

AVVISI PUBBLICO DI SELEZIONE, PER TITOLI ED ESAMI, PER L'ASSUNZIONE DI
N. 20 COADIUTORI AMMINISTRATIVI (OPERATORI CONTACT CENTER)
N. 66 COADIUTORI AMMINISTRATIVI (OPERATORI CUP - Centro Unico Prenotazioni)

Prova orale - Argomenti e riferimenti di studio

Sommario

1.	Accoglienza e Front-office	3
2.	Tutela della privacy dell'assistito e trattamento dei dati personali	10
3.	Nozioni sull'ordinamento della ASL FG.	14
4.	Legge Regionale n. 9/2006 - Modifica ambiti territoriali delle Aziende sanitarie locali	32
5.	Nozioni sui diritti e doveri dei dipendenti della Sanitaservice ASL FG S.r.l.	33

1. Accoglienza e Front-office

Linee guida hospitality –l'accoglienza dell'utenza nelle Strutture Sanitarie

Con Deliberazione di Giunta Regionale n. 671/2019 (BURP n. 51 del 14.05.2019), la Regione Puglia ha approvato le linee guida "Hospitality" per la Governance del processo di adeguamento, riorganizzazione e unificazione delle attività connesse all'accoglienza nelle strutture sanitarie pugliesi, con particolare riferimento ai Presidi Ospedalieri.

Il progetto ha lo scopo di definire un sistema identitario comune per l'accoglienza agli utenti e loro familiari nelle strutture sanitarie pubbliche della Puglia, a cominciare dai presidi ospedalieri, arrivando ai PTA (Presidi Territoriali di Assistenza) e anche a tutta la rete dei centri territoriali di assistenza (poliambulatori, consultori, centri vaccini ecc.), in particolare modulando in scala l'applicazione del sistema di identità visiva/wayfinding e identità ambientale, e quindi ha come obiettivi:

1. accesso all'informazione;
2. accoglienza e umanizzazione;
3. partecipazione e tutela;
4. prevenzione.

La buona accoglienza è necessaria per costruire un rapporto di fiducia e collaborazione tra persona assistita e persona che assiste, all'interno di una relazione di aiuto. Un meccanismo che passa dalla qualità della **relazione umana** e dell'insieme dei **servizi** (informativi, di orientamento, di supporto) offerti dalla struttura. Passando dal primo approccio all'accettazione e poi alla presa in carico, guidano pazienti e familiari nel percepire l'ospedale anche come **luogo accogliente e organizzato**, alimentando in parallelo quell'indispensabile rapporto di fiducia legato all'affidarsi alle cure altrui in momenti spesso delicati della vita.

Dietro tutto ciò, deve esserci un modello generale di **governance** comune e identitaria per tutte le strutture pugliesi; un modello integrato, che porti benefici per tutti gli attori coinvolti:

- **Per pazienti e familiari:** vivere e percepire una migliore qualità nell'accesso e permanenza nella struttura;
- **Per la struttura sanitaria:** valorizzare e umanizzare gli spazi interni ed esterni; contribuire a mitigare le soglie di conflittualità; concorrere a incrementare produttività e reputazione della singola struttura e del sistema sanitario pugliese;
- **Per il personale:** affinare la propria formazione in tema di accoglienza; gestire in modo più efficiente il flusso di accessi; ridurre lo stress occupazionale.

Ogni Struttura quindi provvede:

- a) all'individuazione di un **Responsabile del coordinamento dell'Accoglienza**, che attua le linee Guida dell'Accoglienza e che si occupa del monitoraggio interno sull'attuazione del Protocollo di Accoglienza, di un suo **Referente Operativo**, di un **Coordinamento** formato da figure strategiche della struttura, e di un **Team Accoglienza**, ossia tutto il personale con mansioni dirette - anche non esclusive - di accoglienza, che sarà riconoscibile al pubblico anche grazie a un nuove specifiche etichette o badge;
- b) alla creazione di un Protocollo di Accoglienza sulle esigenze e peculiarità delle singole strutture sanitarie, secondo un master allegato alle Linee Guida che, riempito dei contenuti specifici sull'accoglienza, sia destinato al pubblico (in abbinamento o integrazione della Carta dei Servizi). Il Protocollo elenca anche le soluzioni più idonee scelte dal sistema di identità visiva e ambientale;
- c) alla formazione del personale, coordinata dalla ARESS (Agenzia Strategica Regionale per la Salute ed il Sociale) in base al piano formativo condiviso, coinvolgendo esperti, interni ed esterni alla struttura sanitaria, con elevate competenze tecniche e professionalità;
- d) all'attivazione di strumenti di feedback: **esterno** (questionario per utenti pre-post interventi) ed **interno** (monitoraggio e valutazione sulla attuazione del Protocollo di Accoglienza della singola struttura e livelli di coerenza con la progettazione delle Linee Guida approvate dalla Regione Puglia).

L'Accoglienza del disabile

Ai sensi della legge n. 104/92 art. 3 E' persona handicappata colui che presenta una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione.

L'utente disabile non si aspetta un'attenzione speciale, richiede bensì un servizio professionale e di qualità. E' importante ricordare perciò che gentilezza e cordialità sono sempre ben accolte e che un tipo di comportamento naturale dà la possibilità all'interlocutore di sentirsi progressivamente a proprio agio. Per questi motivi, sarà apprezzato un approccio diretto alla persona e non ai familiari o agli accompagnatori, tenendo presente il fatto che la persona con disabilità va messa nelle condizioni di agire il più possibile in modo autonomo; se avrà bisogno di aiuto lo chiederà direttamente: in questo caso, sarà possibile chiedere quale sia il modo migliore per porgere l'aiuto richiesto. Sempre, sarà necessario adattarsi a tempi più lunghi nel contatto con il cliente.

Il colore dell'accoglienza

Le linee guida "Hospitality" hanno definito anche il "Il colore dell'accoglienza". Uno studio condotto sotto la guida scientifica dell'ospedale Paracelsus di Richterswil, ha mostrato con grandissima significatività statistica che, il colore **rosa** (Cool Down Pink), ha uno spiccato effetto calmante, che si manifesta già dopo pochi minuti. Questo effetto è stato finora osservato in tutte le fasce d'età e a prescindere dal sesso ed è efficace strumento d'intervento in situazioni di tensione.

Inoltre dallo studio è emerso anche che il colore **rosa** abbassa la pressione sanguigna ed è strettamente correlato alla riduzione delle tensioni e aggressività (nei primi 15 minuti). A rendere ciò possibile è la conduzione degli stimoli delle valenze cromatiche nel diencefalo.

Il colore **rosa** viene utilizzato con successo già dal 2007 negli istituti penitenziari e nelle celle della polizia. Nei luoghi in cui è stato utilizzato si sono ridotti notevolmente gli atti di violenza.

È impiegato anche nelle stanze degli istituti scolastici e delle strutture per disabili. Diverse cliniche universitarie di psichiatria testano attualmente l'effetto di questo colore per la cura dei pazienti aggressivi.

Altri campi d'impiego sono le stanze antishock e le ambulanze nell'ambito della medicina intensiva, le stanze rifugio della protezione civile, la sicurezza privata (stanze antipanico), la prevenzione della violenza negli spazi urbani, negli ambienti di lavoro ad alto carico di stress.

Riassumendo, le caratteristiche del colore **rosa**:

- Placa le aggressioni e neutralizza la disposizione alla violenza;
- Favorisce la fiducia e la capacità d'immedesimazione;
- Trasmette calore e affetto;
- Stabilizza efficacemente i sentimenti;
- È utile per combattere gli stati di panico.

I campi d'impiego idonei:

- Stanze di time-out / di intervento in caso di crisi (psichiatria, istituti penitenziari, strutture di cura, scuole);
- Stanze per neonati;
- Reparti maternità;
- Strutture terapeutiche;
- Stanze di acquietamento;
- Soggiorni.

La teoria della comunicazione umana secondo Paul Watzlawick

Secondo lo psicologo austriaco Paul Watzlawick, la comunicazione esercita un ruolo fondamentale nelle nostre vite e nell'ordine sociale, anche se ne siamo poco coscienti. D'altro canto, sin dalla nostra nascita, partecipiamo senza accorgercene al processo di acquisizione delle regole di comunicazione immerse nelle nostre relazioni.

A mano a mano impariamo cosa dire e come farlo, altresì le molteplici forme di comunicazione esistenti nel nostro quotidiano. Sembra incredibile che un processo tanto complesso passi così inosservato e che venga assimilato quasi senza uno sforzo consapevole. Ciò che è certo è che, senza la comunicazione, l'essere umano non avrebbe potuto avanzare né evolversi fino a diventare quello che è oggi. Quali sono i meccanismi della comunicazione che ci permettono di relazionarci e che, nonostante la loro importanza, non teniamo in considerazione?

Paul Watzlawick, sviluppò la teoria della comunicazione umana, pietra miliare per la terapia familiare. In quest'ultima, la comunicazione non si applica come un processo interno che sorge dal soggetto, ma come il frutto di uno scambio di informazioni che ha origine in una relazione.

Se prendiamo in considerazione questa prospettiva, non è importante tanto il modo di comunicare tra di noi o se quest'ultimo sia cosciente o meno, bensì come comunichiamo nel momento presente e il modo in cui ci influenziamo l'un l'altro.

È impossibile non comunicare.

La comunicazione è insita nella vita. Con questo principio Paul Watzlawick e i suoi colleghi si riferivano al fatto che tutti i comportamenti sono una forma di comunicazione, sia a livello implicito che esplicito. Persino stare in silenzio trasmette un'informazione o un messaggio, di conseguenza risulta impossibile non comunicare. La non-comunicazione non esiste.

Anche quando non facciamo niente, a livello verbale o meno, trasmettiamo qualcosa. Forse non siamo interessati a quello che ci dicono o semplicemente preferiamo non commentare. La questione è che il "messaggio" contiene più informazioni delle parole in senso stretto.

La comunicazione ha un livello di contenuto e un livello di relazione. Nella comunicazione non è solo importante il significato del messaggio in sé (livello di contenuto), ma è altrettanto rilevante come vuole essere compresa la persona che parla e come pretende che gli altri la capiscano (livello di relazione).

Quando ci relazioniamo con gli altri, trasmettiamo delle informazioni, ma la qualità della nostra relazione può dare un significato diverso a tali informazioni.

L'aspetto del contenuto corrisponde a ciò che trasmettiamo verbalmente, l'aspetto relazionale fa riferimento alla modalità in cui comunichiamo il messaggio, vale a dire il tono di voce, l'espressione facciale, il contesto, etc. Essendo quest'ultimo aspetto quello che determina e influenza il primo dato che il messaggio sarà ricevuto in un modo o nell'altro in base al tono o all'espressione che utilizziamo.

Tutta l'informazione che ci giunge viene filtrata a seconda delle esperienze, delle caratteristiche personali e delle conoscenze acquisite, questi elementi fanno sì che uno stesso concetto, come per esempio, l'amore, l'amicizia o la fiducia, abbia diversi significati.

In tutte le situazioni comunicative è importante la relazione stessa, ovvero il modo di interagire di tutte le persone coinvolte nella comunicazione e non tanto il ruolo individuale.

la comunicazione è un processo molto complesso e presenta una miriade di aspetti impliciti che si manifestano nelle relazioni di tutti i giorni.

La corretta comunicazione in ambito sanitario

Team Accoglienza, ossia tutto il personale con mansioni dirette - anche non esclusive - di accoglienza dell'utenza sanitaria (front office), rappresenta il primo contatto che l'utente ha con l'azienda sanitaria a cui si rivolge. Il luogo dove le esigenze dell'utente vanno accolte, comprese e soddisfatte. Comunicare deriva da "*cum munis*", cioè mettere in comune tra più persone, informazioni e conoscenze: comunicare è l'agire sociale, è il comportamento e l'interazione sociale.

Un'accoglienza cordiale, una comunicazione efficace, una tempestiva risposta alle richieste danno all'utente un'impressione eccellente e professionale non solo del front office, ma anche e soprattutto dell'azienda sanitaria stessa.

L'operatore del front office deve saper ricevere l'utente con cortesia e gentilezza, ascoltare le sue richieste, comprenderle e soddisfarle in breve tempo, accertandosi che tutte le informazioni date siano percepite in modo corretto.

In quest'ottica l'addetto al front office svolge una duplice funzione informativa e di supporto, fornendo la corretta informazione e agevolando un esatto utilizzo delle procedure, in un'ottica di condivisione e ascolto attivo delle richieste e difficoltà da affrontare.

I requisiti che rendono adeguata e corretta, in senso etico e costituzionale, l'informazione sono:

- chiarezza
- completezza
- tempestività
- corretta argomentazione
- responsabilità
- efficacia

La chiarezza: comunicare in modo chiaro significa concentrarsi sull'obiettivo, enfatizzandone così l'importanza e rendendo più semplice l'assimilazione dell'informazione da parte dell'utente. Un elemento essenziale della chiarezza dell'informazione è l'uso di una terminologia appropriata, che riduce le possibilità di confusione e l'ambiguità dell'informazione;

La completezza: per essere efficace è necessario che l'informazione sia completa, ovvero che contenga tutte le notizie necessarie all'utente per risolvere un problema. Comunicare in modo completo permette di raggiungere obiettivi di comunicazione in modo più rapido, poiché il ricevente ha già a disposizione tutti i dati per prendere le proprie decisioni e si riduce la quantità di domande e dubbi nel ricevente.

La tempestività: il messaggio giusto al momento giusto. Nella realtà della comunicazione sulla salute è importante tener conto degli effetti della risonanza che ha, sia sulla persona in quel preciso istante, sia sulla collettività.

La corretta argomentazione: l'informazione deve essere esposta in modo corretto. L'assenza di errori grammaticali o sintattici migliora la chiarezza dell'informazione e ne aumenta

l'impatto, influenzando positivamente anche sull'impressione che l'utente ottiene dall'operatore front office durante la comunicazione.

La responsabilità: non riguarda un solo soggetto, infatti, informare in modo adeguato è necessario ad entrambi i soggetti per poter decidere con consapevolezza; come già detto, non sempre quando parliamo di comunità, questa è preparata ad affrontare in modo maturo i problemi sanitari.

L'efficacia: è un insieme di responsabilità che definisce il complesso sistema della produzione corretta della comunicazione e che ne determina l'effetto. Il valore dell'informazione consiste nella sua fruibilità e significatività, in altre parole nella sua capacità di poter essere utilizzata per prendere decisioni efficaci.

2. Tutela della privacy dell'assistito e trattamento dei dati personali

Al cittadino che entra in contatto con le strutture sanitarie per diagnosi, cure, prestazioni mediche, operazioni amministrative deve essere garantita la più assoluta riservatezza e il più ampio rispetto dei suoi diritti fondamentali e della sua dignità. I dati personali in grado di rivelare lo stato di salute delle persone sono, infatti, di particolare delicatezza, per questo definiti "dati sensibili", e non possono essere diffusi.

Ad essi il Codice sulla protezione dei dati sensibili attribuisce una tutela rafforzata e stabilisce le regole per il loro trattamento (ad es: la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la conservazione ecc.) in ambito sanitario.

Che cosa è la Privacy

La privacy, disciplinata dal D.Lgs n. 101 del 10 agosto 2018, è un insieme di norme create per garantire che il trattamento dei dati personali si svolga nel rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali di ognuno: in ambito sanitario, il trattamento dei dati personali riceve una disciplina specifica.

A tale disciplina particolare sono soggetti chi esercita una professione sanitarie e gli organismi sanitari pubblici che trattano dati idonei a rivelare lo stato di salute:

- con il consenso dell'interessato ed eventualmente senza l'autorizzazione del Garante per la protezione dei dati personali se il trattamento persegue una finalità di tutela della salute o dell'incolumità fisica dell'interessato;
- anche senza il consenso dell'interessato, ma previa autorizzazione del Garante per la protezione dei dati personali, se la finalità di tutela della salute riguarda terzi o la collettività.

Trattamento dei dati

L'art. 13 del Codice della Privacy stabilisce che, prima di procedere alla raccolta dei dati, deve essere fornita all'interessato l'informativa relativa all'utilizzo futuro dei dati che vengono richiesti per finalità sanitarie.

Effettuata tale operazione, il trattamento dei dati si svolge tramite:

1. **raccolta:** deve essere azionata con la massima cura verificandone l'esattezza, la completezza e la pertinenza rispetto alla finalità del trattamento;
2. **registrazione** dei dati;
3. **conservazione** dei documenti in cui sono contenuti i dati in archivi con accesso controllato. Il Responsabile del trattamento può adottare i provvedimenti necessari affinché venga escluso un accesso agli archivi ed a dati da parte di soggetti che non siano incaricati del trattamento;
4. **utilizzo:** i dati sensibili devono essere utilizzati solo da chi è espressamente incaricato del trattamento;
5. **comunicazione:** si intende "il dare conoscenza dei dati personali a uno o più soggetti determinati diversi dall'interessato, in qualunque forma, anche mediante la loro messa a disposizione o consultazione". I dati sensibili possono essere comunicati a soggetti determinati solo ove sia espressamente previsto da una legge che autorizzi tale operazione in conformità al parere del Garante per la protezione dei dati personali;
6. **diffusione:** far conoscere i dati personali a soggetti indeterminati, in qualunque forma, anche mediante la loro messa a disposizione o consultazione.

Informativa

L'informativa in ambito sanitario deve contenere:

- le finalità e le modalità del trattamento a cui sono destinati i dati;
- la natura obbligatoria o facoltativa del conferimento dei dati;
- le conseguenze di un eventuale rifiuto a rispondere;
- i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati, e l'ambito di diffusione dei dati medesimi;
- gli estremi identificativi del titolare e, se designati, del rappresentante del territorio dello Stato responsabile.

Possono essere previste, tramite provvedimento del Garante, modalità semplificate per l'informativa.

I dati personali

I dati personali in ambito sanitario, sono quelli idonei a rivelare lo **stato di salute** (oltre che la vita sessuale), vale a dire tutte le nozioni e le informazioni positive e negative sulle condizioni corporali e mentali di una persona. Sono dati sanitari anche:

- i dati genetici che riguardano i caratteri ereditari di un individuo;
- le fotografie scattate ai fini di interventi chirurgici.

Il Codice della Privacy dedica molta attenzione a questi dati, circondando il trattamento di particolari cautele e misure di sicurezza, misure che variano a seconda della finalità del trattamento.

Generalmente la disciplina connessa ai trattamenti in ambito sanitario è particolarmente favorevole alla tutela del singolo, ma viene ristretta quando vengono in rilievo esigenze di protezione o tutela (sanitaria) della collettività.

Consenso dell'interessato

Le professioni sanitarie e gli organismi sanitari pubblici trattano i **dati personali sanitari** con il consenso dell'interessato e senza autorizzazione del Garante, se il trattamento riguarda dati e operazioni indispensabili per perseguire una finalità di tutela della salute, o dell'incolumità fisica dell'interessato, oppure, senza il consenso dell'interessato, ma previa autorizzazione del Garante (che deve sentire il Consiglio Superiore di Sanità), se la finalità di tutela della salute riguarda un terzo o la collettività.

Il sistema del consenso è semplificato rispetto alla previsione generale, che richiede che il consenso al trattamento dei dati sensibili avvenga espressamente e per iscritto.

Il **consenso al trattamento** di dati, idonei a rivelare lo stato di salute, non solo nel caso in cui esso riguardi informazioni utili a tutelare interessi della collettività, ma anche quando il trattamento attenga la salute o l'incolumità dell'interessato può essere espresso, per iscritto o verbalmente.

Può esprimere il consenso:

- l'interessato;
- il legale rappresentante, un prossimo congiunto, un familiare, un convivente o il responsabile della struttura presso cui dimora l'interessato, nel caso di impossibilità fisica o di incapacità di intendere e di volere dell'assistito.

Il consenso deve essere ottenuto prima del trattamento dei dati, ma vi sono casi in cui è possibile ottenerlo successivamente:

- se vi è impossibilità fisica, incapacità di agire o di intendere e volere dell'interessato e non vi sia una persona abilitata al consenso;
- se sussiste un grave rischio per la salute o l'incolumità dell'interessato;
- se vi sono esigenze di urgenza medica.

La comunicazione dei dati deve avvenire in modo intellegibile anche attraverso una grafia comprensibile e, in caso di comunicazione e di codici o sigle, devono essere forniti i parametri

per la comprensione del significato. I dati che, anche a seguito di verifiche, risultino accedenti, non pertinenti e non indispensabili non possono essere utilizzati, salvo che per l'eventuale conservazione (a norma di legge), dell'atto o del documento che li contiene.

Il rispetto della privacy, strettamente collegato al rispetto del segreto professionale, è un dovere particolarmente importante per i lavoratori che operano in un ambito delicato come la Sanità. La tutela della riservatezza da parte di enti pubblici e soggetti privati, deve avvenire nel rispetto della dignità delle persone, con particolare riferimento alla riservatezza ed alla identità personale.

3. Nozioni sull'ordinamento della ASL FG.

Premesse Legge 23 dicembre 1978, n. 833 "Istituzione del servizio sanitario nazionale"

TITOLO I

Il servizio sanitario nazionale

Capo I

Principi ed obiettivi

1. I principi.

La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività mediante il servizio sanitario nazionale. La tutela della salute fisica e psichica deve avvenire nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana. Il servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio. L'attuazione del servizio sanitario nazionale compete allo Stato, alle regioni e agli enti locali territoriali, garantendo la

partecipazione dei cittadini. Nel servizio sanitario nazionale è assicurato il collegamento ed il coordinamento con le attività e con gli interventi di tutti gli altri organi, centri, istituzioni e servizi, che svolgono nel settore sociale attività comunque incidenti sullo stato di salute degli individui e della collettività. Le associazioni di volontariato possono concorrere ai fini istituzionali del servizio sanitario nazionale nei modi e nelle forme stabiliti dalla presente legge.

2. Gli obiettivi.

Il conseguimento delle finalità di cui al precedente articolo è assicurato mediante:

- 1) la formazione di una moderna coscienza sanitaria sulla base di un'adeguata educazione sanitaria del cittadino e delle comunità;
- 2) la prevenzione delle malattie e degli infortuni in ogni ambito di vita e di lavoro;
- 3) la diagnosi e la cura degli eventi morbosi quali che ne siano le cause, la fenomenologia e la durata;
- 4) la riabilitazione degli stati di invalidità e di inabilità somatica e psichica;
- 5) la promozione e la salvaguardia della salubrità e dell'igiene dell'ambiente naturale di vita e di lavoro;
- 6) l'igiene degli alimenti, delle bevande, dei prodotti e avanzi di origine animale per le implicazioni che attengono alla salute dell'uomo, nonché la prevenzione e la difesa sanitaria degli allevamenti animali ed il controllo della loro alimentazione integrata e medicata;
- 7) una disciplina della sperimentazione, produzione, immissione in commercio e distribuzione dei farmaci e dell'informazione scientifica sugli stessi diretta ad assicurare l'efficacia terapeutica, la non nocività e la economicità del prodotto;
- 8) la formazione professionale e permanente nonché l'aggiornamento scientifico culturale del personale del servizio sanitario nazionale. Il servizio sanitario nazionale nell'ambito delle sue competenze persegue:
 - a) il superamento degli squilibri territoriali nelle condizioni socio-sanitarie del paese;

- b) la sicurezza del lavoro, con la partecipazione dei lavoratori e delle loro organizzazioni, per prevenire ed eliminare condizioni pregiudizievoli alla salute e per garantire nelle fabbriche e negli altri luoghi di lavoro gli strumenti ed i servizi necessari;
- c) le scelte responsabili e consapevoli di procreazione e la tutela della maternità e dell'infanzia, per assicurare la riduzione dei fattori di rischio connessi con la gravidanza e con il parto, le migliori condizioni di salute per la madre e la riduzione del tasso di patologia e di mortalità perinatale ed infantile;
- d) la promozione della salute nell'età evolutiva, garantendo l'attuazione dei servizi medico-scolastici negli istituti di istruzione pubblica e privata di ogni ordine e grado, a partire dalla scuola materna, e favorendo con ogni mezzo l'integrazione dei soggetti handicappati;
- e) la tutela sanitaria delle attività sportive;
- f) la tutela della salute degli anziani, anche al fine di prevenire e di rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione;
- g) la tutela della salute mentale privilegiando il momento preventivo e inserendo i servizi psichiatrici nei servizi sanitari generali in modo da eliminare ogni forma di discriminazione e di segregazione pur nella specificità delle misure terapeutiche, e da favorire il recupero ed il reinserimento sociale dei disturbati psichici; [h) la identificazione e la eliminazione delle cause degli inquinamenti dell'atmosfera, delle acque e del suolo] (2/a).

LEGGE REGIONALE N. 36 DEL 28-12-1994 REGIONE PUGLIA

ARTICOLO 1

(Oggetto e finalità della legge)

1. La presente legge disciplina il riordino del Servizio Sanitario Regionale ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517.

ARTICOLO 2

(Soggetti istituzionali)

1. Sono soggetti istituzionali del Servizio sanitario regionale:

- a) la Regione;
- b) i Comuni;
- c) le Unità sanitarie locali - aziende;
- d) le Università;
- e) le Aziende ospedaliere.

ARTICOLO 3

(Soggetti concorrenti)

- 1. Concorrono alle finalità del servizio sanitario regionale le Comunità montane, le Province, nonché le istituzioni sanitarie pubbliche - ivi compresi gli ospedali militari - e private e i professionisti convenzionati.
- 2. Gli enti assistenziali pubblici e gli organismi di volontariato e di privato sociale e le associazioni di tutela dei cittadini concorrono alle medesime finalità con le modalità previste dalle leggi regionali.

ARTICOLO 4

...omississ...

ARTICOLO 5

(Unità sanitaria locale)

- 1. L' Unità sanitarie locale è azienda dotata di personalità giuridica pubblica, di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica.
- 2. L' Unità sanitarie locale assicura ai cittadini l' erogazione delle prestazioni previste dai livelli uniformi di assistenza stabiliti dal piano sanitario nazionale e dal piano sanitario regionale, avvalendosi delle proprie strutture, nonché delle aziende e degli istituti ed enti di cui all' articolo 4 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, così come modificato dall' articolo 5 del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, delle istituzioni sanitarie

pubbliche - ivi compresi gli ospedali militari – o private, sulla base di criteri di integrazione con il servizio pubblico, e dei professionisti. A questo scopo ogni Unità sanitaria locale può stipulare apposite convenzioni con altre Unità sanitarie locali e quindi avvalersi delle strutture delle stesse.

3. L' Unità sanitaria locale esercita la propria autonomia aziendale nell' ambito degli indirizzi di programmazione del piano sanitario regionale, delle norme di organizzazione e funzionamento di cui alla presente legge, delle norme e dei principi di contabilità della normativa regionale, nonché delle norme e delle disposizioni della Regione.
4. L' Unità sanitaria locale, nell'ambito degli indirizzi stabiliti dal piano sanitario regionale e sulla base delle linee di indirizzo regionale, elabora il piano generale attuativo triennale.
5. L' Unità sanitaria locale fornisce alla Regione, nei tempi e con le modalità stabiliti dal sistema informativo regionale, tutti gli indicatori di sintesi funzionali all' attività di controllo che la Regione svolge ai sensi del precedente art. 4.

ARTICOLO 6

...omississ...

ARTICOLO 7

...omississ...

ARTICOLO 8

...omississ...

ARTICOLO 9

...omississ...

ARTICOLO 10

...omississ...

ARTICOLO 11

(Servizi socio - assistenziali)

1. La Regione, nell' ambito della programmazione, persegue l'integrazione delle politiche sanitarie e sociali e, a tal fine, promuove la delega da parte degli Enti locali alle Unità sanitarie locali della gestione dei servizi socio-assistenziali.
2. Le funzioni sanitarie e socio-assistenziali si integreranno attraverso accordi di programma, così come previsto dall' art. 27 della legge 8 giugno 1990, n. 142; definiranno altresì il rapporto tra personale da utilizzare e il relativo fabbisogno finanziario. Nei suddetti accordi saranno indicate:
 - a) le funzioni di supporto indispensabili all' attuazione
 - b) di programmi di prevenzione e riabilitazione;
 - c) le funzioni socio-assistenziali delle unità operative;
 - d) le altre funzioni socio - assistenziali delegate dai Comuni.
3. La Conferenza dei sindaci approva il piano dei servizi sociali, attraverso intese di programma o convenzioni e lo trasmette all' Unità sanitaria locale.
4. Le Unità sanitarie locali assumono per delega la gestione dei servizi sociali da attuarsi attraverso i distretti, con contabilizzazione specifica.

ARTICOLO 12

(Organi delle Unità sanitarie locali)

1. Sono organi dell'Unità sanitaria locale:
 - a) il Direttore generale;
 - b) il Collegio dei revisori.
2. Il Direttore generale delle Aziende ospedaliere nelle quali insiste la prevalenza del corso formativo del triennio clinico della Facoltà di medicina è nominato d' intesa con il Rettore delle rispettive Università; il Direttore generale stipula appositi accordi con la rispettiva Università al fine di regolare i rapporti in attuazione dei protocolli d' intesa di cui al precedente art. 6, comma 2.
3. Al Collegio dei revisori, nominato dal Direttore generale, si applicano le norme di cui al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche.
4. Spetta al Collegio dei revisori:

- a) vigilare sulla regolarità amministrativa e contabile, anche mediante verifiche periodiche sulla base di indagini campionarie;
 - b) accertare almeno ogni trimestre la consistenza di cassa;
 - c) vigilare sulla gestione economico - finanziaria e patrimoniale, anche attraverso valutazioni sul grado di realizzazione degli obiettivi di budget e sull' efficienza ed efficacia della gestione;
 - d) controllare il bilancio di esercizio e la relazione annuale, esprimendo pareri su tali documenti e sui criteri di formazione degli stessi.
5. Per l'esercizio delle funzioni di cui al comma precedente, tutti gli atti adottati dal Direttore generale sono notificati al Collegio dei revisori all' atto della pubblicazione nell' albo dell'Azienda. Entro quindici giorni dal ricevimento dell'atto, il Collegio dei revisori notifica al Direttore generale gli eventuali rilievi.
6. Entro dieci giorni dalla nomina, il Direttore generale provvede alla prima convocazione del Collegio dei revisori. In tale seduta il Collegio provvede all' elezione, tra i propri componenti, del Presidente, ai sensi dell'art. 3, comma 13, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n° 502, così come modificato dall' art. 4, lettera i), del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517. Nei casi di decadenza, dimissione o decesso del Presidente del Collegio dei revisori, le sue funzioni sono esercitate dal membro più anziano per età fino all' elezione di un nuovo Presidente. Entro dieci giorni dalla data in cui ne è venuto a conoscenza, il Direttore generale provvede a chiedere all' Amministrazione competente una nuova designazione e a ricostituire il Collegio entro trenta giorni dalla data di designazione.
7. Qualora si verificano ripetute ingiustificate assenze o altre anomalie gravi di funzionamento, il Direttore generale le segnala ai soggetti che hanno proceduto alle designazioni dei revisori per dichiarare la conseguente decadenza e provvedere alla sostituzione, ai sensi dell' art. 3, comma 13, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n° 502, così come modificato dall' art. 4, lett. i), del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517 e nei termini di cui al precedente comma 6.

ARTICOLO 13

(Partecipazione e tutela dei diritti dei cittadini)

1. Entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, la Giunta regionale emana direttive che garantiscano la partecipazione e la tutela dei diritti dei cittadini ai sensi dell'art. 14 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, così come modificato dall'art^o 15 del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, e della legge 7 agosto 1990, n. 241.
2. L' Unità sanitaria locale concorda con gli organismi di volontariato e le associazioni di tutela dei diritti dei cittadini le modalità e i tempi di raccolta e valutazioni delle loro osservazioni in merito alla gestione dei servizi e all' erogazione delle prestazioni.
3. Il Direttore generale dell'Unità sanitaria locale convoca, almeno una volta all' anno, l'apposita Conferenza dei servizi quale strumento per verificare l'andamento dei servizi, ai sensi dell'art. 14 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, così come modificato dall' art. 15 del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517. Entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, la Giunta regionale emana direttive per disciplinare le modalità organizzative e di funzionamento della Conferenza dei servizi.

ARTICOLO 14

(Direttive di organizzazione)

1. L' Unità sanitaria locale, sulla base di un apposito regolamento approvato dalla Giunta regionale, deve essere organizzata secondo le seguenti direttive:
 - a) a ciascuna struttura e unità operativa devono essere assegnati compiti, obiettivi e strumenti coerenti fra loro e rispondenti a logiche di organicità ed omogeneità;
 - b) per ciascuna struttura e unità operativa deve essere individuato un unico responsabile, in possesso di titoli specifici per le funzioni da svolgere, dal quale dipendono tutti gli operatori assegnati alla struttura o unità operativa;
 - c) ciascuna struttura e unità operativa deve essere individuata come centro di attività e di costo e deve essere assegnataria sia di specifici obiettivi in termini quantitativi e qualitativi, sia un definito budget. Il Dirigente della struttura è responsabile del raggiungimento degli obiettivi e del rispetto del budget;

- d) devono essere previsti meccanismi che assicurino il coordinamento tra strutture o unità operative che, pur nell' ambito della propria autonomia, devono necessariamente agire in maniera integrata.

ARTICOLO 15

(Articolazione dell'Unità sanitaria locale)

1. L' Unità sanitaria locale si articola in:
 - a) direzione generale;
 - b) direzione operative.
2. La direzione generale dell'Unità sanitaria locale è composta dal Direttore generale, dal Direttore sanitario, dal Direttore amministrativo e dal Coordinatore dei servizi sociali, nel caso previsto dal comma 3 dell'art. 3 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni. Spetta alla direzione generale assicurare i livelli uniformi di assistenza stabiliti dal piano sanitario nazionale e dal piano regionale.
3. Costituiscono le direzioni operative dell'Unità sanitaria locale le aree e le strutture sanitarie e socio-sanitarie.
4. Sono strutture operative dell'Unità sanitaria locale:
 - l'Ospedale organizzato in forma dipartimentale e unificato ai fini funzionali nel caso in cui più presidi insistono nella stessa Unità sanitaria locale;
 - il Dipartimento di prevenzione;
 - il Dipartimento di salute mentale;
 - il Distretto socio - sanitario.

Sono aree:

- la gestione del personale;
- la gestione delle risorse finanziarie;
- la gestione tecnica;
- la gestione del servizio farmaceutico;
- la gestione del patrimonio;
- il coordinamento dei servizi sociali.

5. Le strutture e le aree dell'Unità sanitaria locale sono dirette da un dirigente apicale nominato dal Direttore generale e si articola in unità operative sulla base dei criteri stabiliti dal precedente art. 14.
6. I dirigenti delle strutture operative sono scelti tra i dipendenti appartenenti al ruolo sanitario; i dirigenti delle aree gestione del personale, gestione delle risorse finanziarie e gestione del patrimonio sono scelti tra i dipendenti appartenenti al ruolo amministrativo; i dirigenti delle aree gestione tecnica e coordinamento dei servizi sociali sono scelti tra i dipendenti appartenenti rispettivamente al ruolo professionale e tecnico. I dirigenti dell'area gestione del servizio farmaceutico sono scelti tra i dipendenti appartenenti al ruolo sanitario.

ARTICOLO 16

(Direttore generale)

1. Il Direttore generale dell'Unità sanitaria locale esercita le funzioni di governo complessivo e di rappresentanza ai fini del raggiungimento degli obiettivi generali assegnati dalla Giunta regionale; è responsabile del raggiungimento dei suddetti obiettivi ed in particolare della corretta ed economica gestione delle risorse a disposizione dell'azienda.
2. Il Direttore generale è coadiuvato, nello svolgimento delle sue funzioni, dal Direttore sanitario, dal Direttore amministrativo e dal Coordinatore dei servizi sociali, nel caso previsto dal comma 3 dell'art. 3 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni.
3. Il Direttore generale è inoltre coadiuvato dal Consiglio dei sanitari e dall' Unità controllo di gestione.
4. Il Presidente della Giunta regionale, su conforme deliberazione della Giunta medesima, risolve il contratto dichiarandone la decadenza e provvede alla sostituzione del Direttore generale nei casi previsti dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517.

ARTICOLO 17

(Direttore sanitario)

1. Il Direttore sanitario è nominato dal Direttore generale con provvedimento motivato e a lui 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.
2. Il Direttore sanitario coadiuva il Direttore generale nel governo dell' Unità sanitaria locale, fornendo pareri obbligatori sugli atti relativi alle materie di competenza, svolgendo attività di indirizzo, coordinamento e supporto nei confronti dei responsabili delle strutture dell' Unità sanitaria locale, con riferimento agli aspetti organizzativi e igienico - sanitari e ai programmi di intervento di area specifica a tutela della salute, nonché collaborando al controllo di gestione dell' Azienda e al controllo di qualità dei servizi e delle prestazioni erogate. Il Direttore sanitario, in particolare, assicura l'integrazione tra servizi ambulatoriali ospedalieri e territoriali.
3. Per giustificati motivi, il Direttore sanitario può essere sospeso o dichiarato decaduto dal Direttore generale con provvedimento motivato.

ARTICOLO 18

(Direttore amministrativo)

1. Il Direttore amministrativo è nominato dal Direttore generale con provvedimento motivato e a lui 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.
2. Il Direttore amministrativo è nominato dal Direttore generale nel governo dell'Unità sanitaria locale, fornendo pareri obbligatori sugli atti relativi alle materie di competenza, svolgendo attività di indirizzo, coordinamento e supporto nei confronti dei responsabili delle strutture dell'Unità sanitaria locale, con riferimento agli aspetti gestionali amministrativi, nonché collaborando al controllo di gestione dell'Azienda.
3. La Giunta regionale emana direttive per disciplinare le modalità organizzative secondo le quali articolare i servizi, nonché le modalità di raccordo funzionale, all' interno dell'Unità sanitaria locale stessa, tra tutti gli operatori che operano nei servizi e nelle strutture dell'Azienda.
4. Per giustificati motivi, il Direttore amministrativo può essere sospeso o dichiarato decaduto dal Direttore generale con provvedimento motivato.

ARTICOLO 19

(Coordinatore dei servizi sociali)

1. Il Coordinatore dei servizi sociali è nominato dal Direttore generale con provvedimento motivato e nominativo.
2. Il Coordinatore dei servizi sociali coadiuva il Direttore generale nel governo dell'Unità sanitaria locale fornendo pareri obbligatori sugli atti relativi alle materie di competenza, svolgendo attività di indirizzo e supporto nei confronti dei responsabili delle Unità operative dell'Azienda per i servizi socio-sanitari e socio - assistenziali.
3. Per giustificati motivi il Coordinatore dei servizi sociali può essere sospeso o dichiarato decaduto dal Direttore generale con provvedimento motivato.

ARTICOLO 20

(Consiglio dei sanitari)

1. Il Consiglio dei sanitari è organismo elettivo dell'Unità sanitaria locale con funzioni di consulenza tecnico - sanitaria ed è presieduto dal Direttore sanitario. Fanno parte del Consiglio dei sanitari:
 - a) medici in maggioranza ed altri operatori sanitari laureati: chimici, fisici, biologi, psicologi, farmacisti e sociologi, con presenza maggioritaria della componente ospedaliera medica ai sensi dell'art. 3, comma 12, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, così come modificato dall' art. 4, lettera h), del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517;
 - b) un medico veterinario;
 - c) una rappresentanza del personale infermieristico;
 - d) una rappresentanza del personale tecnico - sanitario.
2. Nella composizione del Consiglio dei sanitari delle Aziende ospedaliere in cui insiste la prevalenza del corso formativo del triennio clinico della Facoltà di medicina deve essere assicurata la presenza delle componenti universitarie in rapporto alla consistenza numerica delle stesse.

3. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, la Giunta regionale emana direttive per disciplinare le modalità di elezione e la composizione e il funzionamento del Consiglio dei sanitari.
4. Il Consiglio dei sanitari fornisce i pareri di cui all' art. 3, comma 12, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, così come modificato dall' art. 4, lettera h), del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517.

ARTICOLO 21

(Unità controllo di gestione)

1. L' Unità controllo di gestione opera alle dirette dipendenze del Direttore generale e collabora con la direzione generale.
2. All' Unità controllo di gestione compete l'applicazione di metodica di budget in stretta integrazione con il controllo di gestione al fine di garantire efficacia ed efficienza ai processi di acquisizione e di impiego delle risorse e di evidenziare il principio di responsabilità economica.
3. L' Unità controllo di gestione è individuata dal Direttore generale con provvedimento che motivi il numero e le competenze degli operatori assegnati all' Unità in relazione alle attività attribuite alla stessa.
4. Sono, altresì, alle dirette dipendenze del Direttore generale la struttura burocratica legale per l'assunzione del patrocinio e la consulenza, autonoma ai sensi della legislazione professionale forense, e l'Unità operativa per le attività di statistica e di epidemiologia.

ARTICOLO 22

(Dipartimento ospedaliero)

1. In applicazione dell'art. 17 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 e dell'art. 4, comma 3, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, l'Ospedale è organizzato in Dipartimenti dotati di budget prefissato.
2. Il Direttore generale dell'Unità sanitaria locale, su proposta del Direttore sanitario, sentito il Consiglio dei sanitari, provvede alla definizione dei Dipartimenti ospedalieri.

3. I protocolli d' intesa, di cui al precedente art. 6, comma 2, stipulati dalla Regione con l'Università prevederanno la partecipazione di quest' ultima alla definizione dei Dipartimenti nei Presidi ospedalieri interessati.
4. I Dipartimenti possono essere:
 - a) per obiettivi, costituiti fra Divisioni e Servizi al fine di coordinare l'azione nella prospettiva di un determinato risultato da raggiungere;
 - b) strutturali, costituiti da Divisioni o Servizi omologhi o omogenei sotto il profilo dell'attività o delle risorse umane e tecnologiche impiegate o delle procedure operative.
5. Una Divisione o Servizio non può far parte, al tempo stesso, di Dipartimenti strutturali diversi.
6. I Dipartimenti strutturali sono obbligatori fra Divisioni e Servizi omologhi dello stesso Presidio ospedaliero.
7. Sono finalità del Dipartimento ospedaliero:
 - a) la gestione integrata degli spazi e delle risorse umane e tecnologiche, anche attraverso la gestione della mobilità interna del personale, per raggiungere il migliore servizio al costo più contenuto;
 - b) la sperimentazione e l'adozione di modalità organizzative che consentano il raggiungimento dei risultati attesi;
 - c) il coordinamento e lo sviluppo delle attività cliniche, di ricerca, di studio e sulla qualità delle prestazioni;
 - d) il miglioramento del livello di umanizzazione delle strutture interne del Dipartimento con particolare riferimento alla diffusione ed al rispetto dello Statuto dei diritti del malato, alla diffusione delle informazioni agli utenti sull' uso delle strutture, agli orari di accesso e al comfort degli utenti.
8. Il Dipartimento ospedaliero è diretto da uno dei dirigenti delle Divisioni e dei servizi interessati, nominato dal Direttore generale con provvedimento motivato, su proposta del Direttore sanitario e del Dirigente medico dell'Ospedale, dal quale il responsabile del Dipartimento dipende. Il responsabile del Dipartimento assicura il raggiungimento delle

finalità di cui al precedente comma 7 e, in particolare, il coordinamento fra le unità operative che lo compongono e il rispetto del budget.

9. In fase di prima applicazione della presente legge sono previste specifiche sperimentazioni che verranno individuate dalla Giunta regionale.

ARTICOLO 23

(Assistenza ospedaliera)

1. L'assistenza ospedaliera è funzione unica dell'Unità sanitaria locale anche se erogata da più Presidi.
2. Nei Presidi ospedalieri quali risultano dal riordino della rete ospedaliera è previsto un dirigente medico, in possesso della idoneità di cui all' art. 17 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come responsabile delle funzioni igienico - organizzative, su delega del Direttore sanitario della USL, e un dirigente amministrativo per l' esercizio delle funzioni gestionali e di coordinamento amministrativo, su delega rispettivamente del Direttore generale e del Direttore amministrativo della USL.
3. All' Ospedale è attribuita autonomia economico – finanziaria con contabilità separata all' interno del bilancio dell'Unità sanitaria locale.

ARTICOLO 24

(Dipartimento di prevenzione)

1. Il Dipartimento di prevenzione è la struttura dell'Unità sanitaria locale preposta all' organizzazione e alla promozione nel territorio di competenza della tutela della salute della popolazione, attraverso azioni tendenti a conoscere, prevedere e prevenire gli infortuni e le cause di malattia, in particolare quelle maggiormente diffuse e diffusive, sia di origine umana che animale, in tutte le realtà in cui la salute della popolazione è sottoposta a rischio.
2. Sono finalità del Dipartimento di prevenzione:
 - a) assicurare la qualità e l'efficienza degli interventi di prevenzione;
 - b) assicurare l'omogeneità degli interventi di prevenzione;
 - c) ottimizzare l'utilizzo delle risorse a disposizione;

- d) promuovere programmi di educazione alla sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro.
3. Il Dipartimento di prevenzione è articolato almeno nei seguenti Servizi:
- a) igiene e sanità pubblica;
 - b) prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro;
 - c) igiene degli alimenti e della nutrizione;
 - d) veterinari, articolati distintamente nelle tre aree funzionali della sanità animale, dell'igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati e dell'igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche.
4. Le funzioni amministrative in materia di igiene e sanità pubblica e veterinaria sono trasferite al Dipartimento di prevenzione. Ferme restando le attribuzioni, quali autorità sanitarie, del Sindaco e del Presidente della Giunta regionale, sono abrogate le norme incompatibili con la presente legge.
5. Il Direttore generale nomina, sentiti il Direttore sanitario amministrativo, il responsabile del Dipartimento di prevenzione, scelto fra il personale della Unità sanitaria locale avente qualifica dirigenziale, prioritariamente tra i responsabili dei Servizi di cui al precedente comma 3. In quest' ultima ipotesi, il responsabile del Dipartimento di prevenzione può conservare la direzione del proprio Servizio.
6. Al responsabile del Dipartimento di prevenzione spetta:
- a) il coordinamento dell'assetto organizzativo;
 - b) la gestione del budget;
 - c) la direzione degli operatori assegnatigli dal Direttore generale;
 - d) la pianificazione e il controllo.
7. I Dipartimenti di prevenzione individuati a tal fine dal piano sanitario regionale svolgono funzioni multizonali nelle materie indicate dal piano stesso, sulla base di accordi e programmi concordati dai Direttori generali delle Unità sanitarie locali interessate.
8. La Giunta regionale disciplina:
- il raccordo funzionale, all' interno dell'Unità sanitaria locale, tra Dipartimento di prevenzione e Distretti;
 - i rapporti tra Unità sanitarie locali, tra Dipartimento di prevenzione e Distretti;

- i rapporti tra le Unità sanitarie locali per quelle attività attribuite ad alcuni Dipartimenti di prevenzione con funzioni multizonali, di cui al precedente comma 7. Il regolamento, infine, disciplinerà i rapporti tra Dipartimenti di prevenzione e Istituti zooprofilattici, Province e Agenzia regionale, di cui al decreto legislativo 4 dicembre 1993, n. 496, convertito con modificazioni nella legge 21 gennaio 1994, n. 61, alla quale afferiscono i Presidi multizonali di prevenzione.

ARTICOLO 25

(Dipartimento di salute mentale)

1. Il Dipartimento di salute mentale è una delle strutture operative dell'Unità sanitaria locale.
2. Il Dipartimento di salute mentale svolge attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione a livello ambulatoriale, domiciliare e ospedaliero.
3. Il Dipartimento di salute mentale è il centro di responsabilità e di spesa di tutte le prestazioni e le attività necessarie alla popolazione del proprio ambito territoriale.
4. Ogni Dipartimento è dotato delle seguenti unità operative:
 - a) Centro salute mentale;
 - b) Servizio psichiatrico di diagnosi e cura.
5. Il Dipartimento di salute mentale è coordinato da un medico psichiatra di II livello, nominato dal Direttore generale tra quelli in servizio nel Dipartimento in relazione ai risultati conseguiti e verificati annualmente.

ARTICOLO 26

(Distretto socio - sanitario)

1. Il Distretto assicura la tutela della salute nel territorio di competenza e l'integrazione dei servizi sanitari, socio-sanitari e assistenziali, se delegati dai Comuni.
2. Il Distretto è, altresì, il centro di responsabilità e di spesa di tutte le prestazioni e le attività necessarie alla popolazione del proprio ambito territoriale.
3. Il Distretto, in collaborazione anche con i medici e i pediatri di base, assicura un efficace filtro della domanda e orienta la stessa, garantendo la continuità terapeutica, indipendentemente dai diversi luoghi di trattamento. Il Distretto indirizza e coordina in

particolare le prescrizioni in tema di assistenza ospedaliera, assistenza specialistica e assistenza protesica e termale. Funge da centro ordinatore per le relative prestazioni erogate dalle proprie unità operative di cui al successivo comma 4 e dalle aziende e dagli istituti ed enti di cui all' art. 4 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, così come modificato dall' artº 5 del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, dalle istituzioni sanitarie pubbliche o private, sulla base di criteri di integrazione con il servizio pubblico, e dai professionisti convenzionati.

4. Al responsabile di Distretto spetta la gestione del budget e la direzione degli operatori assegnatigli dal Direttore generale, ai fini del raggiungimento degli obiettivi prefissati. Nel distretto vengono assicurate le seguenti prestazioni, di norma strutturate in unità operative:
 - a) l'informazione, la prenotazione e l'assistenza amministrativa ai cittadini per l'utilizzazione dei vari servizi sanitari e sociali;
 - b) l'educazione sanitaria sociale;
 - c) l'assistenza medico - generica e pediatrica, ambulatoriale e domiciliare, con servizi di guardia permanente;
 - d) l'assistenza domiciliare - integrata;
 - e) l'assistenza consultoriale;
 - f) l'assistenza residenziale e semiresidenziale;
 - g) le attività socio-assistenziali delegate dagli enti locali;
 - h) l'assistenza specialistica poliambulatoriale, organizzata nel presidio poliambulatoriale;
 - i) l'assistenza riabilitativa e protesica;
 - j) l'assistenza psicologica;
 - k) la tutela della salute degli anziani;
 - l) l'assistenza farmaceutica.
5. A livello distrettuale sono altresì svolte attività proprie del Dipartimento di prevenzione.
6. Il Direttore generale nomina, con provvedimento motivato, il responsabile del Distretto, sentiti il Direttore sanitario e il Direttore amministrativo.

7. Il responsabile del Distretto è scelto fra il personale sanitario avente qualifica dirigenziale dell'Unità sanitaria locale. La Regione, sentite le Province interessate e l'ANCI regionale, articola il territorio dell'azienda USL in distretti, di norma, sulla base dei seguenti criteri:
- a) corrispondenza dell'area distrettuale a una popolazione di almeno cinquantamila abitanti;
 - b) coincidenza dell'area distrettuale, ove possibile, con quella complessiva di una o più Circoscrizioni comunali o uno o più Comuni.
 - c) All' ambito territoriale del Distretto di area urbana possono essere aggregati Comuni limitrofi, per motivate ragioni di vincoli o potenzialità socio-economiche, di viabilità e consolidata mobilità della popolazione. E' consentita deroga al numero minimo degli abitanti previsti nel distretto intercomunale per particolari situazioni identificabili in realtà montane o rurali con particolare dispersione della popolazione. Il Direttore generale dell'Unità sanitaria locale, entro sessanta giorni dalla nomina, delibera la costituzione di distretti.
8. La Giunta regionale disciplina il raccordo tra Ospedale e Distretti. Il Consiglio regionale disciplina l'organizzazione dei servizi aventi natura sovradistrettuale e in particolare gli interventi in materia di salute mentale, di prevenzione delle tossicodipendenze e di assistenza riabilitativa salvaguardando la continuità terapeutica.

...omississ...

4. Legge Regionale n. 9/2006 - Modifica ambiti territoriali delle Aziende sanitarie locali

1. In attuazione dell'articolo 14 della legge regionale 3 agosto 2006, n. 25 (Principi e organizzazione del Servizio sanitario regionale), le Aziende sanitarie locali (ASL) della Regione Puglia sono ridotte a una per ciascuna delle province di Bari, Barletta-Andria-Trani, Brindisi, Foggia, Lecce e Taranto. Le ASL provinciali di nuova istituzione hanno sede nei

comuni capoluoghi di provincia e sono denominate ASL BA, FG, LE. Le attuali ASL BAT 1, BR 1 e TA 1 assumono la denominazione ASL BAT, BR e TA.

...omississ...

5. Nozioni sui diritti e doveri dei dipendenti della Sanitaservice ASL FG S.r.l.

I diritti dei dipendenti Sanitaservice

Nel complesso, la legislazione del lavoro ha assunto come obiettivo principale la tutela del lavoratore. Il legislatore, infatti, ha inteso salvaguardare, data la sua posizione subordinata, la parte più debole nei rapporti di lavoro.

Ne è derivata l'affermazione di una serie di **diritti per il lavoratore** di cui i principali sono:

- **retribuzione:** la Costituzione stabilisce che deve essere proporzionale alla quantità e qualità del lavoro e sufficiente ad assicurare a sé e alla famiglia un'esistenza libera e dignitosa;
- **orario di lavoro:** la durata dell'orario normale di lavoro è fissata per legge in un massimo di 40 ore settimanali (tuttavia i CCNL possono prevedere una durata inferiore, ad esempio 38 ore). Le ore di lavoro effettuate in più fino al limite legale di 40 ore saranno considerate lavoro supplementare mentre quelle oltre le 40 ore saranno considerate straordinario. La durata massima della prestazione giornaliera, a seguito della nuova disciplina sull'orario di lavoro, entrata in vigore il 29 aprile 2003, non è più fissata esplicitamente come una volta. Tuttavia, dato che è stabilita la durata minima del riposo giornaliero (che deve essere di almeno 11 ore consecutive ogni 24 ore), si deduce che la prestazione giornaliera non può superare le 13 ore al giorno. Tale disciplina ha anche fissato la durata massima dell'orario di lavoro settimanale, che è stabilita dalla contrattazione collettiva e che, in ogni caso, non può superare la durata media di 48 ore settimanali, comprensive dello straordinario. Lo straordinario deve essere contenuto ed è subordinato all'attuazione di determinate procedure;

- **riposo settimanale:** il lavoratore ha diritto, ogni sette giorni, ad un periodo di riposo di almeno 24 ore consecutive (in pratica dopo 6 giorni di lavoro vi è normalmente un giorno di riposo), di regola coincidente con la domenica, da cumulare con il riposo giornaliero (pari a 11 ore). A seguito di una modifica apportata dal legislatore, dal 25.06.2008 il riposo settimanale è calcolato come media in un periodo non superiore a 14 giorni (ciò significa che il datore di lavoro ha una maggiore flessibilità nella gestione dei tempi di lavoro, potendo organizzare turni che prevedono lavoro anche per più di 6 giorni consecutivi, purché nell'ambito di 14 giorni di calendario vi siano 48 ore di riposo);
- **ferie e festività:** sono stabilite dalla legge e dai CCNL. In ogni caso per legge a ciascun lavoratore deve essere garantito un periodo annuale di ferie retribuite non inferiore a 4 settimane. Tale periodo va goduto per almeno due settimane, consecutive in caso di richiesta del lavoratore, entro il 31 dicembre dell'anno di maturazione e, per le restanti due settimane, nei 18 mesi successivi al termine dell'anno di maturazione, salvo periodi di differimento più ampi previsti dalla contrattazione collettiva. I contratti collettivi possono stabilire periodi di ferie più lunghi. Il periodo minimo di quattro settimane, salvo casi particolari espressamente previsti (ad esempio, ferie residue per cessazione del rapporto di lavoro nel corso dell'anno oppure nei contratti di lavoro a tempo determinato di durata inferiore all'anno), non può essere monetizzato (ossia retribuito con un controvalore in cambio della rinuncia del lavoratore a fruire delle stesse) in quanto vige il principio dell'effettività del loro godimento per un reintegro delle energie psicofisiche del lavoratore. Normalmente le ferie vengono fissate ad inizio anno con la predisposizione del piano ferie che deve essere approvato dal datore di lavoro (in ogni caso la concessione delle ferie, che cercherà di tener conto delle esigenze del lavoratore contemperandole con quelle aziendali, rientra nel potere organizzativo del datore di lavoro);
- **congedo matrimoniale:** tutti i lavoratori dipendenti hanno diritto, in occasione di matrimonio avente validità civile, ad un congedo retribuito, la cui durata generalmente è stabilita in 15 giorni (di calendario). Il godimento di tale periodo di norma inizia in occasione del matrimonio. Il congedo spetta anche agli apprendisti. Ricordiamo che il

licenziamento della lavoratrice per matrimonio (intendendosi per tale quello intimato nel periodo che decorre dalla richiesta delle pubblicazioni fino ad un anno dopo l'avvenuta celebrazione) è nullo;

- **maternità/paternità:** il Testo unico per la tutela ed il sostegno della maternità e paternità (D.Lgs. n. 151/2001) prevede varie forme di tutela in materia che vanno dal *divieto*, in via generale, di licenziamento della lavoratrice madre dall'inizio della gestazione fino al compimento di un anno del bambino (e, in certi casi, del padre lavoratore) alla garanzia di un periodo di astensione obbligatoria dal lavoro, di uno facoltativo a discrezione della lavoratrice, di una serie di permessi retribuiti e/o non retribuiti per l'assistenza e la cura del bambino (con particolare attenzione ai figli portatori di handicap). Una protezione analoga a quella prevista per la maternità naturale viene sancita in caso di adozione e di affidamento;
- **diritto allo studio:** se un lavoratore segue corsi scolastici ha diritto ad effettuare turni e orari di lavoro particolari e godere di permessi per frequentare tali corsi;
- **malattie e infortuni sul lavoro/malattie professionali:** in caso di malattia o infortunio sul lavoro/malattie professionali viene garantita la conservazione del posto di lavoro per il tempo stabilito dai CCNL (cosiddetto periodo di comportamento). Nel caso di malattia il lavoratore ha diritto a ricevere la retribuzione, o un'indennità, nella misura e per il tempo determinati dalla legge, con eventuale integrazione del datore di lavoro stabilita dai contratti collettivi. Vi sono, infatti, casi in cui l'onere retributivo è totalmente a carico del datore di lavoro (malattia non indennizzata dall'Inps), altri (ad esempio operai del settore industria) in cui l'Inps, a partire dal quarto giorno, eroga un'indennità di malattia, che viene generalmente integrata dal datore di lavoro in base a quanto previsto dai CCNL, fino ad un determinato importo, che può essere una quota o il 100% della normale retribuzione. Nel caso di infortunio o malattia professionale, i primi quattro giorni (comprensivi del giorno stesso di infortunio) sono retribuiti dal datore di lavoro, mentre a decorrere del quarto giorno successivo a quello in cui è accaduto l'infortunio/malattia professionale e sino alla guarigione clinica (in questo

differenziandosi dall'indennità di malattia Inps che spetta fino ad un massimo di 180 giorni in un anno solare), a carico dell'INAIL (con eventuale integrazione da parte del datore di lavoro nella misura stabilita dalla legge o dai contratti collettivi);

- **sicurezza sul lavoro:** il datore di lavoro deve attuare le misure necessarie a tutelare la salute e l'integrità fisica del lavoratore, nel rispetto di quanto previsto dal Testo Unico sulla Sicurezza sul Lavoro (D.Lgs. n. 81/2008, integrato e corretto dal D.Lgs. n. 106/2009);
- **attività sindacale:** il lavoratore ha diritto di aderire ad associazioni sindacali, di manifestare il proprio pensiero e di svolgere attività sindacale;
- **sciopero:** è un diritto, la retribuzione viene sospesa durante il periodo di sciopero;
- **richiamo alle armi:** per i lavoratori dipendenti che vengono richiamati alle armi è prevista la conservazione del posto di lavoro e la corresponsione di una indennità da parte dell'Inps (si ricorda che dal 2005 il servizio di leva obbligatorio è stato sospeso ed è stato sostituito con un servizio professionale e volontario);
- **parità uomo – donna:** alla donna lavoratrice spettano gli stessi diritti che spettano al lavoratore uomo (su questo esiste un apposito codice delle pari opportunità tra uomo e donna, contenuto nel D.Lgs. del 11 aprile 2006, n. 198).

L'attuale livello di garanzia dei lavoratori è frutto di un percorso che ha visto una graduale conquista di diritti. A tale percorso ha contribuito in maniera fondamentale la capacità dei lavoratori di rappresentare collettivamente - attraverso la costituzione di **sindacati** - le proprie esigenze. I sindacati svolgono tuttora un ruolo fondamentale nel promuovere e tutelare gli interessi dei lavoratori, compito che realizzano attraverso la stipula dei contratti collettivi e con servizi di assistenza individuale ai lavoratori. Il ruolo fondamentale giocato dal sindacato trova riconoscimento anche nella Costituzione che stabilisce come in Italia l'organizzazione sindacale sia libera; questo significa che chiunque può aderire o meno a un'organizzazione sindacale e che qualsiasi organizzazione sindacale può agire per la tutela degli interessi dei lavoratori che l'hanno costituita.

Nella legislazione è possibile trovare conferma al percorso di affermazione dei diritti a cui si è accennato. La legge n. 300/70, nota come **Statuto dei lavoratori**, costituisce un punto di riferimento essenziale in quanto definisce il quadro generale delle tutele. Ad essa si affiancano altre norme di garanzia universale (es. legge sulla tutela del lavoro minorile, testo unico sulla maternità, testo unico sulla sicurezza sul lavoro ecc.) e molte altre di contenuto più specifico che regolamentano particolari aspetti inerenti il lavoro (es. norme sul collocamento, sull'orario di lavoro ecc.).

I doveri dei dipendenti Sanitaservice

Ogni lavoratore subordinato ha dei doveri nei confronti del suo datore di lavoro, che integrano l'obbligazione lavorativa perché specificano le modalità della prestazione lavorativa:

- **dovere di diligenza** (art. 2104 c.c.): s'intende l'accuratezza e l'impegno che il lavoratore deve mettere nella realizzazione della prestazione, fornendo al datore un metro di valutazione oggettivo rispetto al suo operato. La qualità della prestazione dovuta va giudicata in base alle mansioni richieste ed alle capacità ed esperienze del lavoratore. D'altra parte le esigenze del datore devono essere soddisfatte per intero e l'attività del dipendente deve essere coordinata col restante lavoro dei colleghi. Insito nel dovere di diligenza vi è la **collaborazione**, che trova fondamento anche nel dovere di esecuzione secondo buona fede, poiché il lavoratore non solo adempie i doveri nascenti dal contratto di lavoro mettendo formalmente a disposizione dell'imprenditore le sue energie lavorative, ma è necessario ed indispensabile che il suo comportamento sia tale da rendere possibile al datore di lavoro l'uso effettivo e proficuo di queste energie, ciò si realizza anche mediante l'integrazione tra gli apporti dei singoli operatori nel contesto unitario della funzione o servizio cui la prestazione lavorativa inerisce;
- **dovere di obbedienza**, ossia l'obbligo di osservare le disposizioni che il datore impartisce per la corretta esecuzione del lavoro;
- **dovere di fedeltà**, per cui il dipendente deve mantenere un comportamento fidato rispetto al titolare dell'impresa, tutelandone in qualsiasi modo gli affari. Per questo motivo, egli non deve porsi in concorrenza con l'imprenditore per cui lavora, evitando

di creare pregiudizio all'attività in cui egli stesso è cointeressato per mezzo del contratto;

- **dovere di integrità**, il dipendente non chiede, né sollecita, per sé o per altri, regali o altre utilità. Il dipendente non accetta, per sé o per altri, regali o altre utilità, salvo quelli d'uso di modico valore effettuati occasionalmente nell'ambito delle normali relazioni di cortesia e nell'ambito delle consuetudini internazionali. In ogni caso, indipendentemente dalla circostanza che il fatto costituisca reato, il dipendente non chiede, per sé o per altri, regali o altre utilità, neanche di modico valore a titolo di corrispettivo per compiere o per aver compiuto un atto del proprio ufficio da soggetti che possano trarre benefici da decisioni o attività inerenti all'ufficio, né da soggetti nei cui confronti è o sta per essere chiamato a svolgere o a esercitare attività o potestà proprie dell'ufficio ricoperto. Il dipendente non accetta, per sé o per altri, da un proprio subordinato, direttamente o indirettamente, regali o altre utilità, salvo quelli d'uso di modico valore. Il dipendente non offre, direttamente o indirettamente, regali o altre utilità a un proprio sovraordinato, salvo quelli d'uso di modico valore. I regali e le altre utilità comunque ricevuti fuori dai casi consentiti dal presente articolo, a cura dello stesso dipendente cui siano pervenuti, sono immediatamente messi a disposizione della Società per la restituzione o per essere devoluti a fini istituzionali. Ai fini del presente articolo, per regali o altre utilità di modico valore si intendono quelle di valore non superiore, in via orientativa, a 150 euro, anche sotto forma di sconto. Il dipendente non accetta incarichi di collaborazione da soggetti privati che abbiano, o abbiano avuto nel biennio precedente, un interesse economico significativo in decisioni o attività inerenti all'ufficio di appartenenza. Al fine di preservare il prestigio e l'imparzialità della Società, l'Amministratore Unico ed il R.P.C. vigilano sulla corretta applicazione del presente articolo;
- **dovere di trasparenza**, nel rispetto della disciplina vigente del diritto di associazione, il dipendente comunica tempestivamente al proprio responsabile l'adesione o appartenenza ad associazioni od organizzazioni, a prescindere dal loro carattere riservato o meno, i cui ambiti di interesse possano interferire con lo svolgimento

dell'attività dell'ufficio. Il presente comma non si applica all'adesione a partiti politici o a sindacati. Fanno parte degli ambiti di interesse, in conflitto potenziale con le attività svolte in azienda, a solo titolo di esempio, la partecipazione ad associazioni di volontariato sociale se pur senza scopo di lucro ma operanti in ambito socio-sanitario, le associazioni di tutela e di partecipazione dei cittadini, i consigli delle associazioni di categoria (es: CIA, CNA) per chi svolge attività di controllo su attività imprenditoriali o altre associazioni similari. Il dipendente non costringe altri dipendenti ad aderire ad associazioni od organizzazioni, né esercita pressioni a tale fine, promettendo vantaggi o prospettando svantaggi di carriera. Il dipendente rispetta le misure necessarie alla prevenzione degli illeciti all'interno della Società. In particolare, il dipendente rispetta le prescrizioni contenute nel piano per la prevenzione della corruzione, presta la sua collaborazione al R.P.C. e, fermo restando l'obbligo di denuncia all'autorità giudiziaria, segnala al proprio superiore gerarchico eventuali situazioni di illecito di cui sia venuto a conoscenza;

- **dovere di correttezza nel comportamento in servizio**, fermo restando il rispetto dei termini del procedimento amministrativo, il dipendente, salvo giustificato motivo, non ritarda né adotta comportamenti tali da far ricadere su altri dipendenti il compimento di attività o l'adozione di decisioni di propria spettanza. Il dipendente utilizza i permessi di astensione dal lavoro, comunque denominati, nel rispetto delle condizioni previste dalla legge, dai regolamenti e dai contratti collettivi. Il dipendente utilizza il materiale o le attrezzature di cui dispone per ragioni di ufficio e i servizi telematici e telefonici dell'ufficio nel rispetto dei vincoli posti dalla Società. Il dipendente utilizza i mezzi di trasporto della Società a sua disposizione soltanto nel rispetto delle indicazioni del regolamento aziendale. Il dipendente non usa durante l'orario di lavoro i propri strumenti di comunicazione in via continuativa, rispondendo a sms, chat line private e accesso a social network.
- **dovere di correttezza nel comportamento con il pubblico**, il dipendente in rapporto con il pubblico si fa riconoscere attraverso l'esposizione in modo visibile del badge od altro supporto identificativo messo a disposizione dalla Società, salvo diverse

disposizioni di servizio, anche in considerazione della sicurezza dei dipendenti, opera con spirito di servizio, correttezza, cortesia e disponibilità e, nel rispondere alla corrispondenza, a chiamate telefoniche e ai messaggi di posta elettronica, opera nella maniera più completa e accurata possibile. Qualora non sia competente per posizione rivestita o per materia, indirizza l'interessato all'ufficio competente. Il dipendente, fatte salve le norme sul segreto d'ufficio, fornisce le spiegazioni che gli siano richieste in ordine al comportamento proprio e di altri dipendenti dell'ufficio dei quali ha la responsabilità od il coordinamento. Nelle operazioni da svolgersi e nella trattazione delle pratiche il dipendente rispetta, salvo diverse esigenze di servizio o diverso ordine di priorità stabilito dalla Società, l'ordine cronologico e non rifiuta prestazioni a cui sia tenuto con motivazioni generiche. Il dipendente rispetta gli appuntamenti con i cittadini e risponde senza ritardo ai loro reclami. Salvo il diritto di esprimere valutazioni e diffondere informazioni a tutela dei diritti sindacali, il dipendente si astiene da dichiarazioni pubbliche offensive nei confronti della Società. Il dipendente cura il rispetto degli standard di qualità e di quantità fissati da disciplinari e regolamenti. Il dipendente opera al fine di assicurare la continuità del servizio, di consentire agli utenti la scelta tra i diversi erogatori e di fornire loro informazioni sulle modalità di prestazione del servizio e sui livelli di qualità. Il dipendente non assume impegni né anticipa l'esito di decisioni o azioni proprie o altrui inerenti all'ufficio, al di fuori dei casi consentiti. Fornisce informazioni e notizie relative ad atti od operazioni amministrative, in corso o conclusi, nelle ipotesi previste dalle disposizioni di legge e regolamentari in materia di accesso. Rilascia copie ed estratti di atti o documenti secondo la sua competenza, con le modalità stabilite dalle norme in materia di accesso e dal regolamento. Il dipendente osserva il segreto d'ufficio e la normativa in materia di tutela e trattamento dei dati personali e, qualora sia richiesto oralmente di fornire informazioni, atti, documenti non accessibili tutelati dal segreto d'ufficio o dalle disposizioni in materia di dati personali, informa il richiedente dei motivi che ostano all'accoglimento della richiesta. Qualora non sia competente a provvedere in merito alla richiesta cura, sulla base delle disposizioni interne, che la stessa venga inoltrata all'ufficio competente.

Responsabilità conseguente alla violazione dei doveri

La violazione dei suddetti doveri integra comportamenti contrari ai doveri d'ufficio e dà luogo anche a responsabilità penale, civile, amministrativa o contabile del dipendente, essa è fonte di responsabilità disciplinare accertata all'esito del procedimento disciplinare, nel rispetto dei principi di gradualità e proporzionalità delle sanzioni.

Ai fini della determinazione del tipo e dell'entità della sanzione disciplinare concretamente applicabile, la violazione è valutata in ogni singolo caso con riguardo alla gravità del comportamento e all'entità del pregiudizio, anche morale, derivatone al decoro o al prestigio della Società. Le sanzioni applicabili sono quelle previste dalla legge, dai regolamenti e dai contratti collettivi, incluse quelle espulsive che possono essere applicate esclusivamente nei casi, da valutare in relazione alla gravità, di violazione delle disposizioni di cui agli articoli 4, qualora concorrano la non modicità del valore del regalo o delle altre utilità e l'immediata correlazione di questi ultimi con il compimento di un atto o di un'attività tipici dell'ufficio, 5, comma 2, 14, comma 2, primo periodo, valutata ai sensi del primo periodo. La disposizione di cui al secondo periodo si applica altresì nei casi di recidiva negli illeciti di cui agli articoli 4, comma 6, 6, comma 2, esclusi i conflitti meramente potenziali, e 13, comma 9, primo periodo. I contratti collettivi possono prevedere ulteriori criteri di individuazione delle sanzioni applicabili in relazione alle tipologie di violazione del presente codice.

Resta ferma la comminazione del licenziamento senza preavviso per i casi già previsti dalla legge, dai regolamenti e dai contratti collettivi ed inoltre restano fermi gli ulteriori obblighi e le conseguenti ipotesi di responsabilità disciplinare dei dipendenti previsti da norme di legge, di regolamento o dai contratti collettivi.