmi specifici da realizzare al suo interno, definiti dall'Azienda stessa e condivisi con i vari soggetti interessati. Tale processo comporta la creazione di un clima lavorativo nel quale aumenti la competitività "positiva" legata ad un miglioramento del contenuto del lavoro, ad un arricchimento delle competenze professionali, ad una liberazione delle capacità creative ed innovative del singolo individuo.
2. L'Azienda, pertanto, definisce le politiche del personale distinguendole in:
 - politiche di reclutamento atte a pianificare l'acquisizione delle risorse umane, coerente con i bisogni dell'organizzazione e degli utenti;
 - politiche di valorizzazione;
 - politiche di sviluppo, in termini di adeguamento delle professionalità alle nuove esigenze organizzative e sociali;
 - politiche di formazione come metodo permanente per assicurare il costante adeguamento delle conoscenze, delle competenze e abilità;
 - politiche retributive finalizzate a identificare sistemi premianti basati su un appropriato sistema di valutazione delle performance a livello individuale e armonizzato rispetto agli obiettivi aziendali.
3. L'Azienda, nel definire le politiche del personale, promuove la partecipazione degli operatori mediante:
 - un adeguato sistema di relazioni sindacali, nel rispetto dei vincoli normativi e contrattuali ma che assicuri l'effettiva partecipazione e un proficuo confronto tra le parti nella definizione delle scelte aziendali;
 - un adeguato sistema di comunicazione interna che assicuri la circolazione delle informazioni relative alle scelte aziendali, gli obiettivi e le strategie, favorendo la condivisione degli operatori e la stratificazione del senso di appartenenza all'Azienda;
 - la promozione dell'iniziativa degli operatori, in forma singola o aggregata, rivolta a sviluppare progettualità di miglioramento continuo della qualità delle prestazioni erogate e della razionalizzazione dei processi con l'obiettivo di migliorare i servizi resi ai cittadini/utenti;
 - l'analisi all'attenzione del clima interno utilizzando metodologie che permettano di approfondire il benessere organizzativo.

Per le sue finalità l'Azienda, nel rispetto delle vigenti normative e compatibilmente con il buon andamento delle attività assistenziali, favorisce la possibilità di frequentare le proprie strutture ed operare in forma tutelata, per finalità di formazione e ricerca, da parte di studenti e di professionisti, anche provenienti da altre strutture.

Art. 40 – La valutazione del personale

1. Il D. Lgs. n. 150/2009, così come integrato e modificato dal D. Lgs. n. 74/2017, prevede che la valutazione dell'attività si basa sulla gestione del ciclo della performance con riferimento all'Amministrazione nel suo complesso al fine di migliorare la qualità dei servizi offerti nonché la crescita delle competenze professionali mediante la valorizzazione del merito e l'erogazione dei premi per i risultati perseguiti e

ATTO AZIENDALE

raggiunti. Il concetto di valutazione opera in maniera onnicomprensiva interessando la valutazione della performance organizzativa e, a scendere, quella individuale.

2. Con il sistema di valutazione aziendale l'Azienda intende perseguire le finalità del miglioramento della funzionalità dei servizi sanitari, dell'accrescimento dell'efficacia e dell'efficienza dell'azione amministrativa, della gestione delle risorse nonché la razionalizzazione dell'organizzazione del lavoro, favorendo il recupero della motivazione del personale attraverso il riconoscimento della professionalità e della qualità delle prestazioni individuali.
3. La metodologia di valutazione, nel rispetto della normativa nazionale, è affidata alla contrattazione aziendale ed utilizza la Scheda di Valutazione ai fini dell'applicazione dell'istituto incentivante e della progressione economica orizzontale collegandoli al raggiungimento degli obiettivi di budget sia a livello di Unità Operativa, sia a livello individuale.
4. L'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.) è preposto a sovrintendere e monitorare il sistema di misurazione e valutazione annuale dei risultati dei dirigenti apicali, responsabili di struttura, garantendo la correttezza dell'intero processo.
5. Per quanto attiene le verifiche degli incarichi dirigenziali riguardanti le attività professionali svolte e i risultati conseguiti rispetto a quelli attesi da parte del personale dirigente, la valutazione spetta al Collegio Tecnico.

Art. 41 – La formazione del personale

1. La formazione e l'aggiornamento continuo del personale costituiscono elementi strategici dell'Azienda.
2. Le risorse per detto istituto sono definite annualmente e nel rispetto delle disposizioni contenute nei CC.CC.NN.LL. e delle direttive regionali.
3. La SS "Trattamento giuridico personale ospedaliero e universitario, rapporti con le OO.SS. e formazione", incardinata nell'Area Politiche del Personale, si occuperà della progettazione e dell'erogazione della formazione a tutto il personale dell'Azienda.
4. A tal fine, predispone un piano di formazione del personale tenendo conto dei fabbisogni rilevati, delle competenze necessarie in relazione agli obiettivi, della programmazione delle assunzioni e delle innovazioni normative e tecnologiche, nonché, delle esigenze di formazione continua del personale sanitario alla luce del D.Lgs. n. 229/1999.

Art. 42 – I rapporti con le Organizzazioni Sindacali

1. I rapporti con le OO.SS. rappresentano, per l'Azienda, uno strumento indispensabile per la corretta gestione e valorizzazione della risorsa umana.
2. Il sistema delle relazioni sindacali è strutturato in modo coerente con le finalità di contemperare l'interesse dei dipendenti al miglioramento delle condizioni di lavoro e alla crescita professionale con l'esigenza di incrementare e di mantenere elevata l'efficacia e l'efficienza dei servizi erogati alla collettività.
3. L'Azienda riconosce il ruolo delle rappresentanze sindacali del personale che si concretizza nella trasparenza delle reciproche competenze e responsabilità, per favorire la predisposizione di obiettivi strategici e gestionali condivisi.

ATTO AZIENDALE

4. I rapporti con le OO.SS. sono regolati dai CC.CC.NN.LL. che individuano le materie oggetto di contrattazione, concertazione, consultazione e informazione.

Art. 43 – Procedura di istituzione, modifica e soppressione delle Strutture Complesse (SC), delle Strutture Semplici Dipartimentali (SSD) e delle Strutture Semplici (articolazione di SC)

1. Le Strutture Operative Complesse (SC) e le Strutture Semplici Dipartimentali (SSD) e semplici (SS) sono istituite con il presente Atto Aziendale. In particolare, trattasi in totale di n. 148 Strutture di cui n. 62 Strutture Complesse (di cui due dell'area amministrativa di nuova istituzione), n. 42 Strutture Semplici Dipartimentali e n. 44 Strutture Semplici.
2. Il numero di Strutture Semplici, comprese quelle a valenza dipartimentale, indicate nell'Atto Aziendale (in totale n. 86), è stato determinato escludendo le quattro Strutture Complesse sanitarie di nuova istituzione e, pertanto, rispetta lo standard di 1,48 Strutture Semplici per Struttura Complessa.
3. L'Atto Aziendale per ogni Struttura (SC, SSD, SS) ne definisce, con riguardo alle esigenze di didattica e di ricerca dei corsi di studio dell'Università, la natura (a direzione universitaria/a direzione ospedaliera).
4. L'istituzione, la modifica o la soppressione di Strutture Complesse è disposta con provvedimento motivato del Direttore Generale, nel rispetto delle procedure previste dal presente atto, dalle disposizioni normative e contrattuali vigenti nel tempo ed in coerenza con la programmazione sanitaria regionale. L'istituzione, modifica o soppressione delle Strutture Complesse deve tenere conto delle attività assistenziali essenziali per le attività di didattica e di ricerca dell'Università di Foggia e del Protocollo d'Intesa Regione Puglia-Università di Foggia.
5. L'istituzione, la modifica o la soppressione di Strutture Semplici a valenza dipartimentale è disposta con provvedimento motivato del Direttore Generale, nel rispetto delle procedure previste dal presente atto, dalle disposizioni normative e contrattuali vigenti nel tempo ed in coerenza con la programmazione sanitaria regionale e aziendale. L'istituzione, modifica o soppressione di Strutture Semplici a valenza dipartimentale universitarie deve tenere conto delle attività assistenziali essenziali per le attività di didattica e di ricerca dell'Università di Foggia e del Protocollo d'Intesa Regione Puglia-Università di Foggia.
6. L'istituzione, la modifica o la soppressione di Strutture Semplici è disposta con provvedimento motivato del Direttore Generale, nel rispetto delle procedure previste dal presente atto, dalle disposizioni normative e contrattuali vigenti nel tempo ed in coerenza con la programmazione sanitaria regionale e aziendale.

Art. 44 – Disciplina del conferimento, della durata e della revoca degli incarichi dirigenziali per il personale dipendente SSR ed Universitario

1. Il Direttore Generale, sulla base dei principi generali e della specifica regolamentazione aziendale, conferisce ai dirigenti incarichi della seguente tipologia:
 - Incarichi gestionali;
 - Incarichi professionali.
2. A ciascun incarico dirigenziale è correlata una funzione dirigenziale, definita nella *mission*, negli ambiti di responsabilità, negli obiettivi e nei risultati attesi ed è graduata nel sistema di graduazione degli incarichi secondo un criterio oggettivo, fissato preventivamente in sede di contrattazione aziendale.
3. A tutti i livelli di responsabilità legati all'esercizio della funzione di governo aziendale si applica il principio della chiara attribuzione di responsabilità e autonomia connesse ad una oggettiva valutazione.

ATTO AZIENDALE



4. La disciplina di individuazione, conferimento, rinnovo e revoca degli incarichi dirigenziali è definita con Regolamento aziendale, coerentemente alle disposizioni normative e contrattuali vigenti.

Art. 45 – Incarichi gestionali

1. Gli incarichi gestionali sono:
 - Direzione di Dipartimento;
 - Direzione di Struttura Complessa (SC);
 - Direzione di Struttura Semplice Dipartimentale (SSD);
 - Responsabilità di Struttura Semplice (SS) articolazione di Struttura Complessa (SC).

Art. 46 – Incarichi professionali

1. Giuste previsioni del CCNL dell'Area Sanità, al personale sanitario possono essere attribuiti i seguenti incarichi professionali:
 - Incarico di altissima professionalità a valenza dipartimentale;
 - Incarico di altissima professionalità quale articolazione interna di struttura complessa ovvero di struttura semplice anche a valenza dipartimentale;
 - Incarico professionale di alta specializzazione;
 - Incarico professionale, di consulenza, di studio e di ricerca, ispettivo, di verifica e di controllo;
 - Incarico professionale iniziale.
2. L'incarico di altissima professionalità a valenza dipartimentale, anche se collocato funzionalmente all'interno di una struttura, è dotato di una elevata autonomia professionale e rappresenta un punto di riferimento di altissima professionalità per l'acquisizione, il consolidamento e la diffusione di competenze tecnico-professionali per l'intero dipartimento, all'interno di ambiti specialistici.
3. L'incarico di altissima professionalità quale articolazione interna di struttura complessa ovvero di struttura semplice anche a valenza dipartimentale è dotato di autonomia professionale che rappresenta un punto di riferimento di altissima specializzazione per l'acquisizione, il consolidamento e la diffusione di competenze tecnico-professionali per le attività svolte nella suddetta struttura o di strutture tra loro coordinate, nell'ambito di specifiche discipline.
4. L'incarico professionale di alta specializzazione è un'articolazione funzionale che, nell'ambito di una struttura complessa o semplice anche a valenza dipartimentale, assicura prestazioni di alta professionalità riferite alla disciplina ed alla struttura organizzativa di riferimento e che rappresenta il riferimento per l'acquisizione ed il consolidamento delle conoscenze e competenze per le attività svolte nell'ambito della struttura di appartenenza. È caratterizzata da funzioni orientate ad una attività specifica e prevalente, anche con la collaborazione di risorse umane e l'utilizzo di risorse tecnologiche e funzionali necessarie per l'uso discrezionale ed appropriato di conoscenze e strumenti specialistici. E' conferibile ai dirigenti che abbiano maturato almeno 5 anni di servizio e che abbiano superato la verifica del Collegio Tecnico.
5. L'incarico professionale, di consulenza, di studio e di ricerca, ispettivo, di verifica e di controllo prevede in modo prevalente responsabilità tecnico-specialistiche. E' conferito ai dirigenti che abbiano maturato almeno 5 anni di servizio e che abbiano superato la verifica del Collegio Tecnico.
6. L'incarico professionale iniziale che corrisponde all' ex incarico professionale di base di cui all'ex art. 18, comma 1, paragrafo II) lett. d) (Tipologie d'incarico) del CCNL 19.12.2019 il quale, a far data dall'entrata in vigore del CCNL 2019-2021, assume tale nuova denominazione. È conferito ai dirigenti con meno di cinque anni di attività che abbiano superato il periodo di prova.

ATTO AZIENDALE

7. Come da previsioni del CCNL Area Funzioni Locali 2016-2018, ai dirigenti amministrativi, tecnici e professionali può essere attribuito incarico professionale, anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio e di ricerca, ispettivo, di verifica e di controllo, dopo il superamento del periodo di prova.

Art. 47 – Disciplina del conferimento, della durata e della revoca degli incarichi per il personale del Comparto dipendente del SSR

1. La disciplina di individuazione, conferimento, rinnovo e revoca degli incarichi di funzione è definita con Regolamento interno nel rispetto del sistema delle relazioni sindacali, nei limiti della capienza dei fondi contrattuali, e coerentemente alle disposizioni normative e contrattuali vigenti.
2. Gli incarichi di funzione sono assegnati con provvedimento motivato dal Direttore Generale, sentiti il Direttore Sanitario e il Direttore Amministrativo, previa emanazione di avviso interno.

Art. 48 – Conferimento e revoca delle funzioni assistenziali al personale universitario convenzionato

1. Il conferimento e la revoca delle funzioni assistenziali sono definiti dal D. Lgs. n. 517/1999 e dal Protocollo d'Intesa Regione Puglia-Università di Foggia.
2. L'Azienda garantisce, d'intesa con l'Università, l'inserimento del personale docente e ricercatore in coerenza con la dotazione organica.
3. Il personale universitario (professori e ricercatori) può espletare attività assistenziale unicamente nella disciplina per la quale è conferito in convenzione e coerentemente con i requisiti ex lege necessari per l'espletamento dell'attività assistenziale.
4. L'impiego orario del personale docente per attività di assistenza, ai fini della determinazione della dotazione organica e della programmazione delle attività, è stabilito nel Protocollo d'Intesa Regione Puglia- Università di Foggia (in quello vigente non può essere inferiore a 22 ore settimanali), fermo restando che l'impegno orario complessivo del predetto personale per attività di didattica, ricerca e assistenza non dovrà essere inferiore a quello del personale ospedaliero.
5. L'Azienda può conferire all'attività integrata, entro i limiti della rispettiva dotazione organica, il personale universitario tecnico-amministrativo. La disciplina dell'attività di tale personale è demandata ad apposito Regolamento interno adottato congiuntamente dal Rettore e dal Direttore Generale.
6. Per gli aspetti non previsti dal presente articolo si fa espresso riferimento al Protocollo d'Intesa Regione Puglia- Università di Foggia.

Art. 49 – Partecipazione del personale SSR all'attività didattica universitaria

1. La programmazione e l'organizzazione dell'attività didattica devono basarsi sull'utilizzo di tutte le competenze in materia di diagnosi e cura delle principali patologie.
2. Oltre ai docenti universitari preposti, il personale del Servizio Sanitario Regionale (dirigenti medici, coordinatori e personale di comparto in possesso dei requisiti di idoneità previsti dalla normativa vigente) partecipa all'attività didattica con incarichi di insegnamento, tutoraggio e altre attività formative, in funzione dell'organizzazione della didattica prevista dalla Facoltà di Medicina e dei suoi Dipartimenti universitari, compatibilmente con le esigenze relative all'esercizio delle funzioni assistenziali.

ATTO AZIENDALE**Art. 50 – Attività Libero Professionale Intramoenia**

1. L'esercizio dell'Attività Libero Professionale Intramoenia (ALPI) concorre ad aumentare la disponibilità delle prestazioni sanitarie ed a migliorare la qualità complessiva dei servizi resi all'utenza, integrandosi con quelli istituzionali ed è disciplinato da specifico Regolamento aziendale.
2. L'esercizio dell'ALPI nelle diverse forme non deve essere in contrasto né concorrenziale con le finalità e le attività istituzionali dell'Azienda.

ATTO AZIENDALE



Titolo VIII: Sistemi di programmazione strategica

Art. 51 – La programmazione strategica

1. La Pianificazione Strategica è la funzione con la quale la Direzione Strategica definisce gli obiettivi generali dell'azienda, le strategie per il loro raggiungimento, lo sviluppo dei servizi ospedalieri, tecnici, amministrativi e di supporto e l'assetto organizzativo con riguardo anche alla presenza integrata delle attività di didattica e ricerca.
2. Tale funzione è esercitata dalla Direzione Generale nell'ambito degli indirizzi forniti dalla Regione.
3. La Direzione Generale per l'esercizio della funzione di pianificazione strategica si avvale dei Direttori/Dirigenti delle Strutture Organizzative e per gli aspetti legati alla coerenza della programmazione generale dell'attività d'assistenza dell'Azienda con la programmazione didattica e scientifica dell'Università, si raccorda con l'Organo di Indirizzo.
4. Costituiscono atti di pianificazione strategica:
 - il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.);
 - il Bilancio Preventivo Economico annuale e pluriennale.

Art. 52 – Il Piano Integrato di Attività e Organizzazione

1. Il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.) è il documento di programmazione introdotto dall'art. 6 del Decreto Legge n. 80/2021, convertito, con modificazioni, dalla Legge 6 agosto 2021, n. 113 con l'obiettivo di "assicurare la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa e migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese e procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso".
2. Il Piano ha durata triennale, viene aggiornato annualmente e definisce:
 - gli obiettivi e gli indicatori di performance di efficienza e di efficacia anche in relazione alla tempistica delle procedure;
 - gli strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione;
 - lo sviluppo di modelli innovativi di lavoro volti alla flessibilità logistica ed oraria tramite l'organizzazione delle attività attraverso obiettivi;
 - gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne, compatibilmente con le risorse finanziarie riconducibili al piano triennale dei fabbisogni di personale;
 - il potenziamento delle competenze tecniche e professionali tramite percorsi di istruzione e formazione.
3. Il Budget è il sistema operativo principale inserito nel P.I.A.O. e rappresenta lo strumento attraverso il quale si attribuiscono alle diverse articolazioni organizzative gli obiettivi e le risorse necessarie a realizzarli. In tale ottica può essere definito come l'insieme delle regole aziendali attraverso le quali vengono articolati gli obiettivi di breve periodo con riferimento alla struttura organizzativa e nel rispetto delle responsabilità e autonomie interne, al fine del loro concreto perseguimento. Il budget è coerente con i documenti di programmazione e attua le indicazioni in essi contenuti. La Direzione Generale attribuisce gli obiettivi di budget ai Centri di Responsabilità definiti annualmente nel documento delle direttive, attivando specifici percorsi di negoziazione.

ATTO AZIENDALE**Art. 53 – Il Bilancio Preventivo Economico annuale e triennale**

1. Il bilancio preventivo economico annuale è il documento di base di riferimento per la gestione economica annuale aziendale e dà dimostrazione del previsto risultato economico complessivo dell'azienda. Esso rappresenta la sintesi degli obiettivi economici aziendali dell'anno di riferimento, riproducendo in modo analitico il primo anno del Bilancio pluriennale di previsione.
2. Il bilancio pluriennale di previsione rappresenta la traduzione in termini economici, finanziari e patrimoniali del P.I.A.O. e degli altri strumenti della programmazione adottati dall'Azienda. Ha una durata corrispondente a quella del P.I.A.O. ed è aggiornato annualmente per scorrimento.

ATTO AZIENDALE

Titolo IX: Il governo aziendale dei rischi e il sistema di controlli**Art. 54 – Il governo aziendale dei rischi**

1. L'Azienda identifica nella gestione del rischio uno strumento strategico di esercizio della *governance* al fine di prevedere e ridurre la probabilità del verificarsi di eventi avversi.
2. La gestione del rischio dell'Azienda riguarda i seguenti ambiti:
 - a) rischio clinico correlato alla sicurezza del paziente quale insieme di attività volte a identificare, valutare ed eliminare i rischi attuali e potenziali all'interno delle strutture sanitarie al fine di assicurare qualità e sicurezza alle prestazioni assistenziali;
 - b) rischio operatore correlato con la sicurezza nei luoghi di lavoro (D. Lgs. n. 81/2008) correlato alla situazione nella quale il lavoratore è posto nella condizione di lavorare senza esporsi al rischio di incidenti, ed in particolare il luogo di lavoro è dotato degli accorgimenti e degli strumenti che forniscono un ragionevole grado di protezione contro la possibilità materiale del verificarsi di incidenti;
 - c) rischio ambientale correlato alle attività che possono avere un impatto ambientale diretto o indiretto basato non solo sulla prevenzione di eventuali inconvenienti, ma anche su un programma di miglioramento continuo del comportamento aziendale nei confronti dell'ambiente circostante
 - d) rischio amministrativo-contabile correlato alla salvaguardia del patrimonio aziendale, all'integrità e affidabilità delle informazioni finanziarie e operative, al rispetto di leggi, regolamenti e contratti, all'efficacia e all'efficienza delle operazioni.
 - e) rischio corruzione (L. n. 190/2012) inteso come comportamento che si discosta dai compiti formali del ruolo pubblico a causa di interessi privati che comportano profitti monetari o di status.

La gestione dei rischi di cui alle lettere a), b) e c) è in capo alla SSVD di Risk Management.
3. Al fine di ridurre il rischio di antibiotico-resistenza, viene istituita la SSVD "Stewardship Antimicrobico Resistenza" con l'obiettivo di migliorare l'appropriatezza dell'utilizzo degli antibiotici e contenere la diffusione delle resistenze e quindi delle infezioni collegate all'assistenza ospedaliera.

Art. 55 – Il sistema dei controlli

1. L'Azienda è sottoposta ad un sistema di controlli sia esterni che interni.
2. I controlli esterni sono posti in essere dallo Stato (attraverso i competenti Ministeri), dalla Regione e dalla Corte dei Conti.
3. I controlli interni sono posti in essere:
 - dal Collegio Sindacale preposto alla funzione di controllo di regolarità amministrativa e contabile, finalizzata a garantire il rispetto della legittimità, regolarità e correttezza dell'azione amministrativa, descritto all'art. 10 del presente atto.
 - dal Controllo di Gestione preposto alla verifica dell'efficienza, dell'efficacia e dell'economicità della gestione ai fini dell'ottimizzazione, anche mediante tempestivi interventi di correzione, del rapporto tra risorse impiegate e risultati conseguiti
 - dall'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) preposto a sovrintendere e monitorare il sistema di misurazione e valutazione annuale dei risultati, garantendo la correttezza dell'intero processo, secondo quanto stabilito dall'art. 14, comma 1 del D. Lgs. n. 150/2009.
 - dal Collegio Tecnico organismo che, nell'ambito del processo di valutazione del personale dirigente dell'area medica e dell'area tecnica professionale, sanitaria ed amministrativa, compreso il personale universitario in convenzione, è preposto alle verifiche riguardanti le attività professionali svolte e i risultati conseguiti, rispetto ai risultati attesi.

ATTO AZIENDALE

**Art. 56 – La prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità**

1. L’Azienda predispone annualmente, ai sensi del DL n. 80/2021 e s.m.i., il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.) con un’apposita sezione dedicata ai “Rischi corruttivi e Trasparenza” che disciplina l’attuazione del complesso degli interventi organizzativi disposti per prevenire il rischio della corruzione e dell’illegalità, in attuazione della Legge n. 190/2012 avente ad oggetto “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione”.
2. Attraverso il Responsabile aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza (RPCT) viene attuata una serie complessa di attività interessanti l’intera organizzazione dell’azienda sanitaria con il focus sulle attività assistenziali e di supporto poste in essere da tutto il personale operante a qualsiasi titolo nelle varie aree aziendali.
3. In particolare sono individuati i percorsi indicati dalla Legge n. 190/2012 e i successivi Piani Nazionali Anticorruzione elaborati dall’Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC), quali:
 - l’individuazione delle aree più esposte al rischio di corruzione generale e specifica;
 - la mappatura delle restanti aree a rischio;
 - il coinvolgimento dei dirigenti e di tutto il personale, operanti in azienda a qualsiasi titolo, addetto alle aree a più elevato rischio nell’attività di analisi e valutazione, di proposta e definizione delle misure e di monitoraggio per l’implementazione della Sezione del P.I.A.O. denominata “Rischi corruttivi e Trasparenza”;
 - il monitoraggio, per ciascuna attività, del rispetto dei termini di conclusione del procedimento;
 - la rilevazione, in rapporto al grado di rischio, delle misure di contrasto e delle misure di carattere generale da adottarsi per prevenire il rischio di corruzione mediante l’introduzione di adeguate forme interne di controllo specificamente dirette alla prevenzione e all’emersione di vicende di possibile esposizione al rischio corruttivo;
 - l’adozione di adeguati sistemi di rotazione del personale addetto alle aree a rischio;
 - l’adozione di misure volte alla vigilanza sull’attuazione delle disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità degli incarichi, di cui ai commi 49 e 50 della Legge n. 190/2012 del D. Lgs n. 39 del 08 aprile 2013 e delle disposizioni relative al conflitto di interessi, di cui al D. Lgs. n. 165/2001;
 - l’attivazione del sistema di trasmissione delle informazioni al sito web dell’amministrazione, del sistema delle sanzioni e del diritto di accesso;
 - l’adozione di specifiche attività di formazione del personale per le attività maggiormente esposte al rischio di corruzione.

Art. 57 – Il sistema gestionale aziendale in applicazione della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali

1. L’Azienda, in qualità di Titolare del trattamento dei dati personali, nel rispetto di quanto previsto dal Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. 196 “Codice in materia di protezione dei dati personali”, da ultimo modificato dal D. Lgs. 10 agosto 2018, n. 101, ed in conformità al Regolamento UE 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati, adotta, secondo il principio della responsabilizzazione (*accountability*), le misure tecniche ed organizzative adeguate per garantire ed essere in grado di dimostrare che il trattamento dei dati personali è effettuato conformemente alla normativa vigente, tenuto conto della relativa natura, ambito di applicazione, contesto e finalità di trattamento e possibile rischio di lesione dei diritti e delle libertà degli interessati.
2. Le misure adottate sono aggiornate periodicamente e consultabili nel sito internet e nel loro insieme costituiscono il sistema gestionale aziendale della privacy.

ATTO AZIENDALE



Titolo X: La gestione partecipata

Art. 58 – La Partecipazione dei Cittadini, Utenti e della Società Civile

1. L’Azienda ha tra i suoi valori portanti la partecipazione del cittadino. Per questo, nel rispetto delle norme di riferimento, consente ai Cittadini l’accesso alle informazioni necessarie per consentire una scelta consapevole nell’ambito delle prestazioni e dei servizi sanitari offerti.
2. L’Azienda ritiene necessario implementare la partecipazione delle Associazioni di Volontariato, delle organizzazioni no profit e di Cittadini in forma associata alla programmazione delle attività sanitarie.
3. L’Azienda, in linea con la propria *mission*, opera per rafforzare, nel rispetto dell’autonomia gestionale, la condivisione degli obiettivi con i diversi *Stakeholders* e per sviluppare iniziative che consentano di migliorare la conoscenza reciproca e di consolidare rapporti collaborativi.

Art. 59 – Gli strumenti di informazione

1. L’informazione fornisce un utilizzo appropriato dei servizi e delle prestazioni sanitarie ed è assicurata, principalmente, attraverso:
 - la Carta dei Servizi sanitari, prevista dall’articolo 32 comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013;
 - il sito web aziendale che deve essere chiaro, accessibile e di facile fruibilità;
 - le comunicazioni agli Organi di Informazione e di Stampa.
2. La partecipazione è inoltre garantita attraverso l’Ufficio Relazioni con il Pubblico che ha il compito di facilitare la comunicazione tra l’Azienda e i Cittadini ed attivare iniziative che consentano di migliorare i servizi offerti e di superare eventuali disservizi.
3. L’Azienda vuole essere parte del contesto sociale, economico e culturale del territorio nel quale si trova ed al fine di sviluppare e consolidare relazioni con la società civile si impegna a essere diretta espressione istituzionale attraverso l’assunzione di forme partecipative che consentano di rispondere ai bisogni, alle esigenze emergenti nella società.

Titolo XI: Norme finali e di rinvio

Art. 60 – Norme finali e di rinvio

1. Per quanto non contemplato nel presente Atto Aziendale, si rinvia alle leggi fondamentali del SSN e dell’Università, della organizzazione amministrativa e del pubblico impiego, alle leggi regionali di riordino del SSR, alle disposizioni dei CC.CC.NN.LL. e ai regolamenti aziendali in vigore, in quanto compatibili o non superati dal presente Atto Aziendale.

ATTO AZIENDALE



Allegati

Allegato 1

TIPOLOGIA STRUTTURE			
STRUTTURE COMPLESSE	OSPEDALIERE	53*	62
	NON OSPEDALIERE	9	
STRUTTURE SEMPLICI A VALENZA DIPARTIMENTALE	OSPEDALIERE	31	42
	NON OSPEDALIERE	11	
STRUTTURE SEMPLICI	OSPEDALIERE	35	44
	NON OSPEDALIERE	9	
Totale numero Strutture			148

* Includere le quattro Strutture Complesse di nuova istituzione

** Nella determinazione del numero delle SSD e delle SS non sono incluse le 4 SC di nuova istituzione.

Calcolo: $58 \times 1,48 = 86 \text{ SSD/SS}$

ATTO AZIENDALE

Allegato 2

STRUTTURE COMPLESSE OSPEDALIERE	DIREZIONE UNIVERSITARIA	DIREZIONE OSPEDALIERA
Anatomia Patologica	1	
Anestesia, Rianimazione e Cure Palliative	1	
Anestesia e Rianimazione *	1	
Cardiologia	1	
Cardiochirurgia	1	
Chirurgia Generale	1	
Chirurgia Maxillo-Facciale	1	
Chirurgia Plastica e Grandi Ustionati	1	
Chirurgia Toracica	1	
Chirurgia Vascolare		1
Clinica Medica	1	
Direzione Medica di Presidio		1
Disturbi Alimentari e della Nutrizione*		1
Ematologia		1
Epatologia	1	
Farmacia		1
Gastroenterologia	1	
Genetica Medica	1	
Geriatrics (Ospedale Lastaria Lucera)*	1	
Igiene	1	
Malattie Apparato Respiratorio	1	
Malattie Endocrine del Ricambio	1	
Malattie Infettive e Tropicali	1	
Medicina d'Accettazione e d'Urgenza		1
Medicina di laboratorio avanzata		1
Medicina Fisica e Riabilitativa	1	
Medicina Interna		1
Medicina e Lungodegenza (Ospedale Lastaria Lucera)*		1
Medicina Legale e Rischio Clinico	1	
Medicina Nucleare		1
Medicina Trasfusionale		1
Nefrologia e Dialisi (abilitata al trapianto di rene)	1	
Neonatologia – Terapia Intensiva Neonatale		1
Neurochirurgia		1
Neurologia		1
Neurologia	1	
Neuropsichiatria Infantile		1
Oftalmologia	1	
Oncologia		1
Oncologia Medica e Terapia Biomolecolare	1	
Ortopedia e Traumatologia	1	
Ostetricia e Ginecologia 1	1	
Ostetricia e Ginecologia 2	1	
Otorinolaringoiatria	1	
Patologia Clinica	1	
Pediatria	1	
Psichiatria	1	
Radiologia	1	
Radiologia d'Urgenza		1
Radiologia Interventistica		1
Radioterapia Oncologia		1
Reumatologia	1	
Urologia e Trapianti	1	
Totale Strutture Complesse Ospedaliere	34	19
		53

* SC di nuova istituzione

ATTO AZIENDALE



Allegato 3

DIREZIONE	STRUTTURE COMPLESSE NON OSPEDALIERE AFFERENTI ALLE DIREZIONI AMMINISTRATIVA E SANITARIA	NUMERO
AMMINISTRATIVA	Burocratico-Legale	1
	Programmazione e Controllo di Gestione	1
	Politiche del Personale	1
	Gestione del Patrimonio	1
	Gestione Risorse Finanziarie	1
	Gestione Tecnica	1
	Direzione Amministrativa di Presidio	1
	Ingegneria Clinica*	1
SANITARIA	Statistica ed Epidemiologia	1
Totale SC non Ospedaliere		9

* In sostituzione della SC Servizi Informativi e Digitalizzazione

ATTO AZIENDALE

Allegato 4

STRUTTURE SEMPLICI A VALENZA DIPARTIMENTALE OSPEDALIERE	DIRIGENTE RESPONSABILE UNIVERSITARIO	DIRIGENTE RESPONSABILE OSPEDALIERO
Allergologia e Immunologia Clinica	1	
Andrologia e Chirurgia Ricostruttiva Genitali Esterni	1	
Audiovestibologia		1
Cardioanestesia		1
Chirurgia Epatobiliopancreatica		1
Chirurgia mininvasiva		1
Centro Antiveleni (CAV)		1
Centro Trapianti di Rene		1
Chirurgia Pediatrica		1
Chirurgia Senologica e Interventistica		1
Chirurgia Urologica Endoscopica Avanzata D.T. Carcinoma Prostatico		1
Cromatografia e Spettrometria di Massa – Tossicologia	1	
Dermatologia		1
Diagnostica Senologica		1
Emodinamica *		1
Fisiopatologia della Riproduzione PMA	1	
Medicina e Geriatria		1
Lungodegenza		1
Medicina dello Sport	1	
Neurofisiopatologia		1
Nido e STEN		1
Odontoiatria		1
Oncologia Clinica polispecialistica		1
Oncologia Medica Integrata		1
Patologia Molecolare e Genetica Oncologica		1
Psicologia clinica	1	
Radiologia Cardio-Toraco-Vascolare		1
Radiologia e Neuroradiologia Interventistica		1
Sale Parto e Percorso Nascite		1
Stroke Unit e Neurosonologia		1
UTIC e Terapia Sub-Intensiva**		1
Totale Strutture Semplici Dipartimentali Ospedaliere	6	25
		31

*Il personale afferente alla SSVD di Emodinamica partecipa con quello della SC di Cardiologia Universitaria e della SSVD UTIC e Terapia sub-intensiva alla turnazione per il servizio regionale per la rete per il trattamento dell'infarto miocardico acuto (rete STEMI 118 telecardiologia) e si integra con quello della SC di Cardiologia Universitaria e della Cardiochirurgia Universitaria nella gestione ospedaliera del paziente cardiologico.

** Il personale afferente alla SSVD UTIC e Terapia Sub-Intensiva partecipa con quello della SC di Cardiologia Universitaria alle attività per le reti cardiologiche tempo dipendenti e si integra con quello della SC di Cardiologia Universitaria e della Cardiochirurgia Universitaria nella gestione ospedaliera del paziente cardiologico e cardiocirurgico.

ATTO AZIENDALE



Allegato 5

DIREZIONE	STRUTTURE SEMPLICI A VALENZA DIPARTIMENTALE NON OSPEDALIERE AFFERENTI ALLE DIREZIONI AMMINISTRATIVA E SANITARIA	NUMERO
AMMINISTRATIVA	Affari Generali e Privacy	1
	CUP e Libera Professione	1
SANITARIA	Fisica Sanitaria	1
	Formazione del personale	1
	Igiene e Accredimento istituzionale	1
	Medicina del Lavoro	1
	Organizzazione sale operatorie e approvvigionamenti tecnologie sanitarie	1
	Servizi professioni sanitarie Area 1	1
	Servizi professioni sanitarie Area 2	1
	Risk Management	1
	Stewardship Antimicrobico Resistenza	1
Totale SSVD non Ospedaliere		11

ATTO AZIENDALE

Allegato 6

STRUTTURE SEMPLICI OSPEDALIERE			
STRUTTURA COMPLESSA DI AFFERENZA	DENOMINAZIONE STRUTTURA SEMPLICE	DIR. RESP.	
		UNIV.	OSP.
Anatomia Patologica	Diagnosi patologie gastrointestinali		1
Cardiologia	Cardiologia ambulatoriale (Lastaria Lucera)		1
Cardiologia	Cardioncologia		1
Cardiologia	Elettrofisiologia		1
Chirurgia Generale	Chirurgia bariatrica	1	
Chirurgia Generale	Accessi Vascolari		1
Chirurgia Plastica e Grandi Ustionati	Chirurgia plastica oncologica	1	
Chirurgia Toracica	Chirurgia toracica mininvasiva	1	
Clinica Medica	Angiologia		1
Epatologia	Diagnostica ecografica e interventistica	1	
Gastroenterologia	Endoscopia digestiva		1
Gastroenterologia	Nutrizione clinica e artificiale		1
Genetica Medica	Citogenetica pre e post-natale		1
Malattie Apparato Respiratorio	Pneumologia oncologica		1
Malattie Apparato Respiratorio	Sleepapnea e disturbi respiratori del sonno		1
Malattie Endocrine e del ricambio	Diagnosi e cura del diabete gestazionale		1
Malattie Infettive	DH patologie infezioni acute, croniche ed emergenti		1
Medicina d'Accettazione e Urgenza	Medicina e chirurgia d'urgenza		1
Medicina d'Accettazione e Urgenza	Gestione aree a diversa intensità di cure		1
Medicina d'Accettazione e Urgenza	Pronto soccorso presidio ospedaliero Lucera		1
Medicina Fisica e Riabilitativa	Riabilitazione funzionale globale e ripresa dell'attività motoria		1
Medicina Fisica e Riabilitativa	Riabilitazione tecnologica		1
Nefrologia e dialisi	Trapianti di rene e terapia intensiva nefrologica	1	
Neurologia Ospedaliera	Cefalee e algie cranio-facciali		1
Neurologia Ospedaliera	Malattie neuro-degenerative motorie e muscolari		1
Neuropsichiatria Infantile	Epilessia dell'età evolutiva e malattie rare a gestione complessa		1
Oftalmologia	Diagnostica avanzata ed elevata tecnologia		1
Ortopedia e Traumatologia	Chirurgia mininvasiva e artroscopica		1
Ostetricia e Ginecologia 1	Ostetricia e diagnosi prenatale		1
Ostetricia e Ginecologia 2	Diagnosi trattamento e cura dell'endometriosi		1
Patologia Clinica	Microbiologia ospedaliera		1
Psichiatria	Psichiatria ambulatoriale e Day Service		1
Radiologia d'Urgenza	Radiologia Oncologica		1
Reumatologia Universitaria	Diagnosi e cura delle malattie rare reumatologiche	1	
Urologia e Trapianti	Chirurgia robotica mininvasiva		1
Totale Strutture Semplici Ospedaliere		6	29
		35	

ATTO AZIENDALE

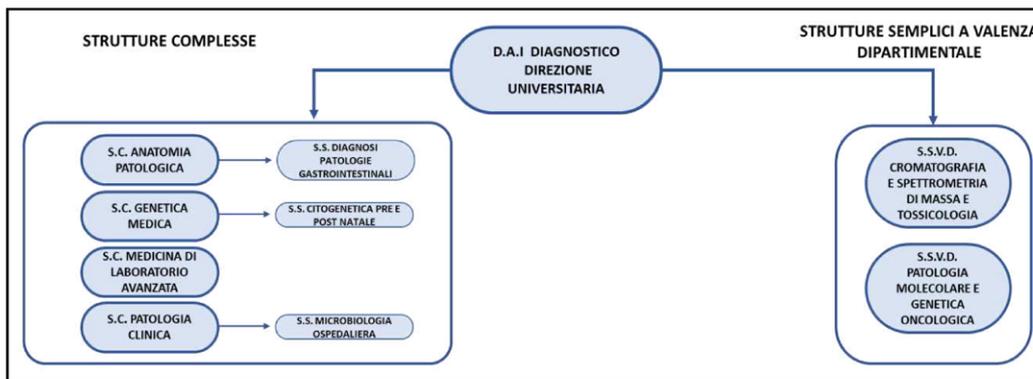
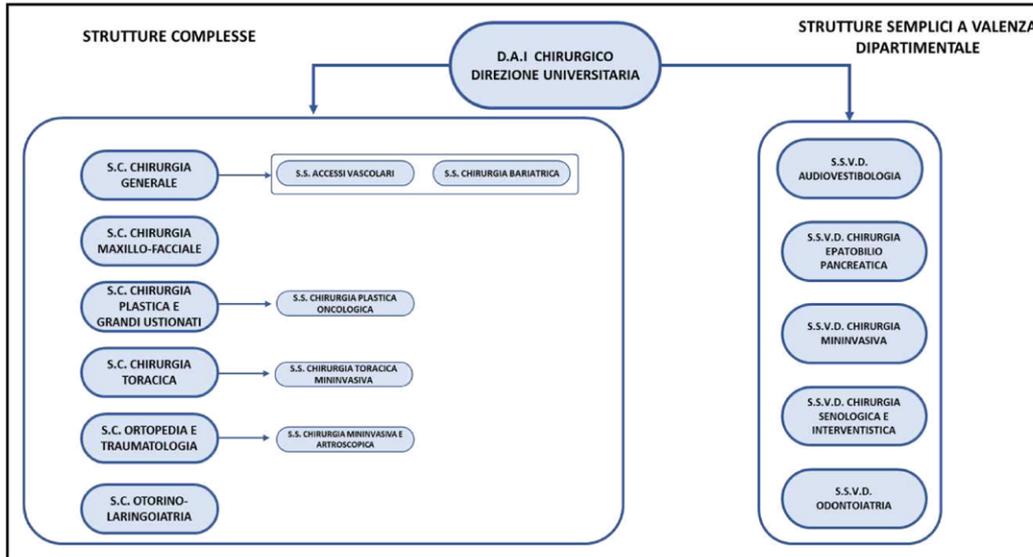


Allegato 7

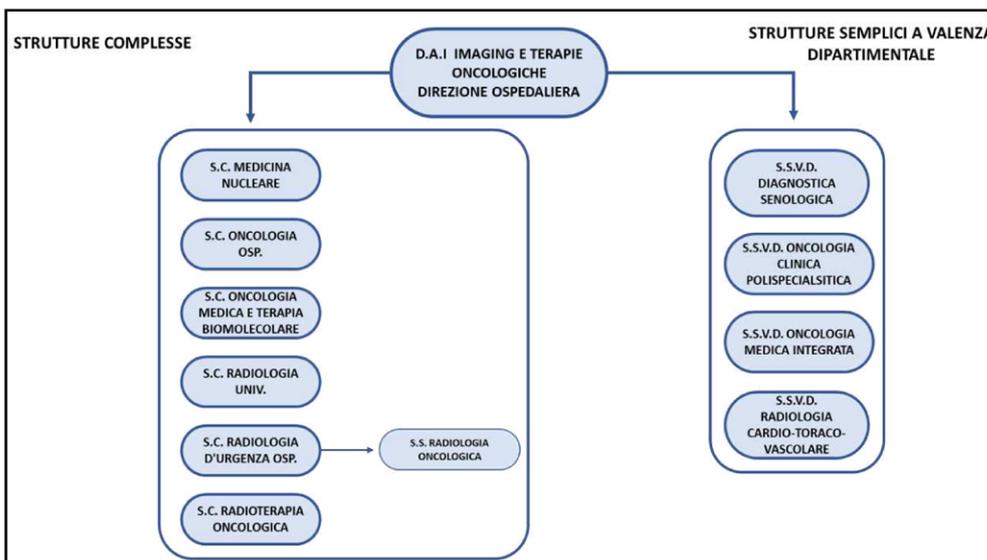
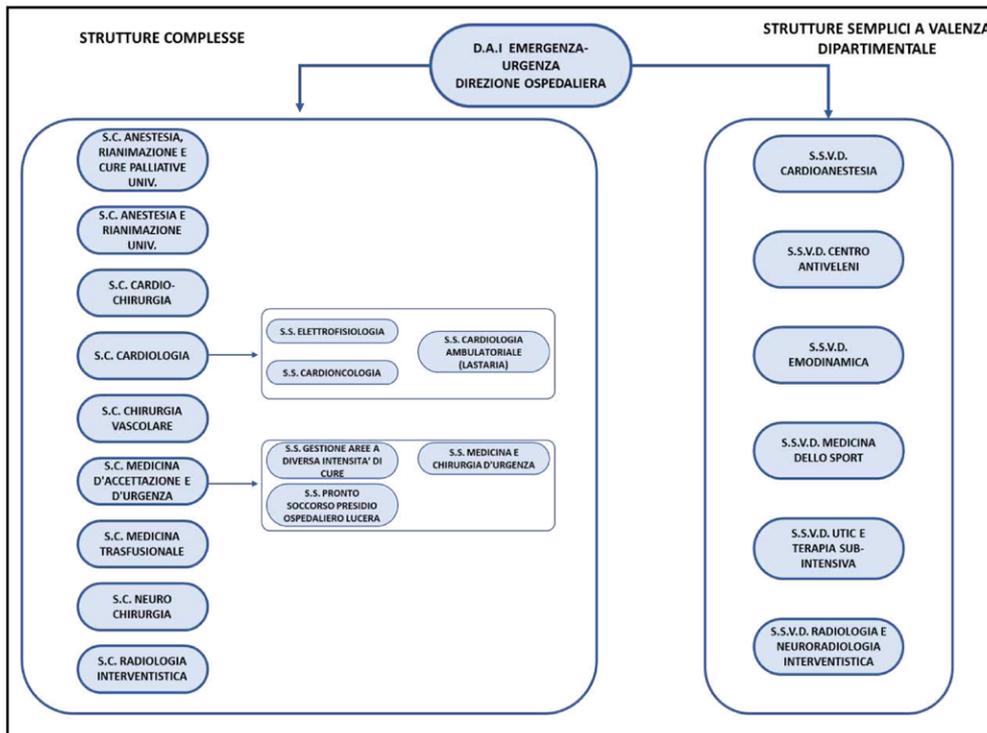
DIREZIONE	STRUTTURE SEMPLICI NON OSPEDALIERE AFFERENTI ALLE STRUTTURE COMPLESSE DI AREA AMMINISTRATIVA E SANITARIA		
	DENOMINAZIONE	STRUTTURA COMPLESSA DI AFFERENZA	
AMMINISTRATIVA	Appalti e contratti di beni e servizi	Gestione Patrimonio	1
	Appalti e contratti di farmaci e dispositivi	Gestione Patrimonio	1
	Concorsi e assunzioni	Politiche del Personale	1
	Contabilità Analitica e processi valutativi	Programmazione e Controllo di Gestione	1
	Digitalizzazione e Servizi Informativi	Gestione Tecnica	1
	Trattamento economico previdenziale	Politiche del Personale	1
	Trattamento giuridico personale osp. e univ. e rapporti con le OO.SS	Politiche del Personale	1
SANITARIA	Farmacovigilanza	Farmacia	1
	Organizzazione del Presidio Lastaria Lucera	Direzione Medica di Presidio	1
Totale SS non Ospedaliere			9

ATTO AZIENDALE

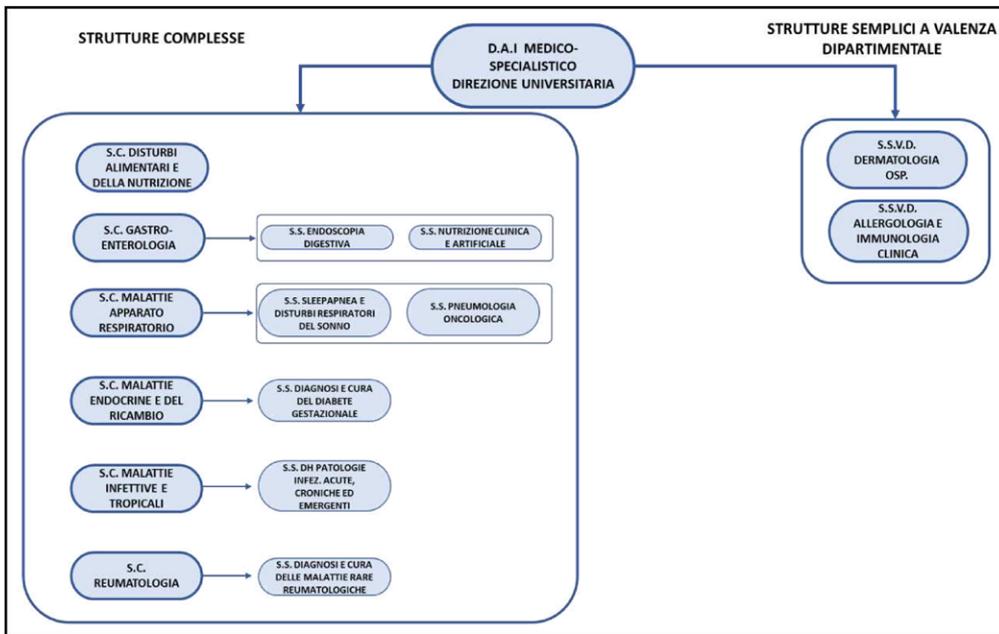
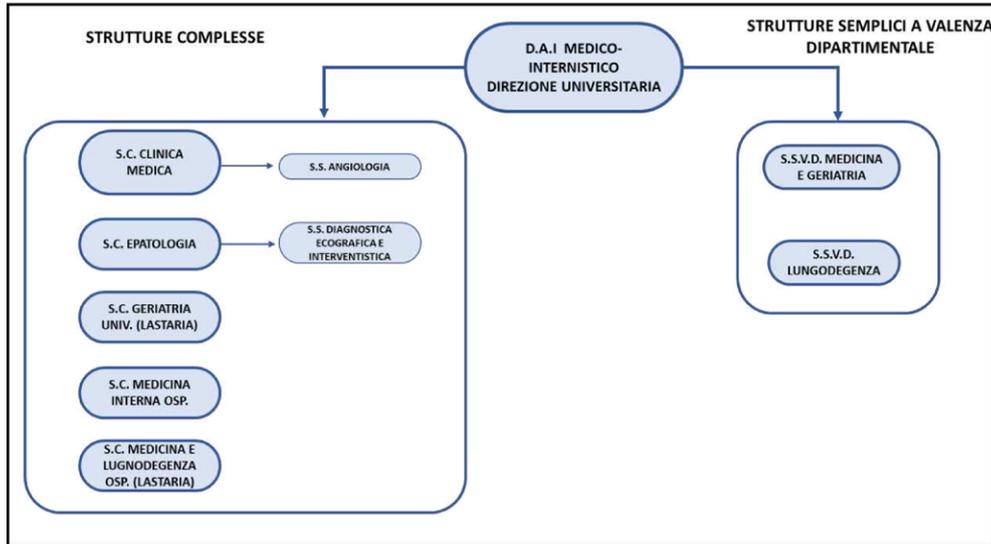
Allegato 8



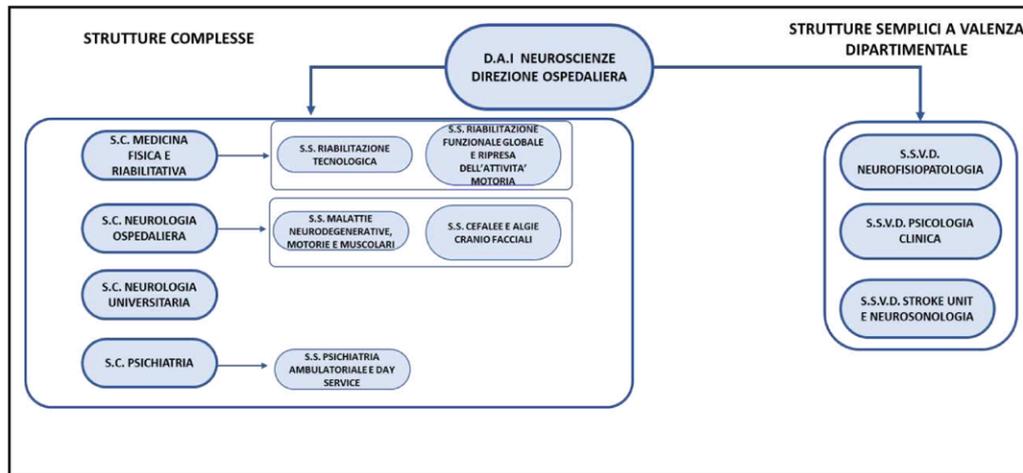
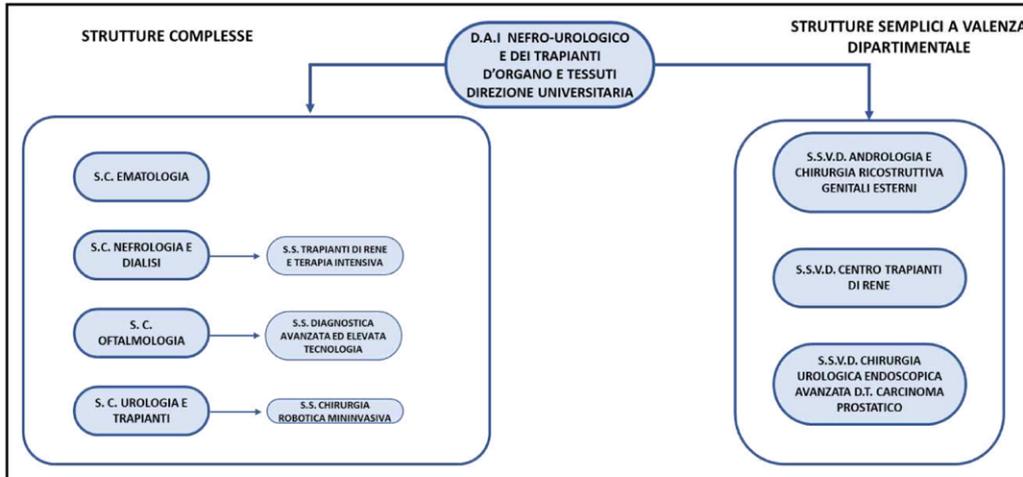
ATTO AZIENDALE



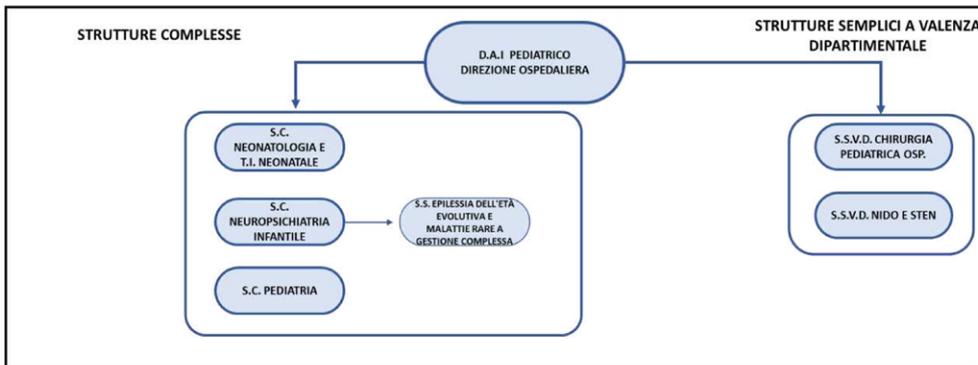
ATTO AZIENDALE



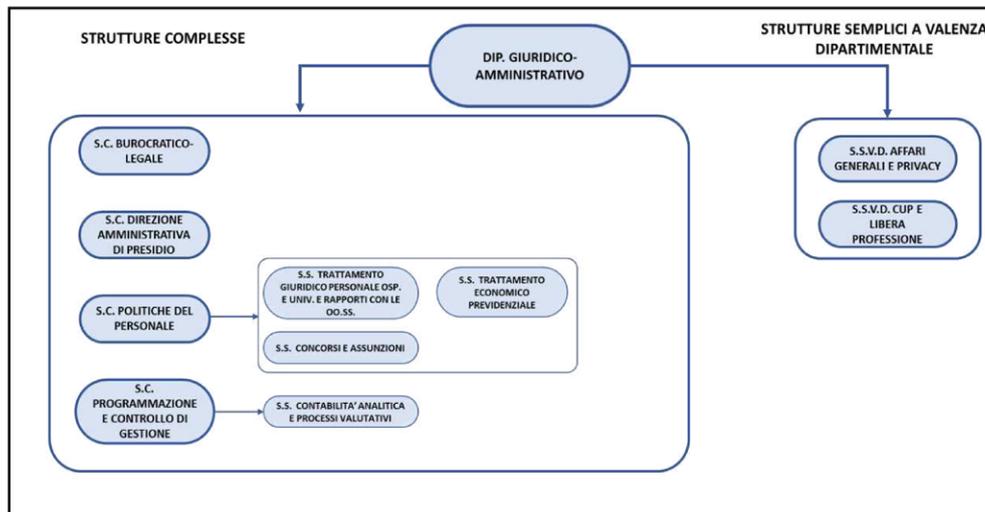
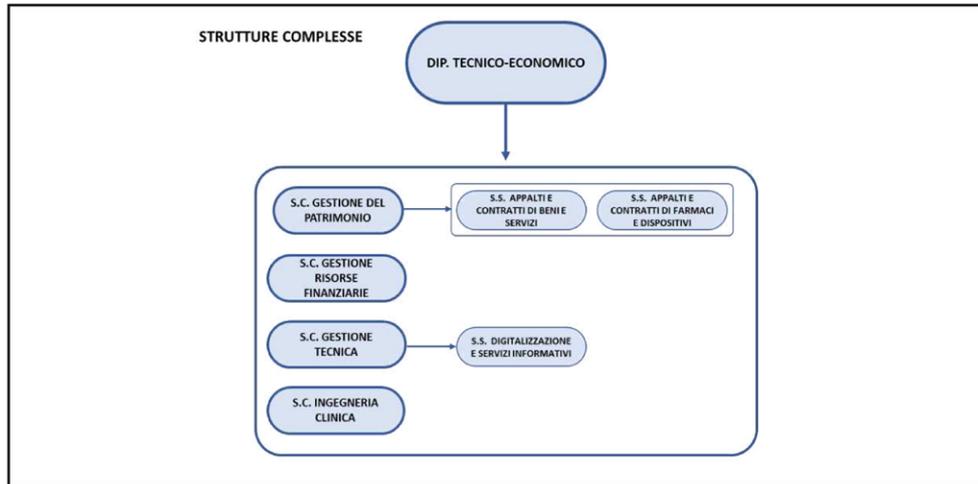
ATTO AZIENDALE



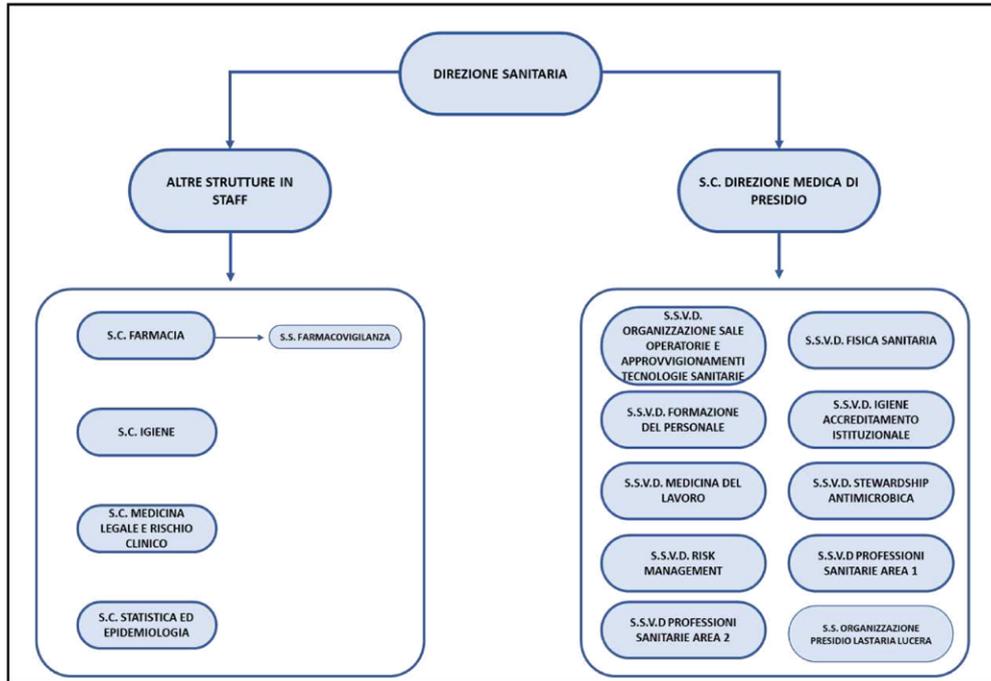
ATTO AZIENDALE



ATTO AZIENDALE



ATTO AZIENDALE



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 12 settembre 2025, n. 1317

Organizzazione e funzionamento della SRC, ai sensi dell'Accordo Stato – regioni Rep. Atti n. 206/CSR del 13 ottobre 2011. Istituzione tavolo tecnico di Medicina Trasfusionale. Revoca delle deliberazioni di Giunta n. 143 del 23/02/2016 e n. 2158 del 21/12/2016.

LA GIUNTA REGIONALE

VISTI:

- gli artt. 4, 5 e 6 della L.R. 4 febbraio 1997, n. 7;
- la Deliberazione della Giunta Regionale n. 3261 del 28 luglio 1998;
- gli artt. 4 e 16 del D.lgs. n. 165 del 30.03.2001 e ss.mm.ii.;
- gli artt. 43 e 44 dello Statuto della Regione Puglia;
- il Decreto del Presidente della Giunta regionale 22 gennaio 2021, n. 22 e ss.mm.ii., recante l'Atto di Alta Organizzazione "M.A.I.A. 2.0";
- il Regolamento interno di questa Giunta;

VISTO il documento istruttorio del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale, Sezione Strategie e Governo dell'offerta, Servizio Strategie e Governo dell'assistenza Territoriale - Rapporti Istituzionali e Capitale Umano SSR concernente l'argomento in oggetto e la conseguente proposta del Vicepresidente della Giunta Regionale con delega alla Sanità e Benessere Animale, Sport per Tutti.

PRESO ATTO

- a) delle sottoscrizioni dei responsabili della struttura amministrativa competente, ai fini dell'attestazione della regolarità amministrativa dell'attività istruttorie e della proposta, ai sensi dell'art. 6, co. 8 delle Linee guida sul "Sistema dei controlli interni nella Regione Puglia", adottate con D.G.R. 23 luglio 2019, n. 1374;
- b) della dichiarazione del Direttore di Dipartimento, in merito a eventuali osservazioni sulla proposta di deliberazione, ai sensi degli artt. 18 e 20 del Decreto del Presidente della Giunta regionale 22 gennaio 2021, n. 22 e ss.mm.ii.;

Con voto favorevole espresso all'unanimità dei presenti e per le motivazioni contenute nel documento istruttorio che è parte integrante e sostanziale della presente deliberazione

DELIBERA

- 1) di revocare le deliberazioni di Giunta n. 143 del 23/02/2016 e n. 2158 del 21/12/2016;
- 2) di stabilire che la Struttura Regionale di Coordinamento (SRC), in ottemperanza all'Accordo Stato - Regioni 206/2011, svolga le seguenti funzioni:
 - a) Supporto alla programmazione delle attività di medicina trasfusionale sulla base della Programmazione Sanitaria regionale;
 - b) Coordinamento della rete trasfusionale regionale;
 - c) Attività di monitoraggio rispetto a: programma annuale per l'autosufficienza, reazioni avverse e incidenti gravi nel processo dalla donazione alla trasfusione, grado di adeguamento annuale dei sistemi di gestione per la qualità, attività e risultati dei Comitati ospedalieri per il buon uso del plasma, attività di reclutamento dei donatori e di cellule staminali emopoietiche da sangue periferico, attività delle banche da cordone ombelicale;

- d) Sistema informativo regionale delle attività trasfusionali;
- e) Attività di emovigilanza;
- f) Gestione per la qualità;
- g) Attività di monitoraggio e verifica dell'utilizzo appropriato degli emocomponenti e dei farmaci plasmaderivati;
- h) Attività di gestione del plasma da avviare alla lavorazione industriale per la produzione di farmaci plasmaderivati;

La sede della SRC è presso l'Azienda Ospedaliero Consorziata Policlinico di Bari, salvo diverse e ulteriori disposizioni regionali in materia, che possono essere definite con atto dirigenziale, anche con riferimento all'organizzazione e funzionamento dello stesso;

- 3) di istituire il Tavolo Tecnico regionale di "Medicina Trasfusionale", così come di seguito composto:
- a) Responsabile tecnico della Struttura Regionale di Coordinamento con funzione di Coordinatore: Dirigente Medico di medicina trasfusionale nominato con deliberazione di Giunta regionale, con durata in carica di tre anni e rinnovabile per una sola volta;
 - b) Dirigente del Servizio Strategie e Governo dell'Assistenza Territoriale - Rapporti istituzionali e capitale Umano SSR;
 - c) Un rappresentante per Azienda Sanitaria ed Enti ecclesiastici, sede di Servizi trasfusionali
 - d) Un Rappresentanti delle Associazioni e Federazioni di donatori di sangue, con le quali è stata sottoscritta in data 22/12/2023 la nuova convenzione di cui all'allegato alla deliberazione di Giunta regionale n. 1559 del 13/11/2023; ;
 - e) Il Dirigente del Servizio regionale delle politiche del farmaco o suo delegato;
 - f) Un rappresentante per ciascuna delle Società scientifiche della Medicina Trasfusionale;
 - g) Un funzionario della Sezione SGO con funzioni di segretario.

La partecipazione al Tavolo tecnico "Medicina Trasfusionale" è a titolo gratuito.

- 4) di nominare il Coordinatore della SRC: IL DOTT. ANGELO OSTUNI;
- 5) di stabilire che con proprio atto il Dirigente della Sezione "Strategie e Governo dell'Offerta" provveda alla nomina dei componenti del Tavolo tecnico "Medicina Trasfusionale";
- 6) di trasmettere il presente provvedimento, per il tramite della Sezione "Strategie e Governo dell'Offerta" ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali e Ospedaliere, nonché agli Enti Ecclesiastici, agli IRCCS pubblici e privati, al Servizio Politiche del Farmaco della Sezione Programmazione Assistenza Territoriale, ai Ministeri affiancanti;
- 7) di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia.

Il Segretario Generale della Giunta

NICOLA PALADINO

Il Presidente della Giunta

RAFFAELE PIEMONTESE

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

OGGETTO: Organizzazione e funzionamento della SRC, ai sensi dell'Accordo Stato – regioni Rep. Atti n. 206/CSR del 13 ottobre 2011. Istituzione tavolo tecnico di Medicina Trasfusionale. Revoca delle deliberazioni di Giunta n. 143 del 23/02/2016 e n. 2158 del 21/12/2016.

Visti:

- il D.Lgs. 502/1992 e s.m.i., art. 2, co. 1, che attribuisce alle Regioni l'esercizio delle funzioni legislative ed amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera, nel rispetto dei principi stabiliti dalle leggi nazionali;
- la legge 21 Ottobre 2005, n. 219, recante "Nuova disciplina delle attività trasfusionali e della produzione nazionale degli emoderivati", ed in particolare l'articolo 6, comma 1, lettera c), che prevede che con uno o più accordi sanciti presso questa Conferenza, venga promossa la individuazione da parte delle Regioni, in base alla propria programmazione, delle strutture e degli strumenti necessari per garantire un coordinamento intraregionale ed interregionale delle attività trasfusionali, dei flussi di scambio e di compensazione nonché il monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi in relazione alle finalità di cui all'articolo 1 ed ai principi generali di cui all'articolo 11 della medesima legge, infine gli articoli 19 e 20;
- il decreto del Ministro della sanità 1 settembre 1995 recante "Costituzione e compiti dei comitati per il buon uso del sangue presso i presidi ospedalieri", come modificato dal Decreto del Ministro della Sanità 5 novembre 1996 recante "Integrazione al Decreto Ministeriale 1 settembre 1995 concernente la costituzione e compiti dei comitati per il buon uso del sangue presso i presidi ospedalieri";
- l'articolo 11 della Legge n. 219/2005 che, in considerazione del fatto che l'autosufficienza di sangue e derivati costituisce un interesse nazionale sovraregionale e sovraziendale non frazionabile per il cui raggiungimento è richiesto il concorso delle Regioni e delle Aziende sanitarie, individua alcuni principi generali di programmazione sanitaria atti a favorire l'armonizzazione della legislazione in materia di attività trasfusionali;
- l'articolo 12 della succitata Legge n. 219/2005 che istituisce il Centro Nazionale Sangue quale struttura finalizzata al raggiungimento degli obiettivi di autosufficienza nazionale ed al supporto per il coordinamento delle attività trasfusionali sul territorio nazionale, oltre al coordinamento ed al controllo tecnico scientifico nelle materie disciplinate dalla sopracitata Legge;
- la Legge regionale 3 agosto 2006, n. 24 ad oggetto: "Norme di organizzazione del sistema trasfusionale regionale";
- il decreto legislativo n. 207/2007, recante "Attuazione della direttiva 2005/61/CE, che applica la direttiva 2002/98/CE per quanto riguarda la prescrizione in tema di rintracciabilità del sangue e degli emocomponenti destinati a trasfusioni e la notifica di effetti indesiderati ed incidenti gravi";
- il decreto legislativo n. 208/2007, recante "Attuazione della direttiva 2005/62/CE che applica la direttiva 2002/98/CE per quanto riguarda le norme e le specifiche comunitarie relative ad un sistema di qualità per i servizi trasfusionali";
- il decreto legislativo n. 261/2007, recante "Revisione del decreto legislativo n.191/2005, recante attuazione della direttiva 2002/98/CE che stabilisce norme di qualità e di sicurezza per la raccolta, il controllo, la lavorazione, la conservazione e la distribuzione del sangue umano e dei suoi componenti";
- il decreto del Ministro della salute 21 dicembre 2007, recante "Istituzione del sistema informativo dei servizi trasfusionali", pubblicato nella G.U. del 16 gennaio 2008, n. 13;
- l'Accordo tra il Governo e le Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano recante "Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici minimi per l'esercizio delle attività sanitarie delle banche di sangue da cordone ombelicale" sancito in sede di Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano il 29 ottobre 2009;

- il decreto del Ministro della salute 18 novembre 2009, recante "Istituzione di una rete nazionale di banche per la conservazione di sangue da cordone ombelicale";
- il decreto del Ministro della salute 18 novembre 2009 recante "Disposizioni in materia di conservazione di cellule staminali da sangue del cordone ombelicale per uso autologo - dedicato";
- l'Accordo tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sui requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici delle attività sanitarie dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta e sul modello per le visite di verifica, sancito dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano nella seduta del 16 dicembre 2010 (Rep. atti 242/CSR), pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 17 maggio 2011, n. 113, aggiornato con successivo accordo, ai sensi dell'articolo 2, comma 1-bis del decreto legislativo 9 novembre 2007, n. 208, così come aggiunto dall'articolo 1, comma 1, lettera b), del decreto legislativo 19 marzo 2018, n. 19, tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, concernente «Aggiornamento e revisione dell'Accordo Stato-Regioni 16 dicembre 2010 (Rep. atti n. 242/CSR) sui requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti e sul modello per le visite di verifica» (Rep. atti n. 29/CSR del 25 marzo 2021), recepito con Deliberazione di Giunta Regionale n. 158 del 15 febbraio 2022;
- l'Accordo tra il Governo e le Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Linee guida per l'accreditamento delle Banche di sangue da cordone ombelicale" sancito in sede di Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano il 20 aprile 2011;
- l'Accordo tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante «Caratteristiche e funzioni delle Strutture regionali di coordinamento (SIRC) per le attività trasfusionali», sancito dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 13 ottobre 2011 (Rep. atti n. 206/CSR) e recepito dalla Giunta Regionale con Deliberazione n. 333 del 20/02/2012;
- il Decreto 2 novembre 2015 "Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti";
- la deliberazione di Giunta regionale n. 143 del 23/02/2016 ad oggetto: "Revoca delle deliberazioni di Giunta regionale 1728 del 21 novembre 2006, n. 1954 del 20 dicembre 2006, n. 306 del 9 febbraio 2010 e n. 785 del 23/04/2013. Coordinamento Regionale delle Attività Trasfusionali (CRAT): definizione composizione ai sensi dell'Accordo Stato - Regioni Rep. Atti n. 206/CSR del 13 ottobre 2011";
- la deliberazione di Giunta regionale n. 2158 del 21/12/2016 ad oggetto: "Accordo Stato - Regioni del 13 ottobre 2011 (Rep. Atti n. 206/CSR del 13 ottobre 2011) "Caratteristiche e funzioni delle strutture regionali di coordinamento (SRC) per le attività trasfusionali". Istituzione.";
- la determina dirigenziale n. 43 del 02/03/2017 ad oggetto: "Nomina segretario e componenti dell'Organismo preposto alla "partecipazione degli attori della rete trasfusionale regionale presso la SRC", ex art. 3 dell'Allegato A dell'Accordo Stato - Regioni del 13/10/2011, in ottemperanza alle deliberazioni di Giunta regionale n. 143/2016 e n. n. 2158/2016.";
- la determina dirigenziale n. 56 del 20/03/2017 ad oggetto: "Nomina componenti del Comitato Direttivo nell'ambito dell'attività di coordinamento regionale delle attività della medicina trasfusionale, in ottemperanza alle deliberazioni di Giunta regionale n. 143/2016 e n. n. 2158/2016.";
- la determina dirigenziale n.113 del 16/05/2017 ad oggetto: "Regolamento di funzionamento del Comitato Direttivo nell'ambito dell'attività di coordinamento regionale delle attività della medicina trasfusionale, in ottemperanza alle deliberazioni di Giunta regionale n. 143/2016 e n. n. 2158/2016.";
- l'Accordo, ai sensi dell'articolo 6, comma 1, lettera b), della legge 21 ottobre 2005, n. 219, tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano per «la definizione dei criteri e dei principi generali per la regolamentazione delle convenzioni tra regioni, province autonome e Associazioni e Federazioni di donatori di sangue e adozione del relativo schema-tipo. Revisione e aggiornamento dell'Accordo Stato-Regioni 14 aprile 2016 (Rep. atti n. 61/CSR)», sancito dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta dell'8 luglio 2021 (Rep. atti n. 100/CSR), recepito con deliberazione di Giunta Regionale n. 2240 del 29/12/2021;

- la Deliberazione di Giunta Regionale n. 1559 del 13/11/2023 con la quale è stato approvato lo schema di convenzione da sottoscrivere tra la Regione Puglia e le Associazioni e Federazioni di donatori di sangue, ai sensi dell'Accordo Stato – Regioni dell'8 luglio 2021 (Rep. Atti n. 100/CSR);
- la Deliberazione di Giunta Regionale n. 1466 del 15/09/2021 recante l'approvazione della Strategia regionale per la parità di genere, denominata "Agenda di Genere";
- la Deliberazione della Giunta Regionale del 26 settembre 2024, n. 1295 ad oggetto "Valutazione di Impatto di Genere (VIG). Approvazione indirizzi metodologico-operativi e avvio fase strutturale."

ATTESO che:

➤ con provvedimento giuntale n. 2158 del 21/12/2016, la Giunta regionale, al fine di dare completa attuazione all'accordo Stato-Regioni del 13 ottobre 2011 ed in coerenza alla Legge Regionale 3 agosto 2006, n.24, ha istituito la struttura regionale di coordinamento per le attività trasfusionali (SRC) presso l'Azienda Ospedaliera Policlinico di Bari, definendone caratteristiche e funzioni;

Con provvedimento giuntale n.27 del 12/01/2018 è stato designato in attuazione della suddetta deliberazione di Giunta regionale del 21/12/2016 il Direttore della Struttura Regionale di Coordinamento della Medicina Trasfusionale.

DATO ATTO CHE

➤ Alcuni dei suddetti componenti sono andati in quiescenza e pertanto si rende necessario provvedere alla loro sostituzione;

➤ la deliberazione di Giunta regionale del 27/01/2018 ha stabilito in tre anni la durata per l'incarico di Direttore della SRC, rinnovabile una sola volta e a titolo gratuito.

CONSIDERATO CHE

➤ è scaduto il mandato dell'incarico di Direttore della Struttura Regionale di Coordinamento della Medicina Trasfusionale e che pertanto con il presente atto si intende istituire il Tavolo Tecnico di Medicina Trasfusionale;

➤ l'istituzione del tavolo tecnico di Medicina Trasfusionale si pone l'obiettivo di perfezionare la rete trasfusionale, fornendo un costante supporto al sistema regionale attraverso la definizione e condivisione di strumenti e metodi necessari per superare eventuali criticità che caratterizzano l'attività di raccolta e conservazione del sangue.

Tutto ciò premesso, si rende necessario con il presente atto definire la nuova articolazione organizzativa della SRC ed istituire un Tavolo Tecnico di medicina Trasfusionale al fine di fornire costante supporto al sistema trasfusionale regionale.

Garanzie di riservatezza

La pubblicazione sul BURP, nonché la pubblicazione all'Albo o sul sito istituzionale, salve le garanzie previste dalla legge 241/1990 in tema di accesso ai documenti amministrativi, avviene nel rispetto della tutela della riservatezza dei cittadini, secondo quanto disposto dal Regolamento UE 2016/679 in materia di protezione dei dati personali, nonché dal D.Lgs. n. 196/2003 ss.mm.ii. ed ai sensi del vigente Regolamento regionale n. 5/2006 per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari, in quanto applicabile. Ai fini della pubblicità legale, il presente provvedimento è stato redatto in modo da evitare la diffusione di dati personali identificativi non necessari ovvero il riferimento alle particolari categorie di dati previste dagli articoli 9 e 10 del succitato Regolamento UE.

Esiti Valutazione di impatto di genere (prima valutazione)

▪ neutro

COPERTURA FINANZIARIA AI SENSI DEL D.LGS. n.118/2011 E SS.MM.II.

La presente deliberazione non comporta implicazioni, dirette/indirette, di natura economico-finanziaria e/o patrimoniale e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale.

Tutto ciò premesso, al fine di definire la nuova articolazione organizzativa della SRC ed istituire un Tavolo Tecnico di medicina Trasfusionale fornendo costante supporto al sistema trasfusionale regionale, l'Assessore alla Sanità, Benessere animale, Sport per tutti, ai sensi della L.R. n.7/97 art. 4 lett. k), propone alla Giunta regionale:

- 1) di revocare le deliberazioni di Giunta n. 143 del 23/02/2016 e n. 2158 del 21/12/2016;
- 2) di stabilire che la Struttura Regionale di Coordinamento (SRC), in ottemperanza all'Accordo Stato - Regioni . 206/2011, svolga le seguenti funzioni:
 - a) Supporto alla programmazione delle attività di medicina trasfusionale sulla base della Programmazione Sanitaria regionale;
 - b) Coordinamento della rete trasfusionale regionale;
 - c) Attività di monitoraggio rispetto a: programma annuale per l'autosufficienza, reazioni avverse e incidenti gravi nel processo dalla donazione alla trasfusione, grado di adeguamento annuale dei sistemi di gestione per la qualità, attività e risultati dei Comitati ospedalieri per il buon uso del plasma, attività di reclutamento dei donatori e di cellule staminali emopoietiche da sangue periferico, attività delle banche da cordone ombelicale;
 - d) Sistema informativo regionale delle attività trasfusionali;
 - e) Attività di emovigilanza;
 - f) Gestione per la qualità;
 - g) Attività di monitoraggio e verifica dell'utilizzo appropriato degli emocomponenti e dei farmaci plasmaderivati;
 - h) Attività di gestione del plasma da avviare alla lavorazione industriale per la produzione di farmaci plasmaderivati;

La sede della SRC è presso l'Azienda Ospedaliero Consorziato Policlinico di Bari, salvo diverse e ulteriori disposizioni regionali in materia, che possono essere definite con atto dirigenziale, anche con riferimento all'organizzazione e funzionamento dello stesso;

- 3) di istituire il Tavolo Tecnico regionale di "Medicina Trasfusionale", così come di seguito composto:
 - a) Responsabile tecnico della Struttura Regionale di Coordinamento con funzione di Coordinatore: Dirigente Medico di medicina trasfusionale nominato con deliberazione di Giunta regionale, con durata in carica di tre anni e rinnovabile per una sola volta;
 - b) Dirigente del Servizio Strategie e Governo dell'Assistenza Territoriale - Rapporti istituzionali e capitale Umano SSR;
 - c) Un rappresentante per Azienda Sanitaria ed Enti ecclesiastici, sede di Servizi trasfusionali
 - d) Un Rappresentanti delle Associazioni e Federazioni di donatori di sangue, con le quali è stata sottoscritta in data 22/12/2023 la nuova convenzione di cui all'allegato alla deliberazione di Giunta regionale n. 1559 del 13/11/2023; ;

- e) Il Dirigente del Servizio regionale delle politiche del farmaco o suo delegato;
- f) Un rappresentante per ciascuna delle Società scientifiche della Medicina Trasfusionale;
- g) Un funzionario della Sezione SGO con funzioni di segretario.

La partecipazione al Tavolo tecnico "Medicina Trasfusionale" è a titolo gratuito.

- 4) di nominare il Coordinatore della SRC: _____;
- 5) di stabilire che con proprio atto il Dirigente della Sezione "Strategie e Governo dell'Offerta" provveda alla nomina dei componenti del Tavolo tecnico "Medicina Trasfusionale";
- 6) di trasmettere il presente provvedimento, per il tramite della Sezione "Strategie e Governo dell'Offerta" ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali e Ospedaliere, nonché agli Enti Ecclesiastici, agli IRCCS pubblici e privati, al Servizio Politiche del Farmaco della Sezione Programmazione Assistenza Territoriale, ai Ministeri affiancanti;
- 7) di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia.

I sottoscritti attestano la regolarità amministrativa dell'attività istruttoria e della proposta, ai sensi dell'art. 6, co, 3, lett. da a) ad e) delle Linee guida sul "Sistema dei controlli interni nella Regione Puglia", adottate con DGR 23 luglio 2019, n.1374.

La Responsabile E.Q.: **Antonella VURRO**



Antonella
Vurro
12.09.2025
10:58:22
GMT+02:00

La Dirigente del Servizio SGAT- Rapporti Istituzionali e Capitale Umano SSR: **Antonella CAROLI**



Antonella
Caroli
12.09.2025
10:59:49
GMT+02:00

Il Dirigente della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta: **Mauro NICASTRO**



Mauro
Nicastro
12.09.2025
11:31:41
GMT+02:00

Il Direttore di Dipartimento, ai sensi degli artt. 18 e 20 del DPGR 22 gennaio 2021 n.22 e ss.mm.ii. non ravvisa la necessità di esprimere osservazioni sulla presente proposta di DGR

Il Direttore del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale: **Vito MONTANARO**



Vito
Montanaro
12.09.2025
11:34:28
GMT+02:00

Il Vicepresidente della Giunta Regionale con delega alla Sanità e Benessere Animale, Sport per Tutti, ai sensi del vigente Regolamento della Giunta Regionale

Propone

Alla Giunta regionale l'adozione del presente atto.

Raffaele PIEMONTESE



Raffaele Piemontese
12.09.2025 11:41:00
GMT+02:00

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 12 settembre 2025, n. 1318

Attività istituzionale di formazione e comunicazione. Variazione compensativa al Bilancio di previsione 2025-2027, al Documento tecnico di accompagnamento e al Bilancio finanziario gestionale 2025-2027 per l'importo di euro 100.000,00

LA GIUNTA REGIONALE

VISTI:

- gli artt. 4, 5 e 6 della L.R. 4 febbraio 1997, n. 7;
- la Deliberazione della Giunta Regionale n. 3261 del 28 luglio 1998;
- gli artt. 4 e 16 del D.lgs. n. 165 del 30.03.2001 e ss.mm.ii.;
- gli artt. 43 e 44 dello Statuto della Regione Puglia;
- il Decreto del Presidente della Giunta regionale 22 gennaio 2021, n. 22 e ss.mm.ii., recante l'Atto di Alta Organizzazione "M.A.I.A. 2.0";
- il Regolamento interno di questa Giunta;

VISTO il documento istruttorio della Sezione Personale, di concerto con la Sezione Trattamento Economico, del Dipartimento Personale e Organizzazione, concernente l'argomento in oggetto, e la conseguente proposta dell'Assessore al Personale e Organizzazione, Contenzioso Amministrativo, Giovanni Francesco Stea;

PRESO ATTO

- a) delle sottoscrizioni dei responsabili della struttura amministrativa competente, ai fini dell'attestazione della regolarità amministrativa dell'attività istruttoria e della proposta, ai sensi dell'art. 6, co. 8 delle Linee guida sul "Sistema dei controlli interni nella Regione Puglia", adottate con D.G.R. 23 luglio 2019, n. 1374;
- b) della dichiarazione del Direttore di Dipartimento, in merito a eventuali osservazioni sulla proposta di deliberazione, ai sensi degli artt. 18 e 20 del Decreto del Presidente della Giunta regionale 22 gennaio 2021, n. 22 e ss.mm.ii.;
- c) del parere di regolarità contabile, previsto dall'art. 79, co. 5, della L.R. 28/2001 e ss.mm.ii., e di attestazione di copertura finanziaria, espresso dal Dirigente della Sezione Bilancio e Ragioneria, o suo delegato.

Con voto favorevole espresso all'unanimità dei presenti e per le motivazioni contenute nel documento istruttorio che è parte integrante e sostanziale della presente deliberazione

DELIBERA

1. di autorizzare, ai sensi dell'art. 51, comma 2 del decreto legislativo n. 118/2011 e ss.mm.ii., la variazione al Bilancio di previsione 2025 e pluriennale 2025-2027, approvato con la legge regionale n. 43/2024, al documento tecnico di accompagnamento ed al bilancio finanziario gestionale 2025-2027, approvato con D.G.R n. 26/2025, come indicato nella sezione "copertura finanziaria" del documento istruttorio, al fine di garantire la corretta e tempestiva erogazione delle attività istituzionali di formazione e comunicazione per l'anno 2025;
2. di dare atto che la variazione proposta con il presente provvedimento assicura il rispetto dei vincoli di finanza pubblica vigenti e gli equilibri di bilancio come previsto dal decreto legislativo n. 118/2011 e ss.mm.ii.;

3. di autorizzare la Dirigente della Sezione Personale ad adottare i conseguenti provvedimenti derivanti dalla presente deliberazione;
4. di pubblicare il presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia.

Il Segretario Generale della Giunta

NICOLA PALADINO

Il Presidente della Giunta

RAFFAELE PIEMONTESE

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Oggetto: Attività istituzionale di formazione e comunicazione. Variazione compensativa al Bilancio di previsione 2025-2027, al Documento tecnico di accompagnamento e al Bilancio finanziario gestionale 2025-2027 per l'importo di euro 100.000,00.

PREMESSO CHE:

- ✓ con Deliberazione n. 1974 del 7 dicembre 2020 e successive modifiche ed integrazioni, la Giunta Regionale ha approvato la macrostruttura del Modello Ambidestro per l'Innovazione della macchina Amministrativa regionale denominato "MAIA 2.0" che disciplina il nuovo modello organizzativo della Presidenza e della Giunta Regionale;
- ✓ con Decreto del Presidente della Giunta Regionale (DPGR) n. 22 del 22 gennaio 2021 e successive modifiche ed integrazioni, è stato adottato il nuovo assetto organizzativo delle strutture della Presidenza e della Giunta della Regione Puglia denominato Modello Ambidestro per l'Innovazione della macchina Amministrativa regionale "MAIA 2.0";
- ✓ il titolo II del predetto Modello Organizzativo disciplina l'accesso alla dirigenza regionale, nonché le modalità di conferimento e la durata degli incarichi di Direttore di Dipartimento e di dirigente;
- ✓ con D.G.R. n. 1289 del 28 luglio 2021 sono state istituite ed individuate le funzioni delle Sezioni di Dipartimento in applicazione dell'art. 8, comma 4 del D.P.G.R. n. 22/2021;
- ✓ con Deliberazione n. 282 del 14 marzo 2024 la Giunta Regionale ha adottato: "Modifiche ed integrazioni alla deliberazione di Giunta Regionale 7 dicembre 2020 n. 1974 e s.m.i. – Nuove istituzioni, rimodulazioni e soppressioni di strutture dirigenziali";
- ✓ il DPGR n. 127 del 26 marzo 2024 ha ad oggetto "Adozione Atto di Alta Organizzazione. Modello Organizzativo "MAIA 2.0". Ulteriori integrazioni e modifiche";
- ✓ con Deliberazione n. 477 del 15 aprile 2024 la Giunta Regionale ha adottato: "D.G.R. 28 luglio 2021, n. 1289 - Applicazione art. 8 comma 4 del Decreto del Presidente della Giunta regionale 22 gennaio 2021, n.22 - Modello MAIA 2.0 - Aggiornamento funzioni delle Sezioni di Dipartimento in attuazione della DGR 282/2024";
- ✓ con Deliberazione n. 526 del 22 aprile 2024 la Giunta Regionale ha adottato: "Approvazione del "Programma triennale di rotazione ordinaria del personale della Regione Puglia 2023-2025";
- ✓ con Deliberazione n. 563 del 30 aprile 2024 la Giunta Regionale ha adottato: "D.G.R. n. 1289 del 28 luglio 2021 – Applicazione art. 8 comma 4 del Decreto del Presidente della Giunta Regionale 22 gennaio 2021, n. 22. Attuazione modello MAIA 2.0 – Ulteriore aggiornamento funzioni delle Sezioni di Dipartimento in attuazione della DGR 282/2024.";
- ✓ con Deliberazione n. 50 del 29 gennaio 2025, recante l'aggiornamento del P.I.A.O 2023-2025 della Regione Puglia, è stato aggiornato il Documento di programmazione delle strategie per la prevenzione e la corruzione della trasparenza della Regione Puglia, ivi compreso il *risk assessment* regionale in esso contenuto;
- ✓ con deliberazione n. 703 del 29 maggio 2025 la Giunta regionale ha deliberato di adottare l'aggiornamento dell'Allegato A1 alla D.G.R. n. 526 del 22 aprile 2024 avente ad oggetto "Approvazione del Programma triennale di rotazione ordinaria del personale della Regione Puglia 2023-2025";
- ✓ ai sensi del comma 2 dell'art. 24: "Tutti gli incarichi dirigenziali attribuiti nei nove mesi precedenti allo scioglimento del Consiglio Regionale possono essere confermati, revocati, modificati o rinnovati entro due mesi dall'insediamento del nuovo Consiglio Regionale. Decorso tale termine, gli incarichi per i quali non si sia diversamente provveduto, si intendono confermati fino alla prevista scadenza".

RILEVATO CHE:

- alla Sezione Personale è affidato, tra gli altri, l'onere di garantire la corresponsione mensile delle retribuzioni al personale, sia del comparto che dirigenziale;
- con determinazione dirigenziale n. 1027 del 31 dicembre 2024 della Sezione Personale si è provveduto ad impegnare le somme necessarie all'erogazione delle voci retributive del portavoce del Consiglio regionale e del portavoce della Giunta regionale per l'anno 2025;
- da una verifica effettuata è emersa la necessità di integrare il capitolo n. U0001270 "Attività istituzionale di formazione e comunicazione" per un importo pari a € 100.000,00 al fine di garantire il regolare svolgimento delle attività istituzionali previste e l'erogazione delle prestazioni correlate;
- la variazione di bilancio è compensata da una corrispondente riduzione del capitolo U3020000, facente parte della Sezione Trattamento Economico, "Stipendi, retribuzioni e altri assegni fissi al personale di ruolo e non di ruolo, con esclusione del personale dirigenziale", senza incremento complessivo della spesa, nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica.

VISTI:

- il decreto legislativo 23 giugno 2011 n.118 "Disposizioni integrate e correttive del D.lgs.118/2011 recante disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli Enti Locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della L.42/2009";
- l'articolo 51, comma 2, del decreto legislativo n. 118/2011, che prevede che la Giunta, con provvedimento amministrativo, autorizza le variazioni del documento tecnico di accompagnamento e le variazioni del bilancio di previsione;
- la legge regionale 31 dicembre 2024, n. 42 "Disposizioni per la formazione del bilancio di previsione 2025 e bilancio pluriennale 2025-2027 della Regione Puglia - Legge di stabilità regionale 2025";
- la legge regionale 31 dicembre 2024, n. 43 "Bilancio di previsione della Regione Puglia per l'esercizio finanziario 2025 e bilancio pluriennale 2025-2027";
- la delibera di Giunta Regionale 20 gennaio 2025, n. 26, "Bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2025 e pluriennale 2025 - 2027. Articolo 39, comma 10, del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118. Documento tecnico di accompagnamento e Bilancio Finanziario Gestionale. Approvazione";
- la delibera di Giunta Regionale 15 settembre 2021, n. 1466 recante l'approvazione della Strategia regionale per la parità di genere, denominata "Agenda di Genere";
- la delibera di Giunta Regionale 26 settembre 2024, n. 1295 recante "Valutazione di impatto di genere (VIG). Approvazione degli indirizzi metodologico-operativi e avvio fase strutturale".

Si ritiene necessario, alla luce delle risultanze istruttorie, autorizzare, ai sensi dell'art. 51, comma 2 del decreto legislativo n. 118/2011 e ss.mm.ii., la variazione al Bilancio di previsione 2025 e pluriennale 2025-2027, approvato con la legge regionale n. 43/2024, al documento tecnico di accompagnamento ed al bilancio finanziario gestionale 2025-2027, approvato con D.G.R n. 26/2025, come indicato nella sezione "copertura finanziaria", al fine di garantire la corretta e tempestiva erogazione delle attività istituzionali di formazione e comunicazione per l'anno 2025;

Garanzie di riservatezza

“La pubblicazione sul BURP, nonché la pubblicazione all’Albo o sul sito istituzionale, salve le garanzie previste dalla legge 241/1990 in tema di accesso ai documenti amministrativi, avviene nel rispetto della tutela della riservatezza dei cittadini secondo quanto disposto dal Regolamento UE n. 2016/679 in materia di protezione dei dati personali, nonché dal D.Lgs. 196/2003 ss.mm.ii., ed ai sensi del vigente Regolamento regionale 5/2006 per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari, in quanto applicabile. Ai fini della pubblicità legale, il presente provvedimento è stato redatto in modo da evitare la diffusione di dati personali identificativi non necessari ovvero il riferimento alle particolari categorie di dati previste dagli articoli 9 e 10 del succitato Regolamento UE.”.

Esiti Valutazione di impatto di genere: neutro

Copertura Finanziaria ai sensi del D.Lgs. 118/2011 e ss.mm.ii.

Il presente provvedimento comporta, ai sensi dell’art. 51, comma 2 del decreto legislativo n. 118/2011 e ss.mm.ii., la variazione al Bilancio di previsione 2025 e pluriennale 2025-2027, approvato con la legge regionale n. 43/2024, al documento tecnico di accompagnamento ed al bilancio finanziario gestionale 2025-2027, approvato con D.G.R n. 26/2025, come di seguito indicato:

BILANCIO AUTONOMO**PARTE SPESA**

Spesa ricorrente – Codice UE: 8 – Spese non correlate ai finanziamenti UE

VARIAZIONE AL BILANCIO DI PREVISIONE 2025-2027

CRA	CAPITOLO DI SPESA		MISSIONE PROGRAMMA TITOLO	P.D.C.F.	VARIAZIONE E. F. 2025 COMPETENZA E CASSA
18.02	U0001270	ATTIVITA' ISTITUZIONALE DI INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE	1.1.1	U.1.01.01.01.000	+ 100.000,00
18.06	U3020000	STIPENDI, RETRIBUZIONI E ALTRI ASSEgni FISSI AL PERSONALE DI RUOLO E NON DI RUOLO, CON ESCLUSIONE DEL PERSONALE DIRIGENZIALE	1.1.1	U.1.01.01.01.000	- 100.000,00

La copertura finanziaria derivante dalla presente deliberazione assicura il rispetto dei vincoli di finanza pubblica vigenti e gli equilibri di bilancio come previsto dal decreto legislativo n. 118/2011 e ss.mm.ii..

Ai successivi adempimenti contabili derivanti dalla presente deliberazione provvederà la Dirigente della Sezione Personale.

Tutto ciò premesso, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, ai sensi dell’art. 4, co. 4, lett. f) della Legge Regionale n. 7/1997, al fine di garantire la corretta e tempestiva erogazione delle attività istituzionali di formazione e comunicazione per l’anno 2025, si propone alla Giunta regionale:

1. di autorizzare, ai sensi dell’art. 51, comma 2 del decreto legislativo n. 118/2011 e ss.mm.ii., la variazione al Bilancio di previsione 2025 e pluriennale 2025-2027, approvato con la legge regionale n. 43/2024, al documento tecnico di accompagnamento ed al bilancio finanziario gestionale 2025-2027, approvato con D.G.R n. 26/2025, come indicato nella sezione “copertura finanziaria” del documento istruttorio, al fine di

- garantire la corretta e tempestiva erogazione delle attività istituzionali di formazione e comunicazione per l'anno 2025;
2. di dare atto che la variazione proposta con il presente provvedimento assicura il rispetto dei vincoli di finanza pubblica vigenti e gli equilibri di bilancio come previsto dal decreto legislativo n. 118/2011 e ss.mm.ii.;
 3. di autorizzare la Dirigente della Sezione Personale ad adottare i conseguenti provvedimenti derivanti dalla presente deliberazione;
 4. di pubblicare il presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia.

I sottoscritti attestano la regolarità amministrativa dell'attività istruttoria e della proposta, ai sensi dell'art. 6, co. 3, lett. da a) ad e) delle Linee guida sul "Sistema dei controlli interni nella Regione Puglia", adottate con D.G.R. 23 luglio 2019, n. 1374.

Il responsabile EQ Spesa del Personale
dott. Giuseppe Carulli

 Giuseppe Carulli
10.09.2025 09:03:14
GMT+01:00

Il Dirigente del Servizio Reclutamento e Contrattazione
dott. Pietro Lucca

 Pietro Lucca
10.09.2025 13:58:11
GMT+02:00

La Dirigente della Sezione Personale
dott. ssa Elisabetta Rubino

 Elisabetta Rubino
10.09.2025 11:37:23
GMT+02:00

Il Dirigente della Sezione Trattamento Economico
dott. Giuseppe Labellarte

 Giuseppe
Labellarte

Il Direttore ai sensi degli artt. 18 e 20 del Decreto del Presidente della Giunta regionale 22 gennaio 2021, n. 22 e ss.mm.ii., NON RAVVISA la necessità di esprimere osservazioni alla presente proposta di DGR.

Il Direttore del Dipartimento Personale e Organizzazione
dott. Ciro Giuseppe Imperio

 Ciro Giuseppe
Imperio
11.09.2025
11:16:25
GMT+02:00

L'Assessore al Personale e Organizzazione, Contenzioso Amministrativo, Francesco Giovanni Stea, ai sensi del vigente Regolamento della Giunta regionale,

propone

alla Giunta regionale l'adozione del presente atto.

firma

 Giovanni Francesco Stea
11.09.2025 12:19:38
GMT+02:00

Parere di Regolarità Contabile della Sezione Bilancio e Ragioneria

Il sottoscritto esprime parere di regolarità contabile positivo, ai sensi dell'art. 79, co. 5 della L.R. n. 28/2001, ed attestazione di copertura finanziaria.

La Dirigente della Sezione Bilancio
e Ragioneria, o suo delegato



Firmato digitalmente da:
STOLFA REGINA
Firmato il 11/09/2025 17:39
Seriale Certificato: 2300950
Valido dal 20/03/2023 al 20/03/2026
InfoCamere Qualified Electronic Signature CA



REGIONE PUGLIA
SEZIONE BILANCIO RAGIONERIA PARERE DI REGOLARITA' CONTABILE
(D. Lgs. n. 118/11 e s.m.i.)

UFFICIO	TIPO	ANNO	NUMERO	DATA
PER	DEL	2025	45	11.09.2025

ATTIVITÀ ISTITUZIONALE DI FORMAZIONE E COMUNICAZIONE. VARIAZIONE COMPENSATIVA AL BILANCIO DI PREVISIONE 2025-2027, AL DOCUMENTO TECNICO DI ACCOMPAGNAMENTO E AL BILANCIO FINANZIARIO GESTIONALE 2025-2027 PER L#IMPORTO DI EURO 100.000,00

Si esprime: PARERE DI REGOLARITA'CONTABILE POSITIVO
LR 28/2001 art. 79 Comma 5

ANNOTAZIONE:

Responsabile del Procedimento

E.Q.-PAOLINO GUARINI



Paolino
Guarini



Firmato digitalmente da:
STOLFA REGINA
Firmato il 11/09/2025 17:39
Seriale Certificato: 2300950
Valido dal 20/03/2023 al 20/03/2026
InfoCamera Qualified Electronic Signature CA

Dirigente

D.SSA REGINA STOLFA



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 12 settembre 2025, n. 1319

Approvazione del Protocollo di Intesa finalizzato alla collaborazione per l'esecuzione penale esterna ed al reinserimento sociale.

LA GIUNTA REGIONALE

Visti:

- gli artt. 4, 5 e 6 della L.R. 4 febbraio 1997, n. 7;
- la Deliberazione della Giunta Regionale n. 3261 del 28 luglio 1998;
- gli artt. 4 e 16 del D.lgs. n. 165 del 30.03.2001 e ss.mm.ii.;
- gli artt. 43 e 44 dello Statuto della Regione Puglia;
- il Decreto del Presidente della Giunta regionale 22 gennaio 2021, n. 22 e ss.mm.ii., recante l'Atto di Alta Organizzazione "M.A.I.A. 2.0";
- il Regolamento interno di questa Giunta.

Visto il documento istruttorio della SEZIONE BENESSERE SOCIALE, INNOVAZIONE E SUSSIDIARIETA' concernente l'argomento in oggetto e la conseguente proposta del Presidente della Giunta.

Preso atto:

- a) della sottoscrizione del responsabile della struttura amministrativa competente, ai fini dell'attestazione della regolarità amministrativa dell'attività istruttoria e della proposta, ai sensi dell'art. 6, co. 8 delle Linee guida sul "Sistema dei controlli interni nella Regione Puglia", adottate con D.G.R. 23 luglio 2019, n. 1374;
- b) della dichiarazione del Direttore di Dipartimento, in merito a eventuali osservazioni sulla proposta di deliberazione, ai sensi degli artt. 18 e 20 del Decreto del Presidente della Giunta regionale 22 gennaio 2021, n. 22 e ss.mm.ii..

Con voto favorevole espresso all'unanimità dei presenti e per le motivazioni contenute nel documento istruttorio che è parte integrante e sostanziale della presente deliberazione.

DELIBERA

1. **di approvare** lo schema di Protocollo d'Intesa, di cui all'Allegato A alla presente Deliberazione e parte integrante della stessa, disciplinante il rapporto di collaborazione tra la Regione Puglia – Dipartimento Welfare e Ministero della Giustizia – Dipartimento della Giustizia di Comunità – UIEPE Bari, Ministero della Giustizia – Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria – Provveditorato per la Puglia e Basilicata, Confederazione Regionale CSVnet Puglia, Conferenza Regionale Volontariato Giustizia e Forum del Terzo Settore Puglia, finalizzato alla collaborazione per l'esecuzione penale esterna ed al reinserimento sociale delle persone condannate o imputate nei programmi di trattamento che prevedono l'impegno di volontariato o l'attività di pubblica utilità non remunerata;
2. **di dare atto** che la presente deliberazione non comporta implicazioni, dirette e/o indirette, di natura economico-finanziaria e/o patrimoniale sia in entrata che di spesa e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale;
3. **di autorizzare** la stipula del Protocollo d'Intesa tra la Regione Puglia e Ministero della Giustizia – Dipartimento della Giustizia di Comunità – UIEPE Bari, Ministero della Giustizia – Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria – Provveditorato per la Puglia e Basilicata, Confederazione

Regionale CSVnet Puglia, Conferenza Regionale Volontariato Giustizia e Forum del Terzo Settore Puglia;

4. **di delegare** la Direttrice del Dipartimento Welfare alla sottoscrizione del Protocollo d'Intesa oggetto della presente deliberazione;
5. **di disporre** la notifica del presente provvedimento, a cura della Sezione Benessere Sociale Innovazione e Sussidiarietà, nei confronti di: Ministero della Giustizia – Dipartimento della Giustizia di Comunità – UIEPE Bari, Ministero della Giustizia – Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria – Provveditorato per la Puglia e Basilicata, Confederazione Regionale CSVnet Puglia, Conferenza Regionale Volontariato Giustizia e Forum del Terzo Settore Puglia;
6. **di pubblicare** il presente provvedimento sul BURP in versione integrale.
7. **di dare atto che** il presente provvedimento è soggetto a pubblicazione ai sensi dell'art. 23 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33.

Il Segretario Generale della Giunta

NICOLA PALADINO

Il Presidente della Giunta

RAFFAELE PIEMONTESE

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

OGGETTO: Approvazione del Protocollo di Intesa ex art. 15 L. 241/1990 finalizzato alla collaborazione per l'esecuzione penale esterna ed al reinserimento sociale.

Viste:

- la D.G.R. 15 settembre 2021, n. 1466 recante l'approvazione della Strategia regionale per la parità di genere, denominata "Agenda di Genere";
- la D.G.R. del 26 settembre 2024, n. 1295 recante "Valutazione di Impatto di Genere (VIG). Approvazione indirizzi metodologico-operativi e avvio fase.

Premesso che:

- l'art. 118, comma 4, della Costituzione della Repubblica Italiana, riconosce e valorizza il ruolo delle associazioni e dei cittadini nell'ambito delle politiche sociali secondo il principio di sussidiarietà orizzontale;
- la legge n. 328/2000 ed il Decreto Legislativo n. 117/2017 (Codice del Terzo Settore), promuovono il coinvolgimento degli enti del Terzo Settore nelle attività sociali di interesse pubblico mediante procedure di co-progettazione e co-programmazione;
- la normativa vigente in materia di esecuzione penale esterna, in particolare la legge n. 354/1975 ed il relativo regolamento di esecuzione, riconoscono il valore della partecipazione della comunità e del volontariato nel processo di rieducazione e reinserimento sociale delle persone sottoposte a misure alternative alla detenzione;
- la modifica normativa introdotta dal decreto-legge n. 92/2024, convertito dalla legge n. 112/2024, amplia le possibilità di affidamento in prova al servizio sociale, anche attraverso l'impegno in attività di volontariato o pubblica utilità;
- il Protocollo Quadro sottoscritto nel 2019 tra UIEPE Bari, enti del Terzo Settore e altri soggetti istituzionali della Regione Puglia, ha costituito un modello positivo di collaborazione nel settore.

Dato atto che:

- la Regione Puglia, nel pieno rispetto dei principi costituzionali e delle disposizioni normative vigenti, intende rafforzare la collaborazione istituzionale e la partecipazione attiva della comunità e del volontariato nella gestione delle misure alternative alla detenzione e nei processi di esecuzione penale esterna;
- l'approvazione di un Protocollo d'Intesa tra il Ministero della Giustizia (UIEPE e Provveditorato dell'Amministrazione Penitenziaria), la Regione Puglia – Dipartimento Welfare, la Confederazione Regionale dei Centri di Servizio per il Volontariato della Puglia (CSVnet Puglia), la Conferenza Regionale Volontariato Giustizia e il Forum del Terzo Settore Puglia, consente di consolidare una rete di collaborazione stabile e organica tra istituzioni pubbliche e soggetti del Terzo Settore, con l'obiettivo di:
 - ✓ favorire l'inclusione sociale e la rieducazione delle persone in esecuzione penale ed in prova;
 - ✓ promuovere iniziative di sensibilizzazione, educazione alla legalità e comunicazione pubblica rivolte alla comunità regionale;
 - ✓ incentivare la partecipazione attiva della società civile attraverso il volontariato e attività di pubblica utilità;
 - ✓ migliorare l'efficacia delle misure alternative alla detenzione, in linea con gli aggiornamenti normativi intervenuti;
- tale accordo si inserisce coerentemente nel quadro programmatico regionale in materia di welfare, inclusione sociale e promozione della legalità, contribuendo a perseguire gli obiettivi strategici della Regione in tema di coesione sociale, sicurezza e sviluppo di comunità resilienti e solidali, promuovendo così un modello di governance partecipata e integrata dell'esecuzione penale esterna nel territorio pugliese;

- l’iniziativa, inoltre, rappresenta un importante strumento per favorire la partecipazione attiva della comunità e dei cittadini attraverso il volontariato, contribuendo a rafforzare la sicurezza sociale ed il senso di comunità.

Rilevato che, con il presente provvedimento, si ritiene, dunque, di procedere all’approvazione dello schema di Protocollo d’Intesa tra Regione Puglia - Dipartimento Welfare e Ministero della Giustizia – Dipartimento della Giustizia di Comunità – UIEPE Bari, Ministero della Giustizia – Dipartimento dell’Amministrazione Penitenziaria – Provveditorato per la Puglia e Basilicata, Confederazione Regionale CSVnet Puglia, Conferenza Regionale Volontariato Giustizia e Forum del Terzo Settore Puglia, finalizzato alla collaborazione per l’esecuzione penale esterna ed il reinserimento sociale delle persone condannate o imputate nei programmi di trattamento che prevedono l’impegno di volontariato o l’attività di pubblica utilità non remunerata, demandando alla Dirigente della Sezione Benessere Sociale Innovazione e Sussidiarietà ogni ulteriore azione necessaria alla piena esecuzione degli impegni assunti con il Protocollo.

Garanzie di riservatezza

“La pubblicazione sul BURP, nonché la pubblicazione all’Albo o sul sito istituzionale, salve le garanzie previste dalla legge 241/1990 in tema di accesso ai documenti amministrativi, avviene nel rispetto della tutela della riservatezza dei cittadini secondo quanto disposto dal Regolamento UE n. 2016/679 in materia di protezione dei dati personali, nonché dal D.Lgs. 196/2003 ss.mm.ii., ed ai sensi del vigente Regolamento regionale 5/2006 per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari, in quanto applicabile. Ai fini della pubblicità legale, il presente provvedimento è stato redatto in modo da evitare la diffusione di dati personali identificativi non necessari ovvero il riferimento alle particolari categorie di dati previste dagli articoli 9 e 10 del succitato Regolamento UE.”.

Esiti Valutazione di impatto di genere: NEUTRO

COPERTURA FINANZIARIA AI SENSI DEL D.LGS. 118/2011 E SS.MM.II.

La presente deliberazione non comporta implicazioni, dirette e/o indirette, di natura economico-finanziaria e/o patrimoniale sia in entrata che di spesa e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale

Tutto ciò premesso, ai sensi dell’art. 4 lett. d) ed e) della L.R. nr. 7/1997, al fine di dare attuazione ad azioni di reinserimento sociale delle persone condannate o imputate nei programmi di trattamento che prevedono l’impegno di volontariato o l’attività di pubblica utilità non remunerata, si propone alla Giunta regionale:

1. **di approvare** lo schema di Protocollo d’Intesa, di cui all’Allegato A alla presente Deliberazione e parte integrante della stessa, disciplinante il rapporto di collaborazione tra la Regione Puglia – Dipartimento Welfare e Ministero della Giustizia – Dipartimento della Giustizia di Comunità – UIEPE Bari, Ministero della Giustizia – Dipartimento dell’Amministrazione Penitenziaria – Provveditorato per la Puglia e Basilicata, Confederazione Regionale CSVnet Puglia, Conferenza Regionale Volontariato Giustizia e Forum del Terzo Settore Puglia, finalizzato alla collaborazione per l’esecuzione penale esterna ed al reinserimento sociale delle persone condannate o imputate nei programmi di trattamento che prevedono l’impegno di volontariato o l’attività di pubblica utilità non remunerata;
2. **di dare atto** che la presente deliberazione non comporta implicazioni, dirette e/o indirette, di natura economico-finanziaria e/o patrimoniale sia in entrata che di spesa e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale;
3. **di autorizzare** la stipula del Protocollo d’Intesa tra la Regione Puglia e Ministero della Giustizia – Dipartimento della Giustizia di Comunità – UIEPE Bari, Ministero della Giustizia – Dipartimento dell’Amministrazione Penitenziaria – Provveditorato per la Puglia e Basilicata, Confederazione Regionale CSVnet Puglia, Conferenza Regionale Volontariato Giustizia e Forum del Terzo Settore Puglia;
4. **di delegare** la Direttrice del Dipartimento Welfare alla sottoscrizione del Protocollo d’Intesa oggetto della presente deliberazione;

5. **di disporre** la notifica del presente provvedimento, a cura della Sezione Benessere Sociale Innovazione e Sussidiarietà, nei confronti di: Ministero della Giustizia – Dipartimento della Giustizia di Comunità – UIEPE Bari, Ministero della Giustizia – Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria – Provveditorato per la Puglia e Basilicata, Confederazione Regionale CSVnet Puglia, Conferenza Regionale Volontariato Giustizia e Forum del Terzo Settore Puglia;
6. **di pubblicare** il presente provvedimento sul BURP in versione integrale.
7. **di dare atto che** il presente provvedimento è soggetto a pubblicazione ai sensi dell'art. 23 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33.

I sottoscritti attestano la regolarità amministrativa dell'attività istruttoria e della proposta, ai sensi dell'art. 6, co. 3, lett. da a) ad e) delle Linee guida sul "Sistema dei controlli interni nella Regione Puglia", adottate con D.G.R. 23 luglio 2019, n. 1374.

La Funzionaria E.Q. "Potenziamento delle capacità amministrative degli uffici regionali e degli ambiti territoriali"

Dott.ssa Antonia Spinelli

 Antonia Spinelli
11.09.2025 09:48:18
GMT+01:00

La Dirigente di Sezione Benessere sociale, innovazione e sussidiarietà

Dott.ssa Laura Liddo

 Laura Liddo
11.09.2025
13:12:08
GMT+02:00

La Direttrice di Dipartimento, ai sensi degli artt. 18 e 20 del Decreto del Presidente della Giunta regionale 22 gennaio 2021, n. 22 e ss.mm.ii., NON RAVVISA la necessità di esprimere, sulla proposta di delibera, osservazioni.

La Direttrice di Dipartimento Welfare

Avv. Valentina Romano

 Valentina Romano
11.09.2025 16:41:09
GMT+02:00

Il Presidente della Giunta Regionale, Dott. Michele Emiliano, ai sensi del vigente Regolamento della Giunta regionale,

propone

alla Giunta regionale l'adozione del presente atto.

Il Presidente

Dott. Michele Emiliano

Emiliano
Michele
12.09.2025
12:07:05
UTC





REGIONE PUGLIA

**DIPARTIMENTO WELFARE
SEZIONE BENESSERE SOCIALE INNOVAZIONE E SUSSIDIARIETA'**

ALLEGATO A

Codice CIFRA: BSI/DEL/2025/00029

Schema di Protocollo di Intesa finalizzato alla collaborazione per l'esecuzione penale esterna ed al reinserimento sociale.

Il presente allegato si compone di n. 6 (sei) pagine inclusa la presente

La Dirigente della Sezione Benessere Sociale, Innovazione, Sussidiarietà

Dott.ssa Laura Liddo



Protocollo di intesa

Tra

REGIONE PUGLIA (in seguito "Regione"), con sede in Bari, Lungomare Nazario Sauro, codice fiscale 80017210727, legalmente rappresentata dall'Avv. Valentina Romano, in qualità di Direttore del Dipartimento Welfare, delegata con Delibera di Giunta n. 836 del 17/06/2024, domiciliato, ai fini del presente Accordo, presso la sede della Regione Puglia sita in Bari via Giovanni Gentile, n. 52 di seguito congiuntamente indicate come le "Parti" e disgiuntamente come la "Parte".

e

Ministero della Giustizia – Dipartimento della Giustizia di Comunità - Ufficio Interdistrettuale Esecuzione Penale Esterna per la Puglia e la Basilicata di Bari (di seguito UIEPE), rappresentato da

Ministero della Giustizia – Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria - Provveditorato dell'Amministrazione Penitenziaria per la Puglia e la Basilicata di Bari, rappresentato da

Confederazione regionale dei Centri di Servizio per il Volontariato della Puglia – CSVnet Puglia, rappresentato da

Conferenza Regionale Volontariato Giustizia, rappresentato da

Forum del Terzo Settore Puglia, rappresentato da

di seguito congiuntamente definite "Parti".

Premesso che:

- il principio di sussidiarietà orizzontale di cui all'art. 118 c. 4 Cost. prevede un ruolo attivo e di primo piano dei cittadini e delle loro forme organizzative nella costruzione di interventi che incidano sulle realtà sociali a loro più vicine;
- tale principio trova particolare espressione nel campo degli interventi e dei servizi sociali, con specifico riferimento alle norme ad esso relative contenute nella legge 8 novembre 2000, n. 328, ove vengono valorizzate le competenze e le risorse dell'autonomia privata nella costruzione della rete degli interventi e servizi alle persone, e nel d. l.vo 3 luglio 2017, n. 117, che rinnova in modo radicale tutta la disciplina del terzo settore e dei suoi rapporti con la PA;
- gli artt. 17 e 78 della legge 28 luglio 1975, n. 354 attribuiscono valore di principio alla partecipazione della comunità esterna locale all'azione rieducativa ed al reinserimento sociale del reo, per la realizzazione della finalità rieducativa della pena dettata dall'artt. 27 c. 3 Cost.;
- gli artt. 118 e 120 DPR n. 230/2000 (reg. esec.) prevedono il coordinamento tra i servizi e l'integrazione tra l'attività dei volontari e quella degli operatori istituzionali;
- l'art. 118 c. 4 della Costituzione, che sancisce il principio di sussidiarietà così valorizzando il ruolo del volontariato;

- il d.lgs. 03 luglio 2017 n° 117 “Codice del Terzo settore” prevede all’art. 55 il coinvolgimento attivo, da parte delle amministrazioni pubbliche, degli Enti del Terzo Settore attraverso forme di co-programmazione e co-progettazione mirate alla definizione dei bisogni da soddisfare e alla realizzazione di specifici progetti di intervento;
- l’accordo quadro per il volontariato nell’esecuzione penale esterna in favore di minori e adulti stipulato tra l’UIEPE, il CGM, la Conferenza Regionale Volontariato della Puglia, Coordinamento Regionale Volontariato Giustizia della Puglia, il Forum del Terzo Settore Puglia il 2 aprile 2019 ha avviato delle positive esperienze di collaborazione tra le articolazioni del DGMC e gli Enti del Terzo Settore della Regione Puglia;
- la modifica apportata dal decreto-legge 4 luglio 2024, n. 92, convertito dalla legge 8 agosto 2024, n. 112, che ha introdotto il comma 2-bis all’interno dell’art. 47 dell’ordinamento penitenziario, offre la possibilità di fruire della misura alternativa dell’affidamento in prova al servizio sociale anche qualora il condannato non sia in grado di offrire valide occasioni di reinserimento esterno tramite l’attività lavorativa, ma sia ammesso, in sostituzione, ad un idoneo servizio di volontariato oppure ad attività di pubblica utilità.

Considerato che le Parti:

- condividono la necessità di stimolare la comunità territoriale affinché sostenga il reinserimento sociale della popolazione in espiazione di pena e *in probation*;
- intendono sviluppare una costante collaborazione, al fine di concordare iniziative comuni per individuare le reali necessità di miglioramento dell’esecuzione penale, tenendo conto delle esigenze rilevate dall’UIEPE di Bari e del PRAP di Bari;
- intendono promuovere la cultura della legalità anche attraverso pratiche di impegno volontario o attività di pubblica utilità non remunerate, che possano ridare significato ai legami fiduciari fra le persone, tesi alla solidarietà e alla ricostruzione del senso di comunità.

TUTTO QUANTO SOPRA VISTO E CONSIDERATO,

SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE

Articolo 1

(Premesse)

Le premesse, così come riportate nella parte introduttiva del presente Protocollo d’Intesa, ne costituiscono parte integrante e sostanziale a tutti gli effetti.

Articolo 2

(Oggetto e Finalità)

1. Il presente Protocollo d’Intesa ha per oggetto l’instaurazione di una collaborazione tra le Parti per la promozione e il sostegno dell’esecuzione penale esterna e del reinserimento sociale delle persone

condannate o imputate, attraverso programmi di trattamento che prevedano attività di volontariato o di pubblica utilità non remunerata, nel rigoroso rispetto delle norme vigenti in materia di tutela della privacy e della riservatezza.

2. Le Parti, per il perseguimento delle finalità sopra indicate, si impegnano in particolare a:
 - condividere programmi, progetti e iniziative finalizzati alla rieducazione e all'inclusione sociale di persone in esecuzione penale e *in probation*, anche in funzione della creazione di opportunità di inclusione sociale;
 - progettare e realizzare eventi e attività di comunicazione pubblica, diretti a informare la comunità regionale e locale sulle tematiche connesse all'esecuzione della pena e a coinvolgerla nell'azione di reinserimento sociale degli autori di reato;
 - predisporre iniziative di educazione alla legalità e attività di sensibilizzazione verso le tematiche della *probation* e della giustizia di comunità;
 - sviluppare nelle persone coinvolte maggiori livelli di responsabilità sociale, integrazione sociale, competenze sociali e relazionali, spinte e sentimenti solidaristici.

Articolo 3

(Referenti dell'Accordo e Comitato tecnico operativo)

1. Per l'attuazione e lo sviluppo del presente Protocollo d'Intesa, le Parti convengono di istituire un Comitato tecnico-operativo, composto da un rappresentante per ciascuna Parte, designato successivamente alla sottoscrizione tra i legali rappresentanti o loro delegati formalmente incaricati, con competenze specifiche nelle materie oggetto del Protocollo.
2. Il Comitato, coordinato dal Dipartimento Welfare della Regione Puglia, avrà il compito di supportare l'attuazione delle attività, monitorarne l'andamento e proporre eventuali azioni correttive.
3. Le riunioni si terranno con cadenza almeno semestrale, anche in modalità telematica, e la partecipazione sarà a titolo gratuito.

Articolo 4

(Impegni delle parti)

Le parti ciascuno nel suo specifico ambito di competenza si impegnano a:

- promuovere intese operative fra gli Istituti penitenziari, gli UEPE e gli Enti locali e gli Enti del Terzo Settore da svolgere sul territorio regionale in collaborazione; al fine di favorire e accompagnare l'inserimento delle persone condannate o imputate nei programmi di trattamento che prevedono l'impegno di volontariato o l'attività di pubblica utilità non remunerata;
- promuovere, attraverso iniziative concordate, il massimo coinvolgimento degli Enti locali e degli Enti del Terzo Settore per facilitare la realizzazione degli scopi della presente intesa;

- perseguire le attività comuni attraverso forme di collaborazione stabili ed organiche, mirate all'aggiornamento, alla co-programmazione e alla co-progettazione, all'esecuzione di interventi coordinati;
- favorire l'attuazione delle buone prassi;
- verificare la realizzazione delle attività programmate con cadenza annuale, definendo le azioni correttive eventualmente necessarie o integrazioni alle intese raggiunte.

Articolo 5

(Oneri a carico delle Parti)

Il presente Protocollo d'Intesa non comporta oneri economici diretti a carico delle Parti.

Eventuali spese connesse alle attività previste saranno sostenute autonomamente da ciascuna Parte, nell'ambito delle proprie disponibilità finanziarie e nel rispetto delle normative vigenti.

Articolo 6

(Durata)

Il presente Protocollo d'Intesa avrà durata pari a n. 2 (due) anni a decorrere dalla data di sottoscrizione dello stesso e potrà essere rinnovato previo accordo scritto tra le parti che dovrà intervenire almeno n. 3 (tre) mesi prima della data di scadenza.

Articolo 7

(Modifiche)

Eventuali modifiche al presente Protocollo d'Intesa potranno essere apportate in qualsiasi momento, qualora ritenute necessarie da tutte le Parti firmatarie, e dovranno essere formalizzate mediante apposito accordo scritto sottoscritto dalle medesime.

Articolo 8

(Confidenzialità e protezione dei dati personali)

- 1 "Le Parti si impegnano a mantenere la riservatezza su tutte le informazioni, i dati, le conoscenze e il know-how acquisiti o scambiati nell'ambito del presente Protocollo d'Intesa, salvo i casi in cui la comunicazione sia imposta da obblighi di legge o da provvedimenti dell'autorità.
- 2 Le Parti operano in qualità di autonomi titolari del trattamento dei dati personali e si impegnano a rispettare quanto previsto dal Regolamento (UE) 2016/679 e dal D. Lgs. 196/2003, come modificato dal D. Lgs. 101/2018.
- 3 Le informazioni riservate non potranno essere utilizzate per finalità diverse da quelle previste dal presente Protocollo, né divulgate a terzi, salvo consenso espresso o obbligo normativo".

Articolo 9**(Controversie)**

Le Parti si impegnano a definire in via amichevole ogni eventuale controversia derivante dall'interpretazione, esecuzione o risoluzione del presente Protocollo d'Intesa.

Qualora non sia possibile raggiungere un accordo, sarà competente in via esclusiva il Foro di Bari.

Articolo 10**(Firma digitale e trattamento fiscale)**

Il presente Protocollo d'Intesa è sottoscritto digitalmente da tutte le Parti.

Non avendo ad oggetto prestazioni a contenuto patrimoniale, esso sarà registrato solo in caso d'uso, ai sensi dell'art. 4, Tariffa – Parte II, del DPR n. 131 del 26 aprile 1986, e non è soggetto a imposta di bollo, ai sensi dell'art. 16 della Tabella, allegato B, del DPR n. 642 del 26 ottobre 1972.

Bari,.....

IL DIRETTORE DELL'UFFICIO INTERDISTRETTUALE ESECUZIONE PENALE ESTERNA PER LA PUGLIA E LA BASILICATA DI BARI

IL PROVVEDITORE DEL PROVVEDITORATO DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA PER LA PUGLIA E LA BASILICATA DI BARI

LA REGIONE PUGLIA – DIPARTIMENTO WELFARE

PRESIDENTE CONFEDERAZIONE REGIONALE DEI CENTRI DI SERVIZIO PER IL VOLONTARIATO DELLA PUGLIA – CSVNET PUGLIA

PRESIDENTE DELLA CONFERENZA REGIONALE VOLONTARIATO GIUSTIZIA

PORTAVOCE DEL FORUM DEL TERZO SETTORE PUGLIA

SEZIONE SECONDA

Atti degli Enti locali e degli enti pubblici e privati

EXALTO ENERGY & INNOVATION S.R.L.

Pubblicazione ai sensi dell'art. 8, comma 9, del D. Lgs. n. 190/2024. Procedura Abilitativa Semplificata (P.A.S.) per lavori di realizzazione di un impianto di produzione di energia elettrica da fonte solare FOTOVOLTAICA della potenza in immissione pari a 999,6 kW e potenza di generazione pari a 999,6 kWp, da installarsi in agro del Comune di Minervino di Lecce (LE), Località Specchia Gallone snc, 73027, Foglio 1 Particelle 22-27-55-56-57-58-59. Avviso di avvenuto perfezionamento del titolo abilitativo.

AVVISO**DI INTERVENUTO PERFEZIONAMENTO DEL TITOLO ABILITATIVO**

Ai sensi dell'articolo 8, comma 9, del D. Lgs. 190/2024, si rende noto che il titolo abilitativo relativo all'intervento descritto di seguito si è perfezionato per effetto della determina positiva del Comune di Minervino di Lecce (LE).

Di seguito i dati dell'intervento:

- **Data presentazione del progetto:** 24/02/2025 Id Pratica 05735180829-18022025-1113 prot. ente nr. 2191-2192-2193-2194-2195 del 26/02/2025
- **Data presentazione integrazioni:** 07/07/2025 prot. nr. 7901
- **Data di perfezionamento del titolo abilitativo:** 02/09/2025
- **Tipologia di intervento:** Procedura abilitativa semplificata (P.A.S.) ai sensi del D. Lgs 25/11/2024, n. 190 per lavori di realizzazione di un impianto di produzione di energia elettrica da fonte solare FOTOVOLTAICA della potenza in immissione pari a 999,6 kW e potenza di generazione pari a 999,6 kW da installarsi in agro del Comune di Minervino di Lecce (LE), Località Specchia Gallone snc, 73027, Foglio 1, Particelle 22-27-55-56-57-58-59.
- **Proponente:** EXALTO ENERGY & INNOVATION, C.F. e P.IVA 05735180829, con sede legale in Roma via Flaminia 56, CAP 00196.
- **Localizzazione esatta dell'intervento:** Località Specchia Gallone snc, 73027, Foglio 1, Particelle 22-27-55-56-57-58-59.

Il presente avviso viene pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia (BURP), conformemente alla normativa vigente.

Il Proponente

L'Amministratore Delegato, Mario Gamberale

SEZIONE TERZA

Altri atti e avvisi della Regione e di altri enti pubblici che interessano la collettività regionale

AMMINISTRAZIONE PROVINCIALE DI LECCE

Rende Noto - Domanda di autorizzazione alla ricerca di acque sotterranee ai sensi dell'art. 5 della L.R. n. 7/2025. Comune: COLLEPASSO - località: ZONA INDUSTRIALE.**CON IL PRESENTE AVVISO SI RENDE NOTO**Che in **data** 08/05/2025il **richiedente** Graziano Pasquale MAGGIO in qualità di legale rappresentante della ditta IMMOBILIARE DELLO JONIO S.R.L. con sede legale nel comune di CASARANO in VIA GIOTTO, n. 49ha formulato alla **Struttura Competente al rilascio dell'autorizzazione** Provincia di Lecce (indirizzo PEC: pozzi@cert.provincia.le.it)**ISTANZA** (prot. n. 36127 del 11/09/2025) di Autorizzazione alla ricerca di acque sotterranee, ai sensi del R.D. n.1775/1933 e della L.R. n. 7/2025, con i dati di seguito elencati.**località di presa:****Comune: COLLEPASSO - località: Z.I. lotto 58 tronco C - foglio: 16 - particella: 105****punto di presa** individuato dalle seguenti coordinate espresse nel sistema di riferimento UTM-WGS84, Fuso 33 N: 771968.9,4439889.7**località di restituzione:****Comune: COLLEPASSO - località: Z.I. lotto 58 tronco C - foglio: 16 - particella: 105****punto di restituzione** individuato dalle seguenti coordinate espresse nel sistema di riferimento UTM-WGS84, Fuso 33 N: 771991.1,4439904.3**previsione dei fabbisogni pari a:**

portata di prelievo [l/s]: 1

volume annuo [mc/anno]: 726

uso della risorsa idrica: Igienico/sanitario, Antincendio.

Che le eventuali opposizioni ed osservazioni da parte di chi ne abbia interesse dovranno essere inviate via PEC alla Struttura Competente:

- per le piccole derivazioni entro 15 giorni dalla data di ultima pubblicazione del presente avviso sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia e sull'albo pretorio del Comune ove la derivazione viene esercitata e degli altri Comuni eventualmente interessati
- per le grandi derivazioni entro 30 giorni dalla data di ultima pubblicazione del presente avviso sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia e sull'albo pretorio del Comune ove la derivazione viene esercitata e degli altri Comuni eventualmente interessati

Relata di avvenuta pubblicazione all'Albo Pretorio Comunale e sul BURP da restituire a: ambiente@cert.provincia.le.itIl Dirigente della Struttura Competente
f.to Moschettini Fernando

AMMINISTRAZIONE PROVINCIALE DI LECCE

Rende Noto - Domanda di autorizzazione alla ricerca di acque sotterranee ai sensi dell'art. 5 della L.R. n. 7/2025. Comune: COLLEPASSO - località: ZONA INDUSTRIALE.

CON IL PRESENTE AVVISO SI RENDE NOTO

Che in **data** 08/05/2025

il **richiedente** Graziano Pasquale MAGGIO in qualità di legale rappresentante della ditta IMMOBILIARE DELLO JONIO S.R.L. con sede legale nel comune di CASARANO in VIA GIOTTO, n. 49

ha formulato alla **Struttura Competente al rilascio dell'autorizzazione** Provincia di Lecce (indirizzo PEC: pozzi@cert.provincia.le.it)

ISTANZA (prot. n. 36126 del 11/09/2025) di Autorizzazione alla ricerca di acque sotterranee, ai sensi del R.D. n.1775/1933 e della L.R. n. 7/2025, con i dati di seguito elencati.

località di presa:

Comune: COLLEPASSO - località: ZONA INDUSTRIALE – LOTTO N.4 - foglio: 16 - particella: 17

punto di presa individuato dalle seguenti coordinate espresse nel sistema di riferimento UTM-WGS84, Fuso 33 N: 771887.1,4440281.7

località di restituzione:

Comune: COLLEPASSO - località: ZONA INDUSTRIALE – LOTTO N.4 - foglio: 16 - particella: 17

punto di restituzione individuato dalle seguenti coordinate espresse nel sistema di riferimento UTM-WGS84, Fuso 33 N: 771883.6,4440211.3

previsione dei fabbisogni pari a:

portata di prelievo [l/s]: 1

volume annuo [mc/anno]: 1216

uso della risorsa idrica: Irrigazione verde privato, Igienico/sanitario.

Che le eventuali opposizioni ed osservazioni da parte di chi ne abbia interesse dovranno essere inviate via PEC alla Struttura Competente:

- per le piccole derivazioni entro 15 giorni dalla data di ultima pubblicazione del presente avviso sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia e sull'albo pretorio del Comune ove la derivazione viene esercitata e degli altri Comuni eventualmente interessati

- per le grandi derivazioni entro 30 giorni dalla data di ultima pubblicazione del presente avviso sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia e sull'albo pretorio del Comune ove la derivazione viene esercitata e degli altri Comuni eventualmente interessati

Relata di avvenuta pubblicazione all'Albo Pretorio Comunale e sul BURP da restituire a: ambiente@cert.provincia.le.it

Il Dirigente della Struttura Competente
f.to Moschettini Fernando

AMMINISTRAZIONE PROVINCIALE DI LECCE

Rende Noto - Domanda di autorizzazione alla ricerca di acque sotterranee ai sensi dell'art. 5 della L.R. n. 7/2025. Comune: CARMIANO - località: VIA VEGLIE.

CON IL PRESENTE AVVISO SI RENDE NOTO

Che in **data** 21/05/2025

il **richiedente** DANIELE CIARDO in qualità di RUP (dirigente settore urbanistica del comune di Carmiano) della ditta COMUNE DI CARMIANO con sede legale nel comune di CARMIANO in PIAZZA ASSUNTA, n. 2 ha formulato alla **Struttura Competente al rilascio dell'autorizzazione** Provincia di Lecce (indirizzo PEC: pozzi@cert.provincia.le.it)

ISTANZA (prot. n. 21752 del 26/05/2025) di Autorizzazione alla ricerca di acque sotterranee, ai sensi del R.D. n.1775/1933 e della L.R. n. 7/2025, con i dati di seguito elencati.

località di presa:

Comune: CARMIANO - località: VIA VEGLIE - foglio: 10 - particella: 62

punto di presa individuato dalle seguenti coordinate espresse nel sistema di riferimento UTM-WGS84, Fuso 33 N: 757548.1,4470607.4

località di restituzione:

Comune: CARMIANO - località: VIA VEGLIE - foglio: 10 - particella: 62

punto di restituzione individuato dalle seguenti coordinate espresse nel sistema di riferimento UTM-WGS84, Fuso 33 N: 757554.7,4470650.0

previsione dei fabbisogni pari a:

portata di prelievo [l/s]: 1

volume annuo [mc/anno]: 1056

uso della risorsa idrica: Irrigazione verde pubblico, Antincendio.

Che le eventuali opposizioni ed osservazioni da parte di chi ne abbia interesse dovranno essere inviate via PEC alla Struttura Competente:

- per le piccole derivazioni entro 15 giorni dalla data di ultima pubblicazione del presente avviso sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia e sull'albo pretorio del Comune ove la derivazione viene esercitata e degli altri Comuni eventualmente interessati
- per le grandi derivazioni entro 30 giorni dalla data di ultima pubblicazione del presente avviso sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia e sull'albo pretorio del Comune ove la derivazione viene esercitata e degli altri Comuni eventualmente interessati

Relata di avvenuta pubblicazione all'albo comunale e sul BURP da restituire a: ambiente@cert.provincia.le.it

Il Dirigente della Struttura Competente
f.to Moschettini Fernando

AMMINISTRAZIONE PROVINCIALE DI BARLETTA - ANDRIA - TRANI

Rende Noto - Domanda di autorizzazione alla ricerca di acque sotterranee ai sensi dell'art. 5 della L.R. n. 7/2025. Comune: TRINITAPOLI - località: BRANCALANZA.

CON IL PRESENTE AVVISO SI RENDE NOTO

Che in **data** 12/05/2025

il **richiedente** ANTONIO SALVATORE LAMONACA

ha formulato alla **Struttura Competente al rilascio dell'autorizzazione** Provincia di Barletta - Andria - Trani (indirizzo PEC: idrico@cert.provincia.bt.it)

ISTANZA (prot. n. 7163 del 20/03/2025) di Autorizzazione alla ricerca di acque sotterranee, ai sensi del R.D. n.1775/1933 e della L.R. n. 7/2025, con i dati di seguito elencati.

località di presa:

Comune: TRINITAPOLI - località: BRANCALANZA - foglio: 82 - particella: 136

punto di presa individuato dalle seguenti coordinate espresse nel sistema di riferimento UTM-WGS84, Fuso 33 N: 588614.0,4576312.0

previsione dei fabbisogni pari a:

portata di prelievo [l/s]: 2

volume annuo [mc/anno]: 16665

uso della risorsa idrica: Irriguo.

Che le eventuali opposizioni ed osservazioni da parte di chi ne abbia interesse dovranno essere inviate via PEC alla Struttura Competente:

- per le piccole derivazioni entro 15 giorni dalla data di ultima pubblicazione del presente avviso sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia e sull'albo pretorio del Comune ove la derivazione viene esercitata e degli altri Comuni eventualmente interessati
- per le grandi derivazioni entro 30 giorni dalla data di ultima pubblicazione del presente avviso sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia e sull'albo pretorio del Comune ove la derivazione viene esercitata e degli altri Comuni eventualmente interessati

Il Dirigente della Struttura Competente
F.to Lorenzo Fruscio

AMMINISTRAZIONE PROVINCIALE DI BARLETTA - ANDRIA - TRANI

Rende Noto - Domanda di autorizzazione alla ricerca di acque sotterranee ai sensi dell'art. 5 della L.R. n. 7/2025. Comune: SAN FERDINANDO DI PUGLIA - località: BRANCALANZA.

CON IL PRESENTE AVVISO SI RENDE NOTO

Che in **data** 06/05/2025

il **richiedente** GIOACCHINO LABIANCA

ha formulato alla **Struttura Competente al rilascio dell'autorizzazione** Provincia di Barletta - Andria - Trani (indirizzo PEC: idrico@cert.provincia.bt.it)

ISTANZA (prot. n. 6735 del 14/03/2025) di Autorizzazione alla ricerca di acque sotterranee, ai sensi del R.D. n.1775/1933 e della L.R. n. 7/2025, con i dati di seguito elencati.

località di presa:

Comune: SAN FERDINANDO DI PUGLIA - località: BRANCALANZA - foglio: 2 - particella: 109

punto di presa individuato dalle seguenti coordinate espresse nel sistema di riferimento UTM-WGS84, Fuso 33 N: 588277.0,4574809.0

previsione dei fabbisogni pari a:

portata di prelievo [l/s]: 2

volume annuo [mc/anno]: 11832

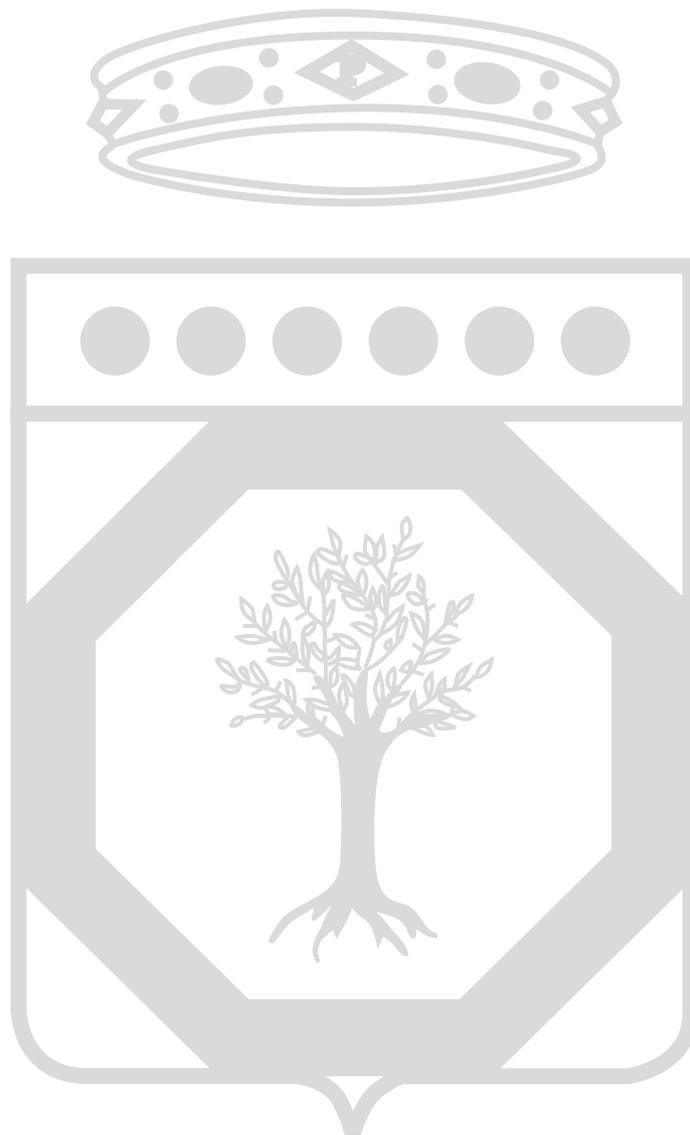
uso della risorsa idrica: Irriguo.

Che le eventuali opposizioni ed osservazioni da parte di chi ne abbia interesse dovranno essere inviate via PEC alla Struttura Competente:

- per le piccole derivazioni entro 15 giorni dalla data di ultima pubblicazione del presente avviso sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia e sull'albo pretorio del Comune ove la derivazione viene esercitata e degli altri Comuni eventualmente interessati
- per le grandi derivazioni entro 30 giorni dalla data di ultima pubblicazione del presente avviso sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia e sull'albo pretorio del Comune ove la derivazione viene esercitata e degli altri Comuni eventualmente interessati

Il Dirigente

F.to ing. Lorenzo Fruscio



BOLLETTINO UFFICIALE

della Regione Puglia

Direzione e Redazione: Lungomare Nazario Sauro, 33 - 70121 Bari

Tel. 080 540 6372

Sito internet: <https://burp.regione.puglia.it>

e-mail: burp@pec.rupar.puglia.it - burp@regione.puglia.it

Responsabile **La Dirigente del Servizio Amministrativo, Pubblicità legale e BURP**

Dott.ssa Teresa DE LEO

Edipress dei f.lli Caraglia & C. s.a.s. - 83031 Ariano Irpino (AV)