

# OSPEDALE COME SOGGETTO GIURIDICO: ELEMENTI ESSENZIALI

## 2

Fidelia Cascini

### L'ospedale nel Servizio Sanitario Nazionale

L'ospedale, inteso come istituto di ricovero per persone malate, può assumere in Italia varie connotazioni e specificità, legate ai diversi soggetti giuridici, pubblici e privati, che concorrono al raggiungimento degli obiettivi di tutela della salute dei cittadini nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Le Regioni e le Province Autonome dispongono, ad esempio, di enti preposti all'erogazione dei Servizi Sanitari Regionali come le Aziende Unità Sanitarie Locali (AUSL) e le Aziende Ospedaliere (AO), i quali assicurano i livelli essenziali e uniformi di assistenza sanitaria avvalendosi anche di ospedali. In particolare, le Aziende Unità Sanitarie Locali impiegano Presidi Ospedalieri (PO), che sono ospedali non costituiti in enti autonomi e privi di natura aziendale, ai quali è attribuita autonomia economico-finanziaria con contabilità separata. Le AO sono invece ospedali incorporati dalle AUSL e costituiti in aziende autonome, dotate di personalità giuridica ed autonomia imprenditoriale.

Per assicurare l'assistenza sanitaria, le Regioni si avvalgono inoltre di altri soggetti che svolgono anche attività ospedaliera,<sup>1</sup> come: le Aziende Ospedaliero-Universitarie (AOU), che hanno autonoma personalità giuridica e realizzano la collaborazione tra SSN ed Università; gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), quali enti con personalità giuridica ed autonomia economico-finanziaria che esercitano, all'interno della medesima struttura, attività di assistenza e di ricerca scientifica in campo biomedico, concorrendo al perseguimento degli obiettivi di cura del Servizio Sanitario Regionale, ma sotto la vigilanza del Ministero della Salute; i vari soggetti privati accreditati, che erogano prestazioni sanitarie a livello regionale mediante strutture di ricovero e cura.

Gli ospedali fanno quindi parte del Servizio Sanitario Nazionale, la cui operatività avviene mediante i Servizi Sanitari Regionali secondo una direzione stabilita a livello centrale nazionale. Sono in particolare attribuite al Ministero della Salute, le funzioni spettanti allo Stato in materia di tutela della salute umana, di coordinamento del SSN, di sanità veterinaria, di tutela della salute nei luoghi di lavoro, di igiene e sicurezza degli alimenti, ferme restando le competenze esclusive delle Regioni che sono esercitate tramite le Aziende Sanitarie Locali.

Sotto la vigilanza e la supervisione del Ministro della Salute sono inoltre posti enti, che fanno parte del SSN, e che ne supportano il corretto funzionamento. Il Consiglio Superiore di Sanità<sup>2</sup> è l'organo consultivo, tecnico-scientifico, del Ministro della Salute per esaminare, indagare, programmare le politiche in materia di salute pubblica, igiene e sanità. L'Istituto Superiore di Sanità<sup>3</sup> è l'organo tecnico-scientifico del Servizio Sanitario Nazionale con funzioni di ricerca, sperimentazione, controllo, documentazione e formazione per

<sup>1</sup> Si tratta di soggetti disciplinati da apposita normativa, non oggetto di trattazione in questo capitolo.

<sup>2</sup> Le funzioni e l'organizzazione del Consiglio Superiore di Sanità sono disciplinate dal D.Lgs. 30/06/1993, n. 266 e dal DM 06/08/2003, n. 342 e successive modifiche e integrazioni.

<sup>3</sup> L'Istituto Superiore di sanità è regolato dal D.Lgs. 29/10/1999, n. 419 ed è stato riordinato nel 2012 con D.Lgs. 28/06/2012, n. 106, con approvazione del Regolamento di organizzazione e funzionamento mediante decreto del Ministero della Salute del 02/03/2016.

quanto concerne la salute pubblica. L'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali<sup>4</sup> è l'ente di diritto pubblico che svolge un ruolo di collegamento e di supporto decisionale del Ministero e le Regioni sulle strategie di sviluppo del SSN. Gli Istituti Zooprofilattici Sperimentali<sup>5</sup> rappresentano lo strumento tecnico ed operativo del Servizio Sanitario Nazionale per quanto riguarda la sanità animale, il controllo di salubrità e qualità degli alimenti di origine animale, l'igiene degli allevamenti e il corretto rapporto tra insediamenti umani, animale ed ambientale. L'Agenzia Italiana del Farmaco<sup>6</sup> opera al fine di definire gli standard dei farmaci sulla base degli indirizzi e della vigilanza del Ministero, in raccordo con le Regioni, l'Istituto Superiore di Sanità, gli IRCCS, le Associazioni dei pazienti, i medici e le società scientifiche, le imprese produttrici e distributrici di farmaci. La Croce Rossa Italiana<sup>7</sup> è l'ente di assistenza sanitaria in collegamento con la Croce Rossa Internazionale, ove occorra soccorso sia in tempo di guerra che di pace.

### **Aziendalizzazione delle strutture sanitarie**

Con l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale mediante la Legge n. 833/1978 si concretizzò, per la prima volta, il disegno organizzativo voluto dal legislatore di un sistema unico per la tutela della salute fisica e psichica. Questo sistema fu pensato per essere costituito dal complesso delle funzioni e delle attività assistenziali dei servizi sanitari regionali e delle altre funzioni e attività svolte da enti e istituzioni di rilievo nazionale, e per essere veicolato dalle Unità Sanitarie Locali (USL), incaricate di provvedere in modo uniforme su tutto il territorio nazionale all'erogazione di prestazioni di cura e prevenzione, diretta o indiretta, mediante strutture ad esse collegate.

Le USL furono intese all'articolo 10 della Legge 833/1978 come "il complesso di presidi, degli uffici e dei servizi dei Comuni singoli o associati e delle Comunità montane, i quali in un ambito territorialmente determinato assolvono ai compiti del Servizio Sanitario Nazionale". Si trattava, in sostanza, di enti locali con personalità giuridica e dotati di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile e gestionale, il cui apparato organizzativo si articolava in distretti sanitari definiti quali strutture tecnico-funzionali per l'erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento.

Alcuni anni dopo, il D.Lgs. n. 502/1992 (come modificato dal D.Lgs. n. 517/1993), diede attuazione ad un intervento di aziendalizzazione che comportò un cambiamento di nome, organizzazione e funzionamento delle USL, scorporandone anche gli ospedali maggiori per costituirli in Aziende. Fu specificatamente introdotta la definizione di aziende<sup>8</sup> per le strutture sanitarie di diritto pubblico operanti nel SSN, con l'obiettivo di sancire la definitiva emancipazione di queste strutture dalle interferenze di Comuni e Regioni mediante il riconoscimento della loro piena autonomia imprenditoriale. L'Azienda pubblica, sia essa AUSL ovvero AO, venne così ad essere qualificata come impresa (le aziende non sono mai state imprese) sanitaria con finalità istituzionali, sia pur pubbliche e non economiche ma condizionate nell'operare da precise norme di natura economica. L'autonomia imprenditoriale divenne quindi lo strumento sia per garantire l'equilibrio di bilancio, sia per raggiungere e mantenere appropriati livelli qualitativi e quantitativi di assistenza, in ragione della possibilità di costruire una propria organizzazione interna, secondo un proprio modello e in relazione ad obiettivi e finalità concretamente perseguiti. L'organizzazione e il funzionamento delle aziende sanitarie cominciarono quindi ad essere disciplinati con atti aziendali di diritto privato nonostante si trattasse di attività senza scopo di lucro che coinvolgono valori costituzionali, come la tutela del diritto alla Salute, che sono per questo inerenti allo svolgimento di un servizio pubblico indefettibile.

<sup>4</sup> L'Agenas è stata istituita con D.Lgs. 30/06/1993, n. 266 e riordinata con D.Lgs. 31/03/1998, n. 115, successivamente modificato dal D.Lgs. 28/06/2012, n. 10.

<sup>5</sup> Gli Istituti Zooprofilattici Sperimentali (IZS) sono stati riordinati con D.Lgs. 28/06/2012, n. 106.

<sup>6</sup> L'AIFA è stata istituita con DL 30/09/2003 n. 269, regolamentato con DM 20/09/2004 n.245, recentemente oggetto di riorganizzazione (cfr. regolamento 17/06/2016).

<sup>7</sup> La CRI è stata costituita nel 1864 ed è stata qualificata con D.Lgs. 28/09/2012 n. 178 "società volontaria di soccorso e assistenza". Dal 2017 è iscritta agli Enti del Terzo Settore ai sensi del D.Lgs. 03/07/2017 n. 117.

<sup>8</sup> D.Lgs. n. 502/1992, Art. 3, come modificato dal D.Lgs. n. 517/1993.

La Legge Delega n. 419/1998 e il D.Lgs. n. 229/1999, rafforzarono la regionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale riconoscendo alle Regioni nuove e più ampie facoltà in sede di programmazione regionale e di gestione dei servizi sanitari. Queste riforme aprirono la strada alla differenziazione dei Servizi Sanitari Regionali, soprattutto sotto il profilo dell'organizzazione: furono infatti attribuite alle Regioni funzioni di regolazione riguardanti l'articolazione sul territorio regionale delle aziende sanitarie (la territorializzazione è sempre stata competenza regionale nel SSN), la definizione dei principi e dei criteri per l'adozione dell'atto aziendale di diritto privato, il finanziamento delle aziende sanitarie, le modalità di vigilanza, controllo e valutazione dei risultati, l'organizzazione e il funzionamento delle attività inerenti all'accreditamento.

## Organizzazione delle Aziende Sanitarie e delle Aziende Ospedaliere

Il ruolo e le funzioni delle Aziende Sanitarie Locali (ASL) nel SSN sono diversi da quelli delle Aziende Ospedaliere. Le prime, rispondono alla domanda di prestazioni sanitarie nel territorio di competenza, mediante l'approvvigionamento dei relativi servizi ospedalieri presso le AO pubbliche e private accreditate; Esse svolgono, inoltre, attività di assistenza diretta a valenza territoriale tramite le articolazioni organizzative dei distretti e i presidi ospedalieri non costituiti in Aziende.

Le AO sono invece erogatrici dirette di prestazioni di ricovero e cura al paziente e, in base al D.Lgs. n. 229/1999,<sup>9</sup> devono soddisfare specifici requisiti.<sup>10</sup> Tra questi si annoverano: l'organizzazione dipartimentale di tutte le unità operative presenti nella struttura; la disponibilità di un sistema di contabilità economico-patrimoniale e di una contabilità per centri di costo; la presenza di almeno tre unità operative di alta specialità;<sup>11</sup> la presenza del Dipartimento di emergenza di secondo livello;<sup>12</sup> la qualificazione di ospedale di riferimento in programmi integrati di assistenza su base regionale e interregionale; lo svolgimento di attività di ricovero in degenza ordinaria per pazienti residenti in Regioni diverse, superiore di almeno il 10% rispetto al valore medio regionale nell'ultimo triennio;<sup>13</sup> un indice di complessità della casistica dei pazienti trattati in ricovero ordinario superiore ad almeno il 20% del valore medio regionale nell'ultimo triennio; la disponibilità di un proprio patrimonio immobiliare adeguato e sufficiente per consentire lo svolgimento di attività istituzionali di tutela della salute e di erogazione delle prestazioni sanitarie. I criteri riguardanti la presenza di almeno tre unità operative di alta specialità ai sensi del Decreto Ministeriale 29/01/1992, e la presenza del Dipartimento di emergenza di secondo livello ai sensi del Decreto del Presidente della Repubblica 27/03/1992, non si applicano agli ospedali ad alta specializzazione definiti come Presidi Ospedalieri che erogano prestazioni specialistiche di diagnosi, cura e riabilitazione afferenti a una disciplina medico-chirurgica o più discipline medico-chirurgiche, fra loro strettamente complementari in relazione alla specifica attività svolta, ivi compresi i policlinici universitari.<sup>14</sup> Inoltre, il D.Lgs. n. 229/1999<sup>15</sup> prevede anche che non si proceda alla costituzione o alla conferma di Azienda Ospedaliera qualora questa costituisca "il solo presidio pubblico presente nella azienda unità sanitaria locale".

<sup>9</sup> Il D.Lgs. n. 229/1999 ha modificato l'originaria versione dell'articolo 4 del D.Lgs. n. 502/1992 sulla costituzione delle Aziende Ospedaliere.

<sup>10</sup> Art. 4, comma 1 *bis*, D.Lgs. n. 229/1999.

<sup>11</sup> Ai sensi del D.M. 29/01/1992 sono comprese nelle alte specialità le seguenti attività assistenziali: le emergenze, ivi comprese quelle pediatriche; le grandi ustioni, ivi comprese quelle pediatriche; la cardiologia medico-chirurgica, ivi compresa quella pediatrica; la neurologia ad indirizzo chirurgico, ivi compresa quella pediatrica; la nefro-urologia, ivi compresa quella pediatrica; la neuro-riabilitazione; i trapianti d'organo, ivi compreso il coordinamento interregionale dei prelievi multiorgano a fine di trapianto; la onco-ematologia, ivi compresa quella pediatrica; la pneumologia oncologica; la radioterapia oncologica; le malattie vascolari; la ginecologia oncologica.

<sup>12</sup> Come da Atto di indirizzo e coordinamento per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza (D.P.R. 27/03/1992).

<sup>13</sup> Fanno eccezione le aziende ubicate in Sicilia e Sardegna.

<sup>14</sup> Decreto Ministero della Salute 31/01/1995.

<sup>15</sup> Art. 4, comma 1 *ter*, D.Lgs. n. 229/1999.

Ulteriori riforme riguardanti le Aziende Ospedaliere sono intervenute nel 2001,<sup>16</sup> quando dapprima le modifiche al D.Lgs. n. 502/1992 ed a seguire la Legge Costituzionale 18/10/2001, n. 3 hanno rimesso alla competenza concorrente Stato-Regioni la materia della tutela della salute, attribuendo la potestà legislativa alle Regioni, salvo che per la determinazione dei principi fondamentali che è rimasta riservata alla legislazione dello Stato. Di conseguenza, i requisiti organizzativi per la costituzione delle Aziende Ospedaliere di interesse regionale possono essere oggi specificati dalle singole Regioni e che, solo in assenza di una disciplina regionale, è possibile riferirsi a quella contenuta nella norma nazionale di cui al D.Lgs. n. 229/1999.

Sotto il profilo organizzativo e di funzionamento, le aziende del SSN, siano esse Aziende Sanitarie o Aziende Ospedaliere, sono disciplinate da un atto aziendale di diritto privato, a differenza di quanto accade normalmente per le altre Amministrazioni pubbliche, e che il Direttore Generale adotta l'atto aziendale di organizzazione nel rispetto dei principi e criteri previsti dalle disposizioni regionali. Il Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria o Ospedaliera è responsabile della gestione complessiva e della nomina, sempre con atto di natura privatistica, dei responsabili delle strutture operative dell'Azienda. Egli disegna quindi il quadro delle responsabilità gestionali, comprese quelle relative al budget.

L'atto aziendale è quindi uno strumento operativo a cui è affidata la funzione di costituire l'organizzazione e di disciplinare il funzionamento dell'azienda nei suoi aspetti fondamentali relativi alla struttura e alle dinamiche con l'ambiente esterno, onde raggiungere il maggior grado di efficienza economica, di efficacia ed economicità: in esso è contenuto il percorso di pianificazione degli obiettivi e di verifica dei risultati dell'azienda, in modo analogo a quanto riportato negli atti di indirizzo e pianificazione che il consiglio di amministrazione di un'azienda privata elabora per indicare le proprie linee programmatiche. L'atto aziendale ha contenuti obbligatori e facoltativi. Tra quelli obbligatori sono compresi:<sup>17</sup> la disciplina dell'organizzazione e del funzionamento dell'azienda; l'individuazione delle strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico-professionale soggette a rendicontazione analitica; l'individuazione del distretto sulla base dei criteri stabiliti dalla Regione; la disciplina dell'organizzazione dipartimentale di tutte le unità operative; la disciplina delle attribuzioni del Direttore amministrativo, del Direttore sanitario, nonché dei Direttori di Presidio, di Distretto, di Dipartimento e dei dirigenti responsabili di struttura; l'indicazione dei criteri e delle modalità di affidamento della direzione delle strutture e degli uffici ai dirigenti. Tra gli altri contenuti obbligatori si annoverano la missione, gli obiettivi strategici, l'articolazione dei poteri e delle funzioni e le modalità per il conferimento degli incarichi di direzione, le forme sperimentali di gestione. I contenuti facoltativi sono decisi dal Direttore Generale che ha facoltà di articolare il contenuto del Piano per renderlo coerente con le particolari caratteristiche dell'azienda, e del territorio e dell'utenza che l'azienda deve servire avuto riguardo alle linee guida regionali.

## **Governance delle Aziende Sanitarie e delle Aziende Ospedaliere**

La governance delle Aziende Sanitarie e delle Aziende Ospedaliere è esercitata dal Direttore Generale, dal Collegio di Direzione e dal Collegio Sindacale quali Organi dell'Azienda riconosciuti dal legislatore.<sup>18</sup> Il Direttore Generale è poi coadiuvato nell'esercizio delle sue funzioni dal Direttore Amministrativo, dal Direttore Sanitario e dal Consiglio dei Sanitari. Sussiste quindi nella dinamica dei rapporti tra governo regionale e direzione delle aziende sanitarie, un principio di netta separazione fra indirizzo politico e attività di gestione nell'organizzazione sanitaria.

### ***Direttore Generale***

Il Direttore Generale è il rappresentante legale dell'ente, nominato dalla Regione o dalla Provincia Autonoma di appartenenza. Egli è tenuto<sup>19</sup> all'adozione dell'atto aziendale ed è responsabile della gestione complessiva dell'Azienda mediante la nomina dei responsabili delle strutture operative. Il rapporto di lavoro del Direttore Generale è esclusivo ed è regolato da un contratto di diritto privato.

Il Direttore Generale assume per questo poteri di verifica sul corretto e imparziale andamento della funzione amministrativa, che possono essere attuati mediante un apposito servizio di controllo interno. L'azione di verifica

<sup>16</sup> Art. 3, comma 1, D.L. 18/12/2001, n. 347, convertito nella L. 16/11/2001, n. 405.

<sup>17</sup> D.Lgs. n. 502/1992.

<sup>18</sup> ai sensi del D.Lgs. n. 502/1992, articolo 3, comma 1-*quater*, come modificato dal D.Lgs. n. 229/1999.

<sup>19</sup> I compiti del Direttore Generale sono disciplinati all'art. 3, comma 1-*quater*, D.Lgs. n. 502/1992.

riguarda valutazioni comparative di costi, rendimenti e risultati, accertamenti sulla gestione delle risorse. Al Direttore Generale competono, inoltre:<sup>20</sup> l'adozione del Piano della performance aziendale, la relazione annuale sulla performance aziendale,<sup>21</sup> il programma triennale sulla trasparenza e l'integrità. E come datore di lavoro il documento di valutazione dei rischi e la nomina del Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione.

La nomina del Direttore Generale avviene obbligatoriamente<sup>22</sup> mediante selezione da un elenco di idonei, istituito presso il Ministero della Salute, secondo modalità e criteri individuati da una apposita commissione di esperti. L'elenco è aggiornato con cadenza biennale e l'iscrizione ha durata di quattro anni. La commissione procede alla formazione dell'elenco nazionale, previa pubblicazione di un avviso pubblico di selezione per titoli.

Possono partecipare alla selezione i candidati di età inferiore ai 65 anni e in possesso di: diploma di laurea (o laurea specialistica o magistrale); comprovata esperienza dirigenziale quinquennale nel settore sanitario (o di sette anni in altri settori del comparto pubblico o privato con autonomia gestionale e diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie); attestato manageriale rilasciato all'esito di un corso di formazione in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria.

A seguire, un'ulteriore valutazione per titoli e colloquio è compiuta da una Commissione regionale, composta da esperti, indicati da qualificate istituzioni scientifiche indipendenti, che non si trovino in situazione di conflitto di interessi, di cui uno designato dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) e uno dalla Regione la quale, tramite avviso pubblico sul proprio sito istituzionale, aveva già reso noto l'incarico che intendeva conferire, al fine di ricevere le manifestazioni di interesse da parte dei soggetti iscritti nell'elenco nazionale. La Commissione regionale propone quindi al Presidente della Regione una rosa di candidati composta dai soggetti con requisiti coerenti con le caratteristiche dell'incarico di Direttore Generale, il cui provvedimento di nomina viene infine motivato e pubblicato, unitamente al curriculum dell'incaricato ed ai curricula degli altri candidati concorrenti per il ruolo.

La nomina di Direttore Generale consta dell'assegnazione di obiettivi periodicamente aggiornati per una durata dell'incarico non inferiore a tre anni e non superiore a cinque anni. In caso di decadenza e di mancata conferma dell'incarico, ossia quando la nomina non arrivi a scadenza naturale, la nuova nomina del Direttore Generale può essere effettuata entro i tre anni anche mediante l'utilizzo degli altri nominativi inseriti nella rosa dei candidati relativi alla selezione effettuata dalla Commissione regionale, purché ancora inseriti nell'elenco nazionale.<sup>23</sup>

Dopo due anni dalla nomina, l'operato di ciascun Direttore Generale è sottoposto a verifica da parte della Regione,<sup>24</sup> che verifica i risultati aziendali conseguiti e il raggiungimento degli obiettivi assegnati. I criteri e le procedure di verifica e valutazione dell'attività dei Direttori Generali riguardano soprattutto: il raggiungimento di obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi definiti nel quadro della programmazione regionale<sup>25</sup>; la garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) anche attraverso la riduzione delle liste di attesa e la puntuale e corretta trasmissione dei flussi informativi ricompresi nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario, dei risultati del Programma Nazionale Esiti (PNE) dell'Agenas e dell'appropriatezza prescrittiva; degli obblighi in materia di trasparenza con particolare riferimento ai dati di bilancio sulle spese e ai costi di personale.

<sup>20</sup> Ai sensi del D.Lgs. 27/10/2009, n. 150 e successive modifiche e integrazioni.

<sup>21</sup> La *Relazione annuale sulla performance aziendale* riporta i risultati organizzativi e individuali raggiunti nell'anno precedente rispetto ai singoli obiettivi strategici e operativi, finali e intermedi, programmati nel Piano delle performance con le relative risorse impiegate. Per la misurazione delle performance sono usati indicatori riguardanti i risultati dell'amministrazione e gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale.

<sup>22</sup> Ai sensi del D.Lgs. n. 171/2016, successivamente modificato dal D.Lgs. n. 126/2017, in attuazione della Legge 124/2015.

<sup>23</sup> In caso di commissariamento (di Aziende Sanitarie Locali, Aziende Ospedaliere, altri enti del Servizio Sanitario Nazionale), il commissario è scelto tra i soggetti inseriti nell'elenco nazionale istituito presso il Ministero della Salute.

<sup>24</sup> La procedura di valutazione da parte della Regione prevede che sia sentito il parere del sindaco o della Conferenza dei sindaci di cui agli Artt. 2 e 3 del D.Lgs. n. 502/1992 a seconda se si tratti rispettivamente di Aziende Ospedaliere o di Aziende Sanitarie.

<sup>25</sup> Si fa in particolare riferimento all'efficienza, all'efficacia, alla sicurezza, all'ottimizzazione dei servizi sanitari e al rispetto degli obiettivi economico-finanziari e di bilancio concordati, avvalendosi anche dei dati e degli elementi forniti dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali.

In caso di valutazione positiva, la Regione procede alla conferma del Direttore Generale con provvedimento motivato. In caso di esito negativo, la Regione dichiara, previa contestazione e nel rispetto del principio del contraddittorio, la decadenza immediata dall'incarico con risoluzione del relativo contratto entro trenta giorni dall'avvio del procedimento, provvedendo alla sua sostituzione. Le ragioni della risoluzione del contratto possono essere: gravi e comprovati motivi; grave disavanzo imputabile al mancato raggiungimento degli obiettivi; manifesta violazione di legge o regolamenti o del principio di buon andamento e di imparzialità dell'amministrazione, violazione degli obblighi in materia di trasparenza.<sup>26</sup> Vi sono casi in cui la Regione può disporre la decadenza automatica del Direttore Generale per mancato raggiungimento dell'equilibrio economico dell'ente<sup>27</sup> o per inadempimenti relativi al piano di rientro o al verificarsi di significativi scostamenti tra costi e ricavi, ovvero al mancato rispetto dei parametri relativi a volumi, qualità ed esiti di cure.<sup>28</sup> I provvedimenti di decadenza, compresa quella automatica, sono comunicati al Ministero della Salute ai fini della cancellazione dall'elenco nazionale del soggetto decaduto dall'incarico. I Direttori Generali decaduti possono essere reinseriti nell'elenco previa nuova selezione, tranne che nei casi in cui la decadenza è disposta per violazione degli obblighi di trasparenza.

### *Direttore Amministrativo*

Il Direttore Amministrativo è la figura apicale dell'Azienda che coadiuva il Direttore Generale nella funzione di Direzione dei servizi amministrativi, partecipando appunto alla direzione dell'azienda. È una figura con funzioni di tipo consultivo e propositivo, con ruolo di affiancamento e stretta collaborazione con il Direttore Generale che ne ha potere di nomina e di definizione delle competenze mediante l'Atto aziendale.

Il Direttore Amministrativo partecipa alla direzione dell'azienda per la parte amministrativa, assume la diretta responsabilità delle funzioni attribuite alla propria competenza nell'Atto aziendale, e concorre, con la formulazione di proposte e pareri, alla formazione delle decisioni della direzione generale aventi natura amministrativa.

Il Direttore Generale nomina,<sup>29</sup> nel rispetto dei principi di trasparenza, il Direttore Amministrativo attingendo obbligatoriamente dagli elenchi regionali di idonei, anche di altre Regioni. I suddetti elenchi sono costituiti previo avviso pubblico e selezione per titoli e colloquio, effettuati da una Commissione nominata dalla regione, composta da esperti di qualificate istituzioni scientifiche indipendenti che non si trovino in situazioni di conflitto di interessi, di comprovata professionalità e competenza in materia, di cui un componente designato dalla Regione.

L'incarico di Direttore Amministrativo può essere affidato a laureati in discipline giuridiche o economiche che, all'atto del conferimento dell'incarico, non abbiano compiuto il sessantacinquesimo anno di età e che abbiano svolto per almeno cinque anni una qualificata attività di direzione tecnica o amministrativa in enti o strutture sanitarie pubbliche o private, di media o grande dimensione.<sup>30</sup> La Regione può stabilire<sup>31</sup> che il conferimento dell'incarico di Direttore Amministrativo sia subordinato alla frequenza di un corso di formazione manageriale.

Per la presa di servizio, il Direttore Amministrativo stipula con l'azienda un contratto di diritto privato di durata non inferiore a tre e non superiore ai cinque anni.

### *Direttore Sanitario*

Come per il Direttore Amministrativo, anche il Direttore Sanitario e, ove previsto dalle leggi regionali, il Direttore Socio-Sanitario, sono nominati dal Direttore Generale attingendo obbligatoriamente dagli elenchi regionali di idonei, anche di altre Regioni. Questa procedura conserva la base fiduciaria del rapporto tra il Direttore Generale e il Direttore Sanitario da lui nominato, ma al contempo limita la discrezionalità della scelta ad una persona già selezionata da un'apposita Commissione regionale indipendente e inserita in un elenco pubblico di idonei.

<sup>26</sup> Obblighi in materia di trasparenza di cui al D.Lgs. n. 33/2013, come modificato dal D.Lgs. n. 97/2016.

<sup>27</sup> Art. 52, comma 4, lett. d), Legge n. 289/2002.

<sup>28</sup> Art. 1, commi 534 e 535, Legge n. 208/2015.

<sup>29</sup> Ai sensi dell'art. 3, D. Lgs n. 171/2016.

<sup>30</sup> Ai sensi dell'art. 3, comma 7, D.Lgs. n. 502/1992.

<sup>31</sup> Ai sensi dell'art. 3 *bis*, comma 9 del D.Lgs. 502/92.

Il Direttore Sanitario è un medico che all'atto della nomina non deve aver compiuto i sessantacinque anni di età e deve aver maturato un'esperienza di almeno cinque anni in direzione tecnico-sanitaria di enti pubblici o privati, o strutture sanitarie pubbliche o private di media o grande dimensione.<sup>32</sup>

Il Direttore Sanitario ha il compito di dirigere l'organizzazione dei servizi sanitari e igienico-sanitari e di coordinare il personale sanitario operante nella struttura per garantire la migliore assistenza sanitaria ai pazienti. Tra le funzioni rientrano generalmente quelle di indicare e garantire che siano rispettate le norme nazionali e regionali di pertinenza sanitaria e igienico-sanitaria all'interno dell'ospedale, e i principi del Codice di Deontologia medica. Il Direttore Sanitario si occupa inoltre, tra le possibili attività di competenza, di verificare l'appropriatezza e la qualità delle prestazioni medico-chirurgiche erogate dalla struttura, di controllare l'osservanza delle misure igienico-sanitarie e la sicurezza delle cure e degli ambienti di lavoro, di garantire la correttezza della conservazione dei farmaci e dei dispositivi medici, nonché del funzionamento delle apparecchiature elettromedicali, di far rispettare le segnalazioni e le notifiche obbligatorie per legge, di verificare il corretto smaltimento dei rifiuti solidi e liquidi. Il Direttore Sanitario partecipa anche a Comitati interni all'azienda come il Comitato di Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza e il Comitato Valutazione Sinistri.

Al Direttore Sanitario è richiesto<sup>33</sup> il possesso di un attestato di formazione manageriale previsto per l'area di sanità pubblica e, preferibilmente, anche il possesso della specializzazione in una delle discipline dell'area di sanità pubblica (ad esempio igiene e sanità pubblica, medicina-legale, medicina del lavoro).

Il rapporto di lavoro del Direttore Sanitario è esclusivo ed è regolato, come quello del Direttore Amministrativo, con un contratto di diritto privato che non può essere inferiore a tre anni né superiore a cinque anni e deve essere preceduto da un provvedimento di nomina del Direttore Generale, quale espressione dei poteri pubblicistici e autoritativi.

### ***Inconferibilità e incompatibilità dei Direttori***

Le cariche di Direttore Generale, come quello di Direttore Amministrativo, di Direttore Sanitario e, ove previsto, di Direttore dei Servizi socio-sanitari sono, in talune situazioni, soggette a inconferibilità e incompatibilità.<sup>34</sup>

In particolare, non possono essere nominati Direttori Generali delle Unità e delle Aziende Sanitarie Locali, coloro che: hanno riportato condanna con specifiche caratteristiche;<sup>35</sup> sono sottoposti a procedimento penale per delitto per il quale è previsto l'arresto obbligatorio in flagranza; sono stati sottoposti, anche con provvedimento non definitivo ad una misura di prevenzione, salvi gli effetti della riabilitazione; sono sottoposti a misura di sicurezza detentiva o a libertà vigilata.

Inoltre, l'incarico di Direttore Generale non può essere conferito a chi, nei due anni precedenti, abbia svolto incarichi e ricoperto cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dal servizio sanitario regionale.<sup>36</sup> Né l'incarico di Direttore Generale può essere conferito a coloro che:<sup>37</sup> nei cinque anni precedenti siano stati candidati in elezioni europee, nazionali, regionali e locali, in collegi elettorali che comprendano il territorio della ASL; nei due anni precedenti abbiano esercitato la funzione di Presidente del Consiglio dei ministri o di Ministro, Viceministro o sottosegretario nel Ministero della salute o in altra amministrazione

<sup>32</sup> Ai sensi dell'art. 3, comma 7, D.Lgs. n. 502/1992.

<sup>33</sup> Ai sensi del D.P.R. n. 484/1997.

<sup>34</sup> Art. 4 D.Lgs. n. 171/2016 e sue modifiche e integrazioni, e Art. 3 D.Lgs. n. 502/1992.

<sup>35</sup> Si tratta nella fattispecie di condanna, anche non definitiva, a pena detentiva non inferiore ad un anno per delitto non colposo, ovvero a pena detentiva non inferiore a sei mesi per delitto non colposo commesso nella qualità di pubblico ufficiale o con abuso dei poteri o violazione dei doveri inerenti ad una pubblica funzione, salvo quanta disposto dall'Art. 166, comma 2, c.p.

<sup>36</sup> Tale disposizione è prevista all'art. 5 del D.Lgs. n. 39/2013, rubricato *Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50 della legge 6 novembre 2012, n. 190*. Questo Decreto rientra nella più ampia strategia di prevenzione e contrasto ai fenomeni di corruzione già delineata con la Legge n. 190/2012, finalizzata a prevenire l'insorgenza di situazioni di conflitto di interesse che potrebbero compromettere l'imparzialità del funzionario pubblico.

<sup>37</sup> Art. 8 del D.Lgs. n. 39/2013.

della Stato o di amministratore di ente pubblico o ente di diritto privato in controllo pubblico nazionale che svolga funzioni di controllo, vigilanza o finanziamento del SSN; nell'anno precedente abbiano esercitato la funzione di parlamentare; nei tre anni precedenti abbiano fatto parte della Giunta o del Consiglio della Regione interessata ovvero abbiano ricoperto la carica di amministratore di ente pubblico o ente di diritto privato in controllo pubblico regionale che svolga funzioni di controllo, vigilanza o finanziamento del servizio sanitario regionale.<sup>38</sup>

Le forme di incompatibilità previste dalla norma<sup>39</sup> riguardano: gli incarichi o le cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dal Servizio Sanitario Regionale; lo svolgimento in proprio, da parte del soggetto incaricato, di attività professionale, se questa è regolata o finanziata dal Servizio Sanitario Regionale; gli incarichi o le cariche e le attività professionali assunte o mantenute dal coniuge e dal parente o affine entro il secondo grado. Altre forme di incompatibilità ricalcano le situazioni di inconferibilità sopra citate come quelle riguardanti cariche politiche a livello nazionale o regionale.<sup>40</sup>

L'Autorità nazionale anticorruzione (ANAC)<sup>41</sup> ha confermato che le ipotesi di inconferibilità e di incompatibilità di incarichi presso le ASL devono intendersi applicate solo con riferimento agli incarichi di Direttore Generale, Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario, "attesa la disciplina speciale dettata dal legislatore delegante all'art. 1, commi 49 e 50, legge 6 novembre 2012, n. 190, e dagli artt. 5, 8, 10 e 14 del D.Lgs. 08/04/2013, n. 39".

### *Collegio Sindacale*

Nell'Azienda Sanitaria, il Collegio Sindacale<sup>42</sup> è l'organo istituzionale che si occupa di verificare la congrua amministrazione aziendale sotto il profilo economico, e di accertare e vigilare che le norme in materia di contabilità e bilancio siano rispettate mediante la corretta tenuta dei libri contabili e la veridicità delle informazioni in essi contenuti. Il Collegio effettua pertanto periodiche verifiche di cassa e della documentazione contabile e riferisce alla Regione, su base generalmente trimestrale oltre che su richiesta di quest'ultima, i risultati del riscontro eseguito, avendo obbligo di denunciare immediatamente se vi sia fondato sospetto di gravi irregolarità. Il Collegio provvede anche a trasmettere periodicamente, e comunque con cadenza almeno semestrale, una propria relazione sull'andamento dell'attività dell'Azienda Sanitaria o dell'Azienda Ospedaliera rispettivamente alla Conferenza dei sindaci o al sindaco del Comune capoluogo di provincia dove sia situata l'Azienda stessa. È facoltà dei componenti del Collegio Sindacale procedere a controllo e ispezione della documentazione contabile anche individualmente.

Il Collegio è composto da tre membri che abbiano esercitato per almeno tre anni le funzioni di revisori dei conti o di componenti dei collegi sindacali, di cui uno designato dal Presidente della Giunta Regionale, uno dal Ministero dell'Economia e delle Finanze e uno dal Ministero della Salute. La nomina del Collegio spetta al Direttore Generale e ha una durata di tre anni.

### *Collegio di Direzione*

Il Collegio di Direzione<sup>43</sup> è l'organo di cui si avvale il Direttore Generale per il governo clinico, la programmazione e la valutazione delle attività tecnico-sanitarie e di quelle ad alta integrazione sanitaria, nonché per l'elaborazione del programma delle attività dell'azienda, per l'organizzazione e lo sviluppo dei servizi e per l'impiego delle risorse umane.

Il Collegio di Direzione concorre alla formulazione dei programmi di formazione e delle soluzioni organizzative per l'attuazione dell'attività libero-professionale intramuraria, nonché alla valutazione dei risultati

<sup>38</sup> Al comma 5 dell'Art. 8 del D.Lgs. n. 39/2013, si fa riferimento anche a chi, nei due anni precedenti, abbia fatto parte della Giunta o del Consiglio di una provincia, di un comune con popolazione superiore ai 15.000 o di una forma associativa tra comuni avente la medesima popolazione, il cui territorio è compreso nel territorio della ASL (comma 5).

<sup>39</sup> Art. 10 del D.Lgs. n. 39/2013.

<sup>40</sup> Art. 14, commi dall'1 al 4, del D.Lgs. n. 39/2013.

<sup>41</sup> Delibera ANAC n. 149 del 22/12/2014.

<sup>42</sup> Art. 3ter D.Lgs. n. 502/1992.

<sup>43</sup> Art. 17, D.Lgs. n. 502/1992.

conseguiti rispetto agli obiettivi clinici prefissati. Il Collegio concorre inoltre allo sviluppo organizzativo e gestionale dell'azienda, con requisiti di appropriatezza e di qualità delle prestazioni sanitarie e con sistemi di valutazione interna degli obiettivi raggiunti mediante indicatori di risultato clinico-assistenziale e di efficienza. Questo organo è disciplinato dalla Regione per quanto riguarda l'attività (criteri di funzionamento, relazioni con altri organi aziendali) e la composizione (inclusiva di tutte le figure professionali presenti nell'azienda), ed è consultato obbligatoriamente dal Direttore Generale su tutte le questioni riguardanti il governo clinico. Ai componenti del Collegio di Direzione non è corrisposto alcun compenso né indennità.

### *Consiglio dei Sanitari*

È l'organo elettivo dell'Azienda Sanitaria con funzioni di consulenza tecnico-sanitaria,<sup>44</sup> presieduto dal Direttore Sanitario e composto da una maggioranza di medici e altri operatori sanitari laureati e da una rappresentanza di infermieri e tecnici. Se nell'Unità Sanitaria Locale è presente un Presidio Ospedaliero, la maggioranza di medici e operatori sanitari laureati deve essere a componente prevalente ospedaliera medica.

Il Consiglio fornisce parere obbligatorio non vincolante al Direttore Generale per le attività tecnico-sanitarie, anche sotto il profilo organizzativo, e per gli investimenti ad esse attinenti. Esso si esprime inoltre sulle attività di assistenza sanitaria, sull'atto aziendale e le relative modifiche, sui provvedimenti a valenza generale o programmatica in materia tecnico-sanitaria e di assistenza sanitaria, anche sotto il profilo organizzativo (ad esempio sul Piano Attuativo Locale, il Piano Strategico Aziendale); sui piani di investimento attinenti alle attività tecnico-sanitarie; sulle deliberazioni riguardanti i regolamenti di organizzazione e del personal e i provvedimenti in materia di organizzazione, istituzione o modifica di servizi e attività, nonché acquisto di impianti e attrezzature di rilevanza tecnico-scientifica, sanitaria e assistenziale.

La Regione provvede a definire il numero dei componenti del Consiglio dei Sanitari, a disciplinarne le modalità di elezione, la composizione ed il funzionamento. Il Direttore Generale è tenuto a motivare i provvedimenti assunti in difformità dal parere reso dal Consiglio dei Sanitari.

### **Modello organizzativo delle Aziende Sanitarie**

L'organizzazione delle Aziende Sanitarie Locali è basata sui Distretti Sanitari di base, i Dipartimenti che possono essere ospedalieri, territoriali, o di prevenzione, e i Presidi Ospedalieri non costituiti in Aziende Ospedaliere.

Il Distretto Sanitario è individuato dall'atto aziendale, riceve la domanda di salute e di assistenza dalla comunità e organizza le funzioni per garantire risposta ad una popolazione minima di 60.000 abitanti, salvo che la Regione, in considerazione di particolari caratteristiche territoriali o di una bassa densità di popolazione residente, non disponga diversamente.<sup>45</sup>

Il Distretto ha funzione di assicurare i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie, coordinando le proprie attività con quelle dei Dipartimenti nonché dei Presidi Ospedalieri che sono inserite nel Programma delle attività territoriali.

Sono le Regioni a disciplinare l'organizzazione del Distretto per garantire specificatamente:<sup>46</sup>

- l'assistenza primaria, ivi compresa la continuità assistenziale, attraverso il necessario coordinamento e l'approccio multidisciplinare, in ambulatorio e a domicilio, tra medici di medicina generale (MMG), pediatri di libera scelta (PLS), servizi di guardia medica notturna e festiva e presidi specialistici ambulatoriali;
- il coordinamento dei MMG e PLS con le strutture operative a gestione diretta, organizzate in base al modello dipartimentale, nonché con i servizi specialistici ambulatoriali e le strutture ospedaliere ed extra-ospedaliere accreditate;
- l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, connotate da specifica ed elevata integrazione, nonché delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria se delegate dai Comuni.

<sup>44</sup> Art. 3, comma 12, D.Lgs. n. 502/1992.

<sup>45</sup> Art. 3-*quater*, D.Lgs. n. 502/1992.

<sup>46</sup> Art. 3-*quinquies*, D.Lgs. n. 502/1992.

Rientrano dunque tra le attività garantite dal Distretto: l'assistenza specialistica ambulatoriale, l'assistenza domiciliare integrata, le attività, o i servizi, per: la prevenzione e la cura delle tossicodipendenze; la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia; i disabili, gli anziani, le persone affette da HIV o da patologie in fase terminale. In relazione a questi ambiti di attività, è responsabilità del Distretto sanitario la gestione dei servizi sanitari a livello locale come le visite mediche a domicilio, cure ambulatoriali, servizi di prevenzione e promozione della salute.

Al Distretto sono attribuite risorse per le attività, definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento e gestite in autonomia. Il Distretto è, cioè, dotato di una autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, caratterizzata da una contabilità separata all'interno del bilancio dell'Unità Sanitaria Locale.

Il Direttore del Distretto è nominato dal Direttore Generale tra i dirigenti dell'Azienda che abbiano maturato una specifica esperienza nei servizi territoriali e un'adeguata formazione nella loro organizzazione, oppure tra i medici convenzionati da almeno dieci anni. Nel proprio ruolo, coadiuvato da un ufficio di coordinamento delle attività distrettuali, il Direttore di Distretto è chiamato a realizzare le indicazioni della Direzione Generale e a supportarla nei rapporti con i Sindaci del Distretto, organizzati in Comitato.

Il Direttore è tenuto inoltre a gestire le risorse assegnate in modo da garantire l'accesso della popolazione a strutture e servizi, nonché l'integrazione tra questi ultimi e la continuità assistenziale.

Diversamente dal Distretto sanitario che, come detto in precedenza, è un'articolazione organizzativo-funzionale della ASL per coprire una specifica area geografica con assistenza primaria, assistenza ambulatoriale di base e assistenza sociosanitaria integrata, il Dipartimento è stato pensato dal legislatore<sup>47</sup> come modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività clinico-specialistiche della Azienda Sanitaria o di più Aziende Sanitarie insieme (si parla in questo ultimo caso di Dipartimento interaziendale), divise per aree di specializzazione. Favorendo il coordinamento dell'intero percorso di cura e lo sviluppo di comportamenti clinico-assistenziali basati sull'evidenza, il Dipartimento è infatti l'ambito privilegiato nel quale contestualizzare le attività di governo clinico nelle sue principali estensioni ovvero la misurazione degli esiti, la gestione la promozione della sicurezza del paziente, l'adozione di linee-guida e protocolli diagnostico-terapeutici, la formazione continua, il coinvolgimento del paziente e l'informazione corretta e trasparente.

Il Dipartimento è privo di autonoma personalità giuridica ed è composto da un insieme di unità operative omogenee, affini o complementari, che perseguono comuni finalità e sono quindi tra loro interdipendenti pur mantenendo la propria autonomia e responsabilità professionale.<sup>48</sup> Queste unità operative che lo costituiscono sono cioè aggregate in una specifica tipologia organizzativa e gestionale, volta a dare risposte unitarie, tempestive, razionali e complete, in specifici ambiti clinici, rispetto ai compiti assegnati, e a tal fine adottano regole condivise di comportamento assistenziale, didattico, di ricerca, etico, medico-legale ed economico.

Esistono Dipartimenti espressamente previsti da normativa nazionale, come il Dipartimento di emergenza sanitaria,<sup>49</sup> il Dipartimento di prevenzione,<sup>50</sup> il Dipartimento di salute mentale<sup>51</sup> e il Dipartimento materno-infantile,<sup>52</sup> le cui articolazioni organizzative trovano collocazione funzionale anche nel Distretto. Molte regioni hanno inoltre emanato norme proprie sui Dipartimenti seguendo criteri di aggregazione variabili,

<sup>47</sup> Art. 17-bis, D.Lgs. n. 502/1992 come modificato dall'articolo 4 comma 1 del D.L. n. 158/2012.

<sup>48</sup> Cfr. *I dipartimenti ospedalieri nel Servizio Sanitario Nazionale*, Ministero della Salute, 2007, Rapporto sulla indagine nazionale. ([https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_751\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_751_allegato.pdf)).

<sup>49</sup> L'Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza (D.P.R. 27 marzo 1992): attribuisce al SSN competenza esclusiva relativa all'attività di soccorso sanitario; individua le condizioni per assicurare queste attività uniformemente su tutto il territorio nazionale, attraverso un complesso di servizi e prestazioni di urgenza ed emergenza, adeguatamente articolate a livello territoriale ed ospedaliero, con il coordinamento della Centrale operativa. Le successive "Linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del D.P.R. 27 marzo 1992", emanate nel 1996, forniscono indicazioni sui requisiti organizzativi e funzionali della rete dell'emergenza. ([https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1203\\_ulterioriallegati\\_ulterioreallegato\\_9\\_alleg.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1203_ulterioriallegati_ulterioreallegato_9_alleg.pdf)).

<sup>50</sup> Artt. 7 e segg., D.Lgs 502/1992.

<sup>51</sup> DPR 7/4/1994. Approvazione del progetto-obiettivo *Tutela della salute mentale 1994-1996*.

<sup>52</sup> DPR 1/3/1994 Approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 1994-1996.

tra cui i più frequenti sono: per aree omogenee, per branca specialistica, per età degli assistiti, per organo o apparato, per settore nosologico e per momento di intervento sanitario o intensità e gradualità delle cure. Il principio razionale comune è che il Dipartimento, grazie all'integrazione fisica (spazi, tecnologie, risorse umane), organizzativa (coordinamento delle risorse) e clinica (coordinamento spazio-temporale del personale sul medesimo processo), consente di elevare l'efficienza e la qualità dei risultati sanitari assicurando il contenimento dei costi.

Al Dipartimento afferiscono quindi strutture o unità operative semplici e complesse ossia articolazioni interne cui è assegnata responsabilità di gestione di risorse tecniche, umane e finanziarie. Le unità operative afferenti restano, sotto il profilo organizzativo, tra loro del tutto autonome ed indipendenti ma unite da una aggregazione funzionale con protocolli e linee guida concordati e uniformi per costruire una politica assistenziale integrata per quanto riguarda determinate raggruppamenti di patologie e specifici sottogruppi di pazienti.

Il Dipartimento è guidato da un Direttore di Dipartimento, scelto dal Direttore Generale tra i dirigenti delle strutture complesse che vi afferiscono. Il Direttore ha responsabilità professionali in materia clinico-organizzativa e di prevenzione nonché responsabilità di tipo gestionale in ordine alla razionale e corretta programmazione e gestione delle risorse assegnate per la realizzazione degli obiettivi attribuiti.

Le sue funzioni sono quelle di: a) assicurare la gestione delle risorse complessive e comuni del Dipartimento favorendo ogni forma di concertazione con i Responsabili delle unità complesse e semplici aggregate; b) svolgere funzioni di indirizzo generale e di coordinamento delle attività del Dipartimento curandone attuazione e sviluppo nel rispetto delle attribuzioni professionali dei dirigenti medici e degli indirizzi ed obiettivi stabiliti dall'atto aziendale; c) verificare la conformità delle attività dipartimentali agli indirizzi approvati; d) contrattare la proposta di budget del Dipartimento, sentito il Comitato di Dipartimento; e) convocare e presiedere il Comitato di Dipartimento.

La composizione e le funzioni del Comitato di Dipartimento sono disciplinate dalla Regione, anche se di solito è composto da tutti i responsabili delle unità operative, da una rappresentanza dei dirigenti non titolari di responsabilità di struttura e da una rappresentanza delle figure tecnico-sanitarie.

Il Comitato di Dipartimento esprime pareri e proposte in merito a: definizione del budget del Dipartimento; attività, piani e programmi di indirizzo generale; criteri generali per l'impiego del personale e per l'uso degli spazi e delle attrezzature; individuazione del fabbisogno di personale e di beni strumentali al Dipartimento; piani di formazione e aggiornamento professionale.

Tra i diversi Dipartimenti, un ruolo fondamentale è svolto dal Dipartimento di Prevenzione<sup>53</sup> in quanto struttura operativa che assicura la tutela della salute collettiva. Il Dipartimento di Prevenzione è infatti un'articolazione organizzativa complessa dell'Azienda sanitaria, cui compete primariamente la funzione di supporto tecnico alla Direzione Generale nella propria funzione di committenza delle prestazioni di cura, nella definizione delle strategie aziendali di promozione della salute e di prevenzione delle malattie e delle disabilità e del miglioramento della qualità della vita. Inoltre, esso svolge funzione di supporto tecnico nei confronti degli enti locali e degli altri soggetti coinvolti, nell'elaborazione e realizzazione dei Piani per la Salute. Il Dipartimento di Prevenzione è, inoltre, la struttura preposta alle attività proprie del livello di assistenza sanitaria collettiva negli ambienti di vita e di lavoro. Tra queste attività si annoverano: la profilassi delle malattie infettive e diffuse nei riguardi dell'intera collettività; la tutela della collettività e dei singoli individui dai rischi sanitari negli ambienti di vita, anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali; la tutela della collettività e dei singoli individui dai rischi infortunistici e sanitari connessi agli ambienti di lavoro; l'igiene e la sicurezza negli istituti educativi e scolastici; la sanità pubblica veterinaria; la tutela igienico-sanitaria degli alimenti; sorveglianza e prevenzione nutrizionale; la tutela della salute nelle attività sportive.

In relazione a tali aree di offerta, che si distinguono in servizi ed unità operative, il Dipartimento di Prevenzione ha funzioni di governo professionale e di promozione delle azioni volte alla individuazione e rimozione delle cause di nocimento e di malattia, nonché di erogazione delle prestazioni di assistenza, controllo e vigilanza.

<sup>53</sup> Art. 7 e segg. D.Lgs. n. 502/1992.

L'articolazione delle aree dipartimentali nelle su indicate strutture organizzative rappresenta il livello di organizzazione che le Regioni assicurano per garantire l'esercizio delle funzioni comprese nei livelli essenziali di assistenza, nonché l'osservanza degli obblighi previsti dall'ordinamento dell'Unione europea. Per far ciò, le Regioni assicurano che siano dotate di personale adeguato, per numero e qualifica.

Nella regolamentazione del Dipartimento di prevenzione, le Regioni possono prevedere, secondo le articolazioni organizzative adottate, la disciplina delle funzioni di medicina legale e necroscopica ovvero di altre funzioni di prevenzione comprese nei livelli essenziali di assistenza.<sup>54</sup>

Il Dipartimento di Prevenzione opera nell'ambito del Piano attuativo locale, ha autonomia organizzativa e contabile, è organizzato in centri di costo e di responsabilità. Come per gli altri Dipartimenti, anche per quello di Prevenzione il Direttore è scelto dal Direttore Generale.<sup>55</sup>

Il Presidio Ospedaliero<sup>56</sup> è struttura deputata erogare assistenza sanitaria sul territorio, e comprende una o più strutture ospedaliere della AUSL, non costituite in Aziende Ospedaliere. Nel Presidio si erogano prestazioni e servizi specialistici non erogabili nell'ambito della rete territoriale, e cioè tutte quelle prestazioni in regime di ricovero che per acuzie o complessità o intensità del bisogno assistenziale non sono erogabili presso le strutture ambulatoriali, a domicilio del paziente o in altre strutture residenziali; in particolare: pronto soccorso, ricoveri ordinari, day hospital o day surgery, ricoveri per lungodegenza e riabilitazione.

Nonostante l'assenza di personalità giuridica e la dipendenza dagli organi di gestione dell'AUSL, il Presidio Ospedaliero è dotato di propria autonomia gestionale e contabile all'interno del bilancio dell'Azienda. Il Presidio Ospedaliero ha infatti un Direttore medico di Presidio che svolge funzioni di Direttore sanitario ed è responsabile delle funzioni di igiene e organizzazione del Presidio su delega del Direttore sanitario dell'AUSL. Inoltre, è presente una direzione amministrativa, con un dirigente amministrativo a sua volta responsabile delle funzioni gestionali, su delega del Direttore generale dell'AUSL, e del coordinamento amministrativo, su delega del Direttore sanitario dell'AUSL.

Il Direttore medico di Presidio opera quindi in base agli indirizzi del Direttore Sanitario dell'Azienda, assicurando la continuità assistenziale con i servizi territoriali e assumendo responsabilità gestionali, organizzative, igienico-sanitarie, di prevenzione, medico-legali, scientifiche, di formazione, di aggiornamento, di promozione della qualità dei servizi sanitari e delle rispettive prestazioni. Egli è responsabile del governo clinico del Presidio, promuove le azioni finalizzate al coordinamento e al miglioramento dell'efficienza, dell'efficacia e dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, svolge attività di indirizzo, coordinamento, supporto e verifica nei confronti dei Direttori medici dei Dipartimenti, delle strutture complesse e delle strutture semplici di Dipartimento favorendo l'integrazione delle strutture sia all'interno del Presidio che con quelle territoriali.

Il Decreto Ministeriale del 2 aprile 2015, n. 70 recante *Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera* ri classifica le strutture ospedaliere secondo la seguente tripartizione: presidi ospedalieri di base, con bacino di utenza compreso tra 80.000 e 150.000 abitanti; presidi ospedalieri di I livello, con bacino di utenza compreso tra 150.000 e 300.000 abitanti; presidi ospedalieri di II livello, con bacino di utenza compreso tra 600.000 e 1.200.000 abitanti.

## Riorganizzazione della medicina territoriale

Il *Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale*, di cui al Decreto Ministeriale del 3 maggio 2022 n. 77, ha introdotto ulteriori novità per quanto riguarda la riorganizzazione della medicina territoriale. Ciò al fine di raggiungere gli obiettivi previsti nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), Missione 6 Salute, volto al potenziamento del SSN per un sistema di cure più equo ed accessibile, e per servizi di prevenzione meglio distribuiti sul territorio nazionale e più efficaci.

<sup>54</sup> Art. 7<sup>quater</sup>, comma 5, D.Lgs. n. 502/1992.

<sup>55</sup> L'Art. 7<sup>quater</sup>, comma I, D.Lgs. n. 502/1992 stabilisce che il direttore del dipartimento è scelto tra i direttori di struttura complessa del dipartimento con almeno cinque anni di anzianità di funzione e risponde alla direzione aziendale del perseguimento degli obiettivi aziendali, dell'assetto organizzativo e della gestione, in relazione alle risorse assegnate.

<sup>56</sup> Art. 4, D.Lgs. n. 502/1992.

Il Decreto definisce infatti la rete dei servizi territoriali (comprese le modalità d'azione della rete delle cure palliative, dei servizi per la salute dei minori, dei consultori familiari e per la prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico), gli standard in rapporto alla popolazione, i parametri di riferimento del personale, le modalità organizzative e funzionali, gli obiettivi strategici di riferimento, la *governance* del sistema.

Si tratta quindi di una riforma della sanità territoriale, basata su un nuovo modello organizzativo per l'assistenza primaria individuando standard tecnologici e organizzativi uniformi su tutto il territorio nazionale, e promuovendo un nuovo assetto istituzionale per la prevenzione. Ad esempio, il Piano prevede il potenziamento dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) fino al 10% degli assistiti ultrasessantacinquenni entro il 2026, da attuarsi soprattutto con la Telemedicina nelle sue principali modalità di televisita, teleconsulto, telemonitoraggio e teleassistenza.

Il centro del nuovo modello organizzativo della sanità territoriale è il Distretto sanitario, quale punto di riferimento per l'accesso a tutti i servizi dell'Azienda sanitaria. All'interno del Distretto opera la Casa della Comunità che rappresenta il fulcro della nuova rete territoriale in quanto luogo dove i cittadini trovano assistenza continuativa ogni giorno della settimana, secondo un approccio integrato e multidisciplinare. Le équipes infatti sono costituite da medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialisti, infermieri di famiglia e altri professionisti coinvolti nel processo di cura. Particolare rilievo è attribuito proprio alla figura dell'infermiere di famiglia (o comunità), che è il professionista di riferimento per assicurare l'assistenza infermieristica in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità in cui opera, perseguendo l'integrazione interdisciplinare, sanitaria e sociale dei servizi e dei professionisti.

L'obiettivo del PNRR è quello di realizzare 1.350 Case della Comunità distribuite sul territorio nazionale, rinnovate e tecnologicamente attrezzate, organizzate in rete con un nodo centrale (*hub*) e altri elementi ad esso collegati (*spoke*) in base alle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio per favorire la capillarità dei servizi e una maggiore equità di accesso soprattutto in aree interne e rurali.

Le Case di Comunità con funzione di *hub* (una ogni 40.000-50.000 abitanti) prevedono l'assistenza medica (h24 - 7 giorni su sette) ed infermieristica (h12 - 7 giorni su sette), mentre quelle con funzione di *spoke* dovranno garantire, insieme ad altri servizi come il Punto Unico di Accesso (PUA), il collegamento con il Centro Unico di Prenotazione (CUP) aziendale e la presenza medica e infermieristica (12 ore al giorno - 6 giorni su sette).

Gli Ospedali di Comunità, quali strutture più prossime al domicilio degli assistiti svolgono, invece, la funzione di facilitare la transizione dei pazienti dalle strutture ospedaliere per acuti al proprio domicilio, e sono stati pensati per evitare ricoveri ospedalieri impropri favorendo al contempo dimissioni protette in luoghi più idonei in base ai fabbisogni assistenziali, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale, del grado di autonomia del paziente.

Alla funzione di coordinamento per la presa in carico della persona e il raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi ambiti assistenziali provvedono le Centrali Operative Territoriali (COT), che si relazionano anche con la Centrale Operativa Regionale, che è la sede del Numero Europeo Armonizzato per le cure mediche non urgenti, che offre un servizio telefonico gratuito h24 e 7 giorni su 7 per tutte le prestazioni sanitarie e sociosanitarie a bassa intensità assistenziale.

Infine, al Distretto afferiscono anche le Unità di Continuità Assistenziale (UCA), sperimentate durante la fase pandemica quali équipes mobili composte da almeno un medico e un infermiere per la gestione e il supporto alla presa in carico di soggetti o di comunità che versano in condizioni di particolare complessità.

Il governo nazionale ha avviato nel 2023 una fase di ricognizione dello stato di attuazione del PNRR in ragione del mutato contesto geopolitico internazionale successivo all'invasione russa dell'Ucraina e alle sopravvenute ricadute economiche e sociali. Con particolare riferimento agli interventi previsti nell'ambito della Missione 6 Salute, il mutato contesto ha fatto emergere difficoltà di attuazione non solo per le strutture sanitarie (Casa della Comunità, Ospedali della Comunità, Ospedali sicuri e sostenibili) ma anche per i progetti di transizione digitale quali telemedicina, sostituzione delle grandi apparecchiature, digitalizzazione dei DEA di I e II livello, nella misura in cui richiedono lavori edili per la preparazione dei locali (ad esempio, di quelli destinati ad accogliere le nuove apparecchiature). Ulteriori criticità sono state identificate nelle catene di approvvigionamento delle materie prime, nella fornitura di attrezzature e nella logistica per mancanza di flessibilità degli strumenti contrattuali utilizzabili dai soggetti attuatori e per strozzature dal lato dell'offerta (legate ad esempio alla concentrazione in capo a pochi operatori economici specializzati in ambito sanitario).

Sono state allora proposte dal governo in carica alcune modifiche per adeguare il Piano, ma anche nuove azioni tese ad affiancare e a rafforzare le linee d'intervento preesistenti per conseguire risultati sostenibili anche dal punto di vista organizzativo e gestionale.

Nel complesso, le modifiche proposte al PNRR mirano a preservare l'ambizione della Missione 6 Salute e a realizzare quanto previsto dal DM n. 77/22, rendendo le strutture territoriali funzionanti ed operative anche attraverso l'integrazione di figure professionali quali gli specialisti ambulatoriali interni e la dotazione di attrezzature e tecnologie innovative e sostenibili dal punto di vista energetico.

### *Proposta di revisione del PNRR, Missione 6 Salute*

Con riferimento alle strutture sanitarie di prossimità di cui alla Componente 1 della Missione 6, le modifiche proposte consistono nella rimodulazione degli obiettivi sotto il profilo quantitativo, nel differimento della scadenza, nella introduzione di nuove linee di intervento finanziate con le disponibilità residue derivanti dalla rimodulazione degli obiettivi.<sup>57</sup> Ad esempio, sono incluse tra le modifiche anche le dotazioni strumentali necessarie a garantire prestazioni specialistiche diagnostiche ulteriori a quelle di base, sia nelle Case della Comunità sia negli ambulatori collegati, al fine di migliorare il processo di presa in carico dei pazienti, in via prioritaria cronici e fragili, migliorare la gestione delle urgenze e ridurre il fenomeno delle liste di attesa.

Il Ministero della Salute ha quindi proposto di riprogrammare gli investimenti come di seguito dettagliato.

*M6C1 – Investimento 1.1: Case della Comunità e presa in carico della persona.* La proposta di modifica prevede la rimodulazione quantitativa del target da 1.350 a 936 interventi, giustificata dall'aumento dei costi dell'investimento e dei tempi di attuazione (art. 21 del regolamento 2021/241). La rimodulazione riguarderebbe prevalentemente i nuovi edifici, per i quali la realizzazione entro giugno 2026 è a rischio. Gli investimenti espunti verranno comunque realizzati, con le modalità già programmate, assicurando la copertura finanziaria mediante il ricorso alle risorse nazionali del programma di investimenti in edilizia sanitaria e ammodernamento tecnologico ex art. 20 della legge n. 67/1988 o mediante la riprogrammazione delle risorse della politica di coesione (FSC).

Le risorse PNRR che residuerebbero dalla riduzione del target e dalla copertura dei maggiori costi potrebbero essere utilizzate per: finanziare una nuova sub-linea d'investimento tesa a rafforzare i poliambulatori specialistici pubblici, in stretto collegamento alle Case della Comunità, in particolare per la sostituzione o implementazione di apparecchiature di radiodiagnostica di base e/o radiologia domiciliare e laboratoristica; rafforzare gli interventi legati agli obiettivi del tagging climatico; coprire un ulteriore eventuale aumento dei costi.

*M6C1 – Investimento 1.2: Casa come primo luogo di cura e telemedicina.* Le proposte di modifica riguardano, rispettivamente, il sub-investimento 1.2.2, Centrali Operative Territoriali (COT), e il sub-investimento 1.2.3, Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici.

Sub-investimento 1.2.2: la proposta di modifica prevede la rimodulazione del target (M6C1-7) da 600 a 524 COT e il suo differimento di un semestre (da T2-2024 a T4 2024), giustificata dall'aumento dei costi dell'investimento e dei tempi di attuazione (art. 21 del regolamento 2021/241). Le COT escluse dal target verranno realizzate con risorse a valere su fondi nazionali, ex art. 20 della legge n. 67/88.

Sub-investimento 1.2.3: la proposta di modifica riguarda il target relativo alle persone assistite attraverso gli strumenti della telemedicina (M6C1-9), per il quale si propone di differire il conseguimento di un semestre (da T4 2025 a T6 2026) in considerazione della difficoltà a reperire materie prime (ad esempio, metalli e materiali utilizzati nelle apparecchiature tecnologiche) e dell'incremento generalizzato dei relativi prezzi e del costo dell'energia (art. 21 del regolamento 2021/241).

<sup>57</sup> Proposte per la revisione del PNRR e capitolo REPowerEU del 27 luglio 2023. <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1690468240.pdf>.

*M6C1 – Investimento 1.3: Rafforzamento dell’assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità).* La proposta di modifica prevede la rimodulazione del target da 400 a 304 progetti, destinando le risorse ai progetti di ristrutturazione di edifici esistenti che, alla luce delle ultime attività di monitoraggio, non presentano complessità attuative. La proposta è giustificata dall’aumento dei costi dell’investimento e dei tempi di attuazione (ex art. 21 del regolamento 2021/241). I nuovi edifici e, in generale, i progetti che presentano un maggior rischio di mancata realizzazione entro i termini saranno invece finanziati con le risorse dell’art. 20 legge n. 67/1988 (ivi inclusi economie di progetto e residui di Accordi di programma) o dalle risorse della politica di coesione (FSC) laddove necessarie.

Nell’ambito della Componente 2 della Missione 6, le modifiche proposte riguardano gli investimenti 1.1-1.3, come di seguito riportato.

*M6C2 – Investimento 1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero.* Nell’ambito di questo investimento, le modifiche proposte riguardano rispettivamente il sub-investimento 1.1.1, Digitalizzazione DEA I e II e Rafforzamento strutturale SSN, e il sub-investimento 1.1.2, Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Grandi apparecchiature). In entrambi i casi la giustificazione è riconducibile all’aumento dei costi dell’investimento e dei tempi di attuazione (art. 21 del regolamento 2021/241).

Sub-investimento 1.1.1 (M6C2-8): la modifica proposta riguarda la possibilità di ampliare la disponibilità di strumenti contrattuali disponibili ai soggetti attuatori, sia includendo gare CONSIP (che attualmente è l’unica centrale di committenza ammessa) già pubblicate (come la III gara sanità digitale) e in fase di pubblicazione e/o aggiudicazione sia prevedendo il ricorso al Mercato elettronico della pubblica amministrazione (MEPA)/Sistema Dinamico di Acquisizione della Pubblica Amministrazione (SDAPA) per acquisti ancillari. L’obiettivo della proposta è di consentire il perfezionamento degli interventi avviati sugli accordi quadro CONSIP già ad oggi disponibili, che necessitano di acquisti di elementi ancillari per una migliore efficacia degli interventi stessi (come, ad esempio, l’acquisto di tablet per la raccolta della firma grafometrica da parte dei pazienti per gli interventi di cartella clinica digitale). Inoltre, con le economie di gara e di progetto nonché le risorse dei progetti in essere ex art. 20 della legge 67/88 non rendicontate potrà essere inserita una linea d’intervento a favore della gestione dei farmaci mediante il finanziamento di 100 progetti innovativi di logistica del farmaco.

Sub-investimento 1.1.2. (M6C2-6): la proposta di modifica consiste nel differimento del conseguimento del target a T4 2025 da T4 2024 per consentire ai soggetti attuatori di completare tutte le attività necessarie per l’acquisto, l’installazione e la sostituzione delle apparecchiature obsolete o fuori uso, a fronte del ritardo accumulato a causa di molteplici fattori, quali l’aumento dei costi (che incide sui lavori per l’adeguamento degli spazi destinati a ospitare le grandi apparecchiature e sull’effettiva disponibilità nei tempi previsti dalle procedure di acquisto delle grandi apparecchiature contrattualizzate), i ritardi nelle forniture e le difficoltà legate all’approvvigionamento delle materie prime.

Le economie di gara e di progetto nonché le risorse del fondo ex art. 20 della legge 67/88 inoltre potrebbero essere destinate all’introduzione di apparecchiature innovative e/o upgrade di quelle esistenti. Inoltre, per le finalità sopra riportate, le economie dei progetti in essere ex art. 20 della legge 67/88 non rendicontate potranno finanziare due nuove linee d’intervento a favore dell’adeguamento di 100 sale operatorie e del rafforzamento tecnologico mediante l’introduzione di tecnologie innovative in ambito chirurgico con l’acquisto e/o noleggio di 80 robot chirurgici.

*M6C2 – Investimento 1.2: Verso un ospedale sicuro e sostenibile.* La proposta di modifica prevede la rimodulazione degli investimenti riducendo gli interventi antisismici nelle strutture ospedaliere funzionali all’allineamento alle norme antisismiche da 109 ad 87. La proposta si giustifica alla luce dell’incremento dei costi e del conseguente allungamento dei tempi di realizzazione di 22 interventi particolarmente complessi (art. 21 del regolamento 2023/241). Per tali progetti, ritenuti a rischio di conseguimento del target per criticità relative all’esecuzione delle opere o all’organizzazione del cantiere, è previsto il finanziamento con le risorse ex art. 20 della legge 67/88. Le risorse liberate dalla rimodulazione del target potranno essere destinate a coprire i maggiori costi e a rafforzare l’investimento anche sotto il profilo della sostenibilità, intervenendo con opere impiantistiche finalizzate all’adeguamento degli impianti aereazioni e all’adeguamento antincendio.

*M6C2 – Investimento 1.3: Rafforzamento dell’infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l’elaborazione, l’analisi dei dati e la simulazione (FSE).* La proposta di modifica riguarda la previsione secondo

la quale l'integrazione/l'inserimento dei documenti nel FSE deve iniziare dai documenti nativi digitali, escludendo dal perimetro dell'intervento la migrazione/trasposizione ad hoc di documenti cartacei attuali o vecchi.

### Prospettive future

Con le recenti riforme sopra indicate, il decisore politico ha manifestato da un lato la volontà di implementare l'offerta di presidi di prossimità territoriale al cittadino, dall'altro di coordinare l'integrazione tra le diverse strutture sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali presenti sul territorio, in modo tale da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione, nonché uniformità dei livelli di assistenza e di pluralità dell'offerta.

L'introduzione di strutture polivalenti come Case di Comunità e Ospedali di Comunità è stata pensata con lo scopo di erogare ai cittadini, all'interno di un'unica rete assistenziale con il sistema ospedaliero, l'insieme dei LEA nella loro unitarietà di prevenzione, cura e riabilitazione. Queste strutture sono state cioè previste per essere punti di riferimento per le cure primarie con caratteri di estensività assistenziale e per integrare il sistema ospedaliero caratterizzato da intensività assistenziale, orientamento alla produttività delle prestazioni, efficienza ed eccellenza. La missione principale di queste strutture territoriali è allora prendersi cura delle persone fin dal momento dell'accesso, attraverso l'accoglienza dei cittadini, la collaborazione tra professionisti, la condivisione dei percorsi assistenziali, la valorizzazione delle competenze, anche allo scopo di contenere gli accessi impropri agli ospedali. Inoltre, l'adozione di un modello basato sull'integrazione funzionale tra i diversi erogatori di servizi sanitari ha l'ambizione di utilizzare meglio le risorse umane e professionali disponibili, che sono tendenzialmente insufficienti rispetto all'attuale fabbisogno di salute e assistenza della popolazione italiana, ed i cui costi non sono stati previsti dal Piano. Quello della scarsità di professionisti della salute e della sostenibilità dei loro costi, sono infatti tra le principali future sfide con cui la riforma della sanità territoriale dovrà fare i conti.

La necessità di differenziare e contestualizzare le strategie di intervento interpretandole attraverso percorsi clinico-assistenziali assume crescente rilievo in considerazione delle evoluzioni demografiche ed epidemiologiche della popolazione italiana, sempre più fragile sotto il profilo epidemiologico perché in larga parte anziana, affetta da patologie croniche spesso associate, le cui esigenze assistenziali sono determinate non solo da fattori legati alle condizioni cliniche, ma anche da quelle sociali, familiari e ambientali, ivi compresa l'accessibilità alle cure.

Le prospettive del nuovo modello di assistenza sul territorio prendono pertanto ispirazione da quattro elementi chiave: 1) medicina di popolazione, per la promozione della salute della popolazione di riferimento; 2) sanità di iniziativa, per la gestione delle malattie croniche mediante coinvolgimento proattivo dell'individuo; 3) stratificazione della popolazione per profili di rischio attraverso algoritmi predittivi, finalizzata a: 4) programmazione, gestione e verifica delle risposte cliniche socio-assistenziali, diagnostiche, riabilitative e di prevenzione in base ai bisogni di salute.

### Bibliografia

- Lamberti L (a cura di). *Diritto Sanitario*. Milano: Editore Ipsoa - Collana Itinera Guide Giuridiche; 2019.
- Bello V. *Compendio di diritto Sanitario*. Molfetta: Neldiritto Editore - Collana I Compendi d'Autore, I Edizione; 2023.
- Veronelli G. *Compendio di diritto sanitario*. Napoli: EdizioniEditore - Collana I Compendi d'Autore, I Edizione; 2023.
- La Centrale Operativa Territoriale: dalla realizzazione all'attivazione*. I Quaderni, supplemento di Monitor. Roma: Agenas; 2022.
- Cascini F, Gentili A. *National Recovery and Resilience Plan and Health: qualitative analysis on the sustainability of the interventions on health care*. Annali di Igiene, Medicina Preventiva e di Comunità. 2023;35(5).

#### Libero Accesso

Questo capitolo è concesso in licenza d'uso gratuita, consentendone l'utilizzo, la condivisione, l'adattamento, purché si dia credito adeguato all'autore originale e alla fonte.

Le immagini o altro materiale di terze parti in questo capitolo sono e restano di proprietà della casa editrice, salvo diversamente indicato.

L'uso del capitolo è quindi consentito all'interno delle norme di legge a tutela del detentore del copyright.

**La Edizioni Idelson Gnocchi 1908 si riserva comunque anche di mettere a stampa l'intera opera, offrendola al mercato a titolo oneroso, secondo i consueti canali di vendita sul territorio.**