



**Delibera del Consiglio dei Ministri dell'11/12/2015
per l'attuazione del piano di rientro dei disavanzi
del settore sanitario della Regione Campania**

Il Commissario ad Acta
Dr. Joseph Polimeni
Il Sub Commissario ad Acta
Dr. Claudio D'Amario

DECRETO n. 1 del 11.01.2017

OGGETTO: D.C.A. n. 33/2016 Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera ai sensi del D.M. 70/2015. Atto aziendale A.S.L. di Salerno. Approvazione.

PREMESSO:

- che la legge 30 dicembre 2004 , n. 311 recante Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2005) e, in particolare, l'art. 1, comma 180, ha previsto per le regioni interessate l'obbligo di procedere, in presenza di situazioni di squilibrio economico finanziario, ad una ricognizione delle cause ed alla conseguente elaborazione di un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, di durata non superiore ad un triennio;
- che la Giunta regionale della Campania con deliberazione n. 460 del 20/03/2007 *ha approvato il Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del Servizio sanitario Regionale ai fini della sottoscrizione dell'Accordo tra Stato e Regione Campania ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004*;
- che con deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 23 luglio 2009 il Governo ha proceduto alla nomina del Presidente pro tempore della regione Campania quale Commissario ad acta per l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo sanitario ai sensi dell'art. 4, comma 2, del DL 1 ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla L. 29 novembre 2007, n. 222;
- che con deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 24 aprile 2010 il Presidente pro tempore della Regione Campania è stato nominato Commissario ad acta per il Piano di rientro con il compito di proseguire nell'attuazione del Piano stesso, secondo Programmi Operativi di cui all'art. 1, comma 88 della legge n.191 del 2009;
- che con le deliberazioni del Consiglio dei Ministri in data 15 ottobre 2009, 3 marzo 2011, 20 marzo 2012, 29 ottobre 2013 è stato disposto l'avvicendamento nelle funzioni di sub-commissario ad acta con il compito di affiancare il Commissario ad acta della Regione Campania;

VISTI

- gli esiti delle elezioni amministrative regionali dello scorso 31 maggio 2015 ;
- i commi nn.569 e 570 dell'art. 1 della legge 23 dicembre 2014, n. 190 "*Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2015)*" con cui – in recepimento delle disposizioni di cui all'art. 12 del Patto per la Salute 2014 – 2016 – è stato previsto che "*La nomina a commissario ad acta per la predisposizione,*

l'adozione o l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo del settore sanitario, effettuata ai sensi dell'articolo 2, commi 79, 83 e 84, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, e successive modificazioni, e' incompatibile con l'affidamento o la prosecuzione di qualsiasi incarico istituzionale presso la regione soggetta a commissariamento”;

- la delibera del Consiglio dei Ministri dell'11 dicembre 2015, notificata in data 8 gennaio 2016, con la quale il dott. Joseph Polimeni è stato nominato Commissario ad acta per l'attuazione del vigente Piano di Rientro dai disavanzi del S.S.R della Campania e con il quale il Dott. Claudio D'Amario è stato nominato Sub Commissario ad Acta;

VISTO

- l'incarico prioritario del Commissario ad acta *“di adottare ed attuare i Programmi operativi 2016 – 2018 e gli interventi necessari a garantire, in maniera uniforme sul territorio regionale, l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di efficienza, appropriatezza, sicurezza e qualità, nei termini indicati dai Tavoli tecnici di verifica, nell'ambito della cornice normativa vigente”;*

VISTO

- l'acta prioritario n. *“I”*, riportato nella citata delibera del Consiglio dei Ministri del 11.12.2015 di *“adozione ed attuazione del piano di riorganizzazione della rete ospedaliera in coerenza con il fabbisogno assistenziale, in attuazione del regolamento adottato con decreto del Ministero della Salute del 2 Aprile 2015 n. 70 in coerenza con le indicazioni dei Tavoli Tecnici di monitoraggio”;*

VISTO

- l'art. 3 comma 1 – bis, del D.lgs n. 502/92 e ss.mm.ii. a tenore del quale l'Atto aziendale costituisce lo strumento giuridico mediante il quale le aziende determinano la propria organizzazione ed il proprio funzionamento, e delinea gli ambiti della propria autonomia gestionale ed amministrativa, nel rispetto dei principi e dei criteri emanati dalla Regione;

VISTI:

- il decreto commissariale n. 49 del 27 settembre 2010 avente ad oggetto *“riassetto della rete ospedaliera e territoriale, con adeguati interventi per la dismissione/riconversione/riorganizzazione dei presidi non in grado di assicurare adeguati profili di efficienza e di efficacia”* ed il decreto commissariale n. 22 del 22 marzo 2011 di approvazione del *“Piano Sanitario Regionale 2011-2013”*, entrambi validati dai Ministeri affiancanti;
- il decreto commissariale n. 135 del 10 Ottobre 2012 con il quale sono stati forniti alle Aziende specifici indirizzi per la formulazione degli atti aziendali al fine di consentire l'adozione di un modello di organizzazione omogeneo e conforme alla Pianificazione sanitaria regionale nonché agli obiettivi economici e di razionalizzazione del SSR previsti dai Programmi Operativi;
- il decreto commissariale n. 6 del 14 Gennaio 2013 con il quale sono state assegnate alle aziende ulteriori indirizzi riguardanti i parametri standards per l'individuazione delle strutture ed alla necessità di allineare la normativa regionale alle disposizioni di cui alla legge n. 189 dell' 8 novembre 2012 di conversione del DL n. 158 del 13 settembre 2012;
- il decreto commissariale n. 18 del 18 febbraio 2013, che, al fine di procedere alla approvazione di un testo unico integrato contenente il complesso degli indirizzi forniti alle aziende ed anche in recepimento delle osservazioni ministeriali, si è proceduto alla sostituzione dell'allegato al decreto commissariale n. 6;
- il decreto commissariale n. 34 del 24 febbraio 2013 con il quale è stato previsto il differimento dell'originario termine previsto per l'invio degli atti alla struttura commissariale di 45 giorni rispetto alla data della pregressa scadenza di cui al decreto n. 6/2013 e quindi, fino al 10 giugno 2013 e si è proceduto alla nomina del gruppo di lavoro per la valutazione della conformità degli atti aziendali alle Linee di indirizzo regionali;

CONSIDERATO :

- che con il Decreto Commissariale n. 33 del 17 Maggio 2016 è stato approvato il documento denominato “Piano regionale di programmazione della rete ospedaliera ai sensi del DM 70/2015”, con il quale è stato recepito un nuovo metodo di programmazione dell’assistenza ospedaliera, nella riclassificazione della tipologia dei presidi ospedalieri e nella metodologia di calcolo della dotazione di posti letto
- che il modello funzionale proposto permette una migliore distribuzione delle risorse secondo criteri di efficienza organizzativa e l’assegnazione di discipline volte al miglioramento globale dell’assistenza per bacini di utenza;
- che alle aziende sanitarie è stato chiesto l’adeguamento del proprio atto aziendale a quanto stabilito con il citato decreto;

CONSIDERATO :

- che con il Decreto Commissariale n. 99 del 22.09.2016 è stato approvato il Piano regionale di Programmazione della Rete per l’Assistenza territoriale 2016 – 2018;

VISTO :

- che l’ASL di Salerno Atto aziendale ha adottato la delibera n. 90 del 29.09.2016;
- che al fine di rendere l’atto pienamente conforme ai citati DDCCA 18/2013 e 33/2016, la stessa ASL con la delibera n. 170 del 10 Novembre 2016 ha riapprovato l’indicato provvedimento, successivamente sostituito con la delibera n. 173 del 14 Novembre 2016 per riscontrati errori materiali contenuti negli allegati;

PRESO ATTO :

- che il Gruppo di Lavoro, istituito con DDCCAA n. 23/2016 e n. 194/2016, con nota prot. reg.le n. 0843872 del 29.12.2016, assunta al prot. comm.le in data 4.01.2017 al nr. 6/C, a seguito dell’esame della documentazione pervenuta, nel rassegnare le proprie risultanze istruttorie, ha verificato la conformità dell’atto aziendale ai DDCCAA n. 18/2013 e n. 33/2016 e, nel proporre l’approvazione, ha espresso le sottoriportate osservazioni:

1) Prescrizioni:

- a) Considerato che il Dipartimento di Prevenzione è articolato in Aree, collocare la UOC “Igiene degli alimenti e nutrizione” nell’Area di Sanità Veterinaria, nel rispetto delle norme vigenti;
- b) Completare ed allineare il modello organizzativo dell’assistenza territoriale a quanto previsto dal DCA n.99/2016 “Piano regionale di Programmazione della rete per l’assistenza territoriale 2016 – 2018” entro 60 giorni dall’adozione del Decreto di approvazione dell’Atto aziendale

2) Raccomandazione :

- a) Per ciascuna delle 6 strutture territoriali interdistrettuali “Prevenzione collettiva” (UOPC) e delle 6 strutture territoriali interdistrettuali di “Veterinaria (UOV), descrivere le competenze e le correlazioni funzionali con le UOC di riferimento del Dipartimento, in quanto UOSD;

RITENUTO, pertanto,

di poter procedere alla approvazione dell’atto aziendale dell’ A.S.L. di Salerno che risulta adeguato ai parametri stabiliti dal D.M. 70/2015 e recepiti con il DCA n. 33/2016, comprendente le citate osservazioni :

DECRETA

per tutto quanto esposto in premessa che qui si intende integralmente riportato :

di **PRENDERE ATTO** delle risultanze pervenute dal Gruppo di Lavoro istituito presso la Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento SSR, in merito all' esame dell'atto deliberativo n. 173 del 14.11.2016 dell' A.S.L. di Salerno;

di **APPROVARE** definitivamente l'Atto aziendale dell' A.S.L. di Salerno, - allegato alla presente, che è parte integrale e sostanziale - e che risulta adeguato ai parametri del DM 70/2015 recepiti nel DCA n. 33/2016, facendo obbligo al Direttore Generale della sua immediata attuazione;

di **STABILIRE** che la delibera della A.S.L. di Salerno n. 173 del 14.11.2016 venga integrata con le seguenti osservazioni :

1) Prescrizioni:

- a) Considerato che il Dipartimento di Prevenzione è articolato in Aree, collocare la UOC "Igiene degli alimenti e nutrizione" nell'Area di Sanità Veterinaria, nel rispetto delle norme vigenti;
- b) Completare ed allineare il modello organizzativo dell'assistenza territoriale a quanto previsto dal DCA n.99/2016 "Piano regionale di Programmazione della rete per l'assistenza territoriale 2016 – 2018" entro 60 giorni dall'adozione del Decreto di approvazione dell'Atto aziendale

2) Raccomandazione :

- a) Per ciascuna delle 6 strutture territoriali interdistrettuali "Prevenzione collettiva" (UOPC) e delle 6 strutture territoriali interdistrettuali di "Veterinaria (UOV), descrivere le competenze e le correlazioni funzionali con le UOC di riferimento del Dipartimento, in quanto UOSD;

Di **NOTIFICARE** il presente provvedimento alla A.S.L. di Salerno, con l'obbligo di pubblicazione sul sito istituzionale aziendale - sezione atti amministrativi - che abbia accesso libero - (art. 32 della legge 18.06.2009, n.18);

Di **TRASMETTERE** al Gabinetto del Presidente della Giunta regionale, alla Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del S.S.R., a So.Re.Sa. s.p.a. ed al BURC per la pubblicazione, ai sensi degli artt. 26 e 27 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33.

Il Sub Commissario ad Acta
Dott. Claudio D'Amario

Il Commissario ad Acta
Prof. Joseph Polimeni



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N.ro 143 del 14.11.2016

Il presente provvedimento
è stato dichiarato
immediatamente esecutivo

OGGETTO: Riapprovazione Atto Aziendale.

La presente deliberazione si compone di n. ro 236 pagine, di cui n.ro 233 allegati che formano parte integrante e sostanziale della stessa.

In data _____ il/i Dirigente/i della Struttura _____ propone la presente deliberazione evidenziando se vi sono/non vi sono oneri, anche potenziali, a valere sul bilancio pubblico e attestandone, con la seguente sottoscrizione, che il presente provvedimento, alla stregua dell'istruttoria compiuta, e delle risultanze e degli atti tutti richiamati, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, è regolare e legittimo, nella forma e nella sostanza, ai sensi della vigente normativa e utile per il servizio pubblico, ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art.1 della L. 20/94 e successive modifiche;

IL DIRIGENTE

FIRMA

ONERI A VALERE SUL BILANCIO AZIENDALE

PARERI FAVOREVOLI DEI DIRIGENTI DELLE FUNZIONI CENTRALI

DATA

FUNZIONE CENTRALE

FIRMA LEGGIBILE

In data _____, il Dirigente della FC Economico Finanziaria attesta la regolarità contabile e	SI	NO
- attestata la regolarità contabile della imputazione sul conto indicato ove rimane una disponibilità di _____ euro su una previsione a budget di _____ euro come attestato dal Dirigente proponente.		
FIRMA _____		

OGGETTO: Riapprovazione Atto Aziendale.

IL DIRETTORE GENERALE

IN VIRTU': dei poteri conferitigli con D.G.R.C. n. 394 del 20/07/2016 e D.P.G.R.C. n. 169 del 22/07/2016

Vista la delibera n. 170 dell'10.11.2016 con la quale è stato approvato l'Atto Aziendale prendendo atto delle osservazioni poste dal Gruppo di lavoro per l'istruttoria relativa all'approvazione degli atti aziendali della Regione Campania, regolarmente trasmesso agli Organismi regionali per la relativa valutazione e approvazione;

Rilevato che per mero errore al suddetto atto deliberativo è stato allegato file non corretto relativo agli allegati;

Ritenuto di dover procedere alla relativa sostituzione;

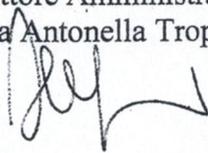
Sentito il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario aziendali;

DELIBERA

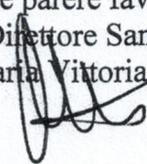
per i motivi di cui alla premessa che qui si intendono integralmente riportati quali parti integranti e sostanziali

- **di sostituire** gli allegati all'Atto Aziendale, di cui alla delibera n. 170 del 10.11.2016 con quelli allegati alla presente delibera, quali parti integranti e sostanziali e, quindi, di disporre la pubblicazione nella versione corretta;
- **di riapprovare, come approva**, nel testo finale corretto l'Atto Aziendale di questa Azienda A.S.L.;
- **di rendere** la presente immediatamente eseguibile considerati i tempi stringenti di approvazione dei competenti Organismi Regionali;
- **di trasmettere**:
 - al Direttore Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del SSR;
 - al Commissario ad Acta per l'attuazione del piano di rientro dei disavanzi del settore sanitario della Regione Campania;
 - al Collegio Sindacale ai sensi della normativa vigente.

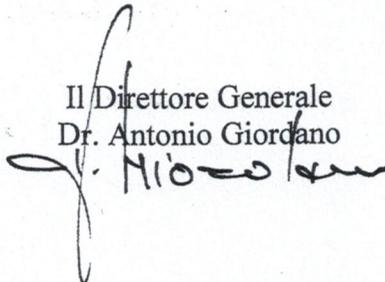
Si esprime parere favorevole
Il Direttore Amministrativo
Dott.ssa Antonella Tropiano



Si esprime parere favorevole
Il Direttore Sanitario
Dr.ssa Maria Vittoria Montemurro



Il Direttore Generale
Dr. Antonio Giordano

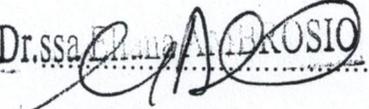


SI DICHIARA CHE LA PRESENTE DELIBERAZIONE:

- È STATA AFFISSA ALL'ALBO PRETORIO DELL'AZIENDA, AI SENSI DELL'ART. 124 - COMMA 1 - DEL D. L.VO 18.08.2000 N.267, IL

14 NOV. 2016

IL DIRIGENTE

Dr.ssa  AMBROSIO

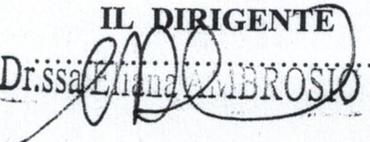
LA PRESENTE DELIBERAZIONE È DIVENUTA ESECUTIVA:

- AI SENSI DELL'ART.134 -COMMA 3 / 4 - DEL D.L.VO18.08.2000 N.267 IL

14 NOV. 2016

- CON PROVVEDIMENTO DI GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA N.RO _____
DEL _____

IL DIRIGENTE

Dr.ssa  AMBROSIO

**PER COPIA CONFORME ALL'ORIGINALE ESISTENTE AGLI ATTI
D'UFFICIO**

SALERNO, LÌ

IL DIRIGENTE

.....



ASL Salerno
Azienda Sanitaria Locale Salerno



Atto Aziendale

PREMESSA

TITOLO I - Principi generali dell'Atto Aziendale

Art. 1 - I principi generali dell'Atto Aziendale

Art. 2 - I contenuti dell'Atto Aziendale

Art. 3 - Regolamenti

TITOLO II - L'Azienda Sanitaria Locale Salerno

Art. 4 - Costituzione, denominazione e sede legale

Art. 5 - Logo

Art. 6 - Il patrimonio

TITOLO III - Il ruolo dell'azienda Sanitaria Locale Salerno

Art. 7 - Missione

Art. 8 - Integrazione socio-sanitaria e rapporti con gli ambiti territoriali sociali

Art. 9 - Visione strategica dell'Azienda

Art. 10 - Valori e Qualità

TITOLO IV - Principi di organizzazione - Il Governo aziendale

Art. 11 - Il Governo aziendale - Principi generali

Art. 12 - Governo e risultati dell'Azienda

Art. 13 - Il Governo clinico, sicurezza delle cure e controllo della qualità

Art. 14 - Gestione delle risorse umane. Clima e benessere organizzativo. Formazione continua: strumento per la qualità e il governo clinico.

Art. 15 - Il Governo economico

Art. 16 - Il Controllo di gestione

Art. 17 - Controllo di regolarità amministrativa e contabile

Art. 18 - La separazione fra funzioni di governo aziendale e funzioni gestionali

Art. 19 - Lo svolgimento delle attività: la natura e la forma degli atti

TITOLO V - Partecipazione e tutela dei diritti dei cittadini

Art. 20 - Partecipazione e tutela dei diritti dei cittadini

Art. 22 - La Comunicazione nell'Azienda Sanitaria Locale Salerno

TITOLO VI - I sistemi di gestione e di governo aziendale

Art. 23 - La programmazione come criterio guida aziendale

Art. 24 - Il controllo interno e il ciclo di miglioramento continuo

Art. 25 - La valutazione

TITOLO VII - Organi dell'Azienda

Art. 26 - Organi

Art. 27 - Il Direttore Generale

Art. 28 - Il Collegio di Direzione

Art. 29 - Il Collegio Sindacale

TITOLO VIII - La Direzione strategica - Organismi aziendali - Aspetti istituzionali e organizzativi

Art. 30 - La Direzione Generale

Art. 31 - La Direzione Sanitaria e la Direzione Amministrativa aziendali

Art. 32 - Integrazione socio-sanitaria e rapporti con gli ambiti territoriali sociali. Il Responsabile del Coordinamento dei servizi socio-sanitari

Art. 33 - La Conferenza dei Servizi

Art. 34 - Il Consiglio dei Sanitari

Art. 35 Comitato Unico di Garanzia per le Pari Opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni

Art. 36 - Ufficio Relazioni con il Pubblico

Art. 37 - Unità Organizzativa Gestione rischio clinico

Art. 38 - Servizio Prevenzione e Protezione

Art. 39 - Altri organismi

TITOLO IX - Le macrostrutture organizzative

Art. 40 - Principi generali

Art. 41 - Livelli di governo

Art. 42 - Articolazioni delle strutture operative

Art. 44 - Il Distretto

Art. 45 - Il Comitato dei Sindaci del Distretto

Art. 46 - I presidi ospedalieri

Art. 47 - L'organizzazione dipartimentale - Il Direttore del Dipartimento - Il Comitato di Dipartimento

Art. 48 - Aree interdipartimentali organizzativo-funzionali

Art. 49 - I Servizi delle professioni sanitarie, tecnico-sanitarie e professionali

TITOLO X - Affidamento degli incarichi

Art. 50 - Conferimento degli incarichi dirigenziali

Art. 51 - La responsabilità gestionale

Art. 52 - Le deleghe e i poteri

Art. 53 - Risorse materiali e tecnologiche: disciplina dei contratti di fornitura di beni e servizi

Art. 54 - Procedure contabili

Art. 55 - Disposizioni finali

L' "Atto Aziendale" costituisce lo strumento giuridico mediante il quale l'Azienda Sanitaria determina la propria organizzazione ed il proprio funzionamento, delineando gli ambiti della propria autonomia gestionale ed organizzativa, nel rispetto dei principi e dei criteri emanati dalla Regione Campania. La strutturazione dell'Atto Aziendale è tesa ad enfatizzare il ruolo dell'autonomia imprenditoriale dell'Azienda, mediante il ricorso a forme e strumenti di intervento tipici del diritto privato e, dunque, del codice civile.

Il presente Atto rappresenta, quindi, il documento istituzionale programmatico della nuova Azienda Sanitaria Locale SALERNO, istituita con L.R. n. 16 del 28.11.2008 e con DGRC n. 505 del 20.3.2009, atti con i quali vengono definiti i principi giuridici, istituzionali e programmatici, nel rispetto degli obblighi di contenimento della spesa e di razionalizzazione e riqualificazione del Sistema sanitario regionale, previsti nel Piano di rientro di cui alla delibera di Giunta regionale n.460 del 20 marzo 2007, adottata a seguito dell'Accordo sottoscritto tra il Presidente della regione Campania e i Ministri della salute e dell'economia e delle finanze, stipulato ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n.311.

La Regione, definendo gli ambiti territoriali delle aziende sanitarie locali in ragione delle caratteristiche geo-morfologiche del territorio, ha previsto un'unica azienda per la provincia di Salerno, modificando l'art. 5 della L.R. n. 32 del 3.11.1994. Ha poi approvato un riassetto della rete ospedaliera con DCA n. 33 del 17.5.2016. L' Atto Aziendale risponde, quindi, alla logica di delineare un perimetro di operatività che mantenga al centro la finalità sostanziale ed istituzionale, tesa, sempre e comunque, al miglioramento dello stato di salute della popolazione di riferimento, pur nel rispetto dei vincoli dell'equilibrio economico e della natura pubblicistica del servizio complessivamente reso ed inteso. Nella dinamica di attribuzioni e relazioni che ne consegue, trova, dunque, determinazione lo scenario strategico di azione ed autonomia in sede aziendale, costituito dalla ampiezza di discrezionalità attribuita, dalla normative di settore vigenti, alla Direzione dell'Azienda, con la conseguente implicita definizione contingente della "governance", intesa come sistema complesso di vincoli, obiettivi e responsabilità, tutti poggianti e scaturenti dalle interrelazioni sinergiche e dai legami sussistenti tra politiche statuali e regionali, vuoi economiche che sanitarie, a loro volta coerenti con la necessità di assicurare il raccordo con gli obiettivi di finanza pubblica, nel più ampio contesto dello scenario regionale di rispetto dei vincoli e degli obiettivi fissati.

Nell'adozione dell'Atto Aziendale, che rappresenta l'emblema dell'idea di autonomia ed autogoverno dell'azienda sanitaria da parte del *management*, risulta, peraltro, imprescindibilmente premesso il rispetto e la coerenza del medesimo documento con le specificità del relativo ordinamento regionale, così come le relazioni e i concatenamenti normativi e funzionali con i soggetti istituzionalmente sovraordinati, dalla Regione al Ministero della Salute, garantendo una organizzazione aziendale funzionale al perseguimento degli obiettivi di programmazione regionale e la concreta applicazione dei principi fondanti della pianificazione sanitaria, nonché la parità di trattamento del personale e la omogeneità di azioni in relazione agli obiettivi propri del piano di rientro. Ciò implica un rapporto istituzionale incentrato non più su una mera struttura gerarchica ma su una nuova metodologia rapportata alla programmazione concertata e alla individuazione di precise responsabilità di funzionamento (standard di attività) e verifica trasparente dei risultati (*audit interni ed esterni*).

L'adozione dell'Atto Aziendale risponde, altresì, a precise logiche di *management* aziendalistico efficiente ed efficace, in grado di innescare percorsi e processi di gestione che tengano comunque presente il limite dello strumento, che, quale modello "aziendale", per quanto tenda a conferire all'azienda sanitaria autonomia amministrativa, tecnica e patrimoniale, costituisce pur sempre un mero strumento gestionale, potenzialmente molto efficace, ma connotato da una propria neutralità che solo una corretta gestione manageriale autenticamente "*patient oriented*" in senso lato,

il conseguimento dell'obiettivo di assicurare il raggiungimento dei fini che costituiscono la *mission* aziendale, e più in generale le finalità di politica sanitaria su scala regionale.

Non va dimenticato che nel territorio della provincia di Salerno, oggi delineata come Azienda Sanitaria Locale Salerno, cui spetta il governo della salute di tutti i cittadini salernitani, è nata la Scuola medica Salernitana, la più antica e celebre istituzione medica del mondo occidentale, la manifestazione culturale e scientifica più rilevante dell'intero Medioevo. Le prime testimonianze scritte risalgono al IX secolo d.C., ritrovate anche sulle statue ritrovate nell'antica città greca di Elea (Velia, per i Romani), rinvenute nel corso di scavi archeologici nella seconda metà del secolo scorso. Nata, secondo la leggenda, nell'Alto Medioevo dall'incontro di quattro maestri, un ebreo, un arabo, un greco e un salernitano, in realtà la Scuola Medica Salernitana ha radici molto più antiche, che affondano nella scuola filosofica e politica fondata a Crotona dal filosofo greco Pitagora nel VI secolo a.C. Una medicina olistica che aveva i suoi riferimenti più importanti nella tradizione classica ippocratico-galenica: il corpo umano era considerato nella sua interezza come un microcosmo all'interno del macrocosmo della natura. Importante fu il ruolo che all'interno della Scuola ebbero le donne: nel XI secolo d. C. a Salerno, le donne esercitavano la professione di medico e scrivevano trattati di medicina. E sulle tracce di allora, l'Azienda, considerando, ora, l'uomo nella sua interezza all'interno del macrocosmo della natura, intende perseguire le condizioni fisiche, psichiche, biologiche, naturali, perchè la salute dell'uomo, nella sua accezione più piena, sia salvaguardata, curata, riabilitata.

Principi generali dell'Atto Aziendale.**Art. 1 - I principi generali dell'Atto Aziendale**

L'Atto Aziendale definisce l'assetto organizzativo, i principi e le regole di funzionamento dell'Azienda, in grado di garantire i risultati attesi, in termini di salute, attraverso una flessibilità organizzativa e procedurale, tenendo, però, presente le dinamiche economiche connesse con le risorse assegnate e con le indicazioni regionali. Esso si basa su un assetto organizzativo e su principi e regole di funzionamento, in grado di garantire, tra l'altro, il decentramento dei poteri gestionali, anche attraverso un organico sistema di deleghe, ai dirigenti preposti alle strutture organizzative, individuati come centro di responsabilità, e un accentramento dei poteri di programmazione e di indirizzo in capo al Direttore Generale, coadiuvato dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo, in rapporto fiduciario.

I mutamenti intervenuti nel quadro demografico e socio-economico, l'identificazione di nuovi rischi, la valutazione del loro impatto sulla salute, la pianificazione e la gestione di iniziative di prevenzione tempestive, efficaci e sostenibili, il nuovo quadro epidemiologico, richiedono un significativo cambiamento delle politiche sanitarie poiché i bisogni, sempre più articolati e complessi, i nuovi determinanti di salute – da ricercare nelle condizioni sociali, economiche, culturali e comportamentali di una popolazione - non consentono risposte settoriali, ma richiedono risposte unitarie che considerino la persona nella sua globalità, che tengano conto delle prospettive fisiche, economiche, sociali, culturali, ambientali e di genere della popolazione, delle disuguaglianze nella salute e sappiano garantire assistenza senza soluzione di continuità. Inoltre il progresso culturale e scientifico della medicina e delle scienze sanitarie, associati ad una rilevante evoluzione tecnologica, hanno profondamente ridefinito gli spazi di intervento dei servizi sanitari e reso sempre più evidente che l'obiettivo del sistema deve essere il raggiungimento di importanti “guadagni di salute”.

Tutto ciò mentre, sempre più pressante, diventa la necessità di gestire in maniera condivisa, partecipata, efficace ed efficiente le risorse disponibili. Parimenti è necessario tenere nel dovuto conto che l'equilibrio economico – finanziario si pone quale condizione ineludibile per la sostenibilità dell'intero sistema e che il processo organizzativo da mettere in atto si inserisce in un quadro istituzionale che vede la Regione Campania impegnata a garantire la coerenza del rispetto delle indicazioni ministeriali con le linee di azione e le strategie previste nei programmi operativi regionali.

Art. 2 - I contenuti dell'Atto Aziendale

I contenuti dell'atto aziendale discendono direttamente dalle norme del D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i., e da altre norme della legislazione nazionale e regionale. L'art. 3, comma 1 bis del D.Lvo 502/92 recita *“In funzione del perseguimento dei loro fini istituzionali, le unità sanitarie locali si costituiscono in aziende con personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale; la loro organizzazione ed il funzionamento sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato, nel rispetto dei principi e criteri previsti da disposizioni regionali. L'atto aziendale individua le strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico-professionale, soggette a rendicontazione analitica”*

Con il proprio Atto Aziendale, questa Azienda, in coerenza con quanto stabilito dalla normativa nazionale e regionale ed in particolare con quanto richiesto dai decreti commissariali che prevedono che l'Atto Aziendale della neo azienda deve costituire anche modifica del Piano Attuativo Aziendale, adotta un documento rappresentativo della complessità aziendale, modellato in funzione anche del fabbisogno indicato nel nuovo Piano di riassetto della rete ospedaliera per il triennio 2016-2018 e del Piano per i servizi territoriali.

b) definiti:

- la sede legale e il logo aziendale;
- la missione dell'Azienda nell'ambito dell'assistenza regionale;
- la organizzazione dei servizi territoriali e la dotazione specialistica e di posti letto dei singoli presidi ospedalieri facenti capo all'Azienda, secondo quanto previsto nella pianificazione attuativa dei decreti commissariali;
- l'individuazione e la organizzazione, tramite uno specifico Allegato, dei Distretti, dei Presidi Ospedalieri, dei Dipartimenti, delle Unità operative complesse, semplici dipartimentali e semplici, come rideterminati a seguito della riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale e dal DCA n. 18 del 18.2.2013.

Nell'Atto Aziendale, inoltre, sono definiti:

- a) gli organi e gli organismi aziendali e la relativa disciplina per la loro composizione e le funzioni;
- b) le funzioni attribuite al direttore sanitario e al direttore amministrativo, le attribuzioni dei dirigenti nonché le modalità per il conferimento di eventuali deleghe e gli ambiti delle stesse;
- c) le funzioni attribuite ai dirigenti titolari di responsabilità gestionali;
- d) i sistemi di valutazione e controllo;
- e) le modalità di rapporto e di collaborazione dell'Azienda con le altre aziende sanitarie nonché con eventuali enti ed organismi, di cui all'articolo 4, comma 3, del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i.;
- f) le modalità di informazione sui servizi sanitari e di tutela dei diritti degli utenti, anche ai fini della corretta fruizione del sistema;
- g) i rapporti con gli enti locali;
- h) le modalità con cui dare attuazione alle disposizioni di cui al D.Lgs. n. 28/2010 che detta la nuova disciplina sulla mediazione finalizzata alla conciliazione nelle controversie civili e commerciali;
- i) la pianificazione attuativa per la definizione e l'attuazione delle modalità di attuazione delle azioni di propria competenza con relativo crono programma;
- j) le modalità di programmazione e individuazione degli interventi di edilizia sanitaria e del fabbisogno di attrezzature biomedicali necessari per l'adeguamento strutturale e del patrimonio tecnologico alle funzioni programmate, con una previsione di massima dei relativi costi (ex art. 20 della legge 67/88);
- k) la rimodulazione delle discipline e dei posti letto assegnati a ciascun presidio, le funzioni attribuite ai presidi ospedalieri nell'ambito delle "reti" di assistenza delineate dai documenti regionali, la determinazione degli interventi per una riqualificazione e il riordino delle attività sanitarie territoriali, i rapporti con le attività sociali.

In ogni deliberazione o altro provvedimento aziendale successivo, che riguardi anche indirettamente l'assetto organizzativo dell'azienda, dovrà essere attestato che la statuizione è conforme alle previsioni del vigente atto aziendale.

Entro 90 giorni dall'approvazione dell'Atto Aziendale da parte degli organismi regionali competenti, ai fini di una sua corretta e completa applicazione, si procederà all'aggiornamento o all'adozione di regolamenti interni nelle seguenti materie:

- modalità di funzionamento del Consiglio dei Sanitari;
- modalità di funzionamento del Comitato di Dipartimento;
- modalità di affidamento, mutamento e revoca della direzione delle strutture e degli incarichi, le modalità di valutazione degli stessi e la graduazione delle funzioni;
- modalità di funzionamento della Consulta socio-sanitaria;
- relazioni sindacali;
- modalità con cui l' Azienda appalta, o contratta direttamente, la fornitura di beni e servizi nel rispetto del decreto legislativo 12 aprile 2006, n. 163 e s.m.i. (c.d. Codice degli Appalti Pubblici);
- formazione e aggiornamento professionale;
- modalità di gestione per obiettivi e di negoziazione del budget, nonché collegamento con il sistema premiante;
- modalità di funzionamento dei dipartimenti;
- procedure di controllo interno;
- modalità di funzionamento del Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni, ex art. 57 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 e s.m.i.;
- sistemi di protezione e sicurezza dei dati;
- sistema di misurazione e valutazione delle performance;
- contabilità;
- attività libero professionale “intramoenia”.

L'Azienda provvederà ad adottare eventuali ulteriori regolamenti per definire linee di attività e procedure di altri eventuali organismi o per la organizzazione di specifici settori.

Tutti i Regolamenti adottati saranno pubblicati sui siti web aziendali.

Art. 4 - Costituzione, denominazione e sede legale

L'Azienda Sanitaria Locale Salerno (P. IVA 04701800650) ha sede legale in Salerno, via Nizza n.146. Essa è stata costituita, con personalità giuridica pubblica, con DGRC n. 505 del 20 marzo 2009 ed è dotata, ai sensi e per gli effetti dell'art. 3, comma 1bis, del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i., di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica, con lo scopo di definire, sviluppare e governare l'attività svolta per il perseguimento delle finalità e degli obiettivi di salute individuati dalla programmazione regionale e nazionale. Svolge le proprie funzioni in osservanza della legislazione statale e di quella regionale, nonché secondo i principi del proprio Atto Aziendale, i relativi atti programmatici e quelli regolamentari che ne disciplinano l'attività.

L'Azienda comprende l'intera area della provincia di Salerno, che si estende su una superficie di 4.917,17 Km² che rappresenta il 36% della superficie regionale, ripartita tra montagna interna, per il 29%, collina interna, per il 44,61%, collina litoranea, per il 14,85% e pianura per l'11,45% del territorio. La popolazione residente nella Provincia di Salerno al 31.12.2015 è di 1.106.506, che rappresenta il 19% della popolazione regionale.

Nella provincia di Salerno insistono 158 comuni:

- 21 con un elevato grado di urbanizzazione e una popolazione residente pari al 56% del totale;
- 40 con un livello medio di urbanizzazione e una popolazione residente pari al 23%;
- 97 con un basso livello di urbanizzazione e una popolazione residente pari al 21%.

L'area ad elevato grado di urbanizzazione o metropolitana della provincia di Salerno è costituita soprattutto dai comuni compresi nella fascia di territorio che va dall'Agro Nocerino-Sarnese a Nord fino a Pontecagnano e Battipaglia a Sud.

L'area con livello medio di urbanizzazione è localizzata a ridosso di quella metropolitana, lungo la costa cilentana e del Vallo di Diano.

L'area a basso livello di urbanizzazione è localizzata prevalentemente nelle zone della collina e della montagna interna, area Cratere, Cilento Interno e Vallo di Diano.

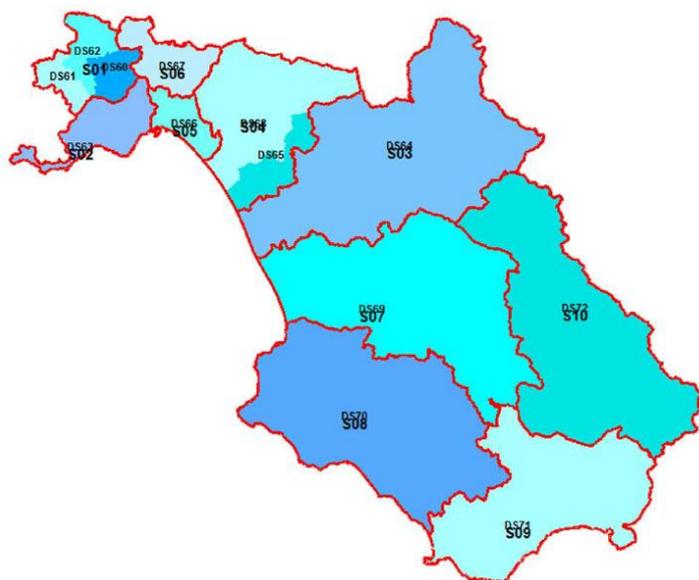
L'Azienda è organizzata in Distretti Sanitari e Presidi Ospedalieri, così come individuati nella L.R. n. 16 del 28.11.2008, nelle Delibere di Giunta Regionale n. 504 e 505 del 20.3.2009 e nel DCA n. 33 del 17.5.2016. La dotazione organica dell'Azienda sarà definita sulla base delle linee guida per la determinazione omogenea di unità di personale da assegnare ai Servizi ospedalieri e territoriali, adottate dalla Giunta Regionale.

Distretti Sanitari ASL Salerno – Ambiti Sociali

Ambito Sociale	Distretto San.	Sede di distretto	Comuni n.	Pop.	Pop.	Pop.	Pop.
				0-14 a.	15-64 a.	> 65 a.	totale
Ambito S 01_1	Distretto n.60	Nocera Inferiore	4	13.176	63.047	16.845	93.068
Ambito S 01_2	Distretto n.61	Angri-Scafati	4	15.937	65.180	15.126	96.243
Ambito S 01_3	Distretto n.62	Sarno-Pagani	4	14.420	60.263	14.069	88.752
Ambito S 02	Distretto n.63	Cava-Costa d'Amalfi	14	12.716	61.365	19.609	93.690
Ambito S 03 ex S5	Distretto n.64	Eboli		14.045	69.415	19.881	103.341
Ambito S 03 ex S8			18				

	n.65	Battipaglia	3	10.10			
Ambito S 04	Distretto n.68	Giffoni Valle Piana	9	12.068	54.722	13458	80.248
Ambito S 05	Distretto n.66	Salerno	2	17.988	94.096	34.142	146.226
Ambito S 06	Distretto n.67	Mercato San Severino	6	10.565	47.753	11.889	70.207
Ambito S 07	Distretto n.69	Capaccio- Rocccaspide	21	6.655	36.297	12.680	55.632
Ambito S 08	Distretto n.70	Vallo della Lucania	37	11.916	62.809	21.652	96.377
Ambito S 09	Distretto n.71	Sapri	17	5.364	28.624	10.465	44.453
Ambito S 10	Distretto n.72	Sala Consilina-Polla	19	8.470	43.696	14.871	67.037
TOTALI			158	153.422	735.628	217.456	1.106.506

Fonte: dati ISTAT 2016



Presidi ospedalieri

<u>Presidio</u>	<u>Posti letto</u>
Presidio ospedaliero "Umberto I" di Nocera Inferiore	366
Presidio ospedaliero "Tortora" di Pagani	82
Presidio ospedaliero "Mauro Scarlato" di Scafati	118
Presidio Ospedaliero "Villa Malta" di Sarno	161
Presidio ospedaliero "Maria Addolorata" di Eboli	166
Presidio ospedaliero "Santa Maria della Speranza" di Battipaglia	138
Presidio ospedaliero di S. Francesco d'Assisi di Oliveto Citra	92
Presidio ospedaliero "San Luca" di Vallo della Lucania	322
Presidio ospedaliero di Agropoli	20
Presidio ospedaliero di Rocccaspide	20
Presidio ospedaliero "Dell'Immacolata" di Sapri	114
Presidio ospedaliero di Polla	212

Nella sede legale vengono effettuate le attività aziendali di supporto e sono allocati gli uffici della Direzione Generale.

Art. 5 – Logo

Il logo aziendale è il seguente



Il nuovo logo nasce dalla visione di un'Azienda sanitaria che vuole porsi al servizio del territorio; colori e tonalità sono stati scelti per rendere il concetto di unione tra AZIENDA – BENESSERE - TERRITORIO.

È stata utilizzata una forma semplice che riconduce, immediatamente, alla rappresentazione geografica della provincia di Salerno con sullo sfondo la Regione Campania, abbracciate da cielo e mare, sviluppando il tema dell'identità, connessa anche a storia, cultura e tradizione, quale comune denominatore per i dipendenti aziendali e per l'utenza.

In particolare, il logo fa leva sulla familiarità dell'immagine geografica e sull'immediatezza dell'identificazione con un ambito territoriale comune e che accomuna, per affermare i concetti di partecipazione, condivisione e accessibilità. Sono stati richiamati i colori tipici del Comune di Salerno, con il preciso senso di ricondurre la molteplicità dei territori, afferenti ai 158 Comuni della provincia, alla continuità con il capoluogo che li rappresenta, per rafforzare il messaggio di legame tra le diverse realtà sociali e culturali del vasto territorio salernitano.

L'Azienda assume la ragione sociale di AZIENDA SANITARIA LOCALE SALERNO.

Il sito Internet aziendale è denominato “ www.aslsalerno.it ”.

Art. 6 – Il Patrimonio

Il patrimonio dell' Azienda Sanitaria Salerno è costituito da tutti i beni mobili ed immobili ad essa appartenenti, trasferiti dalle soppresses Aziende Sanitarie Salerno 1, Salerno 2 e Salerno 3, nonché da tutti i beni che andranno ad acquisirsi nell'esercizio della propria attività o a seguito di atti di liberalità. L'Azienda Sanitaria, ai sensi e per gli effetti dell'art. 5, comma 2, del D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i., dispone del proprio patrimonio secondo il regime della proprietà privata, in particolare secondo le disposizioni cui all'art. 830 del Codice Civile. I beni mobili ed immobili utilizzati per il perseguimento dei propri fini istituzionali costituiscono patrimonio indisponibile e, pertanto, non possono essere sottratti alla loro destinazione, se non nei modi stabiliti dalla legge. L'Azienda, infatti, riconosce la valenza strategica del proprio patrimonio quale strumento di potenziamento e di qualificazione strutturale e tecnologica e, in questa prospettiva, valuta, quale ulteriore fonte di entrata, processi di alienazione del patrimonio da reddito e di trasferimento di diritti reali, previa autorizzazione regionale, ex art. 5, comma 3, del D. Lgs. 229/1999.

Ai sensi di quanto disposto dalla DGRC n. 505 del 20.3.2009, acquisiti tutti i dati del trasferimento della gestione, l'Azienda provvede ad una ricognizione dello stato di consistenza dei beni patrimoniali, sia mobili che immobili, ricognizione che sarà approvata con atto deliberativo e costituirà documento di determinazione del patrimonio aziendale in uno agli altri atti relativi.

Art. 7 - Missione

L' Azienda Sanitaria Locale Salerno è una azienda pubblica di carattere sanitario, senza finalità di lucro. È inserita nel contesto del Sistema Sanitario Regionale della Campania, insieme alle altre Aziende Sanitarie Pubbliche, alla medicina convenzionata, agli erogatori privati accreditati, ed agisce in un'ottica di solidarietà e con autonomia, nel rispetto dei principi e delle linee di indirizzo regionali.

Si pone come garante della salute dei propri cittadini, attraverso la programmazione locale, intesa come confronto e presa in carico delle richieste della popolazione del territorio.

A tal fine orienta la propria strategia prioritariamente a:

- promuovere la salute di individui, gruppi e comunità mediante la individuazione di bisogni di salute, di processi di prevenzione, di attenzione alle disabilità e alla tutela integrale della qualità della vita;
- esercitare l'attività di programmazione e indirizzo fondamentale per l'ottimale erogazione dei servizi sanitari e socio-sanitari;
- favorire la partecipazione dei soggetti rappresentativi delle comunità, coinvolgendoli nel processo di promozione della salute. L'Azienda riconosce la funzione delle Organizzazioni Sociali Private, non aventi scopo di lucro, impegnate nella tutela del diritto alla salute come espressione di partecipazione, solidarietà e pluralismo e ne promuove lo sviluppo, favorendo l'apporto delle proprie specifiche competenze. L'iscrizione all'elenco di cui all'art. 1, comma 18, del D. Lgs. 502/1992, istituito presso la Regione, costituisce presupposto per il concorso delle organizzazioni sociali private alla programmazione sanitaria regionale, per l'accredimento istituzionale e per la stipula dei relativi accordi contrattuali con l'Azienda. Il protocollo d'intesa e gli accordi rappresentano lo strumento attraverso il quale l'Azienda, le associazioni di volontariato e di tutela (iscritte all'Elenco di cui all'articolo 2, comma 2 septies, del D. lgs. 229/1999) e le associazioni dei consumatori stipulano modalità di confronto permanente sulle tematiche della qualità dei servizi e della partecipazione degli utenti, definendo altresì l'eventuale concessione in uso di locali e le modalità di esercizio del diritto di accesso e di informazione;
- valorizzare le proprie risorse umane, mediante processi di formazione continua. L'Azienda sostiene "la causa della salute" con l'azione combinata di tutte le componenti di una comunità, agendo sulle condizioni sociali, ambientali, culturali, ma anche sul rinforzo delle conoscenze, delle abilità individuali e dei livelli di autonomia delle persone nelle scelte che hanno un impatto sulla salute.

Le attività sanitarie dell'Azienda sono svolte sulla base delle moderne conoscenze tecnico-scientifiche e grazie alle più avanzate tecnologie a disposizione, nel rispetto dei principi di etica, efficacia, efficienza ed economicità.

Funzioni della nuova Azienda

La nuova Azienda Sanitaria Locale, prevista nell'ambito del provvedimento di riassetto sanitario territoriale regionale, approvato con L.R. n. 16 del 28.11.2008, ha previsto l'accorpamento delle precedenti disciolte Aziende Sanitarie Locali Salerno 1, Salerno 2, Salerno 3. La decorrenza giuridica è determinata dalla data della DGRC n. 505/2009, ovvero dal 20 marzo 2009. La costituzione della nuova Azienda rientra, quindi, nel piano di riassetto della rete sanitaria, territoriale ed ospedaliera regionale, con l'obiettivo di assicurare complessivamente un'offerta più adeguata ai bisogni dei cittadini, sia attraverso la rimodulazione delle attività territoriali, di

ospedalieri, con una riduzione delle attività considerate inappropriate e la riorganizzazione funzionale ed operativa delle strutture ospedaliere secondo gli obiettivi del Piano ospedaliero regionale.

Particolare attenzione viene espressa per assicurare a tutti i cittadini i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Oltre agli obiettivi fissati periodicamente dalla Regione Campania, l'Azienda intende dare attuazione all'art. 32 della Costituzione, ponendo, come prioritari, interventi in materia di assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e lavoro, di assistenza distrettuale, di assistenza ospedaliera. L'Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e lavoro, comprenderà attività e prestazioni svolte per la promozione della salute della popolazione, quali:

- la profilassi delle malattie infettive e parassitarie;
- la tutela della collettività da rischi sanitari connessi agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali;
- la tutela della collettività e del singolo dai rischi infortunistici connessi agli ambienti di lavoro;
- la sanità pubblica veterinaria (sorveglianza epidemiologica delle popolazioni animali, farmacovigilanza veterinaria, vigilanza dei mangimi, etc);
- la tutela igienico-sanitaria degli alimenti;
- la sorveglianza e prevenzione nutrizionale.

L'Assistenza distrettuale comprenderà i servizi sanitari e socio-sanitari, l'assistenza farmaceutica, la specialistica e diagnostica ambulatoriale, la fornitura di protesi ai disabili, i servizi domiciliari agli anziani e ai malati gravi, i consultori familiari, i servizi per le dipendenze, i servizi per la salute mentale, per la riabilitazione dei disabili, strutture semiresidenziali e residenziali, residenze per anziani e disabili, centri diurni, case famiglia e comunità terapeutiche.

L'Assistenza ospedaliera integrerà l'assistenza istituzionale con i programmi, gli obiettivi e gli interventi di salute previsti dai Piani Regionali Ospedalieri.

Particolare attenzione sarà data:

- alla integrazione dei servizi sanitari territorio-ospedali, al fine di fornire percorsi di assistenza, attraverso i quali il cittadino sia accompagnato, guidato, consigliato, in modo da trovare, in tempi giusti, ogni risposta ai suoi bisogni di salute;
- alla riduzione del tasso di ospedalizzazione. La ricostituzione dei posti letto, soprattutto per l'area della riabilitazione e della lungodegenza, permetterà di offrire una risposta assistenziale ospedaliera diffusa su tutta la filiera, svincolando i posti letto per acuti, con conseguente riduzione dei tempi di ricovero;
- al miglioramento delle liste di attesa, sia per le attività diagnostiche che per quelle di cura e riabilitazione, con particolare riferimento agli interventi chirurgici per patologie tumorali;
- all'allineamento dei dati di spesa per l'assistenza farmaceutica ospedaliera a quelli nazionali.

Altro obiettivo importante sarà quello di garantire equità negli accessi, tenuto conto anche della particolare territorialità dell'Azienda, coniugata alla qualità del servizio stesso: l'equità deve fungere da contrasto alla minore probabilità che hanno le persone di livello socio-economico inferiore, di ricevere cure efficaci ed appropriate. Non può nemmeno però essere disattesa una considerazione di efficacia nell'analisi dei volumi/esiti finalizzata ad un miglioramento globale dei servizi offerti.

L'Azienda cura l'integrazione dell'assistenza sanitaria con interventi sociali ad elevato impatto sanitario. Le prestazioni e i livelli essenziali di assistenza socio-sanitaria di competenza del SSN sono individuabili in base alla Tabella allegata al DPCM 14.2.2001 ed all'allegato 1/C del DPCM 29.11.2001. È preposto al governo di tale funzione il Responsabile del Coordinamento socio-sanitario che supporta la direzione e le strutture dipartimentali e distrettuali nella *governance* dei processi gestionali e professionali che sottendono all'intero sistema socio-sanitario.

L'Azienda istituisce, per tale funzione, una unità operativa dedicata, che accompagni e sovrintenda, previa idonea organizzazione, a tutte le azioni della componente territoriale a supporto del Distretto socio-sanitario.

Nel presente Atto sono evidenziate le forme organizzative e le tematiche finalizzate a consentire una *governance*:

- delle diverse aree socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria, in correlazione con i servizi centrali dell'Azienda e con le macrostrutture aziendali;
- dei rapporti tra l'Azienda e i Comuni, in particolare all'interno del Coordinamento istituzionale e dell'Ufficio di piano;
- delle attività socio-sanitarie di competenza della ASL e quelle di competenza dell'Ente Locale.

L'Azienda, pertanto, promuove azioni ed interventi per:

- aggregare tutte le attività assistenziali socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria, individuate dal DLgs 229/99, dal DPCM 14.02.01 e dal DPCM 29.11.01, e successive integrazioni, costituenti, nel loro insieme, l'Area Socio-Sanitaria ad Elevata Integrazione Sanitaria (materno-infantile, anziani, disabili fisici, psichici e sensoriali, salute mentale, dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezione da HIV, patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative, assistenza ai detenuti affetti da dipendenza o disturbi mentali, altre disabilità o criticità socio-sanitarie). Ciò anche al fine di promuovere una integrazione operativa tra le stesse, una cultura e una metodologia del lavoro integrata;
- partecipare alla formulazione dei protocolli relativi alla "dimissione socio-sanitaria protetta", e partecipare a quelli relativi all'ADI;
- svolgere funzioni di programmazione, indirizzo e coordinamento delle attività socio-sanitarie ad elevata integrazione (con particolare riferimento ai LEA socio-sanitari) e delle attività socio-sanitarie in favore di immigrati e senza fissa dimora;
- concorrere, in collaborazione con le altre articolazioni aziendali e comunali, all'analisi dei bisogni socio-sanitari (e, in particolare, delle disuguaglianze sociali nell'accesso ai servizi), al monitoraggio delle attività socio-sanitarie, alla costruzione di un Sistema Informativo Socio-Sanitario Integrato;
- curare in particolare il livello organizzativo, gestionale ed operativo della integrazione socio-sanitaria territoriale, avvalendosi degli Uffici Socio-Sanitari distrettuali;
- partecipare all'Ufficio di Piano, dove rappresenta il livello centrale aziendale, unitamente con i Direttori dei Distretti che sottoscrivono il PDZ per la parte afferente al proprio distretto.

E' indispensabile infine un collegamento organico tra gli ospedali e la rete dei servizi socio-sanitari territoriali, anche attraverso l'istituzione dei protocolli della "dimissione socio-sanitaria protetta". Allorquando un paziente con determinate caratteristiche viene dimesso dall'ospedale, vi è la necessità della preparazione, tra ospedale e rete dei servizi territoriali, di un piano personalizzato congiunto di assistenza territoriale.

La ridefinizione del ruolo delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere operato dalla recente legislazione, in coerenza con l'analoga ridefinizione dei ruoli della Regione e delle Autonomie Locali, ha impresso una forte connotazione di innovazione nella gestione delle aziende sanitarie mediante il riconoscimento della autonomia imprenditoriale.

Le logiche di governo e di gestione aziendale non possono prescindere dall'utilizzo di sistemi dinamici che si adattino al disegno strategico aziendale e collochino l'azienda come partner attivo e propositivo nella definizione, costruzione e realizzazione di un progetto sociale di salute.

La “**promozione**” diventa quindi il principio ispiratore dell'azione tecnica e organizzativa aziendale intesa come promozione di conoscenza, di autonomia e sviluppo della responsabilità individuale al fine di consentire la ridefinizione del valore della libertà di scelta quale massima espressione della centralità dell'individuo.

Per agire in tale direzione l'Azienda si propone:

- 1) di porre i bisogni dei cittadini al centro delle decisioni aziendali assumendo il principio della sussidiarietà e della responsabilizzazione sociale;
- 2) di investire in innovazione organizzativa, tecnologica e gestionale secondo il principio del miglioramento continuo;
- 3) di sviluppare idonee forme di comunicazione interna ed esterna come condizione indispensabile per attivare il processo di coinvolgimento degli operatori e dei cittadini nello sviluppo aziendale;
- 4) la ricerca e lo sviluppo di collegamenti stretti con tutte le eccellenze regionali, a vario titolo presenti nel campo dei servizi, come condizione di confronto intorno alle competenze distintive;
- 5) di investire in formazione ed aggiornamento al fine di potenziare il patrimonio professionale presente.

La riorganizzazione della rete ospedaliera campana rappresenta l'opportunità di determinare, in virtù del mutato quadro epidemiologico e della quantità e qualità delle cure, una riqualificazione dell'offerta, puntando fortemente su presidi maggiormente qualificati sia sul versante strutturale che su quello organizzativo. Il nuovo modello organizzativo è, infatti, basato sull'integrazione funzionale delle strutture, pubbliche e accreditate, capace di creare una rete di assistenza per la gestione globale del paziente. L'Azienda opera, anche, per realizzare tutte le condizioni che vedono singole realtà aziendali integrate nella rete dell'emergenza-urgenza prevista dal Piano Ospedaliero, anche attraverso dipartimenti funzionali.

A tale scopo, le azioni della Direzione strategica saranno tese a realizzare un modello di sviluppo continuo delle professionalità, individuando nelle persone che operano in Azienda e nel loro patrimonio professionale la principale risorsa, sulla quale fondare lo sviluppo continuo e sostenibile dell'Azienda nel suo complesso e ad applicare protocolli diagnostici, terapeutici e riabilitativi, nonché procedure sanitarie, assistenziali ed amministrative efficaci, efficienti ed appropriate, avviando logiche e strumenti del miglioramento continuo dei risultati, sia sul fronte clinico-assistenziale che su quello dell'efficienza gestionale.

Si svilupperanno i propri sistemi informativi, anche con mezzi informatici, al fine di favorire l'approccio al cittadino al sistema delle prestazioni sanitarie secondo la più concreta applicazione del principio della trasparenza e verranno consolidati i rapporti con l'Azienda Ospedaliera Universitaria “San Giovanni e Ruggi d'Aragona” di Salerno e con la Facoltà di Medicina e Chirurgia della Università di Salerno, anche attraverso convenzioni, garantendo così non solo un supporto clinico-assistenziale ma riproducendo quelle azioni di formazione e ricerca che sono alla

attività dell'assistenza. In particolare, saranno intraprese, di cui all'Accordo Quadro n. 88 dell'1.02.2016 "Integrazione ospedale-territorio, Azienda Ospedaliero - Universitaria San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona e ASL Salerno", e sarà concordata, con l'AOU, l'adozione di nuovi percorsi assistenziali di gestione integrata ospedale-territorio che consentano di ripensare all'organizzazione dei servizi in un'ottica multidimensionale e multiprofessionale affrontando la globalità dei bisogni in una nuova dimensione della sanità: malattia vissuta e non malattia organica, salute possibile e non solo salute, mantenimento e non solo guarigione, accompagnamento e non solo cura, risorse del paziente e non solo risorse tecnico-professionali. Sarà, inoltre, curata, con l'AOU, attraverso le indicazioni regionali, l'articolazione della rete di emergenza-urgenza che vede, per il territorio provinciale, un'unica Centrale Operativa 118.

Art. 10 – Valori e Qualità

L'attività dell'Azienda si identifica nei seguenti valori:

- a) centralità della persona ed uguaglianza di tutti i cittadini nel diritto a perseguire lo stato di salute;
- b) personalizzazione ed umanizzazione dell'assistenza, realizzate attraverso il mantenimento di comportamenti attenti alle necessità ed alle specificità dell'individuo;
- c) imparzialità ed efficienza nell'erogazione del servizio;
- d) confronto con la comunità, le istituzioni, le associazioni di volontariato, come crescita per la ricerca di nuove soluzioni verso una sanità condivisa e realizzabile;
- e) introduzione dell'innovazione come sviluppo professionale, gestionale e tecnologico, sul quale sostenere i continui cambiamenti del settore sanitario-ospedaliero;
- f) qualità come parte del sistema integrato di gestione delle azioni organizzative ed assistenziali in campo sanitario ed amministrativo e metodo di miglioramento costruito sulle esigenze dei pazienti e degli operatori;
- g) formazione e informazione come elemento di progresso professionale e culturale verso la realizzazione di ospedali orientati al costante miglioramento dell'attività clinico-assistenziale ed allo sviluppo di forme di educazione sanitaria partecipata;
- h) corretta e preventiva gestione del rischio clinico e della sicurezza dell'ambiente di lavoro nel rispetto della normativa vigente, come impegno attivo degli utenti e dei dipendenti, attraverso la valorizzazione delle esperienze e l'analisi delle condizioni organizzative.

Titolo IV - Principi di Organizzazione – Il Governo Aziendale

Art. 11 – Il Governo Aziendale - Principi Generali

L'Azienda promuove le opportune forme di integrazione della propria attività con quella delle altre strutture sanitarie della Regione Campania e nell'ambito del sistema delle reti cliniche del Servizio Sanitario Regionale. Per raggiungere tali risultati, opera in maniera da verificare le reali richieste di salute della popolazione di riferimento, attraverso opportuni studi epidemiologici e attraverso una verifica della cd. *mobilità passiva*, in modo da incrociare i bisogni e proporsi per una loro completa soddisfazione. Le azioni, poi, in campo preventivo, tenderanno a determinare condizioni di salubrità totale, individuando quelle azioni e quei programmi che mirino alla tutela della salute, in maniera totale ed integrata.

ospedalieri secondo le indicazioni di alla pianificazione operata con il decreto commissariale n. 33 del 17.5.2016, sono riportate nell'allegato al presente Atto.

L'Azienda Sanitaria Locale Salerno organizza l'attività in Dipartimenti e fa sì che il budget assegnato a ciascun dipartimento, o a ciascuna macroaggregazione (Distretto - Ospedale) concordato con il relativo Direttore, venga assegnato successivamente ad unità operativa. In particolare, è prevista l'istituzione di dipartimenti interpresidiali per funzioni omogenee e per la interscambiabilità di risorse umane e, ove possibile, tecnologiche. L'organizzazione, centrata sul modello dipartimentale, determinerà una migliore allocazione degli operatori ed un efficiente utilizzo delle risorse, assegnando tali gestioni alla diretta direzione e responsabilità del Direttore del Dipartimento, e contribuirà, oltre che a realizzare economie di scala, a porre al centro dell'attività il malato, in una costante ricerca di intervento multifunzionale.

Il modello aziendale sarà informato al principio della responsabilizzazione per obiettivi, per il conseguimento dei quali si presuppone l'autonomia, individuata dall'attribuzione alle Unità Operative, nelle quali si articola l'organizzazione, della qualificazione di centro di responsabilità e/o di centro di costo. La sussistenza di essi è connessa al conseguimento di risultati, compreso quello di valorizzazione della produzione. La gestione per obiettivi rappresenta, infatti, un'assunzione di responsabilità dei risultati ottenuti non solo da parte di ciascuna articolazione operativa dell'Azienda, alla quale siano affidate risorse, ma anche dalla Direzione aziendale, la quale risponde del funzionamento complessivo dell'Azienda. Questa assunzione individuale e collettiva di responsabilità (cioè, dei singoli dirigenti e dell'Azienda nel suo complesso), molto più degli aspetti economici o della consistenza delle risorse assegnate, rende la negoziazione di budget il momento centrale della gestione annuale dell'Azienda e la misura periodica della sua capacità di far fronte agli impegni assunti. La negoziazione del budget, lungi dal costituire l'occasione per avanzare o vedere riconosciute pretese, rappresenta un impegno specifico del dirigente ad ottenere i risultati previsti con le risorse affidate e a subordinare alla realizzazione di questo impegno la valutazione del proprio operato ed il mantenimento delle responsabilità di direzione affidate. La Direzione strategica si impegna a procedere al puntuale e periodico monitoraggio dei risultati e degli obiettivi assegnati.

Nel rispetto dei vincoli imposti dal piano di riassetto della rete ospedaliera regionale, pur non mettendo in gioco l'identità di ciascuna struttura come individuata dal Piano Ospedaliero, si procederà con azioni che hanno il compito di avviare e facilitare il processo di omogeneizzazione delle procedure e di coordinare, d'intesa con i Direttori dei Distretti e con i Direttori Medici di Ospedale, idonei percorsi diagnostico-terapeutici e riabilitativi per le patologie che richiedono distinti ambiti di interesse disciplinare.

Nell'ambito del processo di pianificazione, tenuto conto delle determinazioni che saranno adottate dalla Regione Campania, l'Azienda predisponde, nel rispetto delle normative vigenti e dei vincoli della programmazione regionale, il programma delle attività, nel quale vengono evidenziate le azioni ed i volumi produttivi delle singole specialità, il relativo assorbimento di risorse, gli investimenti e, nel rispetto della legislazione regionale vigente in materia di bilanci, il conto economico dei costi e ricavi previsti per l'esercizio annuale di riferimento, dando così evidenza della programmazione economico-finanziaria di periodo. Per il triennio 2016-2018, il presente Atto Aziendale, con riferimento all'allegato organizzativo, costituirà il Piano triennale delle attività, con cronoprogramma annuale che sarà definito nel documento annuale della Direzione strategica di individuazione degli obiettivi. La programmazione annuale costituisce il primo *step* di riferimento operativo-gestionale, oltre che di spesa, rispetto al periodo triennale di pianificazione che trova invece esplicitazione nella pianificazione pluriennale, e come tale dovrà essere coerente e compatibile con la *mission* istituzionale attribuita all' Azienda in sede di politica economico-sanitaria regionale .

mazione rivestono un'importanza strategica; obiettivi, i progetti e le azioni che caratterizzano l'attività sanitaria e mettono in evidenza i processi organizzativi attraverso i quali si rende possibile la loro realizzazione, in uno con la relativa valutazione di incidenza economica. Essi assicureranno idonea trasversalità, dovendo necessariamente coinvolgere diverse competenze dell'organizzazione aziendale, in modo da integrare funzionalmente le unità operative di volta in volta più direttamente interessate, assicurando in tal modo al processo la necessaria organicità e compiutezza.

Detta programmazione, inoltre, non si baserà unicamente su criteri e valutazioni di efficienza ed economicità, dovendo essere prioritariamente connotata da valutazioni relative alla qualità ed appropriatezza delle prestazioni in rapporto ai bisogni di salute attesi. La programmazione deve tradursi, quindi, in un complesso di decisioni strategiche in grado di delineare un insieme integrato e coordinato di criteri, strumenti e procedure, finalizzati ad attuare un complesso sinergico di azioni operative, coerenti con la pianificazione strategica, i cui risultati devono essere posti a verifica circa la rispondenza all'andamento gestionale con riguardo agli obiettivi prefissati di periodo.

Il programma delle attività sarà articolato come un documento che espone e giustifica i progetti, le risorse necessarie e le modalità organizzative/gestionali utili al perseguimento degli obiettivi sanitari in relazione alla normativa e pianificazione vigente .

I processi di cui sopra e le modalità di connessione con il sistema di controllo di gestione saranno oggetto di specifica regolamentazione interna all'Azienda.

Art. 12 - Governo e risultati dell'Azienda

I risultati aziendali devono essere misurati allo scopo di rendere possibile l'analisi, l'interpretazione e la valutazione della capacità dell'Azienda medesima di perseguire le finalità generali ad essa attribuite, così come definite dalla sua missione, e gli obiettivi, strategici e direzionali, individuati dalle attività di pianificazione e programmazione aziendale quale momento di concretizzazione operativa della sua visione.

In questo senso, l'attività di valutazione dei risultati è articolata su cinque livelli:

- **eticità:** interpretata come costante orientamento al bene comune;
- **equità:** intesa come corretta distribuzione delle prestazioni a tutti i cittadini, senza alcuna distinzione di età, sesso, razza, credo religioso e convinzioni politiche;
- **efficienza:** intesa come comparazione tra l'ammontare delle risorse, destinate o effettivamente impiegate e il risultato previsto o conseguito;
- **efficacia:** misurata come capacità di perseguire gli obiettivi alla luce dei risultati finali (soddisfamento dei bisogni) e/o intermedi (prestazioni e servizi) conseguiti e focalizzata prevalentemente sugli aspetti qualitativi, con riferimento alle dimensioni della qualità professionale, percepita e gestionale;
- **economicità:** interpretata come rapporto esistente tra le risorse, assegnate o effettivamente utilizzate, ed i risultati finali (soddisfamento dei bisogni) attesi o effettivi, allo scopo di formulare giudizi, di carattere preventivo ovvero a consuntivo.

Quest'ultima dimensione, *l'economicità*, pur considerando che l'attenzione deve essere rivolta prioritariamente a valutazioni relative alla qualità ed appropriatezza delle prestazioni in rapporto ai bisogni di salute attesi, ha un contenuto strategico, poiché è attraverso tale tipologia di valutazione che si decide di allocare risorse in un determinato settore, in ragione dei benefici attesi e conseguiti attraverso il loro impiego. A tale scopo il governo aziendale è organizzato e articolato allo scopo di presidiare:

analisi epidemiologiche condotte a livello regionale, e del grado di perseguimento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA);

- b) la definizione del ruolo dell'Azienda nel soddisfacimento dei bisogni e della domanda espressa in coerenza con il ruolo svolto dalle altre strutture del Sistema Sanitario Regionale;
- c) la formulazione delle priorità d'intervento e di allocazione delle risorse (personale, tecnologia e spazi fisici) secondo principi e valutazioni di economicità;
- d) l'efficienza dell'Azienda e delle sue articolazioni organizzative, anche mediante analisi comparative;
- e) l'efficacia dell'azione aziendale misurata attraverso la capacità di perseguire gli obiettivi operativi definiti, dalla programmazione;
- f) l'appropriatezza utilizzando i livelli assistenziali adeguati per ogni singola prestazione.

La misurazione e la valutazione dei risultati sarà assicurata attraverso la progettazione e la realizzazione di un sistema informativo e statistico unitario, idoneo alla rilevazione di grandezze quantitative di diversa natura. Il sistema informativo aziendale è implementato attraverso banche dati integrate e finalizzate alla produzione periodica di prospetti informativi strutturati per assicurare un servizio di supporto per tutte le articolazioni organizzative aziendali, per la Direzione Generale e per assolvere il debito informativo esterno.

Art. 13 - Il Governo clinico, sicurezza delle cure e controllo della qualità

Il governo clinico rappresenta il tentativo di perseguire un approccio integrato al problema della qualità dell'assistenza, riconoscendo che non si tratta solo di intervenire sulle singole decisioni cliniche per orientarle verso una migliore appropriatezza, ma anche di fare in modo che i sistemi assistenziali nel loro insieme siano orientati verso questo obiettivo. Le politiche sanitarie aziendali, ai diversi livelli di governo del sistema, devono avere come presupposto il fatto che la qualità dei servizi sanitari e delle prestazioni da essi erogate, venga assunta come parte integrante delle scelte operate sul piano del governo amministrativo, su quello della organizzazione dei servizi e su quello della formazione dei professionisti che vi operano.

In questo senso, la qualità cessa di essere una sorta di dimensione separata, collaterale e parallela, e diventa invece parte integrante del processo di identificazione degli obiettivi delle singole aziende, dei meccanismi di definizione dei processi organizzativi come pure di quelli che presiedono alla definizione dell'allocazione delle risorse, oltre che, ovviamente, degli strumenti di valutazione delle attività delle singole unità operative e dei percorsi formativi offerti ai professionisti. In particolare, il monitoraggio di processi e di esiti, mediante un sistema di indicatori e lo sviluppo o l'adattamento e l'aggiornamento di procedure organizzative e di linee guida professionali, la verifica della loro applicazione, nonché l'insieme delle azioni finalizzate al controllo qualità rappresentano i determinanti di un efficace governo clinico.

In tale contesto una particolare attenzione deve essere posta alla gestione del rischio, attraverso l'implementazione di metodologie che, mediante un approccio sistemico, si prefiggano di esaminare i fattori che influenzano la pratica clinica in ogni suo stadio, fornendo indicazioni per appropriati interventi e piani di riduzione degli errori, facendo leva su un maggior coinvolgimento e responsabilizzazione degli operatori ed una migliore comunicazione e relazione fra professionisti, amministratori e cittadini. In particolare, l'Azienda cura il monitoraggio delle situazioni di rischio e, al fine di ridurre le situazioni critiche e i connessi impegni di spesa, cura, studia ed adotta le necessarie soluzioni per la gestione dei rischi medesimi per la prevenzione del contenzioso e la riduzione degli oneri assicurativi.

efficienza tecnica ed operativa delle prestazioni sia della distribuzione dei servizi. In tale attività, il Direttore Sanitario si avvale delle specifiche competenze assegnate al Collegio di Direzione, organo aziendale. Obiettivo del Governo clinico è quello di orientare il sistema alle migliori pratiche cliniche, individuate su basi di efficacia, eliminando quelle di bassa qualità ed inefficaci, nel rispetto delle risorse disponibili. La responsabilità del governo clinico è propria di ogni livello organizzativo e professionale; essa è funzione peculiare attribuita ai responsabili della produzione con ruolo di direzione e gestione delle risorse.

Il Governo clinico si basa, quindi, su due principi fondamentali:

- a) definizione e, successivamente, sistematico monitoraggio e valutazione di standard predefiniti in grado di caratterizzare i processi di prevenzione, clinico-assistenziali e riabilitativi, ed i livelli di servizio erogati dall'Azienda;
- b) sviluppo continuo delle professionalità degli operatori aziendali, affinché gli stessi siano sempre consapevoli del ruolo svolto all'interno dell'organizzazione e delle capacità che devono possedere per affrontare i problemi di salute dei pazienti.

Saranno, pertanto, perseguiti obiettivi generali di valorizzazione del clima e del benessere organizzativo, della gestione delle risorse umane, della formazione continua, quale strumenti per la qualità e il governo clinico.

Art. 14 – Gestione delle risorse umane. Clima e benessere organizzativo - Formazione continua: strumento per la qualità ed il governo clinico

Realizzare e mantenere il benessere fisico e psicologico delle persone, attraverso la costruzione di ambienti e relazioni di lavoro che contribuiscano al miglioramento della qualità della vita dei lavoratori e delle prestazioni, rappresenta un punto strategico per raggiungere obiettivi di efficacia e di produttività. Le condizioni emotive dell'ambiente in cui si lavora, la sussistenza di un clima organizzativo che stimoli la creatività e l'apprendimento, l'ergonomia - oltre che la sicurezza - degli ambienti di lavoro, costituiscono elementi di fondamentale importanza ai fini dello sviluppo e dell'efficienza dell'Azienda sanitaria.

In tal senso è importante offrire agli operatori la possibilità di lavorare in contesti organizzativi che favoriscono gli scambi, la trasparenza e la visibilità dei risultati del lavoro, in ambienti dove esiste un'adeguata attenzione agli spazi architettonici, ai rapporti tra le persone e allo sviluppo professionale. L'Azienda promuove e valorizza anche l'Attività Libero-Professionale Intramuraria resa dai propri professionisti individualmente e/o in equipe, attraverso la reperibilità e la disponibilità di spazi interni adeguati all'attività ambulatoriale e di ricovero. L'Azienda intende perseguire in modo efficace gli interessi di cui sono portatori sia gli utenti, ai quali poter offrire un'ulteriore opzione per ottenere prestazioni sanitarie con tempi di attesa ridotti e a tariffe trasparenti rispetto a quelle del mercato privato, sia il personale coinvolto che, attraverso l'esercizio delle attività libero-professionali, ha la possibilità di ottenere un rapporto personalizzato con l'utente e una maggiore autonomia e responsabilizzazione. L'Azienda vigila sulla correttezza ed adeguatezza dell'attività libero-professionale resa dal proprio personale ed, in particolare, verifica che venga rispettato il dovuto equilibrio fra questa e l'attività istituzionale, predisponendo, senza nuovi o maggiori oneri, sistemi e moduli organizzativi e tecnologici che consentano il controllo dei volumi delle prestazioni libero-professionali. La regolamentazione Aziendale dell'Attività Libero-Professionale Intramuraria verrà predisposta con separato atto.

In ogni caso, l'Azienda ritiene necessario:

- Valorizzare le proprie risorse umane;
- Aumentare la motivazione dei dipendenti;

- Accrescere il senso di appartenenza e di soddisfazione per la propria Azienda;
- Migliorare l'immagine interna ed esterna e la qualità dei servizi forniti;
- Diffondere la cultura della partecipazione quale presupposto dell'orientamento al risultato piuttosto della cultura del mero adempimento;
- Prevenire rischi psico-sociali.

La valorizzazione degli operatori della sanità rappresenterà, quindi, uno degli obiettivi prioritari di una concreta politica sanitaria. Per conseguire questo obiettivo, l'Azienda:

- opera per predisporre un ambiente di lavoro che stimoli il miglioramento e consolidi i rapporti di collaborazione;
- assicura che siano ben compresi i compiti da svolgere e gli obiettivi da conseguire;
- verifica il livello di condivisione degli obiettivi;
- accerta periodicamente la motivazione nel provvedere alla qualità del servizio;
- verifica i risultati delle iniziative di miglioramento dandone evidenza all'organizzazione.

La valorizzazione del lavoro è fattore determinante per la realizzazione dei processi di trasformazione e riorganizzazione all'interno dell'Azienda al fine di garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all'assistenza. Pertanto, la formazione e l'aggiornamento professionale vengono assunti dall'Azienda, come metodo permanente, quale strumento essenziale per il miglioramento continuo della qualità delle prestazioni erogate, per lo sviluppo delle professionalità degli operatori attraverso il costante adeguamento delle competenze, per la realizzazione delle finalità istituzionali e per favorire il consolidarsi di una nuova cultura gestionale improntata al risultato. La formazione e l'aggiornamento professionale sono considerati oltre che acquisizione di saperi, sviluppo di abilità e competenze relazionali, quale strumento propedeutico alla trasmissione di valori, di norme comportamentali e di innovazione, indispensabili per le politiche di gestione delle risorse umane.

La formazione rappresenta il punto di incontro tra il sistema organizzativo e la qualità delle prestazioni erogate e deve perseguire la concreta integrazione tra gli operatori che hanno la responsabilità della gestione dei processi produttivi. Inoltre, deve permettere di orientare e integrare le singole professionalità su progetti e risultati comuni in linea con gli obiettivi e gli strumenti di programmazione e gestione propri dell'Azienda ospedaliera. Per tale ragione l'offerta formativa sarà ampia e diversificata, sia nelle metodologie che negli strumenti formativi, per garantire percorsi di apprendimento coerenti ai bisogni dei partecipanti e trasferibili al contesto operativo di riferimento. Inoltre, poiché la risorsa umana costituisce il fattore determinante che caratterizza la qualità delle prestazioni erogate dalle strutture sanitarie, sarà prioritario sviluppare politiche formative ed informative orientate al raggiungimento degli obiettivi di salute, attraverso appropriati interventi che assicurino efficacia clinica - efficienza. Anche perché agli operatori del settore è richiesto un costante aggiornamento della professionalità incentrato, oltre che sulle conoscenze tecnico scientifiche specifiche dell'attività di assistenza, anche su conoscenze, competenze ed abilità di tipo programmatico, organizzativo e gestionale, di cui l'Azienda dovrà farsi carico. In tal senso, l'Azienda prevede, come momento fondamentale dell'azione manageriale, l'elaborazione del piano formativo annuale che sarà costituito dalle attività formative annualmente pianificabili sulla base di obiettivi formativi nazionali, regionali ed aziendali,

le indicazioni regionali.

Gli obblighi e gli adempimenti, poi, previsti dal D.Lgs. n. 81/08 e s.m.i. in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro, avranno, anche, la finalità di individuare e mettere in atto le misure idonee a garantire la salute e la sicurezza degli operatori, dei lavoratori di imprese terze, dei visitatori, degli studenti che apprendono le professioni sanitarie, dei volontari che donano il loro tempo alla struttura sanitaria e non ultimo dei pazienti stessi. Obiettivo strategico dell'Azienda è la promozione di tutte le azioni organizzative e gestionali che, nel breve e medio periodo, possano garantire il raggiungimento di un Servizio Sanitario sicuro, efficiente ed in equilibrio con le risorse investite ed i risultati complessivi di salute raggiunti. In tal senso si opererà affinché il Servizio Prevenzione e Protezione aziendale e le attività di Medicina del Lavoro abbiano sia l'organizzazione che le risorse quali-quantitativamente adeguate per il raggiungimento degli scopi di istituto, con competenze multidisciplinari per realizzare la complessiva gestione della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro ed il conseguente adempimento degli obblighi normativi.

Art. 15 - Il Governo economico

L'Azienda si impegna ad assicurare i livelli di assistenza concordati e programmati con la Regione in modo efficiente e nel rispetto del principio di equilibrio economico finanziario di bilancio. A tale scopo l'Azienda definisce obiettivi operativi di attività e qualità in coerenza con le risorse effettivamente disponibili, integrando, in tal modo, la programmazione economico-finanziaria con il governo clinico aziendale.

Il Governo economico aziendale si avvale dei seguenti strumenti di supporto:

1. bilancio pluriennale di previsione;
2. bilancio aziendale annuale, composto, tra l'altro, del bilancio economico e di quello patrimoniale;
3. budget operativo, relativo alle unità operative.

Allo scopo di assicurare il controllo degli obiettivi economici e finanziari, l'Azienda si doterà dei seguenti strumenti:

1. contabilità generale economico-patrimoniale;
2. contabilità analitica per centri di costo.

Rientra tra le finalità del governo economico aziendale quella di emanare direttive volte alla piena applicazione dei sistemi contabili adottati, all'individuazione di criteri uniformi per la rilevazione dei dati elementari a valenza contabile e la loro elaborazione allo scopo di garantirne trasparenza, completezza, omogeneità e confrontabilità. La responsabilità del governo economico sarà in capo a tutti i soggetti organizzativi dotati di uno specifico budget. Le posizioni che ricoprono una responsabilità di tipo funzionale, connessa all'acquisizione dei fattori produttivi (personale, materiali, servizi, ecc.) hanno una responsabilità di governo economico trasversale complessivo per i settori di competenza.

La Direzione Amministrativa Aziendale assume il ruolo di orientamento tecnico-metodologico e di coordinamento del governo economico aziendale, fermo restando che ogni singolo centro di responsabilità aziendale assume, attraverso le proprie scelte gestionali, il ruolo di primo responsabile del corretto governo economico.

L'attività economica dell'Azienda è ispirata alla razionale gestione delle risorse attribuite ed introitate, mediante valutazioni comparative dei costi, dei rendimenti, dei risultati. Al fine di garantire un costante monitoraggio dell'esercizio annuale, l'Azienda definisce, implementa ed utilizza il potenziamento dei meccanismi e strumenti di monitoraggio e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati dell'attività svolta dalle amministrazioni pubbliche, delle tecniche di controllo di gestione, predisponendo un sistema di contabilità analitica coerente con i diversi livelli di responsabilità previsti dal modello organizzativo, assicurando, in particolare, l'adozione di strumenti e modalità di controllo che consentano l'utilizzazione dello strumento oltre la sfera di mera valutazione economica dell'efficienza gestionale, a supporto esclusivo della direzione generale, per evolvere invece verso una connotazione dello strumento di controllo che assuma funzioni più dinamiche, di supporto metodologico ed operativo alla direzione aziendale ed ai vari livelli in cui essa si articola, nella gestione del processo di programmazione e controllo.

Su tale sistema di contabilità l'Azienda basa i processi organizzativi propri del controllo di gestione, attuando in particolare le seguenti macro-fasi:

- definizione degli standard prestazionali di ciascuna struttura;
- negoziazione degli obiettivi e delle risorse;
- consuntivazione continuativa dei risultati e alimentazione delle banche dati;
- progettazione ed implementazione del sistema di *reporting* finalizzato a consentire una sistematica rilevazione dei costi e dei ricavi relativi alle diverse articolazioni aziendali (contabilità per centri di costo); costi e ricavi andranno rapportati ad una serie di dati relativi alle risorse disponibili ed alle prestazioni erogate, in modo da consentire valutazioni di efficienza ed economicità;
- progettazione e sviluppo di specifici approfondimenti aventi per obiettivo valutazioni di efficienza, efficacia ed economicità;
- progettazione e sviluppo di specifici modelli di rilevazione ed analisi dei dati gestionali di periodo, anche infrannuale, almeno trimestrale (all'atto delle rilevazioni CE), in grado di rilevare, in particolare, scostamenti della spesa corrente rispetto alla spesa previsionale di periodo e/o comunque elementi indicativi di andamento non fisiologico della spesa gestionale;
- analisi degli scostamenti ed azioni correttive.

Ai fini dell'implementazione del controllo di gestione verranno prioritariamente definiti:

- l'unità o le unità responsabili della progettazione e del controllo di gestione;
- le unità organizzative a livello delle quali si intende misurare l'efficacia, l'efficienza e l'economicità dell'azione amministrativa e di governo clinico;
- le procedure di determinazione degli obiettivi gestionali e di governo clinico e dei soggetti responsabili;
- l'insieme dei prodotti e delle finalità dell'azione amministrativa e di governo clinico, con riferimento all'intera Azienda o a singole unità organizzative;
- le modalità di rilevazione e ripartizione dei costi tra le unità organizzative e di individuazione degli obiettivi per cui i costi sono sostenuti;
- gli indicatori specifici per misurare efficacia, efficienza ed economicità;
- la frequenza di rilevazione delle informazioni.

Inoltre verrà progettato e sviluppato, attraverso il proprio sistema informativo-informatico, una banca dati, in modo da consentire la realizzazione di tale processo. Il sistema informativo aziendale deve necessariamente essere in grado di garantire la congruenza e la certificabilità dei dati su cui il sistema informativo di controllo di gestione andrà ad effettuare le proprie attività. Il sistema informativo del controllo di gestione, infatti, dovrà utilizzare le informazioni strutturate e

informativo aziendale, rese disponibili in tempo utile ed in modalità automatica.

I processi di cui sopra e le modalità di connessione con il sistema di controllo di gestione sono oggetto di specifica regolamentazione interna all'Azienda

Art. 17 - Controllo di regolarità amministrativa e contabile.

Ai controlli di regolarità amministrativa e contabile provvedono gli organi appositamente previsti dall'art. 3 ter del D.Lvo. 502/92 e s.m.i.. Le verifiche di regolarità amministrativa e contabile devono rispettare, in quanto applicabili alla pubblica amministrazione, i principi del codice civile. Ai sensi della legge 6 novembre 2012, n. 190 "*Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione*" e successive modificazioni ed integrazioni, il Direttore Generale adotta il "Piano triennale di prevenzione della corruzione", curandone la trasmissione all'Autorità Nazionale Anticorruzione, ai sensi della legge 11.8.2014, n. 114 e della legge 18.12.2015, n. 208.

Art. 18 - La separazione fra funzioni di governo aziendale e funzioni gestionali

Sia la normativa nazionale che quella regionale in materia sanitaria, riservano tutti i poteri di gestione, nonché la rappresentanza legale dell'Azienda Sanitaria, al Direttore Generale, il quale è responsabile del raggiungimento degli obiettivi della programmazione sanitaria regionale e della corretta ed ottimale gestione delle risorse a disposizione dell'Azienda. Coerentemente ai principi esposti, il Direttore Generale conferisce, con atto amministrativo, delega ai dirigenti appartenenti alle aree professionale ed amministrativa per l'adozione, da parte dei medesimi, di atti di esecuzione e/o di attuazione in materie rientranti nella sfera di propria competenza, nonché per l'espletamento dell'attività di diritto comune, connessa e correlata. Permane, quindi, in capo al Direttore Generale l'adozione degli atti di indirizzo, programmazione e controllo, nonché di tutti gli atti comunque di governo dell'Azienda. Le funzioni centrali sono perciò dotate di autonomia, non costituiscono staff della Direzione Generale, e sono assegnate al diretto coordinamento della Direzione Amministrativa e della Direzione Sanitaria Aziendali, secondo le specifiche competenze.

Art. 19 - Lo svolgimento delle attività: la natura e la forma degli atti

L'Azienda persegue le proprie finalità agendo mediante l'esercizio dei poteri pubblicistici, espressamente attribuiti dalla legge, e mediante atti di diritto privato. Tutta l'attività istituzionale è svolta nel rispetto dei principi di legalità, imparzialità, buon andamento e semplificazione della attività sanitaria ed amministrativa; l'attività di diritto privato è svolta in conformità alle previsioni del codice civile e delle leggi speciali.

L'Azienda si riserva di emanare apposite Linee guida e Regolamenti sui criteri e sulle modalità generali di adozione degli atti, al fine di garantire omogeneità delle procedure.

Art. 20 - Partecipazione e tutela dei diritti dei cittadini

L'Atto Aziendale individua le strategie e le azioni atte a sviluppare adeguati livelli di informazione, accoglienza, tutela e partecipazione dei cittadini, nonché modalità atte a consentire l'attività, all'interno delle strutture sanitarie, delle organizzazioni dei cittadini e delle associazioni non aventi fini di lucro. A tal fine, sul sito istituzionali dell'Azienda, è prevista, ai sensi e con le modalità di cui all'art. 32 della Legge 18 giugno 2009 n.18 e s.m.i., una specifica sezione ove vengono pubblicati, integralmente, gli atti amministrativi (delibere, determine, etc) e il loro accesso sarà libero e garantito.

La partecipazione e tutela dei cittadini viene garantita anche attraverso:

A. La Carta dei servizi

La Carta dei servizi è il patto che chi eroga un determinato servizio stringe nei confronti del cittadino/utente ed è ispirata ai seguenti principi informativi:

- imparzialità nell'erogazione delle prestazioni e uguaglianza del diritto di accesso ai servizi;
- piena informazione dei cittadini utenti sui servizi offerti e le modalità di erogazione degli stessi;
- definizione di standard e assunzione di impegni rispetto alla promozione della qualità del servizio e alla determinazione di modalità di valutazione costante della qualità stessa;
- organizzazione di modalità strutturate per la tutela dei cittadini;
- ascolto delle opinioni e dei giudizi sulla qualità del servizio, espressi dai cittadini direttamente o tramite le associazioni che li rappresentano attraverso modalità di partecipazione e coinvolgimento.

La funzione dell'Ufficio per i rapporti con il pubblico è individuata quale struttura cui potersi rivolgere per ottenere il rispetto degli impegni dichiarati, nonché le modalità per presentare reclamo, per ricevere risposta e per conoscere cosa il cittadino/utente possa fare nel caso in cui il suo reclamo sia stato respinto. I destinatari della Carta dei servizi sanitari sono pertanto tutti coloro che intendono utilizzare i servizi ed usufruire delle prestazioni che l'azienda eroga. Contiene le informazioni che permettano all'utente di conoscere quali prestazioni e servizi l'azienda stessa si impegna a fornire, ma anche in che quantità, in che modo, in che tempi e con quali standard di qualità.

La Carta dei Servizi pubblici sanitari si conformerà allo schema, ai principi e ai contenuti di cui al DPCM del 19.5.1995 e successive modifiche e integrazioni, con particolare riferimento all'eguaglianza, alla imparzialità, alla continuità, al diritto di scelta, alla partecipazione, all'efficienza e all'efficacia delle azioni, individuando i propri indicatori di qualità e fissando i propri standard di qualità (generali e specifici). Sarà aggiornata annualmente e sarà resa pubblica e consultabile attraverso il sito web aziendale.

B. Conferenza dei servizi

Ai sensi dell' art. 14, comma 4, del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i., il Direttore Generale indice, almeno una volta l'anno, apposita Conferenza dei servizi, quale strumento per verificare l'andamento dei servizi e per individuare interventi tesi al miglioramento delle prestazioni. Nella Conferenza sono resi noti i dati relativi all'andamento dei servizi, allo stato di attuazione degli obiettivi, al grado di raggiungimento degli standard, con particolare riferimento allo svolgimento delle attività di tutela degli utenti.

stipulato convenzioni o protocolli d'intesa con l'azienda.

C. Consulta socio-sanitaria

Presso l'Azienda, è istituita la Consulta socio-sanitaria quale organismo per la partecipazione e la tutela dei diritti dei cittadini nel rispetto di quanto previsto dall'art. 14, comma 2 del DLgs 502/92 e s.m.i.

La Consulta socio-sanitaria, in particolare:

- fornisce contributi per la programmazione sanitaria e socio sanitaria;
- elabora proposte finalizzate al miglioramento della qualità e dell'umanizzazione dei servizi;
- favorisce la partecipazione consapevole degli utenti e delle forze sociali attraverso dibattiti e altri mezzi adeguati;
- promuove programmi di educazione sanitaria e collabora per favorire la corretta utilizzazione, da parte dell'utenza, dei servizi e delle prestazioni sanitarie;
- promuove iniziative volte all'attivazione di sistemi di informazione sulle prestazioni erogate, sulle tariffe e sulle modalità di accesso;
- promuove progetti di indagine di gradimento, nonché programmi di ricerca sugli eventi avversi e sulle criticità nell'erogazione dei servizi;
- partecipa alla conferenza dei servizi di cui all'articolo 14, comma 4, del D.lgs. n.502/92 e s.m.i..

Con apposito Regolamento, saranno definite composizione, compiti, processi di intervento, svolgimento delle funzioni.

D. Audit Civico

L'*audit civico* rappresenta uno degli strumenti primari per la partecipazione, da parte dei cittadini, alle politiche sanitarie aziendali. E', infatti, una metodologia che ha la finalità di promuovere la valutazione, da parte dei cittadini, della qualità delle prestazioni delle Aziende Sanitarie Locali ed Ospedaliere. Il processo di *audit civico* si basa sull'analisi critica e sistematica delle azioni svolte dall'Azienda, attraverso l'utilizzo di uno strumento metodologico che comporta la definizione di indicatori tramite la co-progettazione tra cittadini e referenti aziendali delle modalità di raccolta dati. I dati forniti dalla rilevazione degli indicatori verranno confrontati con le informazioni tratte da altri sistemi di monitoraggio delle strutture e dei servizi, quali, ad esempio, l'accreditamento, le segnalazioni dei cittadini, la documentazione riguardante delibere e provvedimenti aziendali, le liste di attesa, le interviste alle direzioni generali e sanitarie e la consultazione delle organizzazioni civiche.

L' Azienda si impegna a promuovere, in via sperimentale, progetti di *Audit Civico*, coordinandoli con le iniziative che saranno assunte a livello regionale.

E. Trasparenza e Integrità

L'integrità nel sistema di tutela della salute deve consentire agli operatori della sanità di occuparsi con rigore e qualità di uno dei beni più preziosi che ciascuno di noi possiede, la salute. L'attenzione rivolta negli ultimi anni alla trasparenza e alla prevenzione di ogni forma di illegalità in ambito sanitario è fattore particolarmente positivo, soprattutto per continuare a sostenere tutti coloro che, a diverso titolo e con competenze differenti, si sono adoperati per offrire ai cittadini servizi e prestazioni che, ancora recentemente, sono riconosciuti tra i migliori a livello internazionale. L'Azienda pone, quindi, in essere quanto necessario e previsto dalle norme per un approccio corretto e reale ai temi della trasparenza, della legalità e dell'etica, che non si limiti all'adempimento delle prescrizioni di legge né alla individuazione e alla denuncia dei fenomeni

Il settore sociale è tra i settori della pubblica amministrazione quello più vicino alla persona. Come tale esso, in quanto destinato a proteggere la salute, è tenuto ad alimentare il rapporto di fiducia con i cittadini anche attraverso il sostegno e la valorizzazione dei tanti operatori che quotidianamente svolgono il proprio lavoro con senso di responsabilità e rispetto delle regole. La crescente attenzione verso l'integrità e la trasparenza della Pubblica Amministrazione passa quindi attraverso, in particolare nella rete di tutela della salute pubblica, operatori ineccepibili dal punto di vista non solo della qualità tecnica degli interventi (dall'intervento clinico alla pulizia degli ambienti, dalla gestione della mensa alle cure domiciliari), ma anche della capacità di attendere al lavoro quotidiano con la spinta etica derivante dalla funzione sociale del ruolo rivestito. Queste capacità che connotano il sistema dovrebbero costituire una prerogativa ordinaria. Tuttavia, nella realtà è necessario un maggiore impegno specie in ambiti sensibili, quali, ad esempio, l'acquisto di beni e servizi, la gestione del personale, le procedure di accreditamento, affinché il prevalere – anche nei comportamenti dei decisori - di ambizioni individuali non conduca a scelte a danno della collettività. Per mantenere questa prerogativa, l'Azienda si dota di un insieme organico di strumenti sul piano culturale ed etico, oltre che organizzativo e tecnico-amministrativo, volti a promuovere l'integrità del settore che per sua natura è particolarmente esposto al rischio di contaminazioni. Formazione e informazione devono divenire prassi diffuse a tutti i livelli, compreso quello politico-decisionale. Si tratta di lavorare per l'integrità in tutte le sue forme, dal rispetto dei diritti dei cittadini (la prima forma di illegalità è infatti la negazione dell'assistenza a persone che si trovano in condizioni di bisogno), al rispetto dei colleghi e dell'ambiente di lavoro, dalla trasparenza dei rapporti e degli interessi interni ed esterni all'organizzazione, all'ordine amministrativo. Tutte queste azioni richiedono determinazione, consapevolezza e perseveranza, proprio in quanto il benessere della collettività non può prescindere da un processo di continua crescita culturale delle organizzazioni e delle persone che ne fanno parte per consegnare un'eredità positiva alle future generazioni.

La trasparenza viene intesa quale livello essenziale delle prestazioni erogate, ai sensi dell'art. 117, secondo comma, lettera m) della Costituzione. Il concetto di "accessibilità totale", ossia un accesso da parte dell'intera collettività a tutte le informazioni pubbliche, secondo il paradigma dell'*open government*, avrà lo scopo di alimentare, nelle azioni, il rispetto dei principi di buon andamento e imparzialità. In tale direzione il Programma per la trasparenza e l'integrità, in allegato al Piano per la prevenzione della corruzione, diviene strumento principe di attuazione della disciplina della trasparenza finalizzata a garantire sia un adeguato livello di informazione che di legalità tesa allo sviluppo della cultura dell'integrità. Con riferimento a tale Programma, si farà riferimento alle indicazioni della Commissione indipendente per la valutazione, l'integrità e la trasparenza, a partire dalla delibera n. 105 del 15 ottobre 2010, contenente apposite linee guida che indicano il contenuto minimo e le caratteristiche essenziali del Programma triennale e individua i dati che devono essere pubblicati sul sito istituzionale e relative modalità di pubblicazione. Collegamenti saranno previsti con il Piano della performance, in ragione sia dell'incremento delle informazioni e dei dati resi pubblici, sia in relazione alla riduzione dei costi di comunicazione interna ed esterna, tenendo presente l'attivazione, già avvenuta, di indirizzi di posta elettronica certificata (P.E.C.).

Il Programma verrà strutturato nelle seguenti parti, a loro volta suscettibili di articolazioni più specifiche:

- 1) Selezione dei dati da pubblicare;
- 2) Descrizione delle modalità di pubblicazione *on line* dei dati;
- 3) Descrizione delle iniziative;
- 4) Sezione Programmatica;

- 6) Descrizione del processo di coinvolgimento dei portatori di interesse (*stakeholders*);
- 7) Posta elettronica certificata;
- 8) Giornate della trasparenza.

Per quanto attiene al buon andamento dei servizi pubblici e alla corretta gestione delle relative risorse, la pubblicazione *on line* dei dati consente a tutti i cittadini un'effettiva conoscenza dell'azione dell'Azienda, con il fine di agevolare la pubblicità delle informazioni alla collettività. La suddetta pubblicità, consentendo dunque una effettiva conoscenza dell'azione della Direzione, costituisce il principale strumento informativo dell'andamento della performance e del raggiungimento degli obiettivi espressi nel più generale ciclo di gestione della medesima. In altri termini, si persegue la finalità di mettere a disposizione di tutti i cittadini i dati principali sull'andamento dell'amministrazione quali: gli obiettivi; i tempi di realizzazione, i costi specifici e le relative risorse, le modalità adottate e le procedure gestionali ed amministrative. L'Azienda è impegnata a garantire un corretto livello di trasparenza mediante la pubblicazione sul proprio sito *web* istituzionale delle procedure gestionali ed amministrative, dei dati organizzativi, anagrafici, economici, retributivi, presenza/assenza degli operatori, ai sensi del D.Lgs 33/2013 e s.m.i. In quest'ottica, sarà avviato il sistema delle prenotazioni e del pagamento *ticket on-line*, della scelta e revoca *on-line* dei MMG e dei PLS. È istituito l'Albo Pretorio Digitale e resa concretamente operativa la Posta Elettronica Certificata. Sono predisposte apposite sezioni per la pubblicazione dei tempi di attesa, delle informazioni per l'utenza sull'offerta sanitaria e socio-sanitaria, della modulistica, delle *news*, bandi, avvisi, concorsi

F. Relazioni Sindacali

Il processo di programmazione aziendale prevede la consultazione delle parti interessate, in particolare quelle rappresentative di interessi collettivi come le OO.SS e le rappresentanze sindacali unitarie dei lavoratori. Sono pertanto definite adeguate regole di partecipazione del personale, attraverso le loro rappresentanze, per affrontare i problemi organizzativi, per valutare il lavoro e migliorare quantitativamente e qualitativamente l'offerta dei servizi e delle prestazioni. Viene affermato il principio per cui la correttezza delle relazioni sindacali, la reciproca autonomia e la chiara distinzione dei ruoli, ma nel contempo un'effettiva assunzione e riconoscimento delle reciproche responsabilità, la precisa individuazione dei confini fra contrattazione decentrata, concertazione, informazione e consultazione, diventano aspetti ineludibili per un trasparente e proficuo espletamento delle rispettive attività con l'obiettivo di contemperare l'interesse dei dipendenti ed il miglioramento delle condizioni di lavoro e di sviluppo delle professionalità, con l'esigenza di incrementare l'efficienza, l'efficacia e la qualità dei servizi erogati alla collettività.

Con apposito Regolamento, saranno descritte le competenze, le procedure ed i termini della informazione, consultazione, contrattazione e concertazione interna ed esterna. Il Regolamento disciplina, anche, la informazione preventiva alle OO.SS. ed alle Rappresentanze Unitarie dei lavoratori di tutti gli atti inerenti interventi sull'organizzazione del lavoro e su tutti gli atti che hanno riflesso sui rapporti di lavoro. Inoltre, prevede regole per le sessioni di concertazione, consultazione e contrattazione; dovrà inoltre garantire l'effettiva fruizione delle prerogative e diritti per l'esercizio dell'attività sindacali.

Il sistema informativo dell' Azienda è l'insieme:

- delle informazioni prodotte, trasformate ed utilizzate durante l'esecuzione dei processi aziendali;
- delle modalità con cui esse sono gestite;
- delle risorse sia umane sia tecnologiche coinvolte.

Considerato che la Regione Campania ritiene strategico il ruolo del Sistema Informativo Sanitario Aziendale e Regionale (SISR) perché esso produce la conoscenza dei fenomeni e degli eventi in maniera analitica, completa, accurata, tempestiva ed omogenea, l'Azienda si conforma alle relative linee guida, in modo che i relativi risultati costituiscano il necessario presupposto per programmare ed organizzare un'offerta dei servizi efficace ed efficiente. I dati raccolti dall'Azienda devono consentire una lettura integrata degli eventi da essi rappresentati. La finalità sottesa a tale sforzo risiede nella possibilità di ottenere in maniera strutturata informazioni di sintesi che attengono da un lato alla domanda e all'offerta di Servizi Sanitari, da un altro allo stato di salute della popolazione e da un altro ancora alla gestione dell'azienda. A tal fine, l'Azienda prevede il potenziamento e la riorganizzazione dei Sistemi Informativi aziendali le cui linee direttrici, coerenti con lo sviluppo del NSIS e del SISR e con gli indirizzi contenuti nel Piano Sanitario Regionale.

L'Azienda, inoltre, si impegna a promuovere, in linea con quanto disposto per le pubbliche amministrazioni dal nuovo Codice dell'amministrazione digitale, l'utilizzo delle nuove tecnologie digitali per assicurare la disponibilità, la gestione, l'accesso, la trasmissione, la conservazione e la fruibilità dei documenti e delle informazioni. In tal senso la dematerializzazione intesa quale complesso intervento di semplificazione dei processi e di diminuzione delle fasi e dei passaggi del processo decisionale, snellimento dei procedimenti, semplificazione, governo del ciclo del documento in tutte le sue fasi incluso quello della conservazione, comunicazione digitale, controllo e riduzione del *digital divide*, rappresenta attualmente uno degli elementi di maggior rilievo all'interno dei processi di riforma dell'attività amministrativa e costituisce una delle linee di azione maggiormente significative anche a fini della riduzione della spesa pubblica in termini sia di risparmi diretti (carta, spazi) sia di risparmi indiretti (tempo, efficienza ecc.).

La dematerializzazione, in uno con lo sviluppo dei sistemi comunicativi, l'utilizzo costante e diffuso di una rete aziendale intranet, per le comunicazioni interne, e i portali per la comunicazione, per quelle esterne, nonché l'utilizzo e diffusione della poste certificate, permetteranno di facilitare il processo di democratizzazione aziendale con un migliore e puntuale dialogo sia tra le diverse strutture organizzative sia con i dipendenti che con i cittadini utenti. La dematerializzazione riguarda, dunque, sia la conservazione dei documenti amministrativi e sanitari che la comunicazione e lo scambio documentale, nell'ambito dell'azienda stessa e tra questa e l'esterno. Tale obiettivo è reso possibile, tra l'altro, dal ricorso alle nuove tecnologie della firma digitale e della posta elettronica certificata. Le tecnologie digitali devono anche essere messe al servizio del cittadino. A tal proposito è opportuno richiamare l'attenzione sull'utilizzo del sito web aziendale come strumento di comunicazione aperto e trasparente che, come tale, può essere di notevole valore in sanità in quanto, tra l'altro, offre l'opportunità di rendere pubbliche informazioni di estrema utilità per i cittadini sui servizi offerti, sulle modalità di fruizione degli stessi, sui tempi di attesa per le prestazioni. Per essere di effettiva utilità, l'Azienda ne curerà non solo l'allestimento ma il costante arricchimento ed aggiornamento. L'utilizzo di tali tecnologie sarà attentamente regolamentata e gli elementi fondamentali di tale azione regolatrice costituiranno parte integrale dell'atto aziendale.

La comunicazione istituzionale rappresenta uno dei terreni su cui si gioca la sfida del cambiamento. Attraverso le attività di informazione e comunicazione le aziende possono, infatti, da una parte rispondere ai doveri di trasparenza, imparzialità e parità di accesso che le leggi assicurano a tutti i cittadini, dall'altra diventare organizzazioni capaci di agire il proprio mandato istituzionale con un maggiore livello di coerenza rispetto ai bisogni dei cittadini. I mutamenti nella struttura sociale hanno portato a nuove configurazioni nei rapporti interni alla società che attivano una domanda di relazione più personalizzata e richiedono alle istituzioni la capacità di fornire risposte sempre più complesse, estese e differenziate. Nel contempo una più diffusa consapevolezza dei diritti di cittadinanza modifica la relazione tra cittadini e amministrazioni. Comunicare con i cittadini in maniera studiata, meditata ed integrata stimola la percezione e trasmette l'idea di una struttura amministrativa che funziona e che agisce in maniera coordinata. Per questo le attività di comunicazione accompagnano le strategie dell'organizzazione e si configurano come uno strumento del *policy making* in tutte le sue fasi, dalla individuazione dei problemi fino alla valutazione degli impatti prodotti dalle azioni amministrative.

Affinché l'Azienda possa raggiungere i propri obiettivi strategici, è necessario, quindi, adottare sistemi di comunicazione interna ed esterna convergenti ed idonei al risultato. In questa concezione la comunicazione interna intesa come messa in comune di esperienze, valori, responsabilità, come creazione di identità e di condivisione dei processi organizzativi, diventa, al pari della comunicazione esterna, motore dello sviluppo e quindi leva organizzativa strategica. La comunicazione interna si pone come complementare e funzionale alla comunicazione esterna, dalla quale si distingue perché veicolo principale per condividere qualsiasi tipo di messaggio, sia informativo che funzionale, da parte del pubblico interno all'azienda stessa. La circolazione del flusso di informazioni deve essere convogliata in una rete strutturata di canali di divulgazione, in modo che sia facilmente fruibile e riconoscibile, sia per essere consultata che per essere alimentata.

Ogni dipendente deve poter essere messo nelle condizioni di conoscere i programmi della propria azienda e individuare il senso del proprio ruolo e lavoro all'interno di questi programmi. Perciò la comunicazione interna deve rendere espliciti, nell'organizzazione, i diversi apporti ma, soprattutto, ne deve valorizzare le integrazioni. Si tratta di rendere riconoscibile il ruolo di ciascuno ma anche di comunicare come tutti concorrono al raggiungimento delle sfide strategiche e degli obiettivi operativi che l'azienda si è data. Ciò è possibile attivando tipologie di comunicazione interna basate su processi di condivisione delle conoscenze e rispondenti a logiche differenti, che vanno ad incidere sul ruolo di appartenenza:

- strategia dell'informazione per guidare il personale dipendente (informare per guidare);
- strategia dell'informazione per motivare il personale dipendente (informare per motivare);
- strategia della comunicazione per cambiare l'organizzazione (comunicare per cambiare).

Al fine di garantire livelli di comunicazioni uniformi, l'Azienda predispose annualmente il Piano di comunicazione. Il Piano di comunicazione è uno degli strumenti in grado di coniugare strategie, obiettivi, destinatari, azioni e strumenti di comunicazione secondo un disegno organico e razionale. In questa accezione, dunque, il Piano di comunicazione aiuta il governo della comunicazione nel senso che ne consente la finalizzazione (perché comunicare), ne individua gli attori (chi comunica e a quali destinatari), ne indica i prodotti (cosa si deve realizzare), ed indica con quali strumenti e con quali risorse si deve effettuare. Il Piano di comunicazione è, quindi, uno strumento che consente di programmare e gestire le azioni di comunicazione per il raggiungimento di specifici obiettivi strategici e di comunicazione dell'azienda. E' finalizzato al perseguimento di tre possibili obiettivi:

- so, quello strategico, in quanto pu
- nell'implementazione delle proprie politiche;
 - in secondo luogo, la facilitazione della convergenza tra le logiche della comunicazione interna e quelle della comunicazione esterna dell'azienda, favorendo quella che si può definire come comunicazione integrata;
 - in terzo luogo, quello di incentivare la costruzione di relazioni bidirezionali tra l'organizzazione e i suoi pubblici di riferimento. Si tratta di relazioni consapevoli e costanti nel tempo, non casuali o episodiche, finalizzate alla coproduzione di senso e significati nello scambio comunicativo tra l'azienda e i suoi destinatari.

La costruzione del Piano di comunicazione è un processo organizzativo che si articola in fasi distinte:

- pianificazione e redazione, fase in cui si arriva alla stesura del piano e che prevede l'analisi del contesto sia interno che esterno e la definizione di alcune variabili fondamentali quali:
- segmentazione dei dati pubblici di riferimento per l'individuazione dei target delle proprie azioni comunicative, in modo tale da renderle efficaci e adeguate calibrandole sulle caratteristiche del pubblico esterno e degli attori interni a cui si rivolgono;
- definizione degli *stakeholder*, ovvero coloro che possono essere definiti come soggetti "portatori di interesse della comunità" (ad es. enti locali territoriali, associazioni, ecc.);
- implementazione della fase della gestione e della concreta realizzazione del processo stesso che deve essere affidata, in primo luogo, a chi detiene la responsabilità formale della comunicazione, ovvero le strutture che si occupano della comunicazione e delle relazioni esterne, l'Ufficio Relazioni con il pubblico, l' Ufficio stampa o gli uffici di informatica e web, coerentemente con il ruolo svolto nella fase di pianificazione, ed in secondo luogo, deve coniugarsi con il coinvolgimento e la partecipazione di altri soggetti appartenenti alla struttura;
- valutazione, fase di verifica dei risultati ottenuti, dell'impatto e degli effetti generati sul contesto interno ed esterno all'ente e delle eventuali discrepanze tra questi e gli obiettivi prefissati.

Intendere il piano di comunicazione nella sua dimensione processuale, significa non ridurlo a semplice documento che elenca le azioni comunicative dell'azienda, ma pensarlo come un processo che attraversa l'azienda stessa, che la coinvolge interamente e la modifica nelle sue modalità organizzative. Pertanto, il metodo di redazione del piano di comunicazione contiene:

- l'analisi dello scenario;
- l'individuazione degli obiettivi di comunicazione;
- l'individuazione dei soggetti di riferimento;
- le scelte strategiche e di contenuto;
- l'individuazione delle azioni e degli strumenti di comunicazione;
- la misurazione dei risultati.

Altro aspetto da evidenziare fortemente nel piano di comunicazione aziendale è quello relativo agli strumenti di ICT - Tecnologie dell'informazione e della comunicazione. La diffusione dei supporti tecnologici, con un riferimento particolare alle tecnologie informatiche, ha aumentato di gran lunga le potenzialità offerte dalla comunicazione in termini di capillarità di velocità di diffusione del messaggio. Pertanto, nel Piano di Comunicazione sarà previsto lo sviluppo di varie soluzioni tecnologiche per scambiare informazioni e attivare relazioni, sia all'interno dell'Azienda, sia con i cittadini.

Art. 23 - La programmazione come criterio guida aziendale

La gestione dell'Azienda è informata al ciclo programmazione – controllo – valutazione, in relazione alle linee programmatiche definite dalla Regione ed alla pianificazione strategica aziendale. I piani ed i programmi aziendali pluriennali sono sviluppati per esercizio di realizzazione e, successivamente, articolati rispetto al sistema delle responsabilità dirigenziali interne. Il budget è lo strumento fondamentale per l'articolazione dei piani e dei programmi aziendali in obiettivi annuali rispetto al sistema delle responsabilità interne. Attraverso tale strumento, sono assegnate le risorse umane e materiali ai Centri di Responsabilità e ai Centri di spesa. Sempre attraverso il budget, al medesimo livello di responsabilità, sono oggetto di negoziazione gli obiettivi quantitativi e qualitativi da perseguire in coerenza con l'attuazione del Piano Attuativo e con le risorse assegnate.

Allo scopo di assicurare il perseguimento efficace ed efficiente degli obiettivi strategici, oltre che nella logica dell'integrazione, ma anche con un'ottica trasversale rispetto alle responsabilità di tipo strutturale, l'Azienda può, nella gestione di processi produttivi o progetti strategici ad elevata complessità, riconoscere valenza di Centro di Responsabilità, di carattere permanente o temporaneo, ad aggregazioni di risorse, professionali e materiali, anche non in corrispondenza di una Unità Operativa. Gli obiettivi da assegnare a tali aggregazioni e le relative risorse necessarie per il loro perseguimento sono oggetto di specifica determinazione nell'ambito della negoziazione di budget. Per assicurare il sistematico monitoraggio degli obiettivi durante l'esercizio e la valutazione dei risultati conseguiti, l'Azienda predispone le condizioni tecniche, organizzative ed economiche per esercitare il controllo dell'attività e dell'assorbimento delle risorse rispetto alle articolazioni organizzative, le linee di produzione e i progetti identificati come Centri di Responsabilità.

Art. 24 - Il controllo interno e il ciclo di miglioramento continuo

Gli obiettivi di budget, al pari di quelli strategici, non possono essere intesi come fattore di rigidità aziendale; gli obiettivi, infatti, sono formulati in condizioni di incertezza e, quindi, nell'ipotesi che si verifichino gli eventi previsti. Durante il periodo di vigenza di ciascun piano strategico, o nel corso della gestione d'esercizio, molteplici possono essere i fattori che rendono impossibile perseguire un obiettivo. In questo senso, gli obiettivi aziendali, sia di breve che di medio o lungo periodo, devono essere intesi come mete orientative, sempre oggetto di verifica sistematica, che l'Azienda ed i suoi dirigenti devono essere sempre in grado di governare allo scopo di riorientare la gestione.

Il controllo deve essere organizzato in modo da monitorare il complessivo sistema di obiettivi e sotto-obiettivi aziendale, allo scopo di produrre informazioni in grado di supportare il processo decisionale di tutti coloro che, all'interno dell'Azienda, hanno una responsabilità sui risultati:

- organizzativi;
- di appropriatezza;
- clinico-assistenziali;
- di soddisfacimento delle esigenze dei pazienti e dei loro familiari;
- economico-finanziario.

Il controllo è un sistema ampio e in grado di monitorare le dimensioni dei risultati aziendali così come definiti dal sistema degli obiettivi. In altri termini, l'Azienda intende superare il concetto tradizionale di controllo focalizzato sugli aspetti di natura economica e sui volumi di produzione immaginando, così, un sistema di controllo globale e in grado, al pari della programmazione, di integrare pienamente il concetto di governo clinico ed economico. La realizzazione del sistema di controllo complessivo, avviene mediante la progressiva concretizzazione di un sistema di contabilità direzionale unico aziendale alimentato da tutti i sistemi contabili che misurano i fenomeni di gestione, siano essi di carattere qualitativo o quantitativo, rilevanti a fini di controllo e governo.

In considerazione del ruolo dei diversi strumenti di monitoraggio, finalizzati a garantire la possibilità di osservare i risultati di gestione da diversi punti di vista e nel rispetto delle diverse posizioni di responsabilità attivate, essi sono integrati nel sistema di contabilità direzionale unico, allo scopo di esercitare il controllo **per unità operativa**; ci si riferisce, in questo caso, tanto al controllo dei costi, organizzato secondo i principi del tradizionale sistema di contabilità analitica, quanto a quello relativo all'insieme di tutti gli altri obiettivi assegnati ai Centri di Responsabilità strutturali dell'Azienda. L'intera infrastruttura organizzativa e procedimentale avrà come *mission* quella di ridurre, progressivamente, ma costantemente, il *gap* tra l'istante temporale in cui si verificano gli eventi aziendali e l'istante temporale in cui gli stessi vengono resi disponibili in modo organico, qualificato ed affidabile, al sistema direzionale.

Il sistema di contabilità direzionale aziendale verrà, progressivamente, integrato da altri sistemi atti ad assicurare:

- a) lo sviluppo continuo delle professionalità;
- b) la gestione dei rischi.

Il sistema di controllo, quindi, rappresenta la base per lo sviluppo del ciclo di miglioramento continuo, inteso come sistema basato sulla formulazione di standard, definiti attraverso la programmazione, e il loro sistematico monitoraggio allo scopo di verificarli e, nel tempo, migliorarli.

Il sistema di valutazione delle strutture e dei dipendenti delle amministrazioni pubbliche il cui rapporto di lavoro è disciplinato dall'*articolo 2, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 e successive modifiche e integrazioni*, al fine di assicurare elevati standard qualitativi ed economici del servizio tramite la valorizzazione dei risultati e della performance organizzativa e individuale, è disciplinato dal decreto legislativo 150/2009 e dalle successive integrazioni.

Art. 25 - La valutazione

L'attività di valutazione è parte integrante e irrinunciabile della gestione; in tal senso valutare è sinonimo di decidere, essendo, al contempo, un momento di verifica e di formulazione di nuovi piani e programmi. Il sistema di valutazione delle strutture e dei dipendenti dovrà assicurare standard qualitativi ed economici tramite la valorizzazione dei risultati e della performance organizzativa e individuale.

Ciascuna articolazione organizzativa aziendale, purché titolare di un proprio budget di risorse economiche e finanziarie, è responsabile del coordinamento, organizzazione e gestione delle risorse assegnate allo scopo di perseguire, in modo efficiente ed efficace, gli obiettivi quantitativi e qualitativi negoziati. Ciascun operatore, all'interno dell'Azienda, svolge un ruolo specifico, implicitamente o esplicitamente definito, nei rapporti con altri operatori o soggetti interni e/o esterni all'Azienda stessa che si concretizza nel gestire processi, quale combinazione di attività e

, dei quali si assumono le responsabilità e i compiti e funzioni di controllo e ispezione, nel gestire o partecipare ad iniziative di carattere progettuale, sviluppare competenze e capacità professionali; assumere un comportamento coerente con la propria professionalità ed il ruolo assegnato nel rispetto delle direttive definite dal responsabile diretto.

La valutazione dei risultati conseguiti dai centri di responsabilità aziendali è volta alla verifica della rispondenza degli stessi con gli obiettivi concordati, a comprendere le cause degli eventuali scostamenti e ad individuare i punti di forza e di debolezza allo scopo di supportare i processi di programmazione futuri. La valutazione dei risultati, in questo caso, è anche utilizzata allo scopo di supportare il sistema premiante aziendale nelle modalità e sulla base dei principi generali e i criteri definiti dalla normativa vigente. La valutazione delle performance individuali è improntata allo scopo di assicurare lo sviluppo continuo delle competenze professionali degli operatori e, quindi, alla verifica delle capacità sviluppate e alla pianificazione di quelle da conseguire. La valutazione individuale è esercitata anche allo scopo di valutare l'apporto dei singoli ai risultati dell'équipe di appartenenza e della capacità dimostrata di saper ricoprire il ruolo o la posizione assegnata.

La misurazione e la valutazione della performance sono volte al miglioramento della qualità dei servizi offerti, nonché alla crescita delle competenze professionali, attraverso la valorizzazione del merito e l'erogazione dei premi per i risultati perseguiti dai singoli e dalle unità organizzative in un quadro di pari opportunità di diritti e doveri, trasparenza dei risultati e delle risorse impiegate per il loro perseguimento. Saranno adottate modalità e strumenti di comunicazione che garantiscano la massima trasparenza delle informazioni concernenti le misurazioni e le valutazioni della performance, nonché metodi e strumenti idonei a misurare, valutare e premiare la performance individuale e quella organizzativa, secondo criteri strettamente connessi al soddisfacimento dell'interesse del destinatario dei servizi e degli interventi.

Il ciclo di gestione della performance si articola nelle seguenti fasi:

- a) definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori;
- b) collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;
- c) monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- d) misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale;
- e) utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;
- f) rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo, ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi.

Art. 26 - Organi

Ai sensi dell'art. 3 del D. Lgs. n. 502/1992 e successive modifiche, sono organi dell'azienda:

- Il Direttore Generale.
- Il Collegio di Direzione.
- Il Collegio Sindacale.

Art. 27 - Il Direttore Generale

Il Direttore Generale, nominato dagli Organi della Regione Campania, è titolare della rappresentanza legale dell'Azienda e ne esercita tutti i poteri di gestione, adottando i provvedimenti necessari. E' responsabile delle funzioni di indirizzo, che esercita attraverso la definizione di obiettivi e programmi, e dell'imparzialità e del buon andamento dell'azione amministrativa. Verifica il risultato dell'attività svolta e la realizzazione di programmi e progetti in relazione agli obiettivi della gestione finanziaria, tecnica, amministrativa e sanitaria. Risponde alla Regione in relazione agli obiettivi assegnatigli all'atto della nomina e nell'ambito degli atti strategici e di programmazione regionale.

Il rapporto di lavoro del Direttore Generale è a tempo pieno e di diritto privato; si instaura con contratto disciplinato dal comma 6 dell'art. 3 e dal comma 8 dell'art. 3 bis del D.Lvo 502/92 e s.m.i.. Il contratto è sottoscritto sulla base di uno schema approvato dalla Giunta regionale.

L'autonomo e pieno esercizio, da parte del Direttore Generale, delle funzioni gestionali dell'azienda è svolto nel rispetto dei poteri spettanti:

- alla Regione, che ne indirizza l'attività ed esercita il controllo sul suo operato;
- al Collegio di Direzione, secondo i compiti previsti dalle norme nazionali e regionali;
- al Collegio Sindacale, cui sono affidati i compiti di vigilanza sull'osservanza delle leggi e dei regolamenti e la verifica sull'attività contabile dell'azienda.

I compiti e le funzioni, in particolare, del Direttore Generale sono riportati nell'allegato all'Atto Aziendale. In caso di assenza o impedimento del Direttore Generale le relative funzioni sono svolte dal Direttore Amministrativo o dal Direttore Sanitario su delega del Direttore Generale, o, in mancanza di delega, dal Direttore più anziano. Con apposito atto da pubblicare sull'albo dell'azienda e sul sito web aziendale, vengono specificati, dettagliatamente, gli ambiti oggettivi e soggettivi delle attribuzioni dirigenziali e delle deleghe conferite ai singoli dirigenti.

Art. 28 - Il Collegio di Direzione

Il Collegio di Direzione è organo dell'Azienda. Esso concorre al governo delle attività cliniche, partecipa alla pianificazione delle attività, inclusa la ricerca, la didattica, i programmi di formazione e le soluzioni organizzative per l'attuazione dell'attività libero-professionale intramuraria. Concorre allo sviluppo organizzativo e gestionale dell'Azienda, con particolare riferimento all'individuazione di indicatori di risultato clinico-assistenziale e di efficienza, nonché dei requisiti di appropriatezza e di qualità delle prestazioni. Partecipa, altresì, alla valutazione interna dei risultati conseguiti in relazione agli obiettivi prefissati ed è consultato obbligatoriamente dal Direttore generale, su tutte le questioni attinenti al governo delle attività

di direzione, in particolare:

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

Il Collegio di direzione è nominato con deliberazione del Direttore generale, che ne è il Presidente, e dura in carica tre anni. Composizione, compiti, funzioni e modalità di svolgimento dei propri compiti sono indicati nell'allegato al presente Atto e nel relativo, previsto Regolamento.

Art. 29 - Il Collegio Sindacale

Il Collegio Sindacale è nominato dal Direttore Generale. Nella prima seduta convocata dal Direttore Generale entro cinque giorni dal provvedimento di nomina, elegge il Presidente secondo le modalità previste dalle norme.

Il Collegio sindacale:

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

Le comunicazioni ed i referti di cui al comma precedente, lettere d) ed e), sono comunicati per conoscenza anche al Consiglio regionale per la trasmissione alla commissione consiliare permanente competente in materia. I componenti del Collegio sindacale possono procedere ad atti di ispezione e controllo, anche individualmente. Il Collegio sindacale dura in carica tre anni ed è composto da tre membri, di cui uno designato dal Presidente della Giunta regionale, uno designato dal Ministro dell'economia e finanze e uno dal Ministro della salute. I componenti del Collegio sindacale sono scelti tra gli iscritti nel registro dei revisori contabili, istituito presso il Ministero di grazia e giustizia, ovvero tra i funzionari del Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, che abbiano esercitato per almeno tre anni le funzioni di revisori dei conti o di componenti dei collegi sindacali. I riferimenti contenuti nella L.R. 32 del 1994, riguardanti il Collegio dei revisori, si intendono applicabili al Collegio sindacale del presente articolo, per quanto compatibili.

La direzione strategica aziendale - Aspetti istituzionali e organizzativi

Art. 30 - La Direzione Generale

Il governo strategico aziendale è esercitato dalla Direzione strategica composta dal Direttore Generale, dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo, avvalendosi del Collegio di Direzione. La direzione strategica definisce, sulla base delle indicazioni della programmazione regionale, le strategie e i programmi aziendali di cui controlla l'attuazione. Essa rappresenta, pertanto, la sede ove si svolgono le interrelazioni che consentono il perseguimento della "missione direzionale".

In particolare, spetta alla direzione strategica:

- a) l'individuazione degli obiettivi e dei programmi annuali e pluriennali definiti sulla base degli obiettivi istituzionali dell'azienda ed in coerenza con le linee di programmazione ed indirizzo regionale;
- b) l'organizzazione aziendale e la programmazione della produttività e della qualità delle prestazioni;
- c) la pianificazione delle risorse e degli investimenti;
- d) le relazioni interne ed esterne;
- e) la garanzia della sicurezza e la prevenzione;
- f) il controllo di gestione.

La direzione strategica è affiancata da funzioni chiamate a svolgere collaborazioni strumentali per il governo clinico ed il governo economico e gestionale dell'Azienda, i cui responsabili, sia di formazione gestionale che di formazione medica, rispondono direttamente alla direzione.

Art. 31 - La Direzione Sanitaria e la Direzione Amministrativa Aziendali

Il Direttore Sanitario ed il Direttore Amministrativo aziendali sono nominati, con provvedimento motivato, dal Direttore Generale che risponde della verifica del possesso dei requisiti previsti dalla normativa vigente, acquisendo le necessarie certificazioni dei titoli e dei servizi svolti. Il rapporto di lavoro del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo aziendali è a tempo pieno e di diritto privato e si instaura con contratto disciplinato dal comma 7 dell'art. 3 e dal comma 8 dell'art. 3 bis del D.Lvo 502/92 e s.m.i.. Il contratto è sottoscritto sulla base di uno schema approvato dalla Giunta regionale e deve essere trasmesso alla Regione entro dieci giorni dalla sottoscrizione.

Il Direttore Sanitario ed il Direttore Amministrativo concorrono al governo dell'Azienda e al processo di pianificazione e controllo strategico della stessa e coadiuvano il Direttore Generale nell'esercizio delle funzioni ad esso spettanti.

Essi esprimono parere sugli atti del Direttore Generale per quanto di propria competenza e su ogni questione che venga loro sottoposta ed inoltre:

- svolgono le funzioni e adottano gli atti ad essi delegati e attribuiti dal Direttore Generale;
- formulano, per le materie di competenza, proposte al Direttore Generale, ai fini della elaborazione dei piani pluriennali, dei programmi annuali e dei progetti di attività;
- curano, per quanto di competenza, l'attuazione dei programmi e dei piani dell'azienda attraverso i servizi alle proprie dipendenze;
- determinano, informandone le organizzazioni sindacali, i criteri generali di organizzazione dei servizi di rispettiva competenza nell'ambito delle direttive ricevute dal Direttore Generale;

provvedimenti, anche di carattere sostitutivo, riferendone al direttore generale, anche ai fini del controllo interno;

- svolgono ogni altra funzione attribuita loro dalle leggi e dai regolamenti.

Il Direttore Sanitario ed il Direttore Amministrativo, di loro iniziativa o su indicazione del Direttore Generale, possono, in qualsiasi fase del procedimento, avocare la trattazione diretta di affari che rivestono particolare rilevanza nell'ambito delle rispettive competenze e delle rispettive funzioni, adottando correlativamente tutti gli atti necessari.

In caso di assenza o impedimento del Direttore Sanitario e/o del Direttore Amministrativo, le funzioni sono svolte rispettivamente, ed in via temporanea, da un dirigente della funzione sanitaria e da un dirigente della funzione amministrativa, nominati dal Direttore Generale, su proposta degli stessi.

Art. 32 - Integrazione socio-sanitaria aziendale e Rapporti con gli ambiti territoriali sociali – Il Responsabile del Coordinamento dei servizi socio-sanitari.

Collabora direttamente con la Direzione strategica, il Responsabile del Coordinamento socio-sanitario che, supporta la direzione e le strutture dipartimentali e distrettuali nella *governance* dei processi gestionali e professionali che sottendono all'intero sistema socio-sanitario. L'Azienda istituisce, per tale funzione, una Unità Operativa dedicata. La struttura organizzativa è impegnata ad aggregare tutte le attività assistenziali socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria, individuate dal DLgs 229/99, dal DPCM 14.02.01 e dal DPCM 29.11.01 e successive indicazioni regionali e ministeriali, e costituenti nel loro insieme l'Area Socio-Sanitaria ad Elevata Integrazione Sanitaria (materno-infantile, anziani, disabili fisici, psichici e sensoriali, salute mentale, dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezione da HIV, patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative, assistenza ai detenuti affetti da dipendenza o disturbi mentali). Ciò anche al fine di promuovere una integrazione operativa tra le stesse, una cultura e una metodologia del lavoro integrata. La struttura, inoltre, partecipa alla formulazione dei protocolli relativi alla "dimissione socio-sanitaria protetta", e partecipa a quelli relativi all'ADI; svolge funzioni di programmazione, indirizzo e coordinamento delle attività socio-sanitarie ad elevata integrazione (con particolare riferimento ai LEA socio-sanitari) e delle attività socio-sanitarie in favore di immigrati e senza fissa dimora; concorre, in collaborazione con le altre articolazione aziendali e comunali, all'analisi dei bisogni socio-sanitari (e, in particolare, delle disuguaglianze sociali, al monitoraggio delle attività socio-sanitarie, alla costruzione di un Sistema Informativo Socio-Sanitario Integrato); cura, in particolare, il livello organizzativo, gestionale ed operativo della integrazione socio-sanitaria territoriale, avvalendosi degli Uffici Socio-Sanitari distrettuali; partecipa all'Ufficio di Piano, dove rappresenta il livello centrale aziendale, unitamente con i Direttori dei Distretti che sottoscrivono il PDZ per la parte afferente al proprio distretto. E' indispensabile infine un collegamento organico (informatico, cartaceo, operativo) tra gli ospedali e la rete dei servizi socio-sanitari territoriali, anche attraverso l'istituzione dei protocolli della "dimissione socio-sanitaria protetta": allorquando un paziente con determinate caratteristiche viene dimesso dall'ospedale vi è la necessità della preparazione tra ospedale e rete dei servizi territoriali di un piano personalizzato congiunto di assistenza territoriale.

Il Coordinatore dei servizi socio sanitari, per l'area di competenza, in particolare:

- assume funzioni di programmazione, indirizzo e coordinamento aziendale;
- coadiuva la Direzione strategica nella gestione dell'Azienda, in sinergia e in collegamento con le strutture appartenenti all'area di riferimento.

istituzionali con le Amministrazioni Locali attinenti alle linee strategiche e alla programmazione socio-sanitaria aziendale.

Art. 33 - La Conferenza dei Sindaci

La "Conferenza dei Sindaci" dei Comuni facenti parte dell'Azienda è un organismo correlato al governo strategico aziendale e costituisce l'organismo rappresentativo delle Autonomie Locali cui spetta il diritto-dovere di esprimere i bisogni socio-sanitari delle comunità amministrative. Esso esercita le funzioni riservate alla sua competenza dalle disposizioni vigenti.

Art. 34 - Il Consiglio dei Sanitari

Il Consiglio dei Sanitari, costituito con provvedimento del Direttore Generale, è un organismo elettivo con funzioni di consulenza tecnico-sanitaria. Esso fornisce parere obbligatorio al direttore generale per le attività tecnico-sanitarie, anche sotto il profilo organizzativo e per gli investimenti ad essa attinenti.

Si esprime, altresì, sulle attività di assistenza sanitaria. Le modalità di funzionamento del Consiglio dei Sanitari sono previste da un apposito regolamento. I pareri del Consiglio dei Sanitari s'intendono come favorevoli se non formulati entro dieci giorni dalla richiesta; in casi urgenti e motivati i pareri vanno formulati entro i più brevi termini indicati nella richiesta.

Il Consiglio dei Sanitari è presieduto dal Direttore Sanitario. La rappresentanza è composta da:

- n. 8 dirigenti medici, di cui 4 ospedalieri, 1 medico territoriale, 1 medico veterinario e 2 medici convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale;
- n. 3 dirigenti sanitari laureati non medici;
- n. 2 unità del personale infermieristico di cui 1 ospedaliero;
- n. 2 unità del personale tecnico sanitario di cui 1 ospedaliero;
- n. 2 unità del personale proveniente dalle professioni tecnico-riabilitative di cui una ospedaliera.

Partecipano agli incontri i Direttori di Dipartimento, senza diritto di voto.

Le modalità ed i termini di elezione del Consiglio dei sanitari, nonché le funzioni ad esso attribuite sono disciplinate con Regolamento adottato dal Direttore Generale nel rispetto dell'art. 25 della Legge regionale 3.11.1994 n. 32 e s.m.i..

Art. 35 - Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni.

L'Azienda costituisce, ai sensi e con le modalità previste dall'art. 57 del D.L.vo 165/2001 e s.m.i., al proprio interno, senza nuovi o maggiori oneri per i bilanci, il "**Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni**" (CUG) che sostituisce, unificando le competenze in un solo organismo, i comitati per le pari opportunità e i comitati paritetici sul fenomeno del mobbing, costituiti in applicazione della contrattazione collettiva, dei quali assume tutte le funzioni previste dalla legge, dai contratti collettivi nazionali o da altre disposizioni.

Il Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni ha composizione paritetica ed è formato da un componente designato

amministrazione e da un pari numero di rappresentanti dell'amministrazione in modo da assicurare, nel complesso, la presenza paritaria di entrambi i generi. Il presidente del Comitato unico di garanzia è designato dall'amministrazione.

Il Comitato unico di garanzia ha compiti propositivi, consultivi e di verifica e opera in collaborazione con la consigliera od il consigliere nazionale di parità. Contribuisce all'ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico, migliorando l'efficienza delle prestazioni collegata alla garanzia di un ambiente di lavoro caratterizzato dal rispetto dei principi di pari opportunità, di benessere organizzativo e dal contrasto di qualsiasi forma di discriminazione e di violenza morale o psichica per i lavoratori. Promuove iniziative volte ad attuare le direttive dell'Unione Europea per l'affermazione sul lavoro della pari dignità delle persone. Nell'ambito del comitato possono essere previste due specifiche sezioni tecniche composte dai componenti stessi del C.U.G., di cui una relativa alle pari opportunità e l'altra relativa al mobbing e benessere dei lavoratori.

Nell'ambito delle garanzie previste dalla normativa, l'Azienda riserva alle donne, salva motivata impossibilità, almeno un terzo dei posti di componente delle commissioni di concorso, fermo restando il principio di cui all'articolo 35, comma 3, lettera e) del D.L.vo 165/2001 e s.m.i.. Adotta, altresì, propri atti regolamentari per assicurare pari opportunità fra uomini e donne sul lavoro, conformemente alle direttive impartite dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della funzione pubblica. L'Azienda garantisce la partecipazione delle proprie dipendenti ai corsi di formazione e di aggiornamento professionale in rapporto proporzionale alla loro presenza nelle strutture interessate ai corsi medesimi, adottando modalità organizzative atte a favorirne la partecipazione, consentendo la conciliazione fra vita professionale e vita familiare e finanzia programmi di azioni positive e l'attività dei Comitati unici di garanzia per le pari opportunità, per la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni, nell'ambito delle proprie disponibilità di bilancio.

L'Azienda adotta tutte le misure per attuare le normative vigenti materia di pari opportunità, contrasto alle discriminazioni ed alla violenza morale o psichica.

Art. 36 - Ufficio Relazioni con il Pubblico

L'Ufficio per le Relazioni con il Pubblico (**U.R.P.**) assicura la funzione relativa alla comunicazione con gli utenti, sviluppando in modo esauriente l'informazione sulle prestazioni sanitarie e sulle relative modalità di accesso. L'Ufficio inoltre verifica la percezione della qualità delle prestazioni erogate individuando, per tale finalità, idonei ed adeguati strumenti. In particolare, l'U.R.P. acquisisce le osservazioni ed i reclami presentati dai cittadini, li segnala ai dirigenti competenti e provvede a darne tempestivo riscontro agli utenti. L'Ufficio è deputato alla raccolta, alla classificazione ed alla archiviazione delle segnalazioni e degli esposti in un'apposita banca dati, nonché alla predisposizione, con cadenza trimestrale, di una relazione al direttore generale sulle segnalazioni ed i reclami pervenuti e sull'esito degli stessi. Detta relazione deve essere accompagnata da proposte per il miglioramento degli aspetti organizzativi, logistici, relazionali e di accesso alle prestazioni, nonché per il superamento dei fattori di criticità emersi.

L'Azienda garantisce che l'U.R.P. sia organizzato avvalendosi di personale appositamente formato, anche in relazione al tipo di utenza presente sul territorio, e alla presenza di assistiti appartenenti a diverse etnie.

L'Azienda predisporre l'adozione di un sistema organico di azioni tese a conoscere, prevenire e ridurre i rischi nelle varie attività, compresa l'attività di radioprotezione in ottemperanza al D.lgs. n. 187/2000 e ss. mm. e ii., che deve, pertanto, diventare prassi ordinaria della gestione aziendale e del governo clinico. Al fine di ridurre i costi connessi al complesso dei rischi relativi alla propria attività, l'Azienda, nell'ambito della propria organizzazione e senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, studia ed adotta le necessarie soluzioni per la gestione dei rischi medesimi, per la prevenzione del contenzioso e la riduzione degli oneri assicurativi. Anche al fine di dare piena attuazione all'art. 1, comma 6, del D.lgs. n. 299/99 e ss.mm.ii. in materia di appropriatezza ed economicità della gestione aziendale e delle prestazioni assistenziali, viene prevista la figura del *"risk manager"*, al fine di garantire la sicurezza della pratica medica.

Il *"risk manager"* assume la responsabilità diretta delle iniziative aziendali sull'argomento; risponde inoltre del rispetto dei debiti informativi nei confronti del Ministero della Salute. Il Ministero della Salute, con decreto dell'11 dicembre 2009, ha istituito nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) il Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES), con l'obiettivo di raccogliere le informazioni relative agli eventi sentinella (eventi avversi di particolare gravità, che causano morte o gravi danni al paziente e che determinano una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del Servizio Sanitario), ed alle denunce dei sinistri su tutto il territorio nazionale, consentendo la valutazione dei rischi ed il monitoraggio completo degli eventi avversi.

Il controllo del rischio clinico, sia con riferimento agli eventi sentinella che alle infezioni ospedaliere che ad ogni altro fattore comunque connesso, costituisce, unitamente al contenzioso conseguente, elemento di valutazione delle performance dei dirigenti aziendali.

Art. 38 - Servizio prevenzione e protezione

Il Servizio di prevenzione e protezione è utilizzato dal Direttore Generale, quale datore di lavoro, con i compiti attribuiti dall'art.33 del D. Lvo n. 81/08 e s.m.i. e svolge la funzione di "consulente" tecnico del medesimo e, più in generale, dell'azienda in merito alla corretta applicazione delle normative in vigore in tema di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro. Per la piena ed efficace attuazione del dettato normativo, è prevista l'organizzazione del Servizio prevenzione e protezione (art. 31 del D. Lgs. 81/08), con la designazione del Responsabile (art.17 del D. Lgs. 81/08).

L'organizzazione sarà definita attraverso apposito Regolamento, nel rispetto delle norme in vigore, che disciplinerà l'organizzazione permanente ed organica di un sistema globale e pianificato di prevenzione e protezione dai rischi.

Tutte le articolazioni aziendali saranno sottoposte alla applicazione di tale Regolamento, in quanto il *"fattore sicurezza"* prevede la sinergia, la partecipazione e la collaborazione di tutti per il buon funzionamento dell'intero sistema di gestione adottato. Ai sensi dell'art. 2 del D. Lgs. 81/08 e ss.mm.ii., al personale dipendente sono equiparati i soggetti che per contratto, volontariato, studio o tirocinio frequentano o svolgono attività all'interno dell'azienda.

Nel quadro delle problematiche del lavoro e dei servizi da erogare, il Direttore Generale delinea la strategia per la sicurezza, esercitando una funzione di indirizzo che si realizza attraverso l'attribuzione di deleghe, conferite con le modalità e nei limiti di cui alla normativa, alle diverse articolazioni aziendali, nonché con la determinazione degli obiettivi specifici, la programmazione dei tempi di realizzazione degli stessi e l'individuazione del budget necessario al loro conseguimento..

Nell'ambito dell'attività istituzionale dell'Azienda operano anche i seguenti organismi:

- Comitato Etico;
- Comitato Budget;
- Commissione paritetica di verifica dell'attività libero professionale;
- Collegi Tecnici per le verifiche del personale dirigenziale;
- Organismo Indipendente di Valutazione;
- Commissione per il Prontuario Terapeutico Ospedaliero;
- Comitato per il buon uso del sangue;
- Comitato per la sicurezza aziendale;
- Commissione per la prevenzione e il controllo delle infezioni ospedaliere;
- Comitato qualità aziendale e *risk management*;
- Comitato tecnico per la *privacy*;
- Commissione per il rischio radiologico.

I predetti organismi sono istituiti formalmente con deliberazione del Direttore Generale e la loro composizione e funzionamento sono definiti in appositi regolamenti aziendali. In ottemperanza a specifiche norme legislative o clausole contrattuali possono essere istituiti, con le medesime modalità, altri organismi finalizzati allo svolgimento di attività istituzionali.

Titolo IX – Le macrostrutture organizzative.

Art. 40 – Principi Generali

Tutte le aziende, indipendentemente dal livello di complessità che le contraddistinguono, per poter funzionare e perseguire le finalità per le quali sono state costituite, necessitano del lavoro svolto dalle persone che in esse operano. Lo sforzo compiuto dalle persone - per tradursi in impegno efficace ed efficiente, verso il raggiungimento degli scopi - deve essere coordinato, attraverso l'attribuzione di obiettivi, l'identificazione dei ruoli dirigenziali e operativi e la chiara suddivisione degli ambiti di competenza, in altri termini, deve essere organizzato. L'assetto organizzativo delle aziende è, quindi, imprescindibilmente legato alle finalità e agli obiettivi che le stesse devono o intendono perseguire. Il contesto ambientale in cui opera un'azienda (i bisogni da soddisfare e la loro valenza sociale ed economica, le norme e le relazioni tra istituzioni da esse regolate, l'evoluzione delle conoscenze tecniche e scientifiche, le opportunità e le modalità di reperimento delle risorse di funzionamento, il mercato del lavoro e delle strutture concorrenziali) è in continuo divenire. Per questo motivo le aziende trasformano il loro assetto organizzativo, adattandolo anche rispetto alle modifiche intervenute, nel tempo, nelle finalità e negli obiettivi da perseguire.

I principi fondamentali sui quali si basa la progettazione della struttura organizzativa aziendale sono:

- assicurare la migliore gestione integrata dei processi, clinico-assistenziali e amministrativi, dell'azienda creando le condizioni tecniche affinché tutte le professionalità coinvolte, nel

- ruoli e autonomia, possano contribuire ai rischi collaborazioni, di sistematico confronto e di continuo apprendimento reciproco;
- garantire la migliore soluzione possibile nell'allocazione delle risorse strutturali aziendali promuovendo la condivisione degli spazi, della tecnologia e del personale anche attraverso la creazione di articolazioni organizzative specifiche e migliorando, in tal modo, la flessibilità e l'economicità aziendale.

Il modello di organizzazione dell'Azienda Sanitaria Locale Salerno, sulla base di tali principi, assume una configurazione nell'ambito della quale le strutture portanti del sistema organizzativo sono in grado di operare per obiettivi, programmi e progetti. Il modello organizzativo sarà caratterizzato da una macro organizzazione "statica", in linea con le normative nazionale e regionale e da una micro organizzazione "dinamica".

La configurazione statica, vale a dire l'organizzazione dell'Azienda, sarà articolata su tre livelli distinti.

Il livello superiore è la Direzione Generale dell'Azienda, investita della cosiddetta "missione direzionale", e cioè delle scelte strategiche.

Il livello intermedio è costituito dalla "*infrastruttura funzionale*" investita della cosiddetta "missione funzionale" e cioè della programmazione della attività finalizzate al miglioramento e all'ottimizzazione dei servizi e delle prestazioni. Essa è composta dall'insieme delle strutture che costituiscono l'apparato tecnico-valutativo-amministrativo-contabile a servizio delle strutture dell'azienda, indirizzate in funzione delle attività dirette alla realizzazione delle strategie aziendali.

Il livello operativo è costituito dai Distretti sanitari, dai Presidi ospedalieri, dalle Unità Operative dei Dipartimenti, investiti della "missione produttiva" e cioè dell'erogazione delle prestazioni ai cittadini. I predetti livelli saranno correlati tra di loro secondo linee di connessione orizzontale e verticale al fine, soprattutto, di accrescerne la funzionalità e la specializzazione e, quindi, l'efficienza e l'efficacia dei vari segmenti che le compongono.

La configurazione dinamica sarà orientata in modo tale da adattarsi, con sufficiente flessibilità, oltre che agli obiettivi e contenuti della programmazione sanitaria e ai livelli uniformi di assistenza sanitaria da essa previsti, al contesto in cui l'Azienda opera, contesto caratterizzato dalla notevole complessità del sistema sanitario, delineato dal decreto legislativo 502/1992 e successive modificazioni, accentuato dal regime di libera - concorrenzialità con il privato, dalle ricorrenti modificazioni del quadro normativo di riferimento ad opera del legislatore nazionale, dalle tecniche sempre più innovative e raffinate dei processi di produzione (nuove tecnologie e metodiche terapeutiche), che inducono una progressiva dilatazione dell'offerta con effetto di trascinamento sulla domanda. L'organizzazione aziendale, pertanto, si basa su un sistema di interrelazioni orizzontali e verticali tra i diversi livelli, per consentire la corretta definizione nell'ambito della programmazione nazionale e regionale dei livelli assistenziali di competenza, rapportati alle risorse a disposizione, l'individuazione del volume delle prestazioni da produrre per garantire i livelli di assistenza, l'introduzione di un sistema di gestione finalizzato al miglioramento della qualità dei prodotti per renderli più consoni alla costante e sistematica valutazione, anche mediante un sistema di indicatori dei risultati in termini di qualità, quantità e costo della produzione. I livelli in cui si articola l'organizzazione aziendale, nell'intreccio dei predetti rapporti di interconnessione orizzontale e verticale, devono muoversi, nella loro configurazione dinamica, secondo tre linee direttrici, rappresentate dalla linea dei prodotti, orientata sulla produzione dei livelli uniformi di assistenza, dalla linea delle specializzazioni, orientata sulla capacità di governare le risorse, le funzioni e le specialità applicate alla produzione e dalla linea della progettualità, orientata a modulare il prodotto in relazione a gruppi di popolazione identificabili secondo particolari condizioni e bisogni.

funzionale cioè la tecnostruttura al servizio sia della direzione generale che delle strutture operative) e il livello operativo (Dipartimenti e strutture) operano lungo le predette linee direttrici intersecando le proprie azioni. Tali sinergie potranno essere diversamente realizzate e modulate, a seconda dell'obiettivo da raggiungere, in modo da coniugare e integrare unità organizzative di diverso livello e di diversa specializzazione, orientate secondo le predette linee direttrici. Ne consegue che ciascuna unità organizzativa risulterà "direzionata", nella sua operatività, da differenti centri decisionali, forniti delle necessarie capacità, e cioè da autorità diverse titolari, rispettivamente, del governo delle risorse, dell'orientamento scientifico - culturale e della gestione dei processi produttivi. Ciascuna autorità, e cioè ciascun centro direzionale, eserciterà, a sua volta, compiti di indirizzo, di gestione e operativi, i cui contenuti e il relativo spessore varieranno a seconda del livello e contesto in cui sono collocati. Ciò determina il superamento del sistema a strutture chiuse, organizzate solo verticalmente con percorsi di tipo esclusivamente gerarchico tra le diverse componenti del sistema organizzativo e tendenti a conseguire, al loro interno, l'autosufficienza funzionale ed organizzativa. Il livello centrale, non più vincolato a sole procedure gerarchiche, si trasforma in un livello di elevata specializzazione e responsabilizzazione, deputato, da una parte, a sostenere il livello superiore nelle scelte strategiche, e, dall'altro, a indirizzare, orientare il livello operativo, per il miglioramento, in termini quali/quantitativi della produzione. L'intero sistema diviene così un unico sistema di gestione ed erogazione dei servizi al cliente, al fine di agevolare il collegamento "in rete" e, quindi, il coordinamento funzionale delle diverse unità organizzative.

Inoltre si afferma un sistema basato sulla direzione multipla delle unità organizzative, sulla diffusione dei centri di responsabilità e sullo stretto collegamento funzionale delle diverse unità che lo compongono, e saranno introdotti metodi di lavoro basati sulla programmazione delle attività e sulla valutazione dei risultati. Conseguentemente si dovrà individuare, nel contesto organizzativo, un sistema di centri di responsabilità e di centri di costo e/o di ricavo, tra i quali sarà ripartito il budget generale dell'Azienda, secondo la disciplina concernente un nuovo sistema patrimoniale e contabile delle aziende.

Art. 41 – Livelli di Governo

Il governo dell'Azienda è articolato sui seguenti livelli:

- a) ***direzione strategica*** (Direttore Generale, coadiuvato dal Direttore Amministrativo Aziendale e dal Direttore Sanitario Aziendale): responsabilità del governo complessivo;
- b) ***governo clinico***(Collegio di Direzione - Direttore Sanitario Aziendale, Direttori Sanitari dei presidi ospedalieri, Direttori di Distretto, Medici di Ospedale, Direttori di Dipartimento e Dirigenti Responsabili Servizi delle professioni sanitarie, Consulta socio-sanitaria): responsabilità dell'efficacia ed efficienza dei processi clinici e di coerenza agli obiettivi, ed in particolare del miglioramento quali-quantitativo continuo, dell'appropriatezza e della gestione del rischio;
- c) ***attività di controllo*** (Collegio Sindacale): responsabilità della verifica dell'equilibrio economico-finanziario e della coerenza alle norme;
- d) ***governo economico e gestionale*** (Direttore Amministrativo, Direttori delle Strutture Centrali, Direttori amministrativi dei distretti e dei presidi ospedalieri, Controllo di gestione): responsabilità dei risultati economico-finanziari, di coerenza con le norme e del perseguimento degli obiettivi, ed in particolare del miglioramento di efficienza dei processi gestionali;
- e) ***attività consultiva obbligatoria*** (Consiglio dei Sanitari, Conferenza dei Sindaci): responsabilità propositiva sulle problematiche tecnico sanitarie sotto il profilo organizzativo e

soddisfacimento dei bisogni dei cittadini.

La complessiva organizzazione tecnico funzionale si basa sui seguenti elementi strutturali:

- A. Presidio ospedaliero:** centro di responsabilità complessiva dell'integrazione, del coordinamento e dell'economicità dei processi assistenziali e della efficienza ed efficacia della continuità operativa nella erogazione delle prestazioni;
- B. Distretto:** Il distretto è il luogo ottimale di esercizio delle attività di promozione della salute e di prevenzione delle malattie e delle disabilità. Esso rappresenta altresì la sede più idonea per il confronto con le autonomie locali e per la gestione dei rapporti con la popolazione e, quale garante della salute del territorio, assicura l'espletamento delle attività e dei servizi nonché delle attività organizzative e di coordinamento del percorso sanitario
- C. Dipartimento:** centro di responsabilità sui risultati di efficienza, efficacia ed economicità complessiva nei percorsi assistenziali inerenti alle unità operative di cui si compone, nonché sulla trasparenza, imparzialità ed eticità nell'erogazione delle prestazioni ed accesso alle cure, oltre che sul miglioramento quali-quantitativo per intensità di cure ed appropriatezza delle prestazioni e sullo sviluppo scientifico ed etico dei comportamenti professionali, all'interno ed all'esterno del Dipartimento;

Art. 42 - Articolazioni delle strutture operative

La definizione dell'assetto organizzativo dell'Azienda è effettuata attraverso l'applicazione dei criteri di seguito riportati e dei parametri standard per l'individuazione delle strutture semplici e complesse definiti dal Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di appropriatezza ed efficacia di cui all'art. 9 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 (Comitato LEA), approvato nella seduta del 26 marzo 2012 e dalla relative determinazioni regionali.

Le strutture complesse, per l'Azienda Sanitaria Salerno, così come previsto nei DCA n. 18 del 18.2.2013 e nel DCA n. 33 del 17.5.2016 sono così articolate:

- a. per i Presidi ospedalieri: 1 struttura complessa ogni 22 posti letto;
- b. 13.515 residenti per struttura complessa in ambito territoriale;
- c. 1,31 strutture semplici (semplici e semplici dipartimentali) per struttura complessa, sia in ambito ospedaliero che territoriale.

Lo standard di una struttura complessa ogni 22 posti letto è da intendersi a livello aziendale e può essere declinato dall'Azienda in modo diverso da presidio a presidio, ferma restando la necessità di non superare in ogni caso la media aziendale.

Per i Presidi ospedalieri, il numero di strutture complesse, semplici e semplici dipartimentali identificate in base agli standard di cui sopra è comprensivo dei servizi centrali sanitari (farmacia, radiologia, laboratorio di analisi, ecc.). Le UOC per discipline senza posti letto potranno essere attinte anche da quelle previste per le strutture territoriali (1 ogni 13.515 residenti).

L'Azienda, sulla base di tali parametri, individua e definisce la tipologia ed il numero delle unità operative per ciascuna disciplina, con esenza posti letto. In particolare, fermo restando il pieno rispetto del numero totale delle UOC a livello aziendale, nel presente Atto sono previste le specifiche azioni che, articolate nel periodo temporale di vigenza del Piano ospedaliero 2016/2018, porteranno alla risoluzione delle eccedenze e delle carenze attualmente presenti per singola disciplina. L'Azienda, in ogni caso, garantisce il pieno rispetto del numero totale delle unità operative complesse, semplici e semplici dipartimentali come stabilito dal citato DCA 18/2013 e dal DM 70/2015. A tal fine la quantificazione del numero totale delle strutture complesse aziendali sarà operata rapportando gli standard del DCA 18/2013 al numero totale di posti letto programmati, come indicati nelle tabelle allegate al DCA n. 33/2016.

semplici dipartimentali, nonché un cronoprogramma contenente le azioni utili al raggiungimento degli obiettivi di riduzione dell'attuale dotazione di strutture e i tempi di adeguamento che, comunque, non potranno essere superiori a 60 giorni dalla approvazione dell'Atto aziendale.

Per garantire, inoltre, l'adeguamento anche agli standard sui bacini minimi e massimi stabiliti dal D.M. n. 70/2015, l'Azienda s'impegna, altresì, ad attivare prontamente processi di adeguamento, razionalizzazione ed efficientamento durante tutto il periodo di vigenza del Piano triennale 2016/2018, tenendo conto anche delle indicazioni centrali e regionali in ordine alla riorganizzazione dei punti di erogazione della rete del privato accreditato e del completamento della definizione dei parametri quali-quantitativi forniti dal Programma Nazionale Esiti.

In ogni caso l'adeguamento della dotazione delle strutture complesse ai bacini minimi e massimi stabiliti dal D.M. 70/2015, fermo restando il loro numero totale determinato dall'applicazione degli standard stabiliti dal DCA n. 18/2015, avverrà, attesa la complessità dei processi attuativi, entro il triennio 2016/2018, con le azioni previste dal Piano ospedaliero.

Criteria per l'individuazione delle UOC:

Le Unità operative complesse sono caratterizzate da:

- a) Rilevanza delle attività svolte per volume e tipologia;
- b) Rilevanza del livello di responsabilità per la gestione della struttura;
- c) Valore delle risorse professionali, operative e organizzative, adeguate qualitativamente e quantitativamente alla natura e all'entità degli obiettivi attesi;
- d) congrua dotazione di risorse professionali, operative e organizzative, rispetto alla necessità di contare su una massa critica adatta quali-quantitativamente alla natura e all'entità degli obiettivi attesi.

Criteria per l'individuazione delle UOSD:

Le Unità operative semplici dipartimentali sono caratterizzate da:

- a) congrua dotazione di risorse professionali, operative e organizzative adeguate qualitativamente e quantitativamente alla natura e all'entità degli obiettivi attesi;
- b) funzione strategicamente rilevante per il buon funzionamento del Dipartimento e delle UOC in esso comprese, senza sovrapposizione con le attività delle stesse;
- c) competenza specialistico-funzionale necessaria per la gestione della struttura;
- d) rilevanza delle metodologie e delle strumentazioni utilizzate nella struttura.

Per le UOSD territoriali, si terrà conto, anche, della capacità di erogare autonomamente servizi sul territorio.

Criteria per l'individuazione delle UOS:

Le Unità operative semplici sono caratterizzate da:

- a) esistenza di una unità operativa complessa;
- b) utilizzazione di risorse professionali, operative e organizzative adeguate qualitativamente e quantitativamente alla natura e all'entità degli obiettivi attesi;

e, per il tramite di questa, del Dipartimento in cui essa è compresa.

Ogni Unità Operativa deve erogare prestazioni sia in regime di ricovero che ambulatoriali (per quelle territoriali, si terrà conto delle prestazioni di prevenzione, ambulatoriali di natura diagnostica clinica e strumentale, specialistiche specifiche, medico-legali e di natura terapeutica o riabilitativa) in misura tale da:

- contenere i tempi di esecuzione e di risposta entro tempi utili per l'ottimale sviluppo delle politiche cliniche e assistenziali e per la conclusione tempestiva delle degenze ordinarie o a ciclo diurno;
- contribuire al contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali entro i limiti stabiliti in sede aziendale sulla base degli indirizzi regionali;
- garantire la quantità e qualità delle performance in funzione del conseguimento di idonei livelli di valorizzazione del prodotto;
- garantire l'appropriatezza delle modalità di conduzione delle pratiche cliniche diagnostiche e di assistenziali e, per le territoriali, all'appropriatezza prescrittiva e al contenimento della spesa sia dei farmaci che dei dispositivi medici;
- garantire una efficiente gestione delle risorse in dotazione.

Al fine di assicurare la rilevanza delle funzioni ad alto contenuto tecnico-professionale, l'Azienda individua Gruppi Operativi Interdisciplinari e attività specialistiche per le quali conferire incarichi di natura professionale, di alta specializzazione, di consulenza, di studio e di ricerca, ai sensi del vigente CCNL.

Gli incarichi ad alta specializzazione possono riguardare anche ambiti di prestazioni non sanitarie, tesi a produrre servizi particolarmente complessi oppure a fornire attività di consulenza per materie ad elevato contenuto tecnico professionale nonché per la realizzazione di programmi di ricerca, aggiornamento, tirocinio e formazione, in rapporto alle esigenze didattiche dell'Azienda. In questa fattispecie ciò che prevale è la specifica competenza professionale, diversamente dai precedenti casi delle Strutture complesse e semplici, ove prevalevano le competenze gestionali di risorse umane, tecniche e finanziarie. L'individuazione di tali incarichi non prefigura necessariamente rapporti di sovra o sotto ordinazione con le Unità Operative Semplici, bensì la diretta dipendenza dalla Unità Operativa Complessa o dal direttore del Dipartimento qualora l'incarico professionale abbia valenza dipartimentale.

Art. 43 - Autonomia gestionale delle strutture organizzative

Al fine di assicurare la gestione efficace ed efficiente delle funzioni attribuite e per favorire il raggiungimento degli obiettivi generali aziendali, a ciascun Dipartimento, Unità Operativa Complessa e Unità Operativa Semplice di Dipartimento è assegnato un ruolo specifico ed obiettivi, qualitativi e quantitativi, coerenti con le risorse attribuite. Ciascuna delle strutture precedentemente evidenziate, inoltre, si caratterizza per:

- avere un unico responsabile dal quale dipendono tutti gli operatori ad essa assegnati che risponde dei risultati conseguiti;
- essere un centro di responsabilità dotato di un proprio budget, la cui formazione è determinata dalle procedure definite nello specifico regolamento.

Al Direttore di UOC e di UOSD compete la responsabilità di gestione delle risorse assegnate per l'assolvimento delle funzioni attribuite e per il perseguimento degli obiettivi di attività, di natura

umane e materiali.

Con riferimento alle Unità Operative Semplici inquadrare all'interno di una Unità Operativa Complessa, la responsabilità di gestione delle risorse umane, tecniche e finanziarie ha valenza interna alla struttura organizzativa complessa. In questo caso gli obiettivi, le risorse e la conseguente negoziazione interna alla struttura complessa di riferimento sono definiti nel rapporto tra il Direttore della Struttura Complessa di riferimento ed il Dirigente della Struttura Semplice e comporta un budget di UOS inteso come articolazione del budget di UOC.

Il dirigente di Unità Operativa Semplice assicura la gestione dei processi produttivi e della qualità, applicando le norme di buona pratica professionale nel rispetto delle linee guida, protocolli e percorsi della specialità/disciplina di riferimento oltre che attraverso un'efficace relazione con il paziente e/o con i propri clienti interni. Egli, inoltre, assume la responsabilità di un efficace ed efficiente impiego delle risorse professionali, tecnologiche e materiali assegnati alla struttura dal Direttore del Dipartimento o dal Direttore di UOC di riferimento.

I dirigenti preposti alla gestione delle Unità Operative Complesse appartenenti alle funzioni di collaborazione della direzione strategica o alle funzioni amministrative, in quanto titolari di funzioni specifiche, possono essere proponenti di delibere alla Direzione Generale. Agli stessi dirigenti, nei limiti delle attribuzioni di competenza della struttura a cui appartengono ed in base alla responsabilità di procedimento determinata dall'incarico ricoperto, spetta l'adozione di atti e provvedimenti nella forma di determina. In questi ambiti sono ricompresi tutti gli atti che impegnano l'amministrazione verso l'esterno non rientranti nelle competenze del Direttore Generale, che abbiano come contenuto l'attuazione di direttive, programmi e progetti loro affidati dal Direttore Generale o che siano indispensabili per la gestione finanziaria, tecnica e amministrativa della struttura dagli stessi diretta. Spetta altresì l'adozione degli atti sopra individuati nelle materie eventualmente delegate dal Direttore Generale.

Art. 44 - Il Distretto

Il Distretto rappresenta un tassello importante soprattutto nell'ottica del completamento del processo di aziendalizzazione, attraverso la diffusione dei principi:

- autonomia organizzativa;
- responsabilità gestionali;
- attenzione alle reali necessità, aspettative e preferenze dei cittadini.

Il Distretto è contiguo alla domanda e va considerato quale momento chiave dell'organizzazione sanitaria per il governo della salute e per il controllo dell'efficacia delle prestazioni e della spesa. Per ottenere un reale decentramento delle attività sanitarie sul territorio, si impone un forte ripensamento delle logiche programmatiche, al fine di poter definire - in specifica normativa - il ruolo nodale del Distretto sanitario nell'ambito delle politiche sanitarie. In più parti del D.Lgs. 502/92 e s.m.i. viene - infatti - sottolineata l'importanza strategica delle funzioni distrettuali anche in termini di vere e proprie "unità di misurazione di controllo" ove rilevare sia la domanda di salute che la qualità e quantità di servizi offerti. In altri termini, il Distretto "unità di misura e di controllo", che ha come obiettivo primario la soddisfazione dei bisogni di salute della popolazione del proprio territorio, deve avere la corretta conoscenza degli stessi, diversificandoli da una mera domanda di prestazioni, indotta e non reale. In tal modo potranno essere individuate la tipologia e la quantità dei servizi necessari per la loro soddisfazione. La conoscenza dello stato di salute della popolazione residente nel Distretto diviene infatti fondamentale per rimodulare l'offerta dei servizi e qualificare la domanda, oggi ancora impropriamente rivolta in luoghi di

regionale.

Il Distretto, dunque, viene considerato quale macro-livello assistenziale extraospedaliero, con tutte le relative attività. Pertanto affinché ciò accada, occorre che il Distretto socio-sanitario sia dotato di autonomia tecnico gestionale ed economico finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio. E', infatti, in relazione agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento che al distretto vengono attribuite le necessarie risorse ed è in tal senso che va orientata la necessità di distinzione operativa tra competenza tecnico-professionale e competenza gestionale del distretto. Il riconoscimento al Distretto di una specifica responsabilità all'interno della Azienda, per la integrazione delle attività di assistenza territoriale tra loro e con l'assistenza sociale, costituisce - pertanto - uno degli obiettivi di fondo per una programmazione sanitaria attualizzata al contesto normativo vigente. A tal fine nel Distretto è individuato un Ufficio Socio Sanitario che, in staff alla direzione distrettuale e funzionalmente collegato al Coordinamento Socio Sanitario aziendale, in stretto rapporto con i servizi distrettuali, supporta la direzione distrettuale nella programmazione e realizzazione dell'integrazione tra le attività di assistenza territoriale e con l'assistenza sociale e sovrintende ai processi delle attività di accoglienza e prima valutazione (PUA), nonché a quelli della valutazione funzionale Multidimensionale e della definizione di Progetti Assistenziali Individuali, restando, la gestione di questi ultimi, di competenza dei servizi distrettuali.

Il Distretto è, anche, il luogo ottimale di esercizio delle attività di promozione della salute e di prevenzione delle malattie e delle disabilità. Esso rappresenta altresì la sede più idonea per il confronto con le autonomie locali e per la gestione dei rapporti con la popolazione e, quale garante della salute del territorio, assicura l'espletamento delle attività e dei servizi nonché delle attività organizzative e di coordinamento del percorso sanitario. Al distretto competono, in primo luogo, l'analisi del bisogno di salute e la promozione di corretti stili di vita della popolazione, e l'erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione e di integrazione socio-sanitaria, secondo quanto previsto dai livelli uniformi di assistenza. Il distretto si identifica con l'area territoriale dove sono presenti tutti i punti di erogazione delle prestazioni socio sanitarie sia pubbliche che private accreditate. Esso deve sviluppare soluzioni che vadano verso l'integrazione delle risposte assistenziali erogate in ambito sanitario con le risposte assistenziali erogate in ambito sociale o da soggetti terzi. Esso è strutturato sul modello della "presa in carico". Con tale termine si intende l'operatività attraverso la quale si instaura un rapporto continuo con la Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta che presidia sia la funzione di accoglienza e prima valutazione (PUA) sia la valutazione funzionale Multidimensionale e la definizione di Progetti Assistenziali Individuali. Il distretto si configura pertanto quale principale punto d'accesso, non solo ai servizi distrettuali ma alla rete generale dei servizi sanitari e socio-sanitari. Tale soluzione si sostanzia, operativamente, nell'organizzazione di punti di accesso territoriali, governati logicamente dalla PUA distrettuale.

Al Distretto è preposto un Direttore. L'incarico, a tempo determinato, viene attribuito dal Direttore generale dell'azienda, secondo la normativa vigente. Il Direttore di Distretto è responsabile del funzionamento di tutti i servizi sul territorio. Egli si configura come il "garante" del complesso delle attività sanitarie e amministrative connesse al percorso terapeutico del paziente. E' responsabile, in particolare, delle attività del distretto, della gestione delle risorse umane, strumentali e finanziarie assegnate per il perseguimento degli specifici obiettivi, nonché della programmazione e valutazione delle attività territoriali sanitarie e socio-sanitarie e risponde al Direttore generale della suddetta gestione e dei risultati raggiunti. Al Direttore del Distretto sono attribuite le risorse definite in rapporto alle funzioni assegnate ed agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento definiti nel Programma delle attività territoriali distrettuali approvato dal Direttore generale. Il budget di distretto rappresenta il contenitore logico di tale assunto organizzativo di cui rappresenta il coerente strumento gestionale. La Direzione del distretto è

Strategica. Il distretto pertanto è una struttura operativa dell'azienda dotata di autonomia economico-finanziaria e gestionale, con l'attribuzione di specifico budget e con contabilità separata all'interno del bilancio dell'azienda.

Il Direttore di Distretto, con il Responsabile del Coordinamento socio-sanitario, supporta inoltre la direzione strategica nei rapporti con i Sindaci del Distretto nonché con gli altri soggetti di cui all'art. 1 della Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali dell'8 novembre 2000, n. 328.

Art. 45- Comitato dei Sindaci di Distretto

L'efficace esercizio della funzione del Distretto quale centro di riferimento sanitario della comunità locale, presuppone una completa e costante valorizzazione del ruolo delle autonomie locali. In tale ottica, il Comitato dei Sindaci di Distretto previsto dall'art. 3-quater, comma 4 del decreto legislativo 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni, esplica funzioni consultive e propositive sulla programmazione distrettuale delle attività. In particolare, il citato art. 3-quater del decreto D.Lgs. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni stabilisce che compete al Comitato dei Sindaci di Distretto, quale organismo rappresentativo di tutte le amministrazioni comunali presenti nell'ambito territoriale del Distretto, l'espressione del parere sulla proposta, formulata dal Direttore del distretto, relativa al Programma delle attività territoriali-distrettuali.

Al Comitato dei Sindaci di Distretto viene inoltre trasmessa, a fini conoscitivi, la relazione annuale sulle attività distrettuali predisposta ai fini dell'elaborazione della relazione annuale dell'A.S.L.. Ai fini dell'espressione dei pareri previsti dalla legge, il Comitato dei Sindaci è da intendersi come rappresentativo degli indirizzi relativi alle politiche sociali propri di ciascun Comune e dell'Ente gestore delle funzioni socio-assistenziali esistenti nell'ambito territoriale del Distretto, dei quali ciascun Sindaco fa parte in qualità di membro dell'organo di indirizzo politico (Assemblea consortile, Assemblea dei Comuni associati e Assemblea Comunità Montana).

Il Comitato è presieduto da un Presidente eletto nel suo seno a maggioranza assoluta dei componenti a scrutinio segreto. Fino alla nomina del Presidente, le sedute del Comitato sono presiedute dal Sindaco del Comune sede di Distretto. Alle sedute del Comitato partecipano, senza diritto di voto, il Direttore Generale o suo delegato e il Direttore del Distretto. Il Comitato dei Sindaci, entro 30 gg. dall'insediamento, approva il Regolamento relativo alla propria organizzazione e funzionamento, sentito il parere del Direttore Generale e del Direttore del Distretto.

Art. 46 – I presidi ospedalieri

Con decreto commissariale n.33 del 17 maggio 2016, la Regione ha definito il riassetto della rete ospedaliera.

Il presidio ospedaliero è una struttura operativa dell'azienda Sanitaria ed è organizzato, secondo modello dipartimentale, in strutture complesse e semplici e strutture semplici dipartimentali. Le funzioni specialistiche esercitate da ciascun ospedale sono quelle previste dalla programmazione regionale e dalla pianificazione attuativa aziendale approvata dagli organismi regionali competenti.

Il presidio ospedaliero rappresenta un livello di responsabilità condivisa dei livelli qualitativi e di appropriatezza delle prestazioni erogate, ovvero del miglioramento continuo della qualità e del

budget e con contabilità analitica separata all'interno del bilancio dell'azienda.

Ai presidi ospedalieri è preposto, previa procedura di selezione pubblica, un direttore medico quale responsabile delle funzioni igienico-organizzative. Il direttore medico di presidio ospedaliero assicura, inoltre, la funzione d'integrazione e coordinamento interni e di raccordo e di continuità operativa con la direzione strategica.

Art. 47 - L'organizzazione dipartimentale. Il Direttore del Dipartimento. Il Comitato di Dipartimento

Il Dipartimento è una struttura di coordinamento e di direzione per lo svolgimento di funzioni complesse con compiti di orientamento, consulenza e supervisione per la funzione cui è preposto.

Il Dipartimento, a seconda della sua tipologia, è costituito da unità operative, semplici, dipartimentali e complesse, che, per omogeneità, affinità e complementarietà hanno comuni finalità. Le strutture afferenti al dipartimento mantengono la propria autonomia e responsabilità nell'ambito di un modello gestionale ed organizzativo comune, volto a fornire una risposta unitaria, efficiente e completa alle richieste di prestazioni degli utenti interni ed esterni. A tal fine il Dipartimento adotta codici di comportamento uniformi per quanto riguarda in particolare gli aspetti clinico assistenziali, didattici, di ricerca, etici, medico-legali, giuridici ed economico-finanziari.

L'individuazione dei Dipartimenti è funzionale all'Azienda e tiene conto della complessità della stessa, del numero di strutture complesse presenti e degli obiettivi che queste ultime debbono conseguire. In rapporto alla caratterizzazione organizzativo-funzionale si distinguono:

- a) **Dipartimenti strutturali:** aggregazioni organizzative e funzionali di strutture che assumono la valenza di soggetto negoziale nei rapporti con l'Azienda e con gli altri dipartimenti e/o macrostrutture organizzative secondo il regolamento Aziendale;
- b) **Dipartimenti Funzionali:** aggregazione di strutture con il compito dell'integrazione funzionale delle attività delle singole strutture componenti finalizzata al raggiungimento di specifici obiettivi. Una medesima struttura, complessa o semplice a valenza dipartimentale, può far parte di più Dipartimenti funzionali, oltre che del proprio Dipartimento strutturale. Ai Dipartimenti funzionali si applicano, per quanto compatibili, i criteri e le modalità organizzative rappresentati per i Dipartimenti strutturali.

Entrambe le tipologie di dipartimenti possono a loro volta articolarsi in:

- a) **Dipartimento transmurale:** che stabiliscono l'interazione tra i presidi ospedalieri e/o quelli territoriali;
- b) **Dipartimento Integrato:** che stabilisce interazioni tra aziende sanitarie in specifiche aree di intervento e in particolare nell'ambito dell'emergenza sanitaria.

Tra i principali compiti dei Dipartimenti si individuano i seguenti:

- organizzare e pianificare la produzione (pianificazione operativa);
- garantire, rispetto agli obiettivi acquisiti, la produzione e i risultati ottenuti attraverso il controllo di qualità tecnica il controllo di efficienza;
- la misurazione delle performance di processo e l'analisi delle attività, di concerto con i responsabili delle altre macro strutture ;
- la valutazione di efficacia;

- partecipare alla programmazione strategica aziendale, attraverso la condivisione degli indirizzi strategici, dell'analisi della domanda, dell'individuazione degli indicatori critici di performance.

I Dipartimenti, inoltre, adottano linee guida e percorsi assistenziali improntati alla massima appropriatezza, umanizzazione e personalizzazione dell'azione clinica ed assistenziale, e sono funzionali all'adozione di modelli operativi tendenti al continuo miglioramento delle performance aziendali.

Più in particolare ad essi spetta il compito di:

- tendere al miglioramento degli indicatori di performance riferiti all'efficienza, l'efficacia e l'economicità;
- garantire la costante realizzazione di interventi appropriati dal punto di vista clinico;
- ricercare la personalizzazione e l'umanizzazione degli interventi;
- definire percorsi assistenziali o profili di cure basati sul coordinamento delle prestazioni che si rendono necessarie per elaborare, condividere ed adottare linee guida e protocolli;
- promuovere il miglioramento continuo della qualità;
- elaborare sistemi di indicatori utili alla valutazione e verifica dell'efficacia e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate a del livello di efficienza delle diverse UU.00., delle diverse equipe professionali in esse rappresentate e dei singoli professionisti.

Pertanto la scelta di armonizzare le competenze tecnico/professionali al fine di evitare da un lato la frammentazione delle risposte, dall'altro la variabilità delle opzioni erogative, sostanza la focalizzazione e il valore aggiunto del dipartimento.

I dipartimenti sono caratterizzati dalla necessità di realizzare una conduzione degli interventi fortemente unitaria e pertanto sono strutturati in modo da esercitare una forte giurisdizione sulla gestione delle risorse sulla definizione degli obiettivi e sulla realizzazione delle funzioni. Il dipartimento assume la valenza di soggetto negoziale per l'attribuzione del budget. I Dipartimenti funzionali invece collaborano alla definizione del budget distrettuale e concorrono alla realizzazione degli obiettivi distrettuali.

Allo scopo di realizzare i principi precedentemente dichiarati, l'Azienda Sanitaria Salerno adotta il Dipartimento quale modello organizzativo ordinario così come previsto dal D.Lgs. 502/92 e ss.mm.ii.. Tutte le articolazioni organizzative di rilevanza aziendale, pertanto, sono ricondotte nell'ambito di un Dipartimento.

I dipartimenti e le unità operative operano sulla base dei seguenti principi gestionali:

- a. nel rispetto dei criteri generali, l'unità operativa complessa e/o l'unità operativa semplice dipartimentale è individuata dal Direttore Generale, sulla base delle caratteristiche e della complessità delle attività svolte o dei programmi da realizzare nell'ambito dell'integrazione dipartimentale;
- b. gli incarichi di Direttore di unità operativa complessa e di Responsabile di unità operativa semplice dipartimentale sono conferiti sulla base della normativa vigente e/o prevista dal contratto di lavoro. Un regolamento specifico da adottare con separato apposito provvedimento, disciplinerà le modalità di conferimento;
- c. per ciascuna unità operativa complessa ed unità operativa semplice dipartimentale è individuato un unico soggetto responsabile, in possesso dei requisiti specifici previsti dalle norme, dal quale dipendono tutti gli operatori assegnati all'unità operativa;

assegnati compiti, obiettivi e strumenti coerenti fra loro e rispondenti a logiche di organicità, in relazione ai risultati da conseguire e discussi nel budget di competenza;

- e. ciascuna unità operativa complessa e ciascuna unità operativa semplice dipartimentale è individuata come centro di costo e, pertanto, partecipa all'assegnazione del budget in relazione agli specifici obiettivi da conseguire in termini qualitativi, quantitativi, di appropriatezza e di economicità;
- f. il direttore dell'unità operativa complessa e/o il dirigente responsabile dell'unità operativa semplice dipartimentale è responsabile del raggiungimento degli obiettivi e del rispetto del budget assegnato anche ai fini della sua valutazione;
- g. per ciascuna unità operativa complessa e/o unità operativa semplice dipartimentale è assicurata l'autonomia, pur essendo esse chiamate ad agire necessariamente in maniera integrata nel dipartimento;
- h. in caso di inosservanza delle direttive generali o di risultato negativo, ai Direttori delle unità operative complesse e/o ai Responsabili delle unità operative semplici dipartimentali si applicano le disposizioni di cui alla normativa vigente ed al regolamento emanato con apposito provvedimento.

La Direzione del Dipartimento è affidata, con specifico contratto triennale, rinnovabile, consecutivamente una sola volta, con atto deliberativo del Direttore Generale, ad uno dei direttori delle Unità Operative complesse afferenti al Dipartimento stesso, nell'ambito di una rosa di candidati proposta dal Comitato di dipartimento. In sede di prima applicazione, al fine di dar corso, secondo apposito Regolamento, alle procedure di costituzione e definizione degli organismi dipartimentali e ai relativi adempimenti, il Direttore Generale individua, tra i direttori di Unità Operative Complesse di ciascun Dipartimento istituito con il presente Atto aziendale, un Direttore di Dipartimento provvisorio, il quale resterà in carica per il tempo necessario alla definizione delle attività di cui innanzi e comunque non oltre diciotto mesi. Si dà atto che, per particolari peculiarità di un Dipartimento o per esigenze straordinarie legate a specifici obiettivi, è facoltà del Direttore Generale esonerare il Direttore del Dipartimento individuato, per l'intero mandato o per periodi minori, dalla Direzione dell'U.O.C. di titolarità.

L'Azienda assegna al Direttore del Dipartimento un supporto tecnico amministrativo con l'attribuzione di risorse umane e strumentali che consentano la piena realizzazione dei compiti affidati.

L'Azienda istituisce, ai sensi dell'articolo 17 bis del decreto legislativo n. 502/1992 e s.m.i., il Comitato di dipartimento. La composizione, le modalità di funzionamento e i compiti del Comitato di dipartimento sono stabiliti dall'azienda con apposito regolamento.

L'articolazione dipartimentale dell'Azienda è riportata nell'allegato al presente Atto Aziendale.

Art. 48 - Aree interdipartimentali organizzativo-funzionali

Le aree funzionali interdipartimentali rappresentano un possibile modello di gestione per funzioni sanitarie emergenti o per percorsi diagnostico-terapeutici integrati. Esse si configurano come punti di coordinamento di attività omogenee per finalità di tipologia di intervento e garantiscono, in tal modo, una più completa presa in carico del paziente per l'intero percorso assistenziale. Al loro interno vengono definiti percorsi, linee guida e protocolli, a carattere diagnostico terapeutico e/o organizzativo, finalizzati al pieno dispiegamento del Governo Clinico. Il Responsabile del coordinamento va individuato nel Direttore sanitario del presidio ospedaliero con il maggior volume di attività rispetto alla specifica tipologia di intervento ovvero in altro Dirigente di

interdipartimentali previo parere del Collegio di Direzione.

Art. 49 - Servizi delle professioni sanitarie, tecnico-sanitarie e professionali

Al fine di dare compimento a quanto previsto dalle indicazioni della legge del 10 agosto 2000 n. 251, così come integrata dall'art. 2 sexies della legge del 26 maggio 2004 n. 138 e dall'art. 1 octies della legge 3 febbraio 2006 n. 27, nonché dalla Legge Regionale del 10 aprile 2001 n. 4, e per valorizzare tutte le professioni sanitarie, le Aziende devono provvedere alla costituzione dei Servizi delle professioni infermieristiche e ostetriche, delle professioni della riabilitazione, delle professioni tecnico sanitarie e delle professioni di tecnico della prevenzione. Tali servizi devono espletare le funzioni individuate dai regolamenti regionali e dalle altre norme in materia e devono utilizzare metodologie di pianificazione perobiettivi al fine di assicurare una adeguata risposta ai bisogni di salute dei singoli e della collettività mediante l'ottimizzazione, il coordinamento ed il controllo della qualità delle prestazioni delle professioni.

Le aziende sanitarie "integrano i predetti servizi nei dipartimenti previsti dagli attiaziendali, avuto riguardo all'omogeneità di competenza e di intervento, e delle aree disciplinari di riferimento e/o ne determinano il collegamento funzionale con tali dipartimenti".

L'Azienda, pertanto, istituisce i seguenti Servizi:

- a) Servizio infermieristico e ostetrico con a capo un Dirigente Responsabile;
- b) Servizio Tecnico-Sanitario con a capo un Dirigente Responsabile;
- c) Servizio Tecnico Riabilitativo con a capo un Dirigente Responsabile;
- d) Servizio Tecnico della Prevenzione con a capo un Dirigente Responsabile;
- e) Servizio Sociale Professionale con a capo un Dirigente Responsabile.

I compiti dei dirigenti dei servizi di cui sopra, prevedono il concorso, per gli aspetti di competenza, all'individuazione e realizzazione degli obiettivi individuati dalla Direzione Generale e Strategica per la programmazione, organizzazione, gestione, verifica e controllo dell'erogazione delle prestazioni proprie della specifica area professionale legate alla promozione della salute, prevenzione, cura e riabilitazione, per questi si richiama integralmente quanto specificatamente contenuto nel regolamento di attuazione della Legge Regione Campania in premessa richiamata cioè il D.G.R.C. n. 336/2003. I servizi centrali delle professioni sanitarie sono a loro volta collegati in LINE con i Servizi Infermieristici e delle altre Professioni Sanitarie e Sociali a livello Ospedaliero, Distrettuale, Dipartimentale e di Unità Operativa o Servizio – Servizi cui è preposto personale anche con incarichi di posizione organizzativa, di coordinamento complesso e semplice.

Gli incarichi dei dirigenti dei servizi delle professioni sanitarie sono conferiti attraverso le procedure concorsuali di cui al DPCM del 25/01/2008 pubblicato nella G.U. – Serie Generale n. 48 del 26/02/2008.

L'azienda individua le condizioni organizzative per lo sviluppo di tale funzioni, collocandole in staff alla direzione strategica ed in stretto rapporto con le altre strutture organizzative aziendali. Il servizio sarà integrato con la costituzione dei Servizi Sociali Professionali secondo le indicazioni normative.

Titolo X - Affidamento degli incarichi

Art. 50 - Conferimento degli incarichi dirigenziali

Il sistema rivolto all'individuazione, conferimento e revoca degli incarichi dirigenziali, conformemente agli artt. 15 e 15-ter del D. Lgs. 502/92 e sue modifiche e integrazioni, troverà completa ed esaustiva rappresentazione in sede di concertazione con i rappresentanti aziendali delle OO.SS. firmatarie dei CCCCNNLL per le aree della Dirigenza. L'attribuzione degli incarichi avverrà, compatibilmente con le risorse finanziarie disponibili, nei limiti di recupero e riduzione individuati nel Piano di Rientro e tenendo conto degli standard regionali in materia di determinazione delle strutture complesse, delle strutture semplici dipartimentali e delle strutture semplici, disciplinando i criteri e procedure ai sensi del D.L. 13.9.2012, n. 158, convertito con modificazioni dalla legge 8.11.2012, n. 189. Non potranno essere previsti incarichi dirigenziali, incarichi di posizioni organizzative e di coordinamento finanziati con risorse a carico del bilancio aziendale e non a carico dei fondi contrattuali. Sulla base di quanto indicato dai CCCCNNLL, a ciascun dirigente dell'Azienda verrà comunque garantito l'attribuzione di un incarico dirigenziale.

A ciascun incarico dirigenziale sarà correlata una funzione dirigenziale ed a ciascuna funzione, quindi a ciascun incarico dirigenziale, sarà correlato un valore economico determinato negli importi fissati in sede di contrattazione e concertazione aziendale. Con questo sistema, l'Azienda, nel rispetto del quadro normativo intervenuto in materia, intende rendere trasparente lo scenario complessivo delle funzioni dirigenziali svolte, valorizzare l'assunzione condivisa di un diverso grado di responsabilità, stimolare la dirigenza, anche nella prospettiva di una rinnovata visione del concetto di carriera, ad un sempre maggior impegno professionale, che contribuisca alla crescita anche qualitativa dell'intero servizio reso.

Il conferimento dell'incarico è presupposto per generare il processo valutativo. Nel formulare i criteri per l'affidamento degli incarichi dirigenziali, l'Azienda valorizzerà quegli aspetti che consentono di connotare ciascun incarico da conferire. Per gli incarichi di unità operativa saranno valutate, in particolare, le componenti che caratterizzano la capacità gestionale. Per l'affidamento, invece, degli incarichi professionali, saranno valutate le componenti che caratterizzano la competenza specialistica. Gli incarichi dirigenziali sono conferiti con apposito atto formale che definisce, tra l'altro, la tipologia dell'incarico, la durata, il mandato assegnato, gli ambiti di responsabilità ed i limiti alla stessa, gli obiettivi e le risorse assegnati, i risultati attesi, le modalità di valutazione e di revoca dell'incarico, nonché le attribuzioni del dirigente.

I dirigenti sono sottoposti a una verifica annuale correlata alla retribuzione di risultato che tiene conto dei principi del titolo II del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, e successive modificazioni, nonché ad una valutazione al termine dell'incarico, attinente alle attività professionali, ai risultati raggiunti e al livello di partecipazione ai programmi di formazione continua, effettuata dal Collegio tecnico, nominato dal direttore generale e presieduto dal direttore di dipartimento, con le modalità definite dalla contrattazione nazionale. Gli strumenti per la verifica annuale dei dirigenti medici e sanitari con incarico di responsabile di struttura semplice, di direzione di struttura complessa e dei direttori di dipartimento rilevano la quantità e la qualità delle prestazioni sanitarie erogate in relazione agli obiettivi assistenziali assegnati, concordati preventivamente in sede di discussione di *budget*, in base alle risorse professionali, tecnologiche e finanziarie messe a disposizione, registrano gli indici di soddisfazione degli utenti e

appropriato delle risorse. Degli esiti positivi di tali verifiche si tiene conto nella valutazione professionale allo scadere dell'incarico. L'esito positivo della valutazione professionale determina la conferma nell'incarico o il conferimento di altro incarico di pari rilievo, senza nuovi o maggiori oneri per l'azienda, fermo restando quanto previsto dall'articolo 9, comma 32, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122.

Per i dirigenti amministrativi, tecnici e professionali, le indicazioni di cui innanzi saranno applicate per quanto non incompatibile con le intervenute normative in materia di dirigenza pubblica e per effetto del CCNL Quadro per la definizione dei comparti e delle aree di contrattazione collettiva nazionale (2016-2018), approvato in data 13 luglio 2016.

Con appositi Regolamenti, saranno disciplinati il conferimento degli incarichi, la loro valutazione, la eventuale revoca e la graduazione economica della posizione e della funzione.

Art. 51 -La responsabilizzazione gestionale

La responsabilità gestionale è principio cardine della *governante* dell'Asl Salerno e condizione necessaria per il raggiungimento dei livelli di efficacia ed efficienza attesi.

L'Azienda riconosce, quali principali vettori della responsabilizzazione gestionale, la pianificazione operativa e l'individuazione di obiettivi chiari cui associare responsabilità e poteri decisionali, la delega di funzioni e poteri a soggetti che la esercitano in piena e diretta autonomia nonché la verifica sistematica dei risultati raggiunti.

Il decentramento funzionale, attuato mediante tali strumenti, consentirà la transizione da un modello gestionale ancora ancorato a logiche formali e fortemente accentrato ad uno snello ed efficiente basato sulla gestione per obiettivi. L'Asl Salerno, per migliorare l'efficienza e l'efficacia delle attività svolte e per sviluppare un forte orientamento ai risultati, intende realizzare una responsabilizzazione diffusa che comprenda, inoltre, i comportamenti messi in atto dai singoli professionisti e dagli operatori.

L'articolazione delle responsabilità, compresa quella gestionale, e dei poteri dei dirigenti e, per l'area del comparto, dei titolari di posizioni organizzative sarà disciplinata da appositi Regolamenti aziendali in conformità con la disciplina dei CC.CC.NN.LL. di categoria.

Art. 52 - Le deleghe e i poteri

L'assegnazione di compiti, responsabilità e poteri decisionali ai dirigenti attraverso l'istituto della delega rappresenta lo strumento principale del decentramento amministrativo, quale mezzo per coniugare il raggiungimento degli obiettivi di efficacia ed efficienza con il rispetto dei principi di buon andamento ed imparzialità dell'azione amministrativa.

Il Direttore Generale, per le finalità sopra descritte ed ove lo ritenga opportuno, può delegare le proprie funzioni al Direttore Amministrativo, al Direttore Sanitario, ai Direttori di Dipartimento nonché ai Direttori di struttura complessa, con riferimento ad interi ambiti di attività ovvero per l'adozione di singoli atti, anche a valenza esterna.

Agli altri Dirigenti possono essere delegate funzioni e poteri con mera valenza interna.

Non sono comunque delegabili gli atti relativi all'emanazione di regolamenti aziendali e altri atti per i quali la normativa nazionale e regionale dispone l'indelegabilità. Il soggetto delegato ha la piena responsabilità degli atti compiuti in virtù della delega conferita.

La delega è conferita dal Direttore Generale con apposito provvedimento scritto e motivato in cui sono indicati chiaramente i soggetti delegati, le relative competenze, le tipologie di atti ed i relativi importi. Ad esso deve darsi idonea pubblicità anche mediante pubblicazione sul sito web aziendale.

servizi

Acquisti di beni e servizi

L'Azienda effettua, ove previsto, i propri acquisti tramite le Centrali di acquisto, in osservanza delle disposizioni, con particolare riguardo alle disposizioni di cui all'art. 15 del D.L. 6 luglio 2012 n. 95 convertito con modificazione nella Legge 7 agosto 2012 n. 135, e successive integrazioni, nonché delle disposizioni regionali. Disciplina, inoltre, con proprio Regolamento gli acquisti di beni e servizi in economia e predisporre un Regolamento nel rispetto delle previsioni di cui all'art. 256 del decreto legislativo 12 aprile 2006 n. 163 e s.m.i..

Attrezzature: programmazione, acquisti, gestione e manutenzione

L'Azienda, entro i termini stabiliti dalle normative regionali, adotta i seguenti documenti programmatici:

A. Programmazione e gestione delle attrezzature

Le attrezzature che sviluppano i processi di erogazione dei servizi hanno impatto sul livello qualitativo ottenuto e pertanto la loro corretta gestione è fondamentale ai fini dei risultati.

Le regole generali di programmazione e di gestione di seguito riportate si riferiscono in particolare alle attrezzature biomediche, che sono di particolare criticità nel processo di erogazione delle prestazioni, e saranno adottate dall'Azienda in specifici atti regolamentari. Per tali attrezzature, ed in particolare per quelle ad alta tecnologia, inoltre l'Azienda promuove attività di valutazione ed analisi relative alla sicurezza, ai costi, ai benefici, all'efficacia nonché agli aspetti etici connessi all'utilizzo.

B. Programmazione degli acquisti di attrezzature

L'acquisizione delle attrezzature deve essere pianificata in modo documentato.

Il programma di acquisto delle attrezzature, in particolare delle attrezzature biomediche e dei dispositivi medici deve tenere conto in particolare per quanto riguarda le attrezzature biomediche:

- dell'evoluzione della tipologia dei servizi;
- dell'obsolescenza delle attrezzature;
- dell'adeguamento alle norme tecniche;
- della eventuale disponibilità di nuove tecnologie per il miglioramento dell'assistenza sanitaria.

C. Inventario delle attrezzature

L'Azienda adotta un inventario delle attrezzature biomediche in dotazione, di tipo dinamico, aggiornato con informazioni archiviate su supporto informatico per:

- soddisfare gli obblighi di legge;
- disporre di dati riassuntivi;
- permettere la rintracciabilità;

investimenti tecnologici tenendo conto dell'obsolescenza del parco macchine e delle singole attrezzature biomediche.

Le informazioni sono raccolte sia in forma aggregata per l'intero parco macchine sia in forma disaggregata per singola tipologia di attrezzature, centro di costo, classe di età, produttore, periodo di ammortamento e modalità di acquisizione.

Le apparecchiature temporaneamente disattivate sono immagazzinate, protette, verificate e controllate ad intervalli idonei per garantire i requisiti di precisione, accuratezza e validità siano soddisfatti al momento del riutilizzo.

D. Manutenzione delle attrezzature

L'assicurazione della manutenzione è fondamentale in quanto garantisce la efficienza ed efficacia delle apparecchiature biomediche in uso.

Il piano per la manutenzione delle apparecchiature tiene conto:

- delle indicazioni relative alla sicurezza;
- delle indicazioni sulla manutenzione contenute nei manuali di servizio;
- delle indicazioni contenute nelle normative tecniche relative alla sicurezza e al mantenimento in uso secondo gli standard di funzionalità.

Il piano di manutenzione generale è articolato sulla base delle criticità dell'apparecchiatura biomedica per il risultato essenziale, distinguendo tra manutenzione correttiva, preventiva e controlli periodici di sicurezza e funzionalità. Esso viene documentato per ciascuna apparecchiatura biomedica e reso noto ai diversi livelli operativi per consentire lo svolgimento dei compiti attribuiti al singolo operatore. E' importante che la documentazione tecnica relativa alle singole apparecchiature, fornita al momento dell'acquisto, sia a corredo dello strumento e conservata in modo da essere facilmente rintracciabile dal responsabile della manutenzione.

E. Manutenzione preventiva

Il piano di manutenzione prevede, se richiesto dalla tipologia delle attrezzature, le attività relative alla manutenzione preventiva che, per le attrezzature biomediche deve:

- identificare tutte le attrezzature che possono influire sulla qualità del servizio offerto, controllarle e metterle a punto ad intervalli prefissati o prima dell'uso, a fronte di campioni certificati riconosciuti nazionali. In mancanza di tali campioni il criterio di controllo deve essere definito e documentato;
- definire il processo da utilizzare per la manutenzione preventiva, compresi i dettagli relativi al tipo di apparecchiatura biomedica, identificazione univoca, ubicazione, frequenza delle verifiche, metodo di verifica, criteri di accettazione e provvedimenti da adottare qualora i risultati non fossero soddisfacenti;
- definire il processo da utilizzare per i controlli di funzionalità e sicurezza delle apparecchiature biomediche, compresi i dettagli relativi al tipo di apparecchiatura biomedica, identificazione univoca, ubicazione, frequenza delle verifiche, metodo di verifica, criteri di accettazione e provvedimenti da adottare qualora i risultati non fossero soddisfacenti;
- identificare le apparecchiature biomediche mediante contrassegno appropriato o documenti approvati di identificazione per evidenziare lo stato di controllo;
- conservare le registrazioni relative alle manutenzioni preventive e ai controlli delle apparecchiature biomediche;

manutenzione preventiva e controllo;

- assicurare che la manipolazione, la custodia e la conservazione delle apparecchiature biomediche siano adatte a mantenere l'accuratezza e l'idoneità richiesta;
- evitare che le apparecchiature biomediche subiscano interventi che possano pregiudicare il controllo funzionale e di sicurezza.

Art. 54 - Procedure contabili

Le procedure contabili ineriscono le modalità di rilevazione dei fatti aziendali, e rimandano, in considerazione delle normative di settore applicabili, alle modalità di rilevazione economico-patrimoniale di cui alla disciplina codicistica, come integrata dalle decretazioni e normazioni statuali, ministeriali e regionali in campo sanitario e di contabilità pubblica, e di cui ai principi contabili regionali, nazionali ed internazionali..

Viene pertanto prevista l'adozione di idonee modalità procedurali ed operative che assicurino il rispetto pieno e puntuale di ogni aspetto e/o adempimento comunque prescritto e/o previsto nelle normative tutte vigenti, che si intendono quindi comunque qui richiamate, quale specifica disposizione costituente elemento imprescindibile per la valutazione di regolarità e completezza dell'atto aziendale stesso.

Da parte dell'Azienda, viene stabilito, quale principio generale, ed anche a livello di specifico regolamento contabile, e comunque in ossequio alle specifiche esigenze contingenti, quello di assicurare che tutte le procedure contabili garantiscano e realizzino il rispetto delle normative nazionali e regionali e comunque i principi e procedure ed azioni intraprese dalla Regione indirizzate alla corretta applicazione di quanto previsto nei decreti/delibere regionali. In particolare l'adozione da parte del Commissario ad acta del decreto n. 14 del 30 novembre 2009 ha approvato, con obbligo di adozione per le AA.SS. a partire dal 1° gennaio 2010, i documenti – di seguito elencati - necessari per supportare le aziende sanitarie nella definizione di corrette procedure contabili, amministrative e gestionali; nonché anche l'integrazione/aggiornamento del piano dei conti, con Decreto n. 11 del 14/02/2011, così come modificato dal Decreto n. 60/2011, cui si rimanda ad ogni effetto:

- Manuale dei principi contabili;
- Linee - guida per la predisposizione del Regolamento di Amministrazione e Contabilità delle Aziende Sanitarie della Campania;
- Piano dei conti di contabilità generale unico regionale (aggiornato da D. n. 11/2001);
- Linee Guida per la definizione del Piano dei Centri di Costo e dei Centri di Responsabilità corredate dal Piano dei Centri di Costo e dei Centri di Responsabilità, dal Piano dei Fattori Produttivi e dalle Schede di Budget che definiscono i principi per la tenuta della Contabilità Analitica, atti a garantire l'omogeneità dei sistemi di rilevazione delle singole aziende e la confrontabilità dei dati a livello regionale;
- Modello di Nota Integrativa
- Manuale dei principi di consolidamento e delle relative procedure.

I processi relativi a quanto espresso nel presente articolo sono oggetto di specifica normazione interna all'Azienda.

Art. 55 - Disposizioni finali

Sulla base dei contratti collettivi nazionali di lavoro, delle linee guida regionali in materia di regolamentazione dei processi integrativi per la formulazione dei contratti integrativi, delle normative in materia di contabilità, nonché delle disposizioni relative allo status della dirigenza, dei contenuti di cui al decreto legislativo 502/92 e successive modifiche ed integrazioni, del decreto legislativo n. 150/2009, del decreto legislativo n. 165/2001 e delle altre normative, statali e regionali, in vigore, e, per quanto non in contrasto, si provvederà ad approvare, con atti amministrativi, i processi di regolamentazione previsti dal presente Atto Aziendale e dalle normative di riferimento.



ASL Salerno
Azienda Sanitaria Locale Salerno



Atto Aziendale
Allegato

La nuova Azienda Sanitaria Locale Salerno, con sede in Salerno, è stata prevista nell'ambito del provvedimento di riassetto sanitario regionale, approvato con L.R. n. 16 del 28.11.2008 e con DGRC n. 505 del 20.3.2009. Al fine di garantire il rispetto degli obblighi di contenimento della spesa e di razionalizzazione e di riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale previsti nel Piano di rientro di cui alla delibera di Giunta Regionale n. 460 del 20 marzo 2007, la Regione Campania ha adottato misure di razionalizzazione degli Ambiti territoriali delle Aziende Sanitarie Locali, prevedendo quattro aziende sanitarie, coincidenti con le province di Avellino, Benevento, Caserta e Salerno, e tre Aziende Sanitarie per l'area metropolitana e la provincia di Napoli. Il nuovo soggetto giuridico nasce dalla fusione delle disciolte Aziende Sanitarie Locali Salerno 1, Salerno 2, Salerno 3 e comprende l'area dell'intera provincia di Salerno. Con successive deliberazioni, la Giunta Regionale, operando una razionalizzazione anche dei territori distrettuali delle nuove Aziende Sanitarie Locali, ha suddiviso il territorio aziendale in 13 Distretti.

La costituzione della nuova Azienda rientra, quindi, nel Piano di riorganizzazione della rete sanitaria regionale, il quale si è posto l'obiettivo di assicurare complessivamente un'offerta più adeguata ai bisogni dei cittadini, sia attraverso la rimodulazione delle attività territoriali, sia attraverso la riqualificazione delle attività ospedaliere con la rideterminazione dei posti letto, sia mediante la riorganizzazione funzionale ed operativa dei presidi. Nell'adozione dell'Atto Aziendale, che rappresenta l'emblema dell'idea di autonomia ed autogoverno dell'azienda sanitaria da parte del management, risulta, quindi, imprescindibilmente premesso il rispetto e la coerenza del documento con le specificità del relativo ordinamento regionale, così come le relazioni e concatenamenti normativi e funzionali con i soggetti istituzionalmente sovraordinati, dalla Regione al Ministero della Salute, garantendo una organizzazione aziendale funzionale al perseguimento degli obiettivi di programmazione regionale e la concreta applicazione dei principi fondanti della pianificazione sanitaria, nonché la parità di trattamento del personale ed omogeneità di azioni, in relazione agli obiettivi propri del piano di rientro, obiettivi che, in sintesi, possono identificarsi con quattro fondamentali priorità strategiche: **a.** garantire la salute del cittadino, intesa in senso globale nel rispetto del dettato costituzionale, operando attraverso i principi sostanziali della prevenzione, della cura e della riabilitazione; **b.** procedere ad una integrazione dei percorsi assistenziali, operando sulla direttiva territorio-ospedale, distretto-dipartimenti, integrazione socio-sanitaria, coinvolgimento strutture accreditate; **c.** ridefinizione del sistema della rete dell'urgenza-emergenza; **d.** contenimento del flusso di mobilità *passiva*.

L'“Azienda Sanitaria Locale Salerno” ha sede legale in Salerno, via Nizza, n. 146 (P. IVA 04701800650). E' dotata, ai sensi e per gli effetti dell'art. 3, comma 1bis, del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i., di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica, con lo scopo di definire, sviluppare e governare l'attività svolta per il perseguimento delle finalità e degli obiettivi di salute, individuati dalla programmazione regionale e nazionale, sull'intero territorio della provincia di Salerno. Svolge le proprie funzioni in osservanza della legislazione statale e di quella regionale, nonché secondo i principi del proprio Atto Aziendale, i relativi atti programmatici e quelli regolamentari che ne disciplinano l'attività. Si estende per una superficie di 4.954,16 Km², che rappresenta il 36% della superficie regionale, ripartita tra montagna interna, per il 29%, collina interna, per il 44,61%, collina litoranea, per il 14,85% e pianura per l'11,45% del territorio. La popolazione residente al 1.1.2015 è di 1.106.506, che rappresenta il 19% della popolazione regionale. Nella provincia di Salerno insistono 158 comuni: 21 con un elevato grado di urbanizzazione e una popolazione residente pari al 56% del totale; 40 con un livello medio di urbanizzazione e una

popolazione residente pari al 23%; 97 con un basso livello di urbanizzazione e una popolazione residente pari al 21%. L'area ad elevato grado di urbanizzazione o metropolitana della provincia di Salerno è costituita soprattutto dai Comuni compresi nella fascia di territorio che va dall'Agro Nocerino-Sarnese a Nord fino a Pontecagnano e Battipaglia a Sud. L'area con livello medio di urbanizzazione è localizzata a ridosso di quella metropolitana, lungo la costa cilentana e del Vallo di Diano. L'area a basso livello di urbanizzazione è localizzata prevalentemente nelle zone della collina e della montagna interna, area Cratere, Cilento Interno e Vallo di Diano. L'attività assistenziale territoriale è assegnata a 13 Distretti Sanitari, mentre quella ospedaliera prevede una dotazione complessiva di 1.811 posti letto pubblici, suddivisi tra 12 presidi ospedalieri, cui vanno aggiunte, quale offerta sanitaria, le strutture territoriali e ospedaliere accreditate.

LA RETE DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE DELL'AZIENDA

Il sistema sanitario della Regione Campania in tutte le analisi che sono state prodotte, sia con riferimento alla adeguatezza delle strutture, dei posti letto e dell'assetto territoriale, sia con riferimento alla spesa, ha evidenziato la assoluta necessità che una buona programmazione riequilibri il rapporto oggi esistente fra livello essenziale ospedaliero e livello essenziale di assistenza territoriale, spostando sul territorio risorse umane e tecnologiche, atte a garantire percorsi diagnostici e terapeutici che oggi trovano inappropriate risposte negli ospedali. Come indicato nel nuovo assetto della sanità regionale, il fulcro centrale dei processi assistenziali deve essere, quindi, rappresentato dal Distretto Sanitario che assume un ruolo cardine nella conoscenza del reale bisogno di salute della popolazione di riferimento e nel facilitare l'integrazione e il collegamento con gli ulteriori nodi della rete, consentendo all'Ospedale di perdere le attuali caratteristiche "generaliste" e di diventare sempre più specializzato e tecnologicamente dotato per la cura delle acuzie, delle urgenze e delle emergenze. Il Distretto Sanitario è il punto focale per un'assistenza orientata alla promozione attiva della salute e al rafforzamento delle risorse personali, familiari e sociali, lasciando all'Ospedale l'adozione del "paradigma dell'attesa", ovvero quel modello di assistenza ad elevata standardizzazione ed intensività che si attiva in presenza di un nuovo evento.

E' pertanto necessaria la condivisione dell'assunto culturale, consentita soltanto dalla conoscenza del bisogno reale, con individuazione ed eliminazione della domanda indotta, per cui l'appropriatezza è da ricercare non solo nella risposta erogativa, quanto anche, e soprattutto, nel complesso contesto sociologico che sottende alla formazione della domanda stessa: solo dopo che la domanda è stata individuata come espressione di un reale bisogno, va poi ricercata la modalità dell'intervento nonché l'ambito di cura più appropriato nell'ottica di privilegiare comportamenti che vedano la ricerca di efficienza quale discriminante di percorsi egualmente efficaci. L'appropriatezza dell'ambito di cura, attraverso l'elaborazione di linee guida diagnostico-terapeutiche condivise e la ricerca dell'appropriatezza nell'ambito della cura attraverso l'elaborazione di percorsi assistenziali condivisi per macropatologie, impone che la rete di offerta sia configurata quale un insieme fortemente integrato Ospedale-Territorio e, pertanto, la modalità di produzione dell'offerta sia individuata come una piattaforma unica, a valenza sia territoriale che ospedaliera: l'appartenenza all'uno o all'altro livello non deve contenere più elementi di divisione, di funzioni o attività, ma deve rappresentare soltanto una linea continua di gradienti di intensità della risposta socio-assistenziale-sanitaria calibrata sul reale bisogno di salute. Nell'ambito delle attività distrettuali, si concretizzano i rapporti con gli Ambiti sociali individuati, per lo stesso territorio, per le integrazioni delle prestazioni sociali ad alto contenuto sanitario, in una logica di interazione che porta ad individuare e soddisfare i bisogni dei cittadini anche nel campo delle valutazioni socio-sanitarie.

L'Azienda Sanitaria Locale Salerno, come già precisato, è divisa in 13 Distretti Sanitari, cui fanno riferimento 9 Ambiti sociali definiti in ragione della necessaria e prevista integrazione socio-sanitaria, così articolati:

Distretti Sanitari ASL Salerno e Ambiti Sociali

Ambito Sociale	Distretto San.	Sede di distretto	Comuni n.	Pop. 0-14 a.	Pop. 15-64 a.	Pop. > 65 a.	Pop. totale
Ambito S 01_1	Distretto n.60	Nocera	4	13.176	63.047	16845	93.068
Ambito S 01_2	Distretto n.61	Angri	4	15.937	65.180	15.126	96.243
Ambito S 01_3	Distretto n.62	Sarno-Pagani	4	14.420	60.263	14.069	88.752
Ambito S 02	Distretto n.63	Cava-Costa d'Amalfi	14	12.716	61.365	19.609	93.690
Ambito S 03 ex S5	Distretto n.64	Eboli	8	14.045	69.415	19.881	103.341
Ambito S 03 ex S8			18				
Ambito S 04	Distretto n.65	Battipaglia	3	10.102	48.361	12.769	71.232
	Distretto n.68	Giffoni Valle Piana	9	12.068	54.722	13.458	80.248
Ambito S 05	Distretto n.66	Salerno	2	17.998	94.096	34.142	146.226
Ambito S 06	Distretto n.67	Mercato San Severino	6	10.565	47.753	11.889	70.207
Ambito S 07	Distretto n.69	Capaccio-Rocccaspide	21	6.655	36.297	12.680	55.632
Ambito S 08	Distretto n.70	Vallo della Lucania- Agropoli	37	11.916	62.809	21.652	96.377
Ambito S 09	Distretto n.71	Sapri	17	5.364	28.624	10.465	44.453
Ambito S 10	Distretto n.72	Sala Consilina	19	8.470	43.696	14.871	67.037
TOTALI			<i>158</i>	<i>153.422</i>	<i>735.628</i>	<i>217.456</i>	<i>1.106.506</i>

Fonte: dati ISTAT 2016

ASL Salerno

Azienda Sanitaria Locale Salerno



ASL Salerno

LOGO:

SEDE LEGALE

via Nizza, 146 - 84124 SALERNO

POPOLAZIONE: 1.106.506 abitanti

ESTENSIONE TERRITORIALE: 4.917,17 Km²

DENSITA' ABITATIVA: 223,35 Ab/Km²

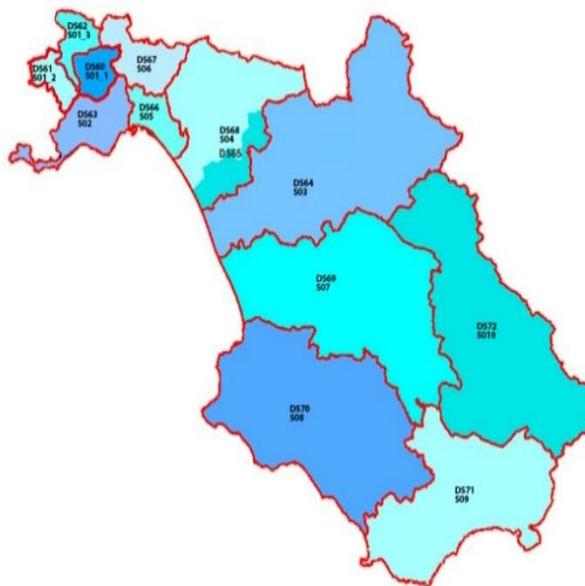
AMBITI SOCIALI DI RIFERIMENTO: S01_1 – S10

TERRITORIO

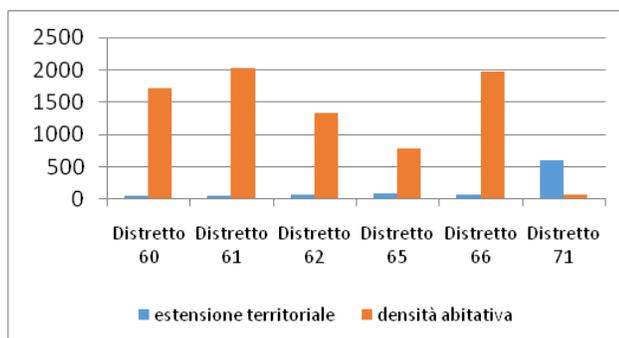


L'ASL Salerno si affaccia a sud-ovest sull'omonimo golfo estendendosi dalla costiera amalfitana a quella cilentana e confina a est con la Basilicata e, sui restanti versanti, con l'Asl Avellino e Napoli 3 Sud. L'Asl Salerno è la prima per estensione territoriale, per numero di abitanti e numero di comuni (158) e la quinta per densità abitativa. Il territorio provinciale è estremamente variegato dal punto di vista morfologico. Tale disomogeneità, spesso accompagnata, nelle zone interne montuose, da difficoltà di collegamento, incide sulle caratteristiche demografiche della popolazione: più popolosa e giovane in alcuni ambiti come quello dell'agro nocerino sarnese e del capoluogo di provincia e zone

AMBITI SOCIALI E DISTRETTI SOCIO-SANITARI



contermini, più rarefatta e con alta incidenza di popolazione anziana nelle zone interne e dell'entroterra cilentana. Le zone costiere, interessate da un'alta affluenza turistica, raggiungono, in modo particolare nella stagione estiva, alte densità abitative.



LA RETE DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA DELL'AZIENDA

Per l'assistenza ospedaliera, la Regione Campania, nell'ambito delle riorganizzazioni, ha individuato, per il territorio dell'Azienda Sanitaria Locale Salerno, sulla base di elementi epidemiologici e di valutazione dei bisogni, l'attribuzione della seguente offerta di posti letto:

PRESIDIO OSPEDALIERO UMBERTO I DI NOCERA INFERIORE

Unità Operativa	Codice	p.l.
Cardiologia	08	18
Unità Coronarica (UOS)	50	8
Chirurgia Generale	09	32
Chirurgia vascolare	14	10
Medicina Generale	26	30
Gastroenterologia	58	10
Malattie infettive e tropicali	24	16
Medicina e Chirur. acc. e urg.	51	8
Nefrologia	29	10
Pediatria	39	15
Neonatologia	62	12
Neurologia	32	20
Neurochirurgia	30	20
Oculistica	34	12
Ortopedia e traumatologia	36	24
Otorinolaringoiatria	38	16
Ostetricia e ginecologia	37	30
Terapia intensiva	49	16
Terapia intensiva neonatale	73	6
Urologia	43	20
Psichiatria	40	18
Dir. Sanitaria di Presidio	112	
Emodialisi	54	
Emodinamica (UOS)	8	
Farmacia Ospedaliera	105	
Laboratorio Analisi	106	
Neuroradiologia	104	
Radiologia	69	

Servizio trasfusionale	109	
Recupero e riabilitazione	56	15
TOTALE		366

**PRESIDIO OSPEDALIERO TORTORA DI
PAGANI**

Unità Operativa	Codice	p.l.
Dermatologia	52	15
Ematologia	18	18
Oncoematologia pediatrica	65	8
Oncologia	64	20
Chirurgia generale	09	15
Terapia intensiva	49	6
Anat. Istologia Patologica	03	
Farmacia ospedaliera	105	
Laboratorio analisi	106	
Radiologia	69	
TOTALE		82

**PRESIDIO OSPEDALIERO MAURO SCARLATO
DI SCAFATI**

Unità Operativa	Codice	p.l.
Chirurgia Generale	09	16
Medicina Generale	26	24
Pneumologia	68	24
Reumatologia	71	10
Ortopedia e traumatologia	36	24
Terapia intensiva	49	4
Dir. Sanitaria di Presidio	112	
Farmacia Ospedaliera	105	
Laboratorio Analisi	106	
Radiologia	69	
Lungodegenti	60	16
TOTALE		118

**PRESIDIO OSPEDALIERO MARTIRI DI VILLA
MALTA DI SARNO**

Unità Operativa	Codice	p.l.
Cardiologia	08	12
Unità coronarica (UOS)	50	6
Chirurgia generale	09	30
Medicina Generale	26	32
Ortopedia e traumatologia	36	24

Ostetricia e ginecologia	37	20
Otorinolaringoiatria	38	15
Pediatria	39	16
Terapia intensiva	49	6
Dir. Sanitaria di presidio	112	
Farmacia ospedaliera	105	
Laboratorio analisi	106	
Radiologia	69	
TOTALE		161

**PRESIDIO OSPEDALIERO SANTA MARIA
DELLA SPERANZA DI BATTIPAGLIA**

Unità Operativa	Codice	p.l.
Medicina Generale	26	24
Chirurgia generale	09	24
Ostetricia e ginecologia	37	32
Pediatria	39	16
Neonatologia	62	8
Ortopedia e traumatologia	36	24
Terapia intensiva	49	6
Terapia intensiva neonatale	73	4
Dir. Sanitaria di presidio	112	
Farmacia ospedaliera	105	
Laboratorio analisi	106	
Radiologia	69	
Servizio Trasfusionale		
Medicina Nucleare		
TOTALE		138

**PRESIDIO OSPEDALIERO MARIA
ADDOLORATA DI EBOLI**

Unità Operativa	Codice	p.l.
Cardiologia	08	14
Unità Coronarica (UOS)	50	6
Chirurgia Generale	09	16
Medicina Generale	26	20
Geriatrics	21	6
Mal. endocrine e ricambio	19	6
Malattie infettive e tropicali	24	10
Nefrologia	29	10
Neurologia	32	10
Oculistica	34	10
Ortopedia e traumatologia	36	20
Otorinolaringoiatria	38	16
Terapia intensiva	49	6

Urologia	43	16
Anat. e Istologia Patologica	03	
Dir. Sanitaria di Presidio	112	
Emodialisi	54	
Farmacia Ospedaliera	105	
Laboratorio Analisi	106	
Radiologia	69	
Servizio trasfusionale	109	
TOTALE		166

**PRESIDIO OSPEDALIERO DI S. FRANCESCO
D'ASSISI DI OLIVETO CITRA**

Unità Operativa	Codice	p.l.
Medicina Generale	26	20
Chirurgia Generale	09	16
Ortopedia e Traumatologia	36	20
Psichiatria	40	8
Terapia intensiva	49	4
Dir. Sanitaria di presidio	112	
Farmacia ospedaliera	105	
Laboratorio analisi	106	
Radiologia	69	
Recupero e riabilitazione	56	24
TOTALE		92

**PRESIDIO OSPEDALIERO SAN LUCA DI VALLO
DELLA LUCANIA**

Unità Operativa	Codice	p.l.
Cardiologia	08	14
Unità Coronarica (UOS)	50	8
Chirurgia Generale	09	28
Chirurgia vascolare	14	10
Medicina Generale	26	32
Gastroenterologia	58	16
Malattie infettive e tropicali	24	15
Medicina e Chirur. acc. e urg.	51	8
Oncologia	64	10
Pediatria	39	16
Neonatologia	62	6
Neurologia	32	15
Neurochirurgia	30	16
Oculistica	34	10
Ortopedia e traumatologia	36	32
Otorinolaringoiatria	38	10
Ostetricia e ginecologia	37	16
Terapia intensiva	49	8

Urologia	43	14
Psichiatria	40	18
Anat. e Istologia Patologica	03	
Dir. Sanitaria di Presidio	112	
Emodinamica (UOS)	8	
Farmacia Ospedaliera	105	
Laboratorio Analisi	106	
Neuroradiologia	104	
Radiologia	69	
Servizio trasfusionale	109	
Recupero e riabilitazione	56	20
TOTALE		322

PRESIDIO OSPEDALIERO DI AGROPOLI

Unità Operativa	Codice	p.l.
Medicina Generale	26	20
Dir. Sanitaria di presidio	112	
Farmacia ospedaliera	105	
Laboratorio analisi	106	
Radiologia	69	
TOTALE		20

**PRESIDIO OSPEDALIERO DELL'IMMACOLATA
DI SAPRI**

Unità Operativa	Codice	p.l.
Cardiologia	08	10
Unità Coronarica (UOS)	50	6
Chirurgia Generale	09	15
Medicina Generale	26	20
Ortopedia e traumatologia	36	18
Ostetricia e ginecologia	37	15
Pediatria	39	10
Terapia Intensiva	49	4
Dir. Sanitaria di presidio	112	
Emodialisi	54	
Farmacia ospedaliera	105	
Laboratorio analisi	106	
Radiologia	69	
Servizio Trasfusionale	109	
Lungodegenti	60	16
TOTALE		114

PRESIDIO OSPEDALIERO DI ROCCADASPIDE

Unità Operativa	Codice	p.l.
Medicina Generale	26	20
Dir. Sanitaria di presidio	112	
Farmacia ospedaliera	105	
Laboratorio analisi	106	
Radiologia	69	
TOTALE		20

PRESIDIO OSPEDALIERO DI POLLA

Unità Operativa	Codice	p.l.
Cardiologia	08	12
Unità Coronarica (UOS)	50	6
Chirurgia Generale	09	16
Medicina Generale	26	26
Geriatria	21	15
Gastroenterologia	58	4
Pneumologia	68	8
Nefrologia	29	6
Neurologia	32	15
Oculistica	34	6
Ortopedia e traumatologia	36	18
Ostetricia e ginecologia	37	18
Otorinolaringoiatria	38	6
Pediatria	39	10
Terapia Intensiva	49	8
Urologia	43	10
Psichiatria	40	8
Dir. Sanitaria di presidio	112	
Emodialisi	54	
Farmacia ospedaliera	105	
Laboratorio analisi	106	
Radiologia	69	
Servizio Trasfusionale	109	
Recupero e Riabilitazione	56	20
TOTALE		212

PRINCIPI GENERALI

I mutamenti intervenuti nel quadro demografico e socio-economico, l'identificazione di nuovi rischi, la valutazione del loro impatto sulla salute, la pianificazione e la gestione di iniziative di prevenzione tempestive, efficaci e sostenibili, il nuovo quadro epidemiologico, richiedono un significativo cambiamento delle politiche sanitarie, poiché i bisogni, sempre più articolati e complessi, i nuovi determinanti di salute - da ricercare nelle condizioni sociali, economiche, culturali e comportamentali di una popolazione - non consentono risposte settoriali, ma richiedono risposte unitarie che considerino la persona nella sua globalità, che tengano conto delle prospettive fisiche, economiche, sociali, culturali, ambientali e di genere della popolazione, delle disuguaglianze nella salute e sappiano garantire assistenza senza soluzione di continuità. Inoltre il progresso culturale e scientifico della medicina e delle scienze sanitarie, associati ad una rilevante evoluzione tecnologica, hanno profondamente ridefinito gli spazi di intervento dei servizi sanitari e reso sempre più evidente che l'obiettivo del sistema deve essere il raggiungimento di importanti "guadagni di salute". Tutto ciò mentre sempre più pressante diventa la necessità di gestire in maniera condivisa, partecipata, efficace ed efficiente le risorse disponibili. Parimenti è necessario tenere nel dovuto conto che l'equilibrio economico - finanziario si pone quale condizione ineludibile per la sostenibilità dell'intero sistema e che il processo organizzativo da mettere in atto si inserisce in un quadro istituzionale che vede la Regione Campania impegnata a ridefinire e realizzare le condizioni che derivano dai nuovi Piani dell'assistenza ospedaliera e dell'assistenza territoriale. In conclusione, l'attuale contesto economico porta a considerare, come dimensione fondamentale dell'Azienda, la sostenibilità dei propri interventi intesa nelle sue diverse accezioni:

- **la sostenibilità economica**, che si realizza attraverso un utilizzo appropriato delle risorse e che assume una valenza etica quale capacità di garantire, a fronte di risorse non infinite, la tutela della salute in ragione del bisogno;
- **la sostenibilità sociale**, che si realizza attraverso un processo di coinvolgimento attivo dei cittadini e della comunità, per condividere le politiche del cambiamento, di partecipazione e di responsabilizzazione;
- **la sostenibilità professionale**, che si realizza attraverso politiche ed interventi di condivisione degli obiettivi, di comunicazione e di formazione degli operatori a tutti i livelli, al fine di acquisire le competenze e gli strumenti per organizzare, gestire ed attuare l'innovazione e il cambiamento.

L'obiettivo principale resta quello del miglioramento dell'offerta, prevedendo percorsi sia per l'emergenza che per la diagnostica e la cura su tutto il territorio, oltre che per le fasi di riabilitazione, lungodegenza e cronicità. Il punto di maggior debolezza del sistema è rappresentato dalla frammentazione dell'offerta sanitaria, fatalmente origine di tempi d'attesa insostenibili, scarsa qualità delle cure, costi elevati e grave inadeguatezza, sia nella fase di intercettazione che in quella di gestione del bisogno assistenziale. L'organizzazione della rete assistenziale dovrà, quindi, configurarsi come l'insieme dei processi, attraverso una integrazione ospedale-territorio, con una distribuzione territoriale dei servizi che garantisca la migliore facilità di accesso, l'accoglienza più idonea al bisogno, la definizione di percorsi interni, interterritoriali, che mirino a garantire il soddisfacimento, quanto più possibile, della domanda di salute dei cittadini residenti. In tale processo, saranno coinvolte tutte le risorse aziendali, pubbliche e private accreditate, risorse che dovranno costituire l'offerta sanitaria coordinata dalle strutture amministrative e sanitarie aziendali per costituire una rete aziendale nella quale i cittadini dovranno essere accompagnati e trovare il soddisfacimento dei loro bisogni. Il Distretto Sanitario funge da punto di accesso nonché di orientamento per la domanda, in un processo integrato di offerta, lungo una scala crescente di intensità assistenziale. L'organizzazione deve essere fortemente orientata al benessere e alla promozione della salute, attraverso una campagna di sensibilizzazione alla prevenzione nella sue varie componenti (stili di vita, screening, tutela

dell'ambiente, igiene dell'alimentazione, ecc.), rimodellando le cure primarie, favorendo la promozione del governo clinico e della qualità, potenziando i sistemi di rete, attuando principi di valutazione del reinserimento nella vita produttiva e sociale delle persone, dopo il processo di cura.

I CONTENUTI DELL'ATTO AZIENDALE

I contenuti dell' Atto Aziendale discendono direttamente dalle norme del D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i., e da altre norme della legislazione nazionale e regionale. L' art. 3, comma 1 bis del D.Lvo 502/92 recita *“In funzione del perseguimento dei loro fini istituzionali, le unità sanitarie locali si costituiscono in aziende con personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale; la loro organizzazione ed il funzionamento sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato, nel rispetto dei principi e criteri previsti da disposizioni regionali. L'atto aziendale individua le strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico-professionale, soggette a rendicontazione analitica”*. Con l'Atto Aziendale, quindi, l'Azienda adotta un documento che è rappresentativo della complessità aziendale, con tutte le caratteristiche strutturali, e con il quale sono definiti la sede legale e il logo aziendale, la missione aziendale, intesa come scopo ultimo dell' Azienda che giustifica la sua esistenza, i dati demografici ed epidemiologici che caratterizzano la popolazione, l'ambito territoriale. Con il presente allegato, vengono rappresentate le relative articolazioni organizzative, con la definizione dei Servizi centrali di programmazione e gestione, l'articolazione funzionale dei Distretti, l'articolazione dei Presidi Ospedalieri ed i relativi posti letto distinti per specialità (secondo quanto previsto nella pianificazione attuativa del DCA 33/2016), l'individuazione delle articolazioni Dipartimentali obbligatorie e funzionali, e delle Unità Operative Complesse, Semplici Dipartimentali e Semplici, nonché le definizioni per i Coordinamenti e le Posizioni Organizzative, da rideterminare a seguito della riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale sulla base delle indicazioni contenute nei programmi operativi e nelle linee guida regionali. Vengono richiamati gli Organi e gli Organismi Aziendali e la relativa disciplina per la composizione e le funzioni, le funzioni attribuite al Direttore sanitario, al Direttore amministrativo, al Coordinatore dei servizi socio-sanitari, le attribuzioni dei dirigenti nonché le modalità per il conferimento di eventuali deleghe e gli ambiti delle stesse, le funzioni attribuite ai dirigenti titolari di responsabilità gestionali, i sistemi di valutazione e controllo, le modalità di rapporto e di collaborazione dell'Azienda con le altre aziende sanitarie nonché con eventuali enti ed organismi, di cui all'articolo 4, comma 3, del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i., le modalità di informazione sui servizi sanitari e di tutela dei diritti degli utenti, anche ai fini della corretta fruizione del sistema, i rapporti con gli enti locali, le modalità con cui dare attuazione alle disposizioni di cui al D.Lgs. n. 28/2010 che detta la nuova disciplina sulla mediazione finalizzata alla conciliazione nelle controversie civili e commerciali. L'Azienda si impegna ad adottare, entro 90 giorni dall'approvazione dell'Atto Aziendale da parte degli organismi regionali competenti, ai fini di una sua corretta e completa applicazione, Regolamenti interni nelle materie indicate e per il regolare funzionamento di altri organismi istituiti con l'Atto Aziendale o per l'organizzazione di altri settori di attività, nonché i Regolamenti che eventualmente si rendano necessari in attuazione di normative nazionali a regionali. Tutti i Regolamenti adottati saranno pubblicati sui siti web aziendali.

Nella costruzione del riassetto organizzativo aziendale, vengono valutati e presi in esame alcuni indici demografici e sanitari che possono essere utili per capire i bisogni della popolazione. Tra i più rilevanti indicatori demografici e sanitari si riportano:

- Indice di vecchiaia: ovvero il rapporto di composizione tra la popolazione anziana (65 anni e oltre) e la popolazione più giovane (0-14), pari a 98,7 rispetto al valore medio di 144,5. La distribuzione di tale indice è però difforme all'interno della Regione con valori molto bassi nelle

province di Napoli e Caserta (rispettivamente 85,7 e 88,6) e più alti nelle restanti province (Benevento 151,6, Avellino 142,8 e Salerno 121,7);

- La speranza di vita alla nascita ed a 65 anni: entrambi gli indicatori sono desumibili dalle tavole di mortalità di un paese. In entrambi i generi la Campania risulta avere il primato di Regione con più bassa speranza di vita alla nascita. Tale indicatore non si presenta in maniera differente tra le province campane: il valore più basso si osserva nella provincia di Napoli che presenta anche un'attesa di vita a 65 anni inferiore al valore nazionale e a tutti i valori delle altre province campane;
- Il tasso di mortalità infantile: questo indicatore rappresenta uno dei primi indicatori di sviluppo di un paese (i paesi sviluppati hanno infatti una bassa mortalità alla nascita e la distribuzione dei decessi orientata verso le popolazioni anziane e molto anziane). La Regione Campania risulta avere dei valori del tasso di mortalità infantile sempre inferiori alla media del mezzogiorno ma superiori al valore medio nazionale;
- La speranza di vita libera da disabilità: è una misura sintetica dell'esperienza di morbosità e di mortalità di una popolazione, dove la morbosità viene misurata mediante presenza o meno di disabilità. Questo indicatore è considerato valido al fine della valutazione dello stato di salute della popolazione anziana, per questo viene usualmente calcolato a partire dai 15 anni di età, escludendo cioè la disabilità in età pediatrica che ha una prevalenza molto bassa. I valori della regione Campania sono sempre più bassi rispetto al riferimento nazionale.

Inoltre, vengono considerati i dati epidemiologici desunti dagli studi regionali, per valutare, programmare, definire, implementare percorsi di salute, in ragione sia degli interventi di prevenzione (screening, promozione della salute), che per le strategie di cura e per i percorsi di riabilitazione. L'Azienda, cioè, si pone come obiettivo quello di definire "programmi di salute", sollecitando tutti i cittadini, attraverso percorsi di "educazione alla salute", a farsi parte attiva nel badare ai propri bisogni sanitari ed offrendo percorsi completi che vanno, appunto, dalla prevenzione, alla cura, alla riabilitazione.

LE FUNZIONI E GLI ASSETTI ORGANIZZATIVI DELL'AZIENDA

Si individuano, qui di seguito, alcuni aspetti strategici, organizzativi e i relativi determinanti economici che sottendono gli interventi e i programmi dell'Azienda:

- a. rimodulare il volume delle prestazioni erogate, determinando il più possibile la produzione, fino al punto da non generare l'aumento della "mobilità passiva", ma, piuttosto, cercando di recuperarla;
- b. intervenire maggiormente a monte del processo di deterioramento della salute, privilegiando interventi di prevenzione, educazione sanitaria, diagnosi precoce;
- c. ricercare l'efficacia delle cure, evitando la necessità di reiterazioni e duplicazioni;
- d. negoziare e sottoscrivere, con i fornitori esterni, contratti interaziendali che disciplinino il consumo delle alte specialità, per stabilizzare i volumi, i prezzi e i percorsi, sterilizzando il più possibile il pericolo di mobilità in uscita indotta;
- e. governare la domanda nella triplice eccezione di eliminare quella impropria, indirizzarla nelle strutture interne dell'ASL o in quelle contrattate, inviarla lungo i percorsi aziendali definiti che massimizzino il rapporto efficacia/costo.

Tutto questo configura la organizzazione di un Distretto forte con un ruolo centrale nel sistema di conoscenza del bisogno reale dei cittadini e di governo dei percorsi di soddisfacimento della domanda. Per ottenere questo, è anche indispensabile elaborare strategie volte a creare un rapporto di *partnership* tra Medici di medicina generale (MMG), Pediatri di libera scelta (PLS), specialisti ambulatoriali ed Azienda, attraverso un mutamento culturale dei rapporti che intercorrono tra

Azienda e professionisti per giungere alla definizione di obiettivi comuni di salute, all'elaborazione di percorsi condivisi ed alla progressiva introduzione del concetto di "Gestione controllata delle risorse". I medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e gli specialisti ambulatoriali, in sinergia con il personale dei distretti, diventano il punto di riferimento primario nella gestione della persona, progettando i profili di assistenza a livello distrettuale, insieme a tutti gli altri servizi individuati nella gestione del caso. Si potrà così individuare un percorso verso cui indirizzare la persona, che tenendo conto da un lato delle linee guida e dall'altro della concreta potenzialità del territorio in termini di offerta dei servizi, riesca a limitare l'accesso a prestazioni e servizi impropri.

L'Azienda, pertanto, determina la propria organizzazione ponendo al centro del sistema la persona e individuando, in forme integrate, le componenti assistenziali nelle macrostrutture (Distretti e Ospedali).

L'ASSETTO ISTITUZIONALE - LA DIREZIONE STRATEGICA - LE FUNZIONI E I SERVIZI CENTRALI DI PROGRAMMAZIONE E GESTIONE

Il governo aziendale è esercitato dalla Direzione strategica composta dal Direttore Generale, dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo.

La Direzione definisce, sulla base delle indicazioni della programmazione regionale, le strategie e i programmi aziendali, dei quali controlla l'attuazione. Essa rappresenta, pertanto, la sede ove si svolgono le interrelazioni che consentono il perseguimento della "missione direzionale".

In particolare, spetta alla Direzione strategica:

- a) l'individuazione degli obiettivi e dei programmi annuali e pluriennali definiti sulla base degli obiettivi istituzionali dell'Azienda ed in coerenza con le linee di programmazione ed indirizzo regionale;
- b) l'organizzazione aziendale e la programmazione della produttività e della qualità delle prestazioni;
- c) la pianificazione delle risorse e degli investimenti;
- d) le relazioni interne ed esterne;
- e) la garanzia della sicurezza e la prevenzione;
- f) il controllo di gestione.

La Direzione strategica, ai sensi del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, si avvale di strutture di supporto chiamate a svolgere funzioni strumentali per il governo economico e gestionale ed il governo clinico dell'Azienda, i cui responsabili, sia di formazione gestionale che di formazione medica, rispondono direttamente alla direzione.

Il Direttore Generale

Il Direttore Generale dell'Azienda è titolare della rappresentanza legale ed esercita tutti i poteri di gestione dell'Azienda stessa, adottando i provvedimenti necessari. E' responsabile delle funzioni di indirizzo, che esercita attraverso la definizione di obiettivi e programmi, e dell'imparzialità e del buon andamento dell'azione amministrativa. Verifica il risultato dell'attività svolta e la realizzazione di programmi e progetti in relazione agli obiettivi della gestione finanziaria, tecnica, amministrativa e sanitaria. Risponde alla Regione in relazione agli obiettivi assegnatigli all'atto di nomina e nell'ambito degli atti strategici e di programmazione regionale. Il rapporto di lavoro del Direttore Generale è a tempo pieno e di diritto privato; si instaura con contratto disciplinato dal comma 6 dell'art. 3 e dal comma 8 dell'art. 3 bis del D.Lvo 502/92 e s.m.i., sottoscritto sulla base di uno schema approvato dalla Giunta regionale.

L'autonomo e pieno esercizio, da parte del Direttore Generale, delle funzioni gestionali dell'azienda è svolto nel rispetto dei poteri spettanti:

- alla Regione, che ne indirizza l'attività ed esercita il controllo sul suo operato;
- al Collegio Sindacale, cui sono affidati i compiti di vigilanza sull'osservanza delle leggi e dei regolamenti e la verifica sull'attività contabile dell'azienda;
- al Collegio di Direzione, definito quale organo aziendale con poteri di programmazione e indirizzo; - alla Conferenza dei Sindaci, che partecipano alla programmazione aziendale anche in attuazione di quella regionale ed esercitano compiti di vigilanza generale sull'azienda e sull'operato del Direttore Generale.

Il Direttore Generale provvede:

- alla nomina del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo;
- alla nomina del Collegio Sindacale e alla sua prima convocazione nei termini di legge;

- alla costituzione del Collegio di Direzione, che presiede, e del Consiglio dei Sanitari;
- alla nomina dei Collegi tecnici, del *Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni*, ex art. 57 D. Lgs. 165/2001 e s.m.i. e di qualunque altro organismo previsto dalla normativa vigente e dall'atto aziendale
- all'adozione dell'Atto Aziendale e delle sue modificazioni ed integrazioni;
- all'adozione degli atti regolamentari e di tutti quelli che si rendono necessari in attuazione di normative nazionali e regionali;
- all'adozione degli atti di organizzazione interna dei presidi ospedalieri, dei distretti dei dipartimenti e dei servizi centrali e nonché alla nomina e alla revoca dei responsabili delle strutture operative dell'azienda e al conferimento degli incarichi professionali;
- all'adozione del Piano Attuativo Locale (PAL) e del programma delle attività territoriali, nonché degli altri atti programmatici con i quali sono definiti gli obiettivi e le priorità per la gestione dell'azienda sanitaria e sono assegnate le risorse umane, strumentali e finanziarie;
- alla adozione del Documento per la Valutazione dei Rischi e la nomina del Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione;
- alla nomina del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, ai sensi della legge n.190/2012 e del D.Lgs n.97/2016;
- alla verifica della corretta ed economica gestione delle risorse nonché dell'imparzialità e del buon andamento dell'azione amministrativa;
- alla verifica qualitativa e quantitativa dei servizi erogati;
- alla determinazione della dotazione organica aziendale;
- all'adozione di tutti gli atti deliberativi relativi alla programmazione finanziaria e di bilancio, compresi quelli formulati secondo la logica budgettaria specifica di ogni dipartimento e di quella complessiva aziendale;
- all'adozione di tutti gli atti deliberativi riguardanti l'assunzione di personale;
- all'adozione dei provvedimenti conseguenti alla valutazione dei dirigenti;
- all'adozione di tutti gli altri atti indicati dalla legislazione regionale vigente;
- all'assolvimento di ogni altro compito previsto dalle leggi.

In relazione alle funzioni di cui sopra, al fine di mantenere distinte quelle rientranti negli atti di alta amministrazione da quelle di carattere gestionale, le funzioni attribuite al Direttore Generale sono distinte in:

- A.** funzioni ad esso esclusivamente riservate;
- B.** funzioni delegabili, in tutto o in parte, ai direttori sanitario ed amministrativo e agli altri dirigenti dell'azienda.

Rimangono di esclusiva competenza del Direttore Generale le funzioni di alta amministrazione (cioè quelle più propriamente "di governo"), mentre sono delegabili ai vari livelli della dirigenza le funzioni di carattere gestionale, attraverso le quali si esplica l'autonomia funzionale delle articolazioni organizzative dell'azienda tra cui:

- a)** l'attuazione dei contratti collettivi di lavoro del personale e l'adozione degli atti di gestione del personale stesso;
- b)** l'esercizio dei poteri di spesa nei limiti degli stanziamenti di bilancio e di acquisizione delle entrate, entro i limiti di valore prefissati;
- c)** l'approvazione degli atti di gara per lavori e forniture;
- d)** la stipula dei contratti.

Le funzioni gestionali, esercitate dai dirigenti dell'Azienda ai diversi livelli, sono:

- A.** funzioni delegate dal Direttore Generale con tutti i limiti, le implicazioni e le conseguenze derivanti dall'istituto della delega;

B. funzioni agli stessi attribuite nel momento della sottoscrizione del contratto di lavoro o con specifico atto del Direttore Generale.

Con apposito atto da pubblicare sull'albo dell'Azienda e sul sito web aziendale, vengono specificati, dettagliatamente, gli ambiti oggettivi e soggettivi delle attribuzioni dirigenziali e delle deleghe conferite ai singoli dirigenti.

In caso di assenza o impedimento del Direttore Generale le relative funzioni sono svolte dal Direttore Amministrativo o dal Direttore Sanitario su delega del Direttore generale, o, in mancanza di delega, dal Direttore più anziano.

La Direzione Sanitaria e la Direzione Amministrativa Aziendale

Il Direttore Sanitario ed il Direttore Amministrativo aziendali sono nominati, con provvedimento motivato, dal Direttore Generale che risponde della verifica del possesso dei requisiti previsti dalla normativa vigente, acquisendo le necessarie certificazioni dei titoli e dei servizi svolti. Essi rispondono al Direttore Generale della gestione delle risorse e del raggiungimento degli obiettivi assegnati. Il rapporto di lavoro del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo aziendali è a tempo pieno e di diritto privato e si instaura con contratto disciplinato dal comma 7 dell'art. 3 e dal comma 8 dell'art. 3 bis del D.Lvo 502/92 e s.m.i.. Il contratto è sottoscritto sulla base di uno schema approvato dalla Giunta regionale e deve essere trasmesso alla Regione entro dieci giorni dalla sottoscrizione.

Il Direttore Sanitario ed il Direttore Amministrativo concorrono al governo dell'Azienda e al processo di pianificazione e controllo strategico della stessa e coadiuvano il Direttore Generale nell'esercizio delle funzioni ad esso spettanti. Essi esprimono parere sugli atti del Direttore Generale per quanto di propria competenza e su ogni questione che venga loro sottoposta ed inoltre:

- svolgono le funzioni e adottano gli atti ad essi delegati e attribuiti dal Direttore Generale;
- formulano, per le materie di competenza, proposte al Direttore Generale, ai fini della elaborazione dei piani pluriennali, dei programmi annuali e dei progetti di attività;
- curano, per quanto di competenza, l'attuazione dei programmi e dei piani dell'azienda attraverso i servizi alle proprie dipendenze;
- determinano, informandone le organizzazioni sindacali, i criteri generali di organizzazione dei servizi di rispettiva competenza nell'ambito delle direttive ricevute dal Direttore Generale;
- coordinano, verificano e controllano l'attività dei dirigenti dei servizi e adottano i conseguenti provvedimenti, anche di carattere sostitutivo, riferendone al Direttore Generale, anche ai fini del controllo interno;
- svolgono ogni altra funzione attribuita loro dalle leggi e dai regolamenti.

Il Direttore Sanitario ed il Direttore Amministrativo, di loro iniziativa o su indicazione del Direttore Generale, possono, in qualsiasi fase del procedimento, avocare la trattazione diretta di affari che rivestono particolare rilevanza nell'ambito delle rispettive competenze e delle rispettive funzioni, adottando correlativamente tutti gli atti necessari.

In caso di assenza o impedimento del Direttore Sanitario e/o del Direttore Amministrativo, le funzioni sono svolte rispettivamente, ed in via temporanea, da un dirigente della funzione sanitaria e da un dirigente della funzione amministrativa, nominati dal Direttore Generale, su proposta degli stessi.

Il Direttore Amministrativo coordina i servizi amministrativi, tecnici e professionali dell'Azienda, dedicati al governo economico-gestionale, assicurando la correttezza, la completezza e la trasparenza dei processi di formazione dei documenti rappresentativi delle dinamiche economiche, finanziarie e patrimoniali, la legittimità degli atti ed il corretto assolvimento delle funzioni di supporto tecnico, amministrativo, logistico. Definisce gli orientamenti operativi delle strutture assegnate al governo economico finanziario aziendale e garantisce, dal punto di vista amministrativo, lo sviluppo e l'implementazione delle reti che presiedono il sistema informatico di supporto alle attività direzionali proprie dei diversi livelli di governo aziendale e promuove programmi specifici per la formazione del personale amministrativo. Il Direttore Amministrativo dell'Azienda, per tali funzioni, si avvale di strutture (**unità operative**), che coordina ed orienta nel raggiungimento degli obiettivi aziendali, ferme restando le autonomie operative assegnate dalla legge ai dirigenti e le conseguenti responsabilità, partecipando alla assegnazione delle risorse, verificando le linee di attività e i processi, con possibilità di avocare a sé eventuali particolari situazioni, importanti per la vita aziendale.

I servizi coordinati dal Direttore Amministrativo, rappresentano lo strumento mediante il quale vengono acquisite, organizzate e gestite le risorse destinate alle unità più direttamente coinvolte nella gestione peculiare aziendale. L'organizzazione è improntata a principi di efficacia, efficienza, economicità, nonché a quello di flessibilità per renderla funzionale al raggiungimento degli obiettivi fissati di volta in volta dal Direttore Generale. **I servizi amministrativi, tecnici e professionali dell'Azienda sono organizzati in unità operative complesse e unità operative semplici, individuate per l'attuazione di processi organizzativi integrati, sia per quanto riguarda la gestione delle risorse umane sia per quanto concerne l'utilizzo delle risorse materiali e patrimoniali.** Alcune delle attività operano in funzione di staff direttamente sotto la guida del Direttore Amministrativo, il quale svolge ogni altra funzione, ivi compresa l'adozione di atti a rilevanza esterna, attribuitagli dalla legislazione vigente, dall'Atto Aziendale e dai Regolamenti, ovvero su delega del Direttore Generale.

Il Direttore Sanitario coordina i servizi sanitari ai fini organizzativi ed igienico-sanitari. E' responsabile del miglioramento continuo della qualità e del governo clinico dell'Azienda, intesi come insieme organizzato di attività. Al fine del buon andamento delle attività e delle prestazioni sanitarie, della realizzazione dei programmi e del raggiungimento degli obiettivi individuati dalla direzione strategica, il Direttore Sanitario assicura la continuità operativa con le strutture e con i professionisti, attraverso il loro coordinamento unitario e lo sviluppo di metodologie organizzative (organizzazioni a rete, reti professionali, di lavoro interdisciplinari, etc.) finalizzate a realizzare la presa in carico degli utenti-pazienti e la continuità assistenziale. Inoltre:

- partecipa con il Direttore Amministrativo, unitamente al Direttore Generale, che ne ha la responsabilità, alla direzione dell'Azienda;
- dirige i servizi sanitari negli ambiti previsti dal D.Lgs. n. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni e dalle Leggi Regionali fatte salve le competenze, le responsabilità e le funzioni individuali dei singoli dirigenti previste dall'articolo 16 e 17 del D. Lgs. 29/93 e successive modifiche ed integrazioni;
- assume diretta responsabilità delle funzioni attribuite alla sua competenza;
- concorre, con la formulazione di proposte e di pareri, alla formazione delle decisioni del Direttore Generale;
- assicura il coordinamento delle diverse linee di attività svolte nei Distretti;

- svolge ogni altra funzione, ivi compresa l'adozione di atti a rilevanza esterna, su delega del Direttore Generale, fermo restando ogni altra competenza attribuitagli dalla legislazione vigente, dal presente atto e dai regolamenti aziendali;
- Presiede il Consiglio dei Sanitari.

Il Direttore Sanitario per l'esercizio delle proprie funzioni si avvale delle strutture o dei professionisti deputati alla trattazione delle seguenti linee di attività:

- *analisi preordinate alla valutazione dello stato di salute della popolazione e dell'impatto sulla salute dei determinanti sanitari e non sanitari;*
- *sistemi informativi sanitari;*
- *sviluppo del governo clinico e della garanzia della qualità dei servizi;*
- *formazione;*
- *valutazione delle tecnologie (technology assessment);*
- *accreditamento;*
- *coordinamento delle diverse linee di attività svolte nei distretti;*
- *coordinamento delle attività di ricovero;*
- *valorizzazione di tutte le professioni sanitarie;*
- *promozione della salute*

Il Direttore Sanitario dell'Azienda Sanitaria Locale Salerno, al fine dello sviluppo del governo clinico e della promozione della conoscenza e dell'utilizzazione degli strumenti che gli sono propri, si avvale di servizi operanti nell'ambito di strutture dipartimentali o di Aree di coordinamento, promuove i comitati, le commissioni, i gruppi di lavoro previsti dalle normative vigenti o ritenuti opportuni nell'ambito dell'Azienda, intesi come momento di diffusione della conoscenza in medicina e nell'assistenza, nonché come strumento di sviluppo del miglioramento della qualità e del governo clinico.

Il Collegio di Direzione

Il Collegio di Direzione è organo dell'Azienda. Esso concorre al governo delle attività cliniche, partecipa alla pianificazione delle attività, inclusa la ricerca, la didattica, i programmi di formazione e le soluzioni organizzative per l'attuazione dell'attività libero-professionale intramuraria. Concorre allo sviluppo organizzativo e gestionale dell'Azienda, con particolare riferimento all'individuazione di indicatori di risultato clinico-assistenziale e di efficienza, nonché dei requisiti di appropriatezza e di qualità delle prestazioni. Partecipa, altresì, alla valutazione interna dei risultati conseguiti in relazione agli obiettivi prefissati ed è consultato obbligatoriamente, dal Direttore Generale, su tutte le questioni attinenti al governo delle attività cliniche.

Ferme le competenze del Direttore Generale e degli altri organi delle Aziende, il Collegio di Direzione, in particolare:

- a) concorre al governo delle attività cliniche dell'Azienda, formulando proposte ed esprimendo pareri su richiesta del Direttore Generale. La consultazione è obbligatoria in merito alle questioni attinenti il governo delle attività cliniche;
- b) concorre alla pianificazione delle attività dell'Azienda, inclusa la didattica e la ricerca, nonché allo sviluppo organizzativo e gestionale dell'Azienda, con particolare riferimento agli aspetti relativi all'organizzazione dei servizi, al migliore impiego delle risorse umane, alle attività di formazione

continua degli operatori sanitari, alla migliore organizzazione per l'attuazione dell'attività libero professionale intramuraria;

- c) partecipa alla definizione dei requisiti di appropriatezza e qualità delle prestazioni, nonché degli indicatori di risultato clinico-assistenziale e concorre alla conseguente valutazione interna dei risultati conseguiti, secondo modalità che saranno stabilite con atto di indirizzo della Giunta.

Nello svolgimento dei predetti compiti, il Collegio esprime parere obbligatorio sui seguenti atti:

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

Il Collegio di Direzione è nominato con deliberazione del Direttore Generale, che ne è il Presidente, e dura in carica tre anni. La sua composizione è definita con disposizione regionale.

Il Presidente del Collegio di Direzione, in relazione alle materie in trattazione, può estendere la partecipazione alle singole sedute del Collegio ai dirigenti responsabili delle strutture organizzative aziendali di volta in volta interessate, i quali possono essere sentiti senza diritto di voto. Adotta il proprio Regolamento di funzionamento nel rispetto dei seguenti principi di funzionamento:

- a) previsione di un Vice Presidente vicario eletto dal Collegio tra i membri di diritto;
b) previsione di un calendario annuale delle riunioni, con riunioni ordinarie almeno mensili, convocate dal Presidente che ne fissa l'ordine del giorno e previsione di riunioni straordinarie, in caso di urgenza, ovvero su richiesta motivata della metà più uno dei componenti;
c) le funzioni di segreteria per l'attività del Collegio sono assicurate dal Servizio delle segreterie, in staff alla direzione amministrativa;
d) le sedute del Collegio sono verbalizzate ed è istituito un archivio delle deliberazioni;
e) le assenze dei componenti alle riunioni del Collegio sono debitamente giustificate previa comunicazione scritta e con contestuale delega ad un componente di diritto del Collegio;
f) presenza di un quorum minimo per la validità delle riunioni del Collegio di direzione non inferiore alla metà più uno;
g) necessità della maggioranza semplice per la validità delle deliberazioni, ad eccezione dell'elezione del Vice - Presidente del Collegio, nonché dell'espressione dei pareri obbligatori, che sono adottati a maggioranza assoluta, e dell'approvazione del Regolamento interno di funzionamento del Collegio, che è adottato a maggioranza qualificata dei due terzi dei componenti. I verbali di ciascuna riunione sono resi disponibili ai componenti del Collegio di Direzione nonché al Direttore Generale e al Collegio Sindacale dell'Azienda. I pareri del Collegio di Direzione sono espressi entro trenta giorni dalla richiesta del Direttore Generale; se tali pareri non vengono espressi nel predetto termine, gli stessi si intendono favorevolmente espressi. Il Direttore Generale che intende adottare atti o provvedimenti di propria competenza in difformità al parere espresso dal Collegio è tenuto ad indicarne le ragioni in apposita relazione da trasmettere al Collegio nonché alla Giunta Regionale ed al Consiglio Regionale, attraverso la Commissione competente. La qualità di componenti del Collegio di Direzione e le relative funzioni rientrano nei compiti istituzionali di ciascun soggetto e, pertanto, ad essi non spetta alcun compenso né può essere corrisposta alcuna indennità o rimborso spese.

Il Collegio Sindacale

Il Collegio Sindacale è nominato dal Direttore Generale. Nella prima seduta convocata dal Direttore Generale entro cinque giorni dal provvedimento di nomina, elegge, nel suo interno, il Presidente, secondo le modalità previste dalle norme.

Il Collegio Sindacale:

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

Le comunicazioni ed i referti di cui al comma precedente, lettere d) ed e), sono comunicati per conoscenza anche al Consiglio Regionale per la trasmissione alla Commissione consiliare permanente competente in materia.

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

Il Collegio sindacale dura in carica tre anni ed è composto, secondo la vigente normativa, da tre membri, di cui uno designato dal Presidente della Giunta regionale, uno designato dal Ministro dell'economia e finanze e uno dal Ministro della salute. I componenti del Collegio Sindacale sono scelti tra gli iscritti nel Registro dei Revisori Contabili, istituito presso il Ministero di Grazia e Giustizia, ovvero tra i funzionari del Ministero del Tesoro, del Bilancio e della Programmazione economica, che abbiano esercitato per almeno tre anni le funzioni di revisori dei conti o di componenti dei collegi sindacali. I riferimenti contenuti nella L.R. 32 del 1994, riguardanti il Collegio dei revisori, si intendono applicabili al Collegio sindacale del presente articolo, per quanto compatibili. I componenti del Collegio Sindacale, in quanto organo istituzionale esclusivo dell'Azienda, ispirano l'esercizio delle proprie funzioni al principio della massima collaborazione e della sinergia operativa

Altri organismi aziendali - I Regolamenti

Le politiche sanitarie aziendali, ai diversi livelli di governo del sistema, hanno come presupposto il fatto che la qualità dei servizi sanitari e delle prestazioni da essi erogate, venga assunta come parte integrante delle scelte operate sul piano del governo amministrativo, su quello della organizzazione dei servizi e su quello della formazione dei professionisti che vi operano. In questo senso, la qualità cessa di essere una sorta di dimensione separata, collaterale e parallela, e diventa invece parte integrante del processo di identificazione degli obiettivi dell'Azienda, dei meccanismi di definizione dei processi organizzativi come pure di quelli che presiedono alla definizione dell'allocazione delle risorse, oltre che, ovviamente, degli strumenti di valutazione delle attività delle singole unità operative e dei percorsi formativi offerti ai professionisti. In particolare, il monitoraggio di processi e di esiti, mediante un sistema di indicatori e lo sviluppo o l'adattamento e l'aggiornamento di procedure organizzative e di linee guida professionali, la verifica della loro applicazione, nonché l'insieme delle azioni finalizzate al controllo qualità rappresentano i determinanti di un efficace governo clinico.

L'Azienda, quindi, provvede a dotarsi di strumenti per il governo clinico con particolare attenzione a quelli previsti nel Piano Ospedaliero e nel Piano territoriale 2016-2018 e, nell'Atto Aziendale, esplicita gli aspetti organizzativi (individuazione di strutture, costituzione di gruppi di lavoro ecc.) più direttamente finalizzati alla loro applicazione. Nell'ambito del processo di pianificazione, l'Azienda predispone, quindi, nel rispetto delle normative vigenti e dei vincoli della programmazione regionale, la organizzazione aziendale in linea con le indicazioni regionali. L'organizzazione costituirà l'architrave della programmazione che trova, allo stato, esplicitazione nella pianificazione pluriennale, e come tale deve essere coerente e compatibile con la *mission* istituzionale attribuita alle aziende in sede di politica economico-sanitaria regionale. Gli atti di programmazione rivestono un'importanza strategica, in quanto definiscono gli obiettivi, i progetti e le azioni che caratterizzano l'attività sanitaria e mettono in evidenza i processi organizzativi attraverso i quali si rende possibile la loro realizzazione, in uno con la relativa valutazione di incidenza economica. Essi devono assicurare idonea trasversalità, dovendo necessariamente coinvolgere diverse competenze dell'organizzazione aziendale, in modo da integrare funzionalmente le unità operative di volta in volta più direttamente interessate, assicurando in tal modo al processo la necessaria organicità e compiutezza. Detta programmazione, inoltre, non può basarsi unicamente su criteri e valutazioni di efficienza ed economicità, dovendo essere prioritariamente connotata da valutazioni relative alla qualità ed appropriatezza delle prestazioni in rapporto ai bisogni di salute attesi. La programmazione deve tradursi, quindi, in un complesso di decisioni strategiche in grado di delineare un insieme integrato e coordinato di criteri, strumenti e procedure, finalizzati ad attuare un complesso sinergico di azioni operative, coerenti con la pianificazione strategica, i cui risultati devono essere posti a verifica circa la rispondenza all'andamento gestionale con riguardo agli obiettivi prefissati di periodo. Il programma delle attività deve essere articolato, quindi, come un documento che espone e giustifica i progetti, le risorse necessarie e le modalità organizzative/gestionali utili al perseguimento degli obiettivi socio-sanitari in relazione alla normativa e pianificazione vigente.

L'Azienda si dota, quindi, degli Organismi, delle Commissioni e dei Comitati necessari e previsti per la definizione di percorsi e programmi. La direzione strategica, gli organi dell'Azienda e gli altri Organismi aziendali opereranno, in maniera sinergica, per il raggiungimento degli obiettivi. Saranno adottati Regolamenti interni per definire il funzionamento degli organismi previsti dalle linee guida regionali (DCA n. 18/2013) e degli altri organismi o funzioni istituiti o attivati dall'Azienda per l'organizzazione di altri settori di attività, nonché i Regolamenti che eventualmente si rendano necessari in attuazione di normative nazionali a regionali.

L'istituto della delega di funzioni ai Dirigenti.

L'Azienda attua il principio della separazione tra gli atti di programmazione e controllo e i conseguenti provvedimenti gestionali di attuazione, mediante lo strumento della delega.

Il Direttore Generale adotta gli atti di pianificazione, programmazione e controllo dell'Azienda e provvede all'emanazione dei cd. "atti di alta amministrazione", coadiuvato in ciò dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario. Questi ultimi assumono, in particolare, diretta responsabilità delle funzioni attribuite alla loro competenza e concorrono al governo dell'Azienda con la formulazione di proposte e di pareri.

Ai Dirigenti spettano i compiti generali di direzione del Servizio assegnato, del relativo personale e l'esercizio di specifica attività professionale con conseguente assunzione di responsabilità di risultato nell'esercizio delle attività aziendali. Le funzioni di direzione debbono essere svolte attraverso dinamiche e metodologie basate sui concetti di autonomia, affidabilità, imparzialità e trasparenza, oltre che nell'osservanza di criteri di efficienza, efficacia ed economicità. Il Direttore Generale può delegare ai Dirigenti l'adozione dei conseguenti atti di gestione. Ai Direttori di struttura complessa, il

Direttore Generale può delegare le funzioni di gestione operativa, nei limiti del budget assegnato e in particolare conferisce loro delega ad emanare provvedimenti a rilevanza esterna, attuativi degli atti di pianificazione aziendale e denominati "determinazioni dirigenziali".

La delega viene conferita con apposito provvedimento deliberativo del quale viene data idonea pubblicità e per materie e argomenti delimitati, sia nel contenuto che nel tempo. La delega è revocabile con atto scritto e motivato. Permane in capo al delegante il potere di annullamento o revoca dei provvedimenti illegittimi o inopportuni emanati dal delegato, così come la possibilità di avocazione e di sostituzione in caso di mancata adozione di atti o provvedimenti dovuti.

Nelle materie delegate, ai Direttori di Unità Operativa Complessa spetta la gestione complessiva delle proprie strutture e, nell'ambito del budget concordato con la Direzione Strategica, essi assumono autonomi impegni di spesa e rispondono dei risultati complessivi delle strutture cui sono preposti. L'adozione di atti a rilevanza esterna, che costituisce uno dei molteplici aspetti del sistema delle deleghe attuato dall'Azienda, conferisce ai Dirigenti il potere, nei limiti conferiti, di incidere anche nella sfera di terzi. La delega viene conferita esclusivamente nelle materie oggetto delle funzioni stabilite contrattualmente o per legge a ciascun Dirigente, Il Direttore Generale può annullare o revocare, motivatamente, le determinazioni poste in essere dai Dirigenti, fermo restando la necessità di salvaguardare i cd. "diritti acquisiti" dei terzi.

Le determinazioni per la definizione e la gestione dei compiti e delle competenze, nell'ambito della definizione delle materie assegnate e di quelle delegate, sono adottate secondo apposito Regolamento che sarà adottato dall'Azienda in conformità e nei tempi indicati dal DCA n. 18 del 2013.

In simmetria al percorso di ridefinizione dell'assetto organizzativo avviato in ambito sanitario, la Direzione Strategica valuta l'opportunità di sperimentare nuove forme di sinergia e coordinamento dei servizi amministrativi, tecnici e professionali di supporto, orientati per processi produttivi. Tale convincimento trova fondamento nella convinzione dell'utilità di sperimentare modelli di organizzazione dei servizi centrali e generali che, senza appesantire i già gravosi carichi di lavoro delle singole strutture e nel rispetto delle specifiche competenze non delegabili, consentano significative convergenze, sia nell'elaborazione, realizzazione e verifica dei progetti di innovazione e sviluppo che nella messa a punto di procedure amministrative e tecniche integrate e certificate.

Sulla scorta di tali indicazioni, la Direzione Strategica si propone di elaborare *aggregazioni funzionali* che, per affinità di funzioni e condivisione di processi, ritiene possano favorire una migliore interazione, fra di loro e con la Direzione Strategica, delle singole strutture centrali.

Il Direttore Amministrativo e il Direttore Sanitario riuniscono, una volta al mese, i responsabili delle funzioni, al fine di:

- garantire l'integrazione e la collaborazione tra i Servizi amministrativi e le altre aree di attività;
- promuovere la progettualità multidisciplinare di nuovi percorsi procedurali e degli obiettivi aziendali;
- assicurare il razionale utilizzo delle risorse umane e strumentali;
- garantire la programmazione dell'attività dei Servizi in maniera sinergica e funzionale per l'Azienda;
- programmare, coordinare e verificare le attività, sia di gestione ordinaria che relative a progetti di innovazione e ad analisi/azioni finalizzate all'ottimizzazione degli acquisti e dei consumi;
- coordinare il budget di area;
- risolvere i conflitti di competenza fra le diverse unità organizzative;
- adottare direttive ed atti di indirizzo tecnici e logistici, linee guida, protocolli e regolamenti dell'area amministrativa;
- istituire gruppi di lavoro per processi lavorativi che richiedono competenze multidisciplinari;

- provvede a formulare i programmi e piani formativi e le iniziative di aggiornamento. La disciplina dell'istituto della delega sarà oggetto di specifico Regolamento aziendale.

Servizi Centrali di programmazione e gestione.

L'organizzazione dei servizi generali centrali e delle fasi programmatiche e gestionali aziendali è improntata ai seguenti criteri:

- a) distinzione tra funzioni di indirizzo e controllo e funzioni di attuazione e gestione;
- b) potenziamento delle funzioni di indirizzo, controllo, programmazione e coordinamento;
- c) responsabilità e funzionalità rispetto ai programmi ed agli obiettivi, secondo criteri di efficienza, efficacia, economicità e qualità;
- d) concentrazione dell'esercizio delle funzioni omogenee e unificazione delle strutture organizzative che svolgono attività logistiche e strumentali;
- e) trasparenza ed imparzialità;
- f) sviluppo delle competenze e delle conoscenze necessarie nei diversi ruoli organizzativi, anche attraverso la formazione continua del personale;
- g) miglioramento dei servizi anche attraverso il ricorso alle tecnologie informatiche e telematiche;
- h) garanzia delle pari opportunità.

L'assetto organizzativo dell'Azienda Sanitaria e i principi e le regole che devono garantire le regole di funzionamento, passano, quindi, attraverso un accentramento dei poteri di programmazione e d'indirizzo in capo al Direttore Generale, coadiuvato dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo, in rapporto fiduciario, e un decentramento dei poteri gestionali ai dirigenti preposti alle strutture organizzative come centri di responsabilità.

Il decreto legislativo 165/2001 ha introdotto una serie di competenze "a cascata" nelle quali la responsabilità di indirizzo della politica sanitaria, che fa capo principalmente alla Regione e trova il suo materiale esecutore nel Direttore Generale, si stempera e si dissolve in quella amministrativa, tramite l'operato dei dirigenti delle singole strutture sanitarie ed amministrative. L'art.4, infatti, sancisce il principio della distinzione tra funzioni di indirizzo, programmazione e controllo, da un lato, e funzioni di gestione dall'altro. Sia la normativa nazionale che quella regionale in materia sanitaria, riservano tutti i poteri di gestione, nonché la rappresentanza legale dell'Azienda Sanitaria, al Direttore Generale, il quale è responsabile del raggiungimento degli obiettivi della programmazione sanitaria regionale e della corretta ed ottimale gestione delle risorse a disposizione dell'Azienda. Coerentemente ai principi esposti, il Direttore Generale demanda ai dirigenti appartenenti alle aree professionale ed amministrativa l'adozione, da parte dei medesimi, di atti di esecuzione e/o di attuazione in materie rientranti nella sfera di propria competenza, nonché per l'espletamento dell'attività di diritto comune connessa e correlata. Permane, quindi, in capo al Direttore Generale l'adozione degli atti di indirizzo, programmazione e controllo, nonché di tutti gli atti comunque di governo dell'Azienda.

I Servizi Centrali sono inseriti in rapporto di collaborazione con le direzioni amministrativa e sanitaria che provvedono al loro coordinamento, secondo le specifiche competenze, anche al fine di:

- garantire l'integrazione e la collaborazione tra i servizi amministrativi e le altre aree di attività;
- promuovere la progettualità multidisciplinare di nuovi percorsi procedurali e degli obiettivi aziendali;
- assicurare il razionale utilizzo delle risorse umane e strumentali;
- garantire la programmazione dell'attività dei Servizi in maniera sinergica e funzionale per l'Azienda;

- programmare, coordinare e verificare le attività, sia di gestione ordinaria che relative a progetti di innovazione e ad analisi/azioni finalizzate all'ottimizzazione degli acquisti e dei consumi;
- coordinare il budget di area;
- risolvere i conflitti di competenza fra le diverse unità organizzative;
- adottare direttive ed atti di indirizzo tecnici e logistici, linee guida, protocolli e regolamenti dell'area amministrativa;
- istituire gruppi di lavoro per processi lavorativi che richiedono competenze multidisciplinari;
- provvedere a formulare i programmi e piani formativi e le iniziative di aggiornamento.

Ai Direttori Amministrativo e Sanitario è affidato il compito di garantire l'integrazione e la collaborazione, promuovendo una progettualità multidisciplinare e assicurando l'attività dei servizi in maniera sinergica e funzionale per l'Azienda.

Il ruolo dei dirigenti e dei funzionari, ridisegnato nelle normative vigenti, offre, quindi, un quadro di responsabilità ben più definita rispetto al passato. La responsabilità ascrivibile ai dirigenti (accezione intesa in senso ampio del termine) della P.A. è di tipo civilistico (contrattuale ed extracontrattuale), amministrativo (ossia legata all'emanazione di un provvedimento) e contabile (sottospecie di quella amministrativa), oltre quella disciplinare o penale. Gli elementi che caratterizzano la responsabilità sono: a) un **elemento pregiudiziale** ossia l'appartenenza del soggetto, che ha tenuto la condotta imputabile e contraria a norme di legge, alla Pubblica Amministrazione; b) dal **punto di vista oggettivo**: una violazione dei doveri che caratterizzano il rapporto e un evento dannoso; c) dal **punto di vista soggettivo**: l'elemento del dolo o della colpa; d) il **collegamento tra il comportamento soggettivo e l'evento, cioè il nesso causale** che lega l'elemento psicologico al dato di modificazione della realtà che ha prodotto l'evento nel mondo sensibile.

La responsabilità rende l'obbligazione – in caso di dolo – parziaria e non solidale; colpisce la responsabilità per dolo e, in caso di corresponsabilità di più funzionari dei quali alcuni abbiano agito con dolo e altri con colpa, privilegia la responsabilità dei primi, delineando un nuovo equilibrio tra il principio di responsabilità e quello di autonomia gestionale, molto differente dal vecchio tipo di responsabilità solo riferita a fini risarcitori.

Area della Direzione Amministrativa Aziendale

Il Direttore Amministrativo dell'Azienda Sanitaria Locale Salerno, per le sue funzioni, si avvale di strutture (**unità operative**), che coordina ed orienta nel raggiungimento degli obiettivi aziendali, ferme restando le autonomie operative assegnate dalla legge ai dirigenti e le conseguenti responsabilità, partecipando alla assegnazione delle risorse, verificando le linee di attività e i processi, con possibilità di avocare a sé eventuali particolari situazioni, importanti per la vita aziendale.

I servizi coordinati dal Direttore Amministrativo, rappresentano lo strumento mediante il quale vengono acquisite, organizzate e gestite le risorse destinate alle unità più direttamente coinvolte nella gestione economico-giuridica aziendale. L'organizzazione è improntata a principi di efficacia, efficienza, economicità, nonché a quello di flessibilità per renderla funzionale al raggiungimento degli obiettivi fissati di volta in volta dal Direttore Generale. **I servizi amministrativi, tecnici e professionali dell'Azienda sono organizzati in unità operative complesse e unità operative semplici**, individuate per l'attuazione di processi organizzativi integrati, sia per quanto riguarda la gestione delle risorse umane sia per quanto concerne l'utilizzo delle risorse materiali e patrimoniali. Operano nel rispetto dei principi di trasparenza, di integrità e secondo le norme indicate per l'anticorruzione, rispondendo del loro operato sotto i profili civili, amministrativi, contabili, tributari e penali. Alcune delle attività operano in funzione di staff direttamente sotto la guida del Direttore Amministrativo.

Le funzioni centrali amministrative, tecniche e professionali operanti sotto il coordinamento del Direttore Amministrativo e quelle previste in funzione di staff sono riportate nella seguente tabella

DIREZIONE AMMINISTRATIVA	
UU.OO.CC.	UU.OO.SS.
Gestione degli Affari Generali	
Gestione degli Affari Legali e Contenzioso	
Gestione delle Risorse Umane	
Gestione dell'Acquisizione dei beni e servizi ed Economato	<i>Economato e logistica</i>
Servizio delle Attività tecniche e patrimoniali	<i>Gestione delle attività di prevenzione incendio</i>
Servizio Informativo Aziendale	
AREA DI STAFF	
UU.OO.CC.	UU.OO.SS.DD.
Gestione dei flussi finanziari ed economico-gestionali	
Programmazione, Controllo di Gestione e Valutazione	
Segreterie della Direzione Strategica e degli altri Organi e Organismi Aziendali - Comunicazione	

U.O.C. Gestione degli Affari Generali

Nel complesso delle attività specifiche, assegnate ad organizzazioni ed uffici con precipua competenza, trovano ospitalità, all'interno dell'Azienda tutta una serie di compiti e funzioni di supporto, sia per le altre organizzazioni che per la direzione, che contribuiscono a produrre azioni su aspetti regolamentari dei processi e delle procedure. La Gestione degli Affari Generali, infatti, produce indicazioni e linee guida attraverso una costante ricerca delle innovazioni normative e regolamentari che costituiscono il presupposto per una corretta gestione delle singole funzioni. L'inserimento organico continuo di fatti e norme è il principio attraverso il quale si adatta la programmazione aziendale alle innovazioni normative, scientifiche, economiche, operative. Peraltro, gli impulsi sociali, sottostanti alla disciplina normativa giuridico-formale, non debbono e non possono essere ignorati e sottovalutati. Tali impulsi, però, devono essere riportati in una visione obiettiva e sistematica delle procedure e dei programmi. La Funzione, quindi, fornisce alla direzione strategica i dati e i risultati quali chiavi di lettura dei bisogni, dei processi, delle procedure, dei programmi, operando per una continua innovazione delle realtà, attraverso anche il raffronto con le altre realtà sanitarie regionali. Tali dati (*flow-charts*) devono rispecchiare, comunque: a) la flessibilità, intendendosi con questo concetto la possibilità che gli stessi devono essere raccolti e redatti in modo da valutare ed apportare miglioramenti concettuali che consentano un'opportuna valutazione dei fattori modificativi esterni ovvero di nuovi eventi che possano sopravvenire; b) la possibilità di integrarsi con altre procedure di lavoro, il che significa che il momento conclusivo di una determinata procedura di lavoro costituisce il momento di avvio di altre procedure o di parte di essa; c) la sequenzialità, che si sostanzia nella previsione di una successione ordinata di operazioni ed attività da svolgere e che deve prevedere l'esclusione di ogni inutile "ritorno".

La Funzione svolge, anche, attività di ricerca e di studio sulle problematiche generali e coadiuva con la Direzione Strategica nella predisposizione di documenti, anche esterni, attraverso un coordinamento di acquisizione di dati e informazioni necessarie a relazionare. Svolge ricerche, studi di fattibilità e sperimentazione di modelli innovativi di organizzazione e assicura il coordinamento aziendale di statistiche, di studi e di rapporti. In particolare, al Servizio per gli Affari Generali spetta il raccordo e la tenuta del Registro delle deliberazioni e delle Determine dirigenziali, la loro pubblicità e la definizione dei provvedimenti per la loro esecuzione, garantendo, altresì, i rapporti con il Collegio Sindacale, per il quale svolge anche le funzioni di segreteria. Il Servizio gestisce, inoltre, le attività di protocollo, arrivo e partenza della corrispondenza, la gestione delle Assicurazioni previste per le attività aziendali, nonché la gestione dell'accesso agli atti dell'Azienda e delle disposizioni in merito alla privacy. In ragione delle modifiche introdotte dal D. Lgs 97/2016, presso l'U.O.C.AA.GG. opera la figura del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza. La nuova disciplina è volta a unificare, in capo a un solo soggetto, le attività connesse con le normative relative all'anticorruzione e trasparenza, identificando entrambi i ruoli in un'unica funzione che in ambito aziendale deve ritenersi integrata anche dall'applicazione della normativa in materia di privacy.

U.O.C. Gestione degli Affari Legali e Contenzioso

L'attività aziendale si snoda attraverso processi sanitari, ma anche amministrativi, civilistici e di lavoro. La necessità di una Funzione Legale nasce, appunto, dal fatto di disporre, con notevole risparmio per eventuali ricorso all'esterno, opportuno soltanto in casi di particolare complessità o rilevanza scientifico-professionale, di professionisti esperti, che conoscono la vita interna e le procedure del sistema, oltre che garantire un contributo professionale di esperienza e contenuto. Un esame dell'eventuale contenzioso e le valutazioni, d'intesa con i servizi interessati, circa l'opportunità

di costituzioni e/o ricerca di eventuali soluzioni stragiudiziali e/o transattive o l'opportunità e la conseguente attivazione di contenzioso attivo, sono tra i compiti principali del servizio, cui spetta anche la rappresentanza e la difesa dell'Azienda dinanzi alle Magistrature competenti, l'attività di ricerca e di consulenza giuridico-amministrativa su problematiche di particolare rilevanza giuridica e quindi tali da non rientrare nelle specifiche competenze dei dirigenti richiedenti la consulenza, la gestione dei sinistri, in collaborazione con gli altri servizi competenti. La Funzione costituisce il supporto alla Direzione Generale nella trattazione, con le Istituzioni competenti, di problematiche giuridico-legali di interesse aziendale (Regione Campania, Corte dei Conti, Procura della Repubblica, Comune, Organi di Polizia Giudiziaria, Enti Sanitari, ecc.), curando le relazioni con l'Autorità giudiziaria in ordine a provvedimenti notificati all'Azienda con predisposizione degli atti necessari alla tutela della posizione degli interessi aziendali. L'Azienda farà riferimento, come utili criteri applicativi ove compatibili, alle normative di cui al D. Lgs n.28/2010 in materia di mediazione per le Pubbliche Amministrazioni, sulla base anche della circolare n.9/2012 del Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza Consiglio dei Ministri.

U.O.C. Gestione delle Risorse Umane

Nel comparto del Servizio Sanitario Nazionale, il costo del personale costituisce la maggiore percentuale dell'intera spesa, tanto da aver dato luogo a processi di blocco del *turn-over* e a provvedimenti intesi a contenere, se non a comprimere, i dati relativi. Data la relativa entità e l'incidenza della stessa nella composizione dei fattori di costo, assume particolare e decisiva importanza un'adeguata ed accorta politica di programmazione, reclutamento e gestione del personale, per il quale, quindi, risulta importante una corretta definizione di ruoli e funzioni, un controllo delle attività che comportano impegni economici, una applicazione corretta e rispettosa delle indicazioni regionali e nazionali degli istituti contrattuali, tenuto peraltro presente che, in ragione della varietà dei rapporti, occorre gestire una serie di contratti nazionali, diversificati fra le varie categorie di professionisti che operano, a vari livelli, nell'Azienda.

La unità operativa, quindi, cura lo stato giuridico ed economico del personale dell'Azienda, ovvero di tutte le "risorse umane" che operano all'interno e per le strutture aziendali, riferite a varie tipologie di collegamento e di rapporto con l'azienda stessa. Cura, quindi, tutti gli adempimenti connessi alla fase di acquisizione delle "risorse umane" secondo le varie tipologie di selezione e tenute presenti le caratteristiche del rapporto, disciplinato oltre che dalle norme di reclutamento da vari contratti nazionali di lavoro (Dirigenza Medica, Dirigenza sanitaria non medica, dirigenza amministrativa, tecnico e professionale, comparto medicina di base, medicina di continuità assistenziale, medicina specialistica, pediatri di libera scelta ed altre tipologie che riportano a convenzioni, progettualità, rapporti occasionali) e la disciplina conseguente del rapporto, della modificazione, della cessazione, curando la tenuta dei fascicoli personali e la gestione economica del rapporto durante il suo svolgimento.

Lo sviluppo dell'informatica, correlato alla dematerializzazione del lavoro, spinge ad una maggiore attenzione alla crescita professionale ed alla formazione delle risorse umane che diventa aspetto fondamentale di crescita e di investimento dell'azienda. Pertanto, oltre ai compiti specifici propri della gestione del personale (giuridica ed economica), la funzione attuerà progetti connessi con lo sviluppo degli operatori, in collaborazione con la funzione per la Formazione.

U.O.C. Gestione Acquisizione beni e servizi ed Economato

La gestione dei processi di programmazione delle acquisizioni di beni e servizi e quella delle fonti e dei programmi di investimento tecnologico, assumono particolare rilievo nella valutazione dell'efficienza e anche dell'efficacia dell'attività sanitaria. Le regole di programmazione degli approvvigionamenti e le criticità connesse con gli acquisti di tecnologie sempre più sofisticate, di particolare criticità nel processo di erogazione delle prestazioni, non possono che essere determinate se non da una corretta attività di analisi del mercato. L'effettuazione di operazioni di *benchmarking* interno ed esterno e di indagini di mercato finalizzate all'acquisizione, all'aggiornamento ed alla qualificazione "professionalizzata" di conoscenze necessarie alla razionale ed economica gestione degli acquisti e delle forniture, costituiscono la linea di comportamento della Funzione, cui compete anche la vigilanza sulla regolare esecuzione dei contratti, sui collaudi ed sulle attestazioni di esatto adempimento delle forniture di beni per i quali la unità operativa ha emesso gli ordini curando anche le fasi preliminari dell'eventuale contenzioso. La tempestività, poi, con la quale vengono messe a disposizione degli operatori le necessarie risorse e la loro qualità contribuiscono a valutare i costi in rapporto ai benefici e all'efficacia dell'azione, contribuendo al risultato sostanziale della gestione aziendale. Con particolare riguardo alle disposizioni di cui all'art. 15 del D.L. 6 luglio 2012 n. 95 (legge n. 135/2012), nonché delle disposizioni regionali, occorre tener conto delle indicazioni in merito agli acquisti centralizzati tramite le centrali di acquisto nazionali e regionali. I processi saranno oggetto di specifica normazione interna all'Azienda, anche in ragione delle intervenute norme sulla trasparenza e sulla corruzione.

Il Servizio, inoltre, dovrà curare specifiche competenze che vanno dalla acquisizione di generi in economia secondo e nel rispetto del Regolamento di cui all'art. 256 del decreto legislativo 12.4.2006, n. 163 e successive modifiche e integrazioni, alla gestione e controllo delle manutenzioni dei beni mobili; dalla tenuta dell'inventario alla gestione dei magazzini economici, tenendo ben presenti le dimensioni e la collocazione dei presidi aziendali (*UOS Economato e logistica*). Anche tali processi saranno comunque oggetto di specifica normazione interna, anche in ragione delle norme sulla trasparenza e sulla corruzione. La struttura si avvale, per le tecnologie sanitarie, sia nei processi di acquisizione che di eventuali contrattistiche legate al materiale sanitario, delle competenze specifiche degli altri servizi aziendali, in special modo quelle affidate alla struttura di *Health Technology Assessment (HTA)*.

U.O.C. Servizio delle Attività tecniche e patrimoniali

La corretta gestione del patrimonio immobiliare dell'Azienda e dei suoi impianti, tecnici e sanitari, costituisce momento sostanziale nella conduzione dell'attività. La Unità Operativa Complessa spazia, pertanto, nelle più svariate implicazioni che vanno dalla tutela del valore delle risorse, attraverso una corretta manutenzione, a quella della tutela per la sicurezza dei luoghi di lavoro, sia per determinare quelle condizioni di benessere che contribuiscono a motivare il personale, sia in termini di effettiva sicurezza, d'intesa con il Servizio Prevenzione e Protezione, sia per gli operatori che per i cittadini. La qualità percepita nasce anche dal contesto in cui le attività vengono offerte e si svolgono e contribuisce, molte volte, a determinare scelte che devono poi diventare efficaci per affermarsi nella loro validità. Inoltre, spetta all'Unità Operativa, gestire le procedure per l'aggiudicazione di appalti

relativi a manutenzioni ordinarie e straordinarie rientranti nei settori edile, impiantistico, progettazione, direzione lavori, contabilità, collaudi etc.; nella gestione e controllo delle manutenzioni degli immobili e degli impianti; nella organizzazione, direzione e controllo dei servizi tecnici e manutentivi affidati a terzi; nella progettazione, direzione lavori, contabilità, piani di sicurezza, autorizzazioni e concessioni etc. per interventi costruttivi, di manutenzioni straordinarie ed ordinarie relative ai settori edili e impiantistici.

Importante è, poi, il problema dei controlli di efficienza che può essere visto come un problema di individuazione di quella particolare funzione di produzione che consente, in un dato stadio dell'evoluzione tecnologica e dati i prezzi di mercato dei fattori produttivi, di procedere all'offerta dell'*output* sanitario programmato (e definito nel suo *mix* di casi specifici e di standards relativi di efficacia medica) con il consumo minore possibile di risorse. I controlli di efficienza non possono che concentrarsi nella ricerca di quella particolare combinazione fra *inputs* già acquisiti e fattori produttivi sui quali è possibile esercitare il controllo che consente, appunto, di minimizzare il costo a parità di efficacia dei servizi. Il tutto fino a che non risulti, economicamente e, soprattutto, in un concetto di rapida evoluzione scientifica, che il rapporto costo/beneficio debba prevedere una modifica dei processi produttivi. I processi saranno oggetto di specifica normazione interna all'Azienda, anche in ragione delle intervenute norme sulla trasparenza e sulla corruzione. Per le funzioni specifiche, il Servizio opera in collaborazione con la struttura di *Health Technology Assessment (HTA)*.

Nell'ambito delle attività, sarà costituito un G.O.I. per la manutenzione del patrimonio, mentre viene individuata apposita struttura (UOS) per la cura degli adempimenti connessi con i compiti per la prevenzione da incendi, di intesa con il Responsabile della U.O.C. Prevenzione e Protezione.

U.O.C. Servizio Informativo Aziendale

Il Sistema Informativo Aziendale è l'insieme delle informazioni prodotte, trasformate ed utilizzate durante l'esecuzione dei processi aziendali, delle modalità con cui esse sono gestite, delle risorse, sia umane che tecnologiche, coinvolte. La Regione Campania ritiene strategico il ruolo del Sistema Informativo Aziendale perchè esso produce la conoscenza dei fenomeni e degli eventi in maniera analitica, completa, accurata, tempestiva ed omogenea. Tale conoscenza costituisce il necessario presupposto per programmare ed organizzare un'offerta dei servizi efficace ed efficiente. I processi informatici della P.A. costituiranno, inoltre, l'elemento di impegno del Servizio nel prossimo triennio. Ovviamente, spetta al Servizio curare i collegamenti di rete aziendale per il trasferimento delle comunicazioni, dei dati e delle valutazioni aziendali, attraverso l'addestramento del personale sulle buone pratiche di sicurezza, enfatizzando quali siano i rischi di una gestione approssimativa della sicurezza. Il Servizio rinforza frequentemente le buone pratiche di sicurezza e ricorda le sanzioni in caso di inadempienza; governa il sistema di password e di protezione dei dati aziendali, sia ai fini della privacy che in ragione della dovuta riservatezza delle informazioni. Incrementa le funzioni attraverso la predisposizione di appositi programmi aziendali in grado di gestire al meglio le funzioni periferiche e quelle centrali, la raccolta dei dati epidemiologici e programmatici, ogni altra attività necessaria ed indispensabile per un miglioramento dei servizi.

Il CAD (Codice dell'Amministrazione Digitale) sancisce che gli uffici pubblici devono essere organizzati in modo che sia garantita la digitalizzazione dei servizi (art. 15 "Digitalizzazione e riorganizzazione"). Da tale indicazione consegue, per la Pubblica Amministrazione, anche l'obbligo di assicurare la continuità dei processi che presiedono alla erogazione dei propri servizi, quale presupposto per garantire il corretto e regolare svolgimento della vita nel Paese. Questa affermazione

assume particolare significato a fronte del sempre maggiore utilizzo delle tecnologie ICT nella gestione dei dati e dei procedimenti dei singoli enti, che rende necessario adottare tutte le iniziative tese a salvaguardare l'integrità, la disponibilità, la continuità nella fruibilità dei dati. Quando i dati, le informazioni e le applicazioni che li trattano sono parte essenziale ed indispensabile per lo svolgimento delle funzioni istituzionali di un ente/organizzazione, diventano un bene primario per il quale è necessario garantire salvaguardia e disponibilità, anche attraverso l'adozione di misure di sicurezza e di soluzioni atte a garantire la continuità di funzionamento dei sistemi informativi. La Continuità Operativa Generale dell'Organizzazione/Amministrazione è da sempre stata intesa come l'insieme delle attività e delle politiche adottate per ottemperare all'obbligo di assicurare la continuità nel funzionamento dell'organizzazione. Oggi l'impiego di procedure alternative di tipo tradizionale è quasi sempre insufficiente a garantire la continuità dei servizi, atteso il diffuso utilizzo delle tecnologie informatiche. Anche qualora il procedimento amministrativo appaia "non informatizzato", una fase del suo procedimento è stata assolta mediante applicazioni informatiche; inconvenienti di natura tecnica, pertanto, possono condizionare il normale svolgimento dei processi tradizionali, fino a comportare il blocco delle attività istituzionali anche per lunghi periodi. Come detto i dati, le informazioni e le applicazioni che li trattano sono ormai parte essenziale ed indispensabile per lo svolgimento delle funzioni istituzionali di un ente/organizzazione ed è necessario quindi garantirne la salvaguardia, la disponibilità, la sicurezza, unitamente a confidenzialità ed integrità: il tema della continuità operativa deve quindi essere parte integrante dei processi e delle politiche di sicurezza di un'organizzazione. In quest'ottica l'attuazione degli obblighi imposti dall'art. 50 bis del CAD conduce le Amministrazioni ad adottare un percorso complessivo in materia di sicurezza di tutta l'organizzazione, coerentemente con il quadro normativo richiamato, e può anche essere un'ottima occasione per rivisitare e razionalizzare le risorse dedicate. Il processo di dematerializzazione promosso dal CAD, che con le sue disposizioni ha trasformato da ordinatoria a perentoria l'azione di eliminazione della carta, comporta un incremento della criticità dei sistemi informatici, visto che non si può più contare su un backup basato sulla documentazione cartacea. Anche in questo quadro l'adozione di soluzioni di DR diviene un prerequisito indispensabile per garantire la continuità di svolgimento dei processi digitalizzati.

U.O.C. Gestione dei flussi finanziari ed economico-gestionale

Le procedure contabili ineriscono le modalità di rilevazione dei fatti aziendali, e rimandano, per le aziende sanitarie, in considerazione delle normative di settore applicabili, alle modalità di rilevazione economico-patrimoniale di cui alla disciplina codicistica, come integrata dalle decretazioni e normazioni statuali, ministeriali e regionali in campo sanitario e di contabilità pubblica, e di cui ai principi contabili nazionali ed internazionali, come peraltro riepilogate nei Decreti del Commissario ad Acta n. 14/2009 e n.60/2011. Nello specifico della realtà regionale, sussiste un'articolata produzione tecnico-normativa in materia, costituente l'insieme di adempimenti alla cui osservanza le aziende sanitarie sono inderogabilmente e puntualmente tenute. Conseguentemente, alla Unità Operativa economico-finanziaria, posta in relazione diretta con la Direzione Amministrativa Aziendale, è demandata l'adozione di idonee modalità procedurali ed operative che assicurino il rispetto pieno e puntuale di ogni aspetto e/o adempimento comunque prescritto e/o previsto nelle normative tutte vigenti, quale specifica disposizione costituente elemento imprescindibile per la valutazione di regolarità e completezza dell'attività aziendale. L'Unità Operativa, quindi, assume, quale principio generale, ed anche a livello di specifico regolamento contabile, e in ossequio alle specifiche esigenze contingenti, di assicurare che tutte le procedure contabili garantiscano e realizzino

il rispetto delle normative sopra richiamate e comunque i principi e procedure ed azioni intraprese dalla Regione indirizzate alla corretta applicazione di quanto previsto nei decreti/delibere regionali. Alla Unità Operativa è attribuito il compito di predisporre, elaborare, redigere i documenti di programmazione e bilancio in tutte le loro componenti (conto economico, stato patrimoniale e nota integrativa), in aderenza alle direttive della Direzione Generale, ai principi dell'ordinamento contabile e alle disposizioni del Regolamento di autonomia finanziaria. La funzione della Unità Operativa assume particolare rilevanza nella fase di monitoraggio degli impegni in relazione alle disposizioni, nazionali e regionali, in materia di contenimento delle spese, la correttezza delle procedure contabili, la tenuta dei documenti prevista, in particolare, nel decreto commissariale n. 14 del 30.11.2009, dotandosi, peraltro, l'Azienda di specifico regolamento contabile e garantendo il rispetto delle normative. I processi saranno oggetto di specifica normazione interna all'Azienda, anche in ragione delle intervenute norme sulla trasparenza e sulla corruzione. All'interno dell'unità operativa è individuata la funzione connessa con la definizione della gestione liquidatoria delle ex Unità Sanitarie Locali soppresse.

U.O.C. Programmazione, Controllo di Gestione e Valutazione

La gestione dell'Azienda è informata al ciclo programmazione – controllo – valutazione, in relazione alle linee programmatiche definite dalla Regione ed alla pianificazione strategica aziendale. I piani ed i programmi aziendali pluriennali sono sviluppati per esercizio di realizzazione e, successivamente, articolati rispetto al sistema delle responsabilità dirigenziali interne. Il budget è lo strumento fondamentale per l'articolazione dei piani e dei programmi aziendali in obiettivi annuali rispetto al sistema delle responsabilità interne. Attraverso tale strumento, sono assegnate le risorse umane e materiali ai Centri di Responsabilità individuati in seno ai Dipartimenti ed in capo alle Unità Operative Complesse ed alle Unità Operative Semplici di valenza Dipartimentale. Sempre attraverso il budget, al medesimo livello di responsabilità, sono oggetto di negoziazione gli obiettivi quantitativi e qualitativi da perseguire in coerenza con l'attuazione del Piano Attuativo e con le risorse assegnate. Gli obiettivi da assegnare a tali aggregazioni e le relative risorse necessarie per il loro perseguimento sono oggetto di specifica determinazione nell'ambito della negoziazione di budget. La programmazione annuale costituisce il primo *step* di riferimento operativo-gestionale, oltre che di spesa, rispetto al periodo triennale di pianificazione che trova invece esplicitazione nella pianificazione pluriennale, e come tale deve essere coerente e compatibile con la *mission* istituzionale attribuita alle aziende in sede di politica economico-sanitaria regionale.

Allo scopo di assicurare il sistematico monitoraggio degli obiettivi durante l'esercizio e la valutazione dei risultati conseguiti, l'Azienda predispose le condizioni tecniche, organizzative ed economiche per esercitare il controllo dell'attività e dell'assorbimento delle risorse rispetto alle articolazioni organizzative, le linee di produzione e i progetti identificati come Centri di Responsabilità. Al fine di garantire un costante monitoraggio dell'esercizio annuale, l'Azienda definisce, implementa ed utilizza, ai sensi dall'articolo 4 del decreto legislativo 286 del 30 luglio 1999 (riordino e potenziamento dei meccanismi e strumenti di monitoraggio e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati dell'attività svolta dalle amministrazioni pubbliche), le tecniche di controllo di gestione, predisponendo un sistema di contabilità analitica coerente con i diversi livelli di responsabilità previsti dal modello organizzativo, assicurando, in particolare, l'adozione di strumenti e modalità di controllo che consentano l'utilizzazione dello strumento oltre la sfera di mera valutazione economica dell'efficienza gestionale, a supporto esclusivo della direzione generale, per evolvere invece verso una connotazione dello strumento di controllo che assuma funzioni più dinamiche, di supporto

metodologico ed operativo alla direzione aziendale ed ai vari livelli in cui essa si articola, nella gestione del processo di programmazione e controllo.

Inoltre, verrà progettato, sviluppato ed utilizzato il proprio sistema informativo-informatico e le relative banche dati, in modo da consentire la realizzazione di tale processo. Il sistema informativo aziendale deve necessariamente essere in grado di garantire la congruenza e la certificabilità dei dati su cui il sistema informativo di controllo di gestione andrà ad effettuare le proprie attività. Il sistema informativo del Controllo di Gestione, infatti, dovrà utilizzare le informazioni strutturate e validate dai responsabili di ciascuna delle procedure integrate di cui è composto il sistema informativo aziendale, rese disponibili in tempo utile ed in modalità automatica.

All'interno dell'Unità Operativa opera, inoltre, gruppo di lavoro a supporto dell'Organismo Indipendente di Valutazione delegato a svolgere le funzioni di valutazione e controllo strategico, ai sensi delle norme vigenti in materia, per i dirigenti e per il personale del comparto destinatario di incarichi di coordinamento e di posizione organizzativa.

U.O.C. Segreterie della Direzione Strategica e degli altri Organi e Organismi Aziendali – Comunicazione

Garantire l'andamento di tutte le attività di segreteria della Direzione Generale, della Direzione Sanitaria, della Direzione Amministrativa, del Collegio di Direzione e degli altri Organismi aziendali costituisce una delle funzioni più delicate, in ragione sia della quantità dei processi che attraversano l'attività di tali uffici, sia per la complessità e la particolarità delle decisioni. L'Unità Operativa cura la verbalizzazione delle sedute degli Organi collegiali dell'Azienda e ne assicura la relativa custodia e archiviazione, garantendo il corretto e tempestivo esercizio degli adempimenti connessi. Cura, inoltre, gli adempimenti connessi alle interpellanze, interrogazioni e notizie richieste da Organi istituzionali esterni, d' intesa con il Direttore Sanitario e Amministrativo secondo le rispettive competenze, assicura gli adempimenti connessi alla corrispondenza, alla segreteria telefonica e alla gestione degli appuntamenti; cura per il tramite dell'Ufficio Stampa aziendale la rassegna stampa quotidiana e periodica, i rapporti con gli Organi di Stampa e di informazione, in ordine ai diversi momenti di sviluppo della realtà Aziendale nel suo divenire.

Alla struttura compete, anche, il coordinamento della Comunicazione aziendale istituzionale che rappresenta uno dei terreni su cui si gioca la sfida del cambiamento. I mutamenti nella struttura sociale hanno portato a nuove configurazioni nei rapporti interni alla società che attivano una domanda di relazione più personalizzata e richiedono alle istituzioni la capacità di fornire risposte sempre più complesse, estese e differenziate. Nel contempo una più diffusa consapevolezza dei diritti di cittadinanza modifica la relazione tra cittadini e amministrazioni.

Comunicare con i cittadini in maniera studiata, meditata ed integrata stimola la percezione e trasmette l'idea di una struttura organizzativa che funziona e che agisce in maniera coordinata. Per questo le attività di comunicazione accompagnano le strategie dell'organizzazione e si configurano come uno strumento del *policy making* in tutte le sue fasi, dalla individuazione dei problemi fino alla valutazione degli impatti prodotti dalle azioni amministrative.

Ogni dipendente deve poter essere messo nelle condizioni di conoscere i programmi della propria azienda e individuare il senso del proprio ruolo e lavoro all'interno di questi programmi. Perciò la comunicazione interna deve rendere espliciti, nell'organizzazione, i diversi apporti ma, soprattutto, ne deve valorizzare le integrazioni. Si tratta di rendere riconoscibile il ruolo di ciascuno ma anche di comunicare come tutti concorrono al raggiungimento delle sfide strategiche e degli obiettivi operativi che l'azienda si è data. Ciò è possibile attivando tipologie di comunicazione interna basate su processi

di condivisione delle conoscenze e rispondenti a logiche differenti, che vanno ad incidere sul ruolo di appartenenza:

- strategia dell'informazione per guidare il personale dipendente (informare per guidare);
- strategia dell'informazione per motivare il personale dipendente (informare per motivare);
- strategia della comunicazione per cambiare l'organizzazione (comunicare per cambiare).

Al fine di garantire livelli di comunicazioni uniformi, **l'Azienda predispone annualmente il Piano di Comunicazione**. Il Piano di comunicazione è uno degli strumenti in grado di coniugare strategie, obiettivi, destinatari, azioni e strumenti di comunicazione secondo un disegno organico e razionale.

In questa accezione, dunque, il piano di comunicazione aiuta il governo della comunicazione nel senso che ne consente la finalizzazione (perché comunicare), ne individua gli attori (chi comunica e a quali destinatari), ne indica i prodotti (cosa si deve realizzare), ed indica con quali strumenti e con quali risorse si deve effettuare. Il piano di comunicazione è, quindi, uno strumento che consente di programmare e gestire le azioni di comunicazione per il raggiungimento di specifici obiettivi strategici e di comunicazione dell'azienda.

Altro aspetto da evidenziare fortemente nel piano di comunicazione aziendale è quello relativo agli strumenti di ICT - Tecnologie dell'informazione e della comunicazione.

La diffusione dei supporti tecnologici, con un riferimento particolare alle tecnologie informatiche, ha aumentato di gran lunga le potenzialità offerte dalla comunicazione in termini di capillarità di velocità di diffusione del messaggio. Pertanto, nel Piano di Comunicazione devono essere previsti lo sviluppo di varie soluzioni tecnologiche per scambiare informazioni e attivare relazioni, sia all'interno dell'Azienda, sia con i cittadini.

Compiti e funzioni delle singole Unità Operative saranno analiticamente indicati nel Regolamento dei Servizi Centrali di programmazione e gestione che l'Azienda si riserva di adottare nei termini previsti dal DCA n. 18 del 2013.

Attività amministrative periferiche - Area di coordinamento

La notevole articolazione territoriale (13 Distretti e 12 Presidi Ospedalieri), definita in ragione dell'ampiezza e della particolare situazione orografica del territorio aziendale, con notevoli difficoltà di collegamento, ha determinato la necessità di prevedere strutture di coordinamento delle attività amministrative che abbiano competenza in materia di organizzazione e gestione dei servizi amministrativi ospedalieri e territoriali, disponendo anche in materia di gestione delle specifiche risorse umane, al fine di consentire il miglioramento e la completa esecuzione dei processi amministrativi, il puntuale adempimento degli obblighi contabili e di reportistica, nonché la complessiva qualificazione in termini di soddisfacimento dei bisogni dell'utenza, in particolare nella gestione dei front office. Una struttura che razionalizzi le procedure amministrative, che assicuri il corretto ed efficiente funzionamento delle casse ambulatoriali e prenotazioni e recepisca e garantisca l'attuazione in ambito presidiario dei mutamenti organizzativi adottati dall'Azienda, assicurando l'efficiente funzionamento dei servizi logistici di Presidio, si presenta indispensabile in una situazione così complessa. L'articolazione delle direzioni e dei coordinamenti amministrativi dei presidi ospedalieri e dei distretti, oltre che dei Dipartimenti strutturali, quali quello di Prevenzione, della Salute mentale e delle Dipendenze, oltre alla gestione delle attività logistiche collegate agli Ospedali di Comunità, alle Residenze Sanitarie, agli Hospice e alle altre strutture aziendali, è riportata nell'Atto Aziendale. Una figura di Coordinamento di tali attività consente di disporre di un punto di riferimento e di un interlocutore unico con la dimensione centrale, capace di diramare, controllare e definire le disposizioni, valutare le criticità e proporre soluzioni. Il Coordinatore sarà scelto tra i titolari di incarico di Unità operativa complessa, con provvedimento del Direttore Amministrativo; l'incarico ha la durata di anni due, prorogabili per una sola volta. Al Coordinatore verrà riconosciuto un incremento della indennità di posizione variabile, determinato nell'apposito Regolamento aziendale. Nel Regolamento per la Disciplina dei Servizi Amministrativi, saranno dettagliati i compiti della Funzione.

AREA DI COORDINAMENTO DELLE ATTIVITA' AMMINISTRATIVE PERIFERICHE	
UU.OO.CC.	
Direzione Amministrativa Ospedale di Nocera Inferiore	<i>A tale direzione fanno capo, con idonea organizzazione, le attività amministrative degli ospedali di Pagani e Scafati e del Distretto n. 60,</i>
Direzione Amministrativa Ospedale di Sarno	<i>A tale direzione fanno capo, con idonea organizzazione, le attività amministrative dei distretti n. 61 e n. 62</i>
Direzione Amministrativa Distretto n. 66	<i>A tale direzione fanno capo, con idonea organizzazione, le attività amministrative dei distretti n. 63 e n. 67</i>
Direttore Amministrativo Dipartimenti Strutturali	<i>A tale direzione fanno capo, con idonea organizzazione, le attività amministrative dei Dipartimenti di Prevenzione, di Salute Mentale e delle Dipendenze</i>
Direzione Amministrativa Ospedali di Eboli e Battipaglia	<i>A tale direzione fanno capo, con idonea organizzazione, le attività amministrative di Attività amministrative dell'Ospedale di Oliveto Citra e dei Distretti n. 64, n. 65 e n. 68</i>
Direzione Amministrativa Ospedale di Vallo della Lucania	<i>A tale direzione fanno capo, con idonea organizzazione, le attività amministrative degli Ospedali di Agropoli e Roccadaspide e dei Distretti n. 69 e 70</i>
Direzione Amministrativa Ospedale di Sapri	<i>A tale direzione fa capo, con idonea organizzazione, l'attività amministrativa del Distretto n. 71</i>
Direzione Amministrativa Ospedale di Polla	<i>A tale direzione fa capo, con idonea organizzazione, l'attività amministrativa del Distretto n. 72</i>

Al fine di rendere operativamente possibile il compito dei Direttori Amministrativi responsabili di struttura complessa, si precisa che in ciascuna delle unità periferiche sarà assegnato un dirigente o, in mancanza, un collaboratore con specifica posizione organizzativa.

Nel Regolamento per le indicazioni analitiche dei compiti, delle competenze e del funzionamento dei Servizi Centrali dell'area amministrativa, saranno definite anche le competenze e i compiti dei servizi amministrativi decentrati e le modalità di raccordo con le strutture centrali.

Area della Direzione Sanitaria Aziendale

Alla Direzione Sanitaria Aziendale spetta il governo clinico dei percorsi assistenziali, la cui organizzazione, per macro aree, costituisce l'elemento di intervento sui processi di salute e la cui integrazione è deputata al raggiungimento dell'obiettivo finale di tutela del benessere. Per operare in questo senso, alla Direzione Sanitaria Aziendale fanno riferimento aggregazioni di Servizi centrali che costituiscono momenti di intervento, anche non direttamente assistenziale, di supporto alla programmazione e alla definizione di percorsi, nonché specifici Dipartimenti, alcuni strutturali e obbligatori, altri funzionali, di riferimento territoriale od ospedaliero, ovvero integrati, i quali sono riferiti ai tre momenti principali di intervento (prevenzione, cura e riabilitazione) e trovano nella Direzione Sanitaria Aziendale il momento unico di governo che, sulla base dei dati di attività, di quelli epidemiologici, dei bisogni emersi, della domanda di salute e degli obiettivi fissati dal Piano nazionale e dal Piano Regionale, provvede a valutare i risultati, proporre le scelte, definire i programmi, controllare i risultati.

In particolare, la Direzione Sanitaria indica le linee di attività, fornendo alla Direzione Generale tutti gli elementi per l'adozione dei giusti provvedimenti.

Alla Direzione Sanitaria Aziendale fanno, quindi, riferimento:

1. Il Dipartimento del Governo clinico;
2. Il Dipartimento di Prevenzione;
3. Il Dipartimento di Salute Mentale;
4. Il Dipartimento delle Dipendenze;
5. Il Dipartimento Farmaceutico;
6. I Dipartimenti di assistenza territoriale e integrata;
7. I Dipartimenti Ospedalieri.

La organizzazione e la strutturazione dei servizi di emergenza-urgenza, riportati in un **Dipartimento specifico (DIE – Dipartimento Integrato per l'Emergenza)**, dovrà tener conto, successivamente, della possibilità di un processo interaziendale, in ragione anche della nuova organizzazione regionale che ha previsto specifica struttura, affidata ad un Direttore Generale, con il compito di costituire una rete di emergenza efficiente ed efficace. Quello dell'emergenza, specialmente per le aree non metropolitane, costituisce il primo necessario ed indispensabile intervento a favore dei cittadini residenti. La estrema parcellizzazione delle popolazioni periferiche su un territorio poco popolato e non bene servito, il sovraffollamento, per alcuni periodi, delle zone costiere e di vacanza, sono elementi che occorre tenere in debito, prioritario conto, costituendo uno degli obiettivi principali, sia regionali che aziendali.

Fanno riferimento, altresì, alla Direzione sanitaria Aziendale alcuni coordinamenti di specifici percorsi individuati nei provvedimenti regionali o strumentali ad un buon governo dell'intero sistema.

DIPARTIMENTO GOVERNO CLINICO	
UU.OO.CC.	UU.OO.SS.
Medicina valutativa, legale e assicurativa	
Coordinamento socio-sanitario	<i>Programmazione integrata PDZ/PAT</i>
Servizio professioni sanitarie	
Sicurezza dei pazienti e gestione rischio clinico	
Servizio di Prevenzione e Protezione	
Formazione e Aggiornamento	<i>Coordinamento dei corsi di laurea professioni sanitarie</i>
Assistenza primaria (MMG-PLS-Specialisti ambulatoriali)	
Assistenza accreditata (Strutture di ricovero, attività di riabilitazione, attività specialistiche)	
Percorsi Integrati Ospedale-Territorio	
	UU.OO.SS.DD.
	Servizio Ispettivo e NOC
	Analisi e monitoraggio dei percorsi assistenziali e del governo dei LEA e dell'appropriatezza delle cure
	Valutazione tecnologie sanitarie
	Esame e valutazione dell'attività e dei risultati – CUP – Liste di attesa – ALPI
	Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP)
	Rapporti con le Associazioni di volontariato

AREA FUNZIONALE DI STAFF DELLA DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE	
U.O.C. Area integrata della Fragilità	
G.O.I. “Salute pubblica animale per il miglioramento della salute umana”	
G.O.I. “Il Governo della rete diabetologica”	

Funzioni e organizzazione interna dei singoli servizi, trovano maggior dettagli in apposito Regolamento da adottare nei termini previsti dal DCA n. 18 del 2013.

U.O.C. Medicina Valutativa, Legale e assicurativa

L'Area "Medicina Legale" ha il compito di assicurare il governo tecnico ed il corretto svolgimento delle attività certificative medico-legali, sia collegiali sia individuali, riportando ad unitarietà la loro gestione e realizzando il più efficace ed efficiente impiego delle risorse. L'Unità Operativa di Medicina Valutativa, Legale ed Assicurativa si occupa dell'espletamento di attività di medicina necroscopica, ivi compresa l'attività di riscontro diagnostico e di partecipazione alle Commissioni per l'accertamento della morte encefalica. L'Unità operativa fornisce un supporto tecnico specialistico medico-legale a tutte le strutture dell'Azienda, nel rispetto delle strategie di quest'ultima, delle esigenze cliniche ed assistenziali, e dei principi di efficienza, efficacia e sicurezza, anche in relazione all'attività istruttoria con formulazione di parere medico-legale nel merito delle richieste di risarcimento danni avanzate nei confronti dell'Azienda, indicazioni sull'acquisizione del consenso informato, sulla tenuta delle cartelle cliniche e della documentazione sanitaria, sulla responsabilità professionale. La struttura fornisce pareri medico-legali collegiali a richiesta della Corte dei Conti per contenziosi in materia pensionistica e, ove richiesto, il necessario supporto alla Direzione Aziendale per tematiche relative alla cosiddetta responsabilità oggettiva dell'Ente.

Inoltre, la Unità Operativa svolge attività di consulenza sui temi di medicina legale che attengono alle diverse normative esistenti ed alle problematiche quotidiane che nascono dalla concreta esperienza relativa alle prestazioni sanitarie ("medicina legale clinica"). Collabora alle iniziative della Struttura di Formazione per le tematiche di competenza medico-legale, in particolare sugli aspetti etico-deontologici e giuridici della responsabilità professionale e procede ad un'analisi sistematica delle esperienze relative alla gestione medico-legale dei casi di responsabilità professionale assegnati, al fine di ridurre l'incidenza degli stessi. Procede, ancora, ad una implementazione delle banche dati relative ai sinistri e agli eventi avversi occorsi ai pazienti, analizzando i dati raccolti e programmando, con l'Unità Operativa di Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico, coordinando ed attuando modelli organizzativo-comportamentali e/o specifici interventi finalizzati alla prevenzione di eventi avversi, a tutela della sicurezza dei pazienti. La valutazione del danno alla persona nei vari settori della medicina legale si è notevolmente ampliata ed è stata oggetto di profondi e radicali mutamenti. Nell'ambito della responsabilità civile si sono avute notevoli diversificazioni delle voci di danno risarcibili/indennizzabili, con sensibili innovazioni in tema di tabellazione della invalidità, di considerabilità delle lesioni e di procedure nell'espletamento delle consulenze tecniche di ufficio. Notevoli mutamenti valutativi hanno anche interessato il settore delle responsabilità professionale medica, con riferimento -tra l'altro- alla causalità omissiva, alla valenza degli atti informativi al paziente, agli oneri probatori, al grado della colpa, alla tipologia delle obbligazioni. Ciò tanto per fermenti di dottrina, quanto per incessante evoluzione giurisprudenziale ed iniziali interventi legislativi. Anche in tema di previdenza sociale si è assistito ad una profonda trasformazione con l'introduzione del danno biologico lavorativo, l'individuazione di nuove forme di patologie professionali, la considerazione delle patologie multifattoriali. D'intesa con i Direttori dei Distretti, si provvederà a delineare, in sede periferica, le attività connesse con la presente Funzione, da definire nell'ambito dell'articolazione organizzativa distrettuale che dovrà garantire il rilascio delle certificazioni previste, con attività territoriali ed ambulatoriali.

U.O.C. Coordinamento socio-sanitario

L'Azienda cura il coordinamento con i Piani di Zona, al fine di definire ed attuare gli interventi sociali ad alto impatto sanitario. E' preposto al governo di tale funzione, il Responsabile del Coordinamento socio-sanitario che, supporta la direzione strategica e le strutture dipartimentali e distrettuali nella *governance* dei processi gestionali e professionali che sottendono all'intero sistema socio-sanitario. L'Azienda istituisce, per tale funzione, una Unità Operativa dedicata, che fa capo ad una idonea struttura organizzativa. La struttura è dedicata ad aggregare tutte le attività assistenziali socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria, individuate dal DLgs 229/99, dal DPCM 14.02.01 e dal DPCM 29.11.01 e successive indicazioni regionali e ministeriali, e costituenti nel loro insieme l'Area Socio-Sanitaria ad Elevata Integrazione Sanitaria (materno-infantile, anziani, disabili fisici, psichici e sensoriali, salute mentale, dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezione da HIV, patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative, assistenza ai detenuti affetti da dipendenza o disturbi mentali). Ciò anche al fine di promuovere una integrazione operativa tra le stesse, una cultura e una metodologia del lavoro integrata. La struttura, inoltre, partecipa alla formulazione dei protocolli relativi alla "dimissione socio-sanitaria protetta", e partecipa a quelli relativi all'ADI; svolge funzioni di programmazione, indirizzo e coordinamento delle attività socio-sanitarie ad elevata integrazione (con particolare riferimento ai LEA socio-sanitari) e delle attività socio-sanitarie in favore di immigrati e senza fissa dimora; concorre, in collaborazione con le altre articolazione aziendali e comunali, all'analisi dei bisogni socio-sanitari (e, in particolare, delle disuguaglianze sociali, al monitoraggio delle attività socio-sanitarie, alla costruzione di un Sistema Informativo Socio-Sanitario Integrato); cura, in particolare, il livello organizzativo, gestionale ed operativo della integrazione socio-sanitaria territoriale, avvalendosi degli Uffici Socio-Sanitari distrettuali; partecipa all'Ufficio di Piano, dove rappresenta il livello centrale aziendale, unitamente con i Direttori dei Distretti che sottoscrivono il PDZ per la parte afferente al proprio distretto. E' indispensabile infine un collegamento organico (informatico, cartaceo, operativo) tra gli ospedali e la rete dei servizi socio-sanitari territoriali, anche attraverso l'istituzione dei protocolli della "dimissione socio-sanitaria protetta": allorché un paziente con determinate caratteristiche viene dimesso dall'ospedale vi è la necessità della preparazione tra ospedale e rete dei servizi territoriali di un piano personalizzato congiunto di assistenza territoriale. Particolare attenzione verrà data alle modalità di accesso alle prestazioni e alla integrazione delle attività sanitarie e socio-sanitarie (**U.O.S. Programmazione Integrata PDZ/PAT**). Le modalità di accesso ai servizi sanitari si traducono, di norma, in una richiesta di prestazioni disponibili, spesso non supportata da una consapevole domanda o analisi del bisogno non espresso. Governare l'accesso e la valutazione del bisogno è premessa necessaria per organizzare la "presa in carico" e l'erogazione; pertanto, adottare percorsi unitari ed integrati di accesso è una scelta vincente, non solo per garantire l'appropriatezza, ma anche per l'equità di distribuzione delle risposte e dell'accesso sull'intero territorio aziendale. L'obiettivo è, quindi, quello di promuovere un modello di integrazione dell'accesso ai servizi sanitari e socio-sanitari allo scopo di orientare i soggetti, promuovere la capacità di scelta informata, realizzare percorsi territoriali che permettano di promuovere percorsi assistenziali di tipo domiciliare rispetto alla residenzialità, innalzare la capacità di risposta del sistema sanitario regionale ai bisogni del cittadino, implementare progetti personalizzati per la presa in carico integrata sistema sanitario - sistema sociale, favorire la continuità dei percorsi assistenziali. La PUA rappresenta quindi l'anello operativo strategico per il recepimento unitario della domanda per tutti i servizi sociali e sanitari a gestione integrata e compartecipata. In un'ottica di integrazione gestionale la PUA deve essere normata a livello locale anche mediante un Regolamento congiunto Ambito Territoriale/ASL che

deve prevedere un meccanismo di coordinamento automaticamente attivato ogni qual volta una richiesta di accesso da parte del cittadino interessato o una segnalazione da parte di terzi pervenga ad uno dei punti della rete formale. Sono previste articolazioni distrettuali, per le quali, d'intesa con i Direttori dei Distretti, si provvederà a delineare, in sede periferica, le attività connesse, tenuti presenti anche gli eventuali adeguamenti a successive normative.

U.O.C. Servizi delle professioni sanitarie infermieristiche, della riabilitazione e delle altre professioni tecnico-sanitarie e professionali

Al fine di dare compimento a quanto previsto dalle indicazioni della legge del 10 agosto 2000 n. 251 e dalla Legge Regionale del 10 aprile 2001 n. 4, e per valorizzare tutte le professioni sanitarie, le Aziende devono provvedere alla costituzione dei Servizi delle professioni infermieristiche e ostetriche, delle professioni della riabilitazione, delle professioni tecnico sanitarie e delle professioni di tecnico della prevenzione. Tali servizi devono espletare le funzioni individuate dai regolamenti regionali e dalle altre norme in materia e devono utilizzare metodologie di pianificazione per obiettivi al fine di assicurare una adeguata risposta ai bisogni di salute dei singoli e della collettività mediante l'ottimizzazione, il coordinamento ed il controllo della qualità delle prestazioni delle professioni.

L'Azienda Sanitaria Locale Salerno, pertanto, istituisce i seguenti Servizi:

- C. Servizio infermieristico e ostetrico con a capo un Dirigente;***
- D. Servizio Tecnico-Sanitario con a capo un Dirigente;***
- E. Servizio Tecnico Riabilitativo con a capo un Dirigente;***
- F. Servizio Tecnico della Prevenzione con a capo un Dirigente;***
- G. Servizio Sociale Professionale con a capo un Dirigente.***

I compiti dei dirigenti dei servizi di cui sopra, prevedono il concorso, per gli aspetti di competenza, all'individuazione e realizzazione degli obiettivi individuati dalla Direzione Generale e Strategica per la programmazione, organizzazione, gestione, verifica e controllo dell'erogazione delle prestazioni proprie della specifica area professionale legate alla promozione della salute, prevenzione, cura e riabilitazione; per questo, si richiama integralmente quanto specificatamente contenuto nel regolamento di attuazione della Legge Regione Campania in premessa richiamata e cioè il D.G.R.C. n. 336/2003. I servizi centrali delle professioni sanitarie sono a loro volta collegati in LINE con i Servizi Infermieristici e delle altre Professioni Sanitarie e Sociali a livello Ospedaliero, Distrettuale, Dipartimentale e di Unità Operativa o Servizio – Servizi cui è preposto personale anche con incarichi di posizione organizzativa, di coordinamento o di specifica individuazione in ambito contrattuale. Gli incarichi dei dirigenti dei servizi delle professioni sanitarie sono conferiti attraverso le procedure concorsuali vigenti.

U.O.C. Sicurezza dei pazienti e gestione rischio clinico

Nell'ambito dell'Atto Aziendale viene prevista l'adozione di un sistema organico di azioni tese a conoscere, prevenire e ridurre i rischi nelle varie attività, compresa l'attività di radioprotezione in ottemperanza al D.lgs. n. 187/2000 che deve, pertanto, diventare prassi ordinaria della gestione aziendale e del governo clinico. Anche al fine di dare piena attuazione all'art. 1, comma 6, del D.lgs. n. 299/99 in materia di appropriatezza ed economicità della gestione aziendale e delle prestazioni assistenziali, viene prevista la figura del **"risk manager"**, al fine di garantire la sicurezza della pratica medica. Il *risk manager* assume la responsabilità diretta delle iniziative aziendali sull'argomento; risponde inoltre del rispetto dei debiti informativi nei confronti del Ministero della Salute. Il Ministero della Salute, con decreto dell'11 dicembre 2009, ha istituito nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) il Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES), con l'obiettivo di raccogliere le informazioni relative agli eventi sentinella (eventi avversi di particolare gravità, che causano morte o gravi danni al paziente e che determinano una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del Servizio Sanitario), ed alle denunce dei sinistri su tutto il territorio nazionale, consentendo la valutazione dei rischi ed il monitoraggio completo degli eventi avversi. Il controllo del rischio clinico, sia con riferimento agli eventi sentinella che alle infezioni ospedaliere che ad ogni altro fattore comunque connesso, costituisce, unitamente al contenzioso conseguente, elemento di valutazione delle performance del Direttore generale e, ove incidente sulla funzione esercitata, deve essere considerato elemento di valutazione dei dirigenti aziendali. L'Azienda nell'atto aziendale istituisce per tale funzione una unità operativa dedicata che fa capo ad una idonea struttura organizzativa.

Alla unità complessa fa riferimento anche la **Fisica Sanitaria**, che svolge nell'ambito dell'Azienda Sanitaria Locale attività di progettazione, controllo e gestione attinenti alla fisica medica, con un riguardo particolare all'impiego delle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti. L'Ufficio cura principalmente le problematiche e le innovazioni legate a: Radioprotezione - Fisica della Radiodiagnostica - Fisica della Radioterapia - Fisica della Medicina Nucleare. Le attività svolte in questi ambiti spaziano dalla sicurezza radiologica del personale e dei pazienti, alle tecniche di ottimizzazione dell'immagine radiologica, alla valutazione della dose di radiazioni al paziente. Alcune di queste attività (radiotossicologia, valutazione della dose, radioprotezione, controlli di qualità) sono offerte anche come servizio o in convenzione a utenti esterni. Per un Piano di riqualificazione dell'assistenza e di riequilibrio economico-finanziario, l'Azienda si dota, inoltre, di una **Ingegneria Clinica - Technology Assessment (UOS Valutazione delle tecnologie sanitarie)** impiegando competenze tecniche e professionali, che intervenga con parere motivato su tutte le proposte di acquisizione onde evitare l'introduzione di tecnologie il cui impiego sia sprovvisto di sufficiente evidenza scientifica o rappresenti una duplicazione di attrezzature già esistenti ma non pienamente utilizzate e che allo stesso gruppo venga attribuito il ruolo di vigilare, in collaborazione con i professionisti coinvolti, sull'uso appropriato, anche in relazione al rapporto costo-beneficio, delle tecnologie disponibili. L'assicurazione della manutenzione è, comunque, fondamentale in quanto garantisce la efficienza ed efficacia delle apparecchiature biomediche in uso. Il piano per la manutenzione delle apparecchiature deve tenere conto: - delle indicazioni relative alla sicurezza; - delle indicazioni sulla manutenzione contenute nei manuali di servizio; - delle indicazioni contenute nelle normative tecniche relative alla sicurezza e al mantenimento in uso secondo gli standard di funzionalità. Il piano di manutenzione generale deve essere articolato sulla base delle criticità dell'apparecchiatura biomedica per il risultato essenziale, distinguendo tra manutenzione correttiva, preventiva e controlli periodici di sicurezza e funzionalità. Esso deve essere documentato per

ciascuna apparecchiatura biomedica e reso noto ai diversi livelli operativi per consentire lo svolgimento dei compiti attribuiti al singolo operatore. E' importante che la documentazione tecnica relativa alle singole apparecchiature, fornita al momento dell'acquisto, sia a corredo dello strumento e conservata in modo da essere facilmente rintracciabile dal responsabile della manutenzione.

U.O.C. Servizio di Prevenzione e Protezione

L'Azienda considera la salute e la sicurezza nei propri luoghi di lavoro come parte integrante della gestione aziendale. La responsabilità della gestione della Sicurezza sui luoghi di lavoro riguarda l'intera organizzazione aziendale, dal Datore di Lavoro sino ad ogni lavoratore, ciascuno secondo le proprie attribuzioni e competenze. A tal fine la Direzione Strategica si riferisce ai seguenti principi ispiratori:

- il rispetto della legislazione e degli accordi applicabili alla sicurezza sui luoghi di lavoro;
- il miglioramento continuo e la prevenzione;
- la sensibilizzazione e la formazione del personale per svolgere i propri compiti in sicurezza e per assumere le proprie responsabilità in materia di sicurezza;
- il coinvolgimento e la consultazione dei lavoratori, anche attraverso i loro rappresentanti per la sicurezza;
- il riesame periodico della politica di sicurezza;
- la definizione e la diffusione all'interno dell'Azienda degli obiettivi di SSL e dei relativi programmi di attuazione.

Per la piena ed efficace attuazione del dettato normativo, è prevista l'organizzazione del ***Servizio prevenzione e protezione*** (art. 31 del D. Lgs. 81/08) quale ***Unità Operativa Complessa***. Il Servizio è utilizzato dal Direttore Generale, quale datore di lavoro, con i compiti attribuiti dall'art.33 del D. Lvo n. 81/08 e s.m.i. e svolge la funzione di "consulente" tecnico del medesimo e, più in generale, dell'Azienda in merito alla corretta applicazione delle normative in vigore in tema di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro.

L'organizzazione sarà definita attraverso apposito Regolamento, nel rispetto delle norme in vigore, che disciplinerà l'organizzazione permanente ed organica di un sistema globale e pianificato di prevenzione e protezione dai rischi. Tutte le articolazioni aziendali saranno sottoposte alla applicazione di tale Regolamento, in quanto il "*fattore sicurezza*" prevede la sinergia, la partecipazione e la collaborazione di tutti per il buon funzionamento dell'intero sistema di gestione adottato. Ai sensi dell'art. 2 del D. Lgs. 81/08 e ss.mm.ii., al personale dipendente sono equiparati i soggetti che per contratto, volontariato, studio o tirocinio frequentano o svolgono attività all'interno dell'azienda.

Nel quadro delle problematiche del lavoro e dei servizi da erogare, il Direttore Generale delinea la strategia per la sicurezza, esercitando una funzione di indirizzo che si realizza attraverso l'attribuzione di deleghe, conferite con le modalità e nei limiti di cui alla normativa, alle diverse articolazioni aziendali, nonché con la determinazione degli obiettivi specifici, la programmazione dei tempi di realizzazione degli stessi e l'individuazione del budget necessario al loro conseguimento.

Gli obblighi e gli adempimenti previsti dal D.Lgs. n. 81/08 e s.m.i. in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro avranno la finalità di individuare e mettere in atto le misure idonee a garantire la salute e la sicurezza degli operatori, dei lavoratori di imprese terze, dei visitatori, degli studenti che apprendono le professioni sanitarie, dei volontari che donano il loro tempo alla struttura sanitaria e non ultimo dei pazienti stessi.

Obiettivo strategico dell'Azienda è la promozione di tutte le azioni organizzative e gestionali che, nel breve e medio periodo, possano garantire raggiungimento di un Servizio Sanitario sicuro, efficiente ed in equilibrio con le risorse investite ed i risultati complessivi di salute raggiunti.

Viene, inoltre, individuato, ai sensi dell'art. 17 del D. Lgs. 81/09, il **Responsabile della Prevenzione e Protezione**, cui risultano demandati gli specifici adempimenti, tra i quali:

- Predisposizione ed aggiornamento del documento valutazione rischi;
- individuazione delle misure di prevenzione e protezione per l'eliminazione o il contenimento dei rischi negli ambienti di lavoro e nei processi lavorativi;
- proposte di corsi formativi e informativi attinenti la sicurezza dei lavoratori;
- incontri periodici con i R.L.S. e la Direzione;
- pareri di competenza relativi all'utilizzo di sostanze ed apparecchiature;
- valutazioni delle condizioni di sicurezza di strutture, impianti e attrezzature;
- predisposizione ed aggiornamento dei piani di emergenza e di evacuazione;
- adempimenti di cui alla L. n. 123/2007 in relazione alla valutazione di interferenze e redazione UVRI;
- ogni altro adempimento assegnato al servizio di prevenzione e protezione dal D.Lgs. n 81/2008 e ss. mm. ii.;
- gestione dei flussi informativi e delle comunicazioni di competenza;
- ogni altro atto, attività e compito assegnato dalla Direzione aziendale.

Non meno importante dell'attività sanitaria diretta è l'impegno sugli aspetti legati alla formazione. D'intesa con i Direttori dei Distretti, si provvederà a delineare, in sede periferica, le attività connesse con la presente Funzione, da definire nell'ambito dell'articolazione organizzativa distrettuale.

Attività del Medico Competente.

Il legislatore ha inteso, emanando il decreto legislativo n. 81 del 2008, rafforzare la tutela della salute dei lavoratori, ampliando gli obblighi di sorveglianza sanitaria e rafforzando la funzione del Medico Competente come collaboratore qualificato per tutti i numerosi compiti che richiedono una efficace tutela della salute e sicurezza dei lavoratori durante il lavoro. L'attività di medico competente è svolta secondo i principi della medicina del lavoro e del codice etico della Commissione internazionale di salute occupazionale (ICOH). Il dipendente di una struttura pubblica, assegnato agli uffici che svolgono attività di vigilanza, non può prestare, ad alcun titolo e in alcuna parte del territorio nazionale, attività di medico competente.

Il Direttore Generale dell'azienda, quale datore di lavoro, assicura al medico competente le condizioni necessarie per lo svolgimento di tutti i suoi compiti garantendone l'autonomia. Il medico competente può avvalersi, per accertamenti diagnostici, della collaborazione di medici specialisti scelti in accordo con il datore di lavoro che ne sopporta gli oneri.

Considerato che l'Azienda presenta più unità produttive, il datore di lavoro, tenuto conto dei requisiti di cui all'art. 38 del decreto legislativo 81/2008, può nominare più medici competenti individuando tra essi un medico con funzioni di coordinamento, ai sensi dell'art. 39 dello stesso decreto. Con apposito Regolamento, verranno definiti gli ambiti territoriali di assegnazione per ciascun medico competente, i compiti e lo svolgimento dell'attività di sorveglianza sanitaria del medico competente, i rapporti del medico competente con il Servizio aziendale di Prevenzione e Protezione, con il Servizio Sanitario Nazionale.

U.O.C. Formazione e Aggiornamento

La valorizzazione del lavoro è fattore determinante per la realizzazione dei processi di trasformazione e riorganizzazione all'interno dell'Azienda al fine di garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all'assistenza. Pertanto, la formazione e l'aggiornamento professionale vengono assunti dall'Azienda, come metodo permanente, quale strumento essenziale per il miglioramento continuo della qualità delle prestazioni erogate, per lo sviluppo delle professionalità degli operatori attraverso il costante adeguamento delle competenze, per la realizzazione delle finalità istituzionali e per favorire il consolidarsi di una nuova cultura gestionale improntata al risultato.

La formazione e l'aggiornamento professionale sono considerati oltre che acquisizione di saperi, sviluppo di abilità e competenze relazionali, quale strumento propedeutico alla trasmissione di valori, di norme comportamentali e di innovazione, indispensabili per le politiche di gestione delle risorse umane. La formazione ha una rilevanza notevole in questo ambito poiché va ad incidere direttamente sui livelli consci o inconsci della ricerca di considerazione e di stima, ovvero se il datore di lavoro assume l'onere del costo della formazione per tal risorsa esprime contemporaneamente una forma di riconoscimento verso essa: nessun datore di lavoro "sprecherebbe" denaro per risorse umane che ritiene non necessarie al proprio ciclo produttivo e al proprio raggiungimento di profitto, inteso in senso lato. La continua attenzione alle necessità formative racchiude quindi intrinsecamente un'attenzione alle persone e porta alla valorizzazione del *Io* che a sua volta fa accrescere l'autostima. Assistiamo quindi alla valorizzazione delle risorse umane come capitale delle organizzazioni.

La formazione rappresenta il punto di incontro tra il sistema organizzativo e la qualità delle prestazioni erogate e deve perseguire la concreta integrazione tra gli operatori che hanno la responsabilità della gestione dei processi produttivi. Inoltre, deve permettere di orientare e integrare le singole professionalità su progetti e risultati comuni in linea con gli obiettivi e gli strumenti di programmazione e gestione propri dell'Azienda ospedaliera. Per tale ragione l'offerta formativa sarà ampia e diversificata, sia nelle metodologie che negli strumenti formativi, per garantire percorsi di apprendimento coerenti ai bisogni dei partecipanti e trasferibili al contesto operativo di riferimento.

Inoltre, poiché la risorsa umana costituisce il fattore determinante che caratterizza la qualità delle prestazioni erogate dalle strutture sanitarie sarà prioritario sviluppare politiche formative ed informative orientate al raggiungimento degli obiettivi di salute, attraverso appropriati interventi che assicurino efficacia clinica - efficienza. Anche perché agli operatori del settore è richiesto un costante aggiornamento della professionalità incentrato, oltre che sulle conoscenze tecnico scientifiche specifiche dell'attività di assistenza, anche su conoscenze, competenze ed abilità di tipo programmatico, organizzativo e gestionale, di cui l'Azienda dovrà farsi carico.

In conclusione la formazione rappresenta un fattore motivazionale forte che racchiude in sé la flessibilità – elemento essenziale in un mercato altamente competitivo- in quanto considerando le contingenze esterne è possibile scegliere quando e come erogarla, corrispondendo così alla caratteristica di rinnovabilità tipica della motivazione. Inoltre è l'unico tra i fattori motivazionali che comporta un accrescimento delle competenze direttamente sfruttabile dall'azienda.

La trasversalità del processo informativo assicurerà il processo di aggiornamento continuo obbligatorio per le figure mediche e sanitarie (E.C.M.), in ragione della individuata necessità di tenere costantemente aggiornato il bagaglio tecnico professionale di operatori che legano le proprie attività a processi di ricerca medica, a tecnologie sempre più sofisticate, a protocolli sempre più condivisi, a comportamenti sempre più legati a processi di valutazione generale da applicare ai singoli casi. Il Servizio opererà, poi, nel senso innanzi indicato di continuo processo migliorativo della componente umana (risorse umane) di tutti i settori, sia sul piano della crescita culturale generale che in quello

specifico del settore di attività (amministrativo, sicurezza, comportamentale, normativo), in collaborazione con le singole realtà funzionali secondo le specifiche competenze. In tal senso, l'Azienda prevede, come momento fondamentale dell'azione manageriale, l'elaborazione del piano formativo annuale che sarà costituito dalle attività formative annualmente pianificabili sulla base di obiettivi formativi nazionali, regionali ed aziendali, finanziandolo secondo le norme contrattuali e dall'accordo Stato - Regioni e Province autonome (Programma operativo 2011-2012) e secondo le indicazioni regionali.

Opera, nell'ambito dell'Unità Operativa, una **struttura (UOS) per il Coordinamento organizzativo dei corsi di laurea per le professioni sanitarie**, attivati presso le strutture aziendali in forza di convenzioni stipulate con le Università Regionali.

U.O.C. Assistenza primaria (MMG - PLS - Specialisti ambulatoriali)

L'attività precipua dell'Unità Operativa è quella di essere deputata alla gestione del coordinamento delle attività di assistenza primaria, con la gestione dei contratti dei Medici di Medicina Generale (Medici di Assistenza Primaria, Medici di Continuità Assistenziale, Medici della Medicina dei Servizi), dei Medici Pediatri di Libera Scelta, e Medici, e Professionisti (Chimici, Psicologi, Biologi) della Specialistica Ambulatoriale Interna, nonché all'espletamento delle procedure per l'attivazione, il potenziamento e l'analisi relativa alle attività dei Medici afferenti al servizio di Emergenza Territoriale, d'intesa con le strutture di emergenza, al fine di garantire l'assistenza sanitaria di base, ai cittadini residenti e no, su tutto il territorio della Azienda Sanitaria, valutando anche, con gli altri Servizi sanitari, l'implementazione delle attività che consentono l'integrazione " Ospedale – Territorio ".

Nell'ambito dell'**Assistenza Primaria** i Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta rivestono un ruolo fondamentale essendo per i pazienti punto di riferimento clinico per la diagnosi ed il trattamento delle patologie più comuni e per l'Assistenza Domiciliare in caso di pazienti affetti da patologie cronico – degenerative. Rappresentano il fulcro di un processo assistenziale che tende sempre più a portare i servizi alle persone piuttosto che a portare i pazienti verso luoghi di cura. L'organizzazione territoriale, che passa, attraverso il nuovo Piano delle attività Territoriali (DCA n. 99/2016), prevede un nuovo ruolo per i medici convenzionati, con la istituzione di specifiche aggregazioni (AFT) e di UCCP, con la presenza dei medici di base, pediatri di libera scelta e specialisti ambulatoriali interni, chiamati ad essere il fulcro delle attività di accesso dei pazienti e garanti del processo di un'assistenza individualizzata. Il coordinamento dell'Unità Operativa, quindi, deve garantire l'avvio del percorso della nuova organizzazione, d'intesa con la direzione strategica e i direttori dei distretti. D'intesa con i Direttori dei Distretti, si provvederà a delineare, in sede periferica, le attività connesse con la presente Funzione, da definire nell'ambito dell'articolazione organizzativa distrettuale. Si dà atto che sono assegnate all'U.O.C. le definizioni relative alla istituzione presso l'Azienda del Comitato Zonale previsto dall'ACN del 17.12.2015 per gli Specialisti Ambulatoriali, anche in relazione alla disposizione n.183266 del 15.03.2016 della Direzione Generale Tutela Salute e Coordinamento SSR della Regione Campania.

U.O.C. Assistenza accreditata (Strutture di ricovero, attività di riabilitazione, attività specialistiche)

L'attività assistenziale è svolta con la collaborazione di strutture private, ambulatoriali e di ricovero, che, attraverso l'istituto dell'accreditamento, operano nell'ambito territoriale di riferimento in ausilio delle strutture pubbliche. La ratio ispiratrice della normativa dettata in tema di assistenza sanitaria pubblica e privata partiva dall'intento di pervenire ad un rapporto ottimale tra costi e qualità, raggiungibile attraverso un sistema concorrenziale tra strutture pubbliche e private e tra strutture private tra di loro. In verità, le strutture accreditate hanno finito con operare in regime di complementarietà con quelle pubbliche, contribuendo a definire una rete assistenziale, altrimenti non possibile. E' intenzione dell'Azienda operare un "controllo" diretto sull'erogazione delle prestazioni, non soltanto in ragione di quelli che sono i controlli istituzionali e di merito, che vanno dall'accreditamento, alla verifica del mantenimento dei requisiti, alla valutazione delle capacità operative, ai controlli di qualità, ma anche di operare sui percorsi di accesso e d'integrazione operativa con le strutture pubbliche. Le strutture accreditate non possono costituire "duplicazione" di domanda, ma devono essere ritenute alternative complementari di accesso, anche definito in ragione dei tempi di attesa, in modo da costituire "rete" assistenziale per il soddisfacimento dei bisogni.

La Unità Operativa opera, quindi, per la gestione centrale e la definizione dei principi di accreditamento, per la definizione dei volumi di attività in ragione delle capacità operative e dei tetti di spesa indicati dalla Regione, anche attraverso una continua verifica della produttività che influenza ed orienta la ripartizione delle risorse finanziarie, in quanto si traduce in un diretto beneficio per la collettività. L'interesse pubblico primario da perseguire è infatti l'elevazione dello standard qualitativo del servizio nel suo complesso, da realizzare attraverso la costruzione, complessiva, di un'accurata e valutata distribuzione territoriale delle strutture e, quindi, delle risorse. La programmazione è anzitutto una categoria logica ed organizzativa al tempo stesso, mediante la quale l'ordine delle azioni e delle attività da compiere viene in considerazione attraverso un meccanismo decisionale che si fonda su una preventiva analisi degli obiettivi e delle risorse; dal che discendono importanti definizioni per il processo aziendale.

Occorre anche tener conto che, per integrare a pieno il settore privato nella rete ospedaliera pubblica, prevalentemente nelle reti tempo dipendenti, il piano prevede che alcune strutture, sussistendone le condizioni, sono individuate come nodi essenziali nella rete di emergenza urgenza e inserite in alcuni casi anche nelle reti tempo dipendenti. Con successivi atti di indirizzo la Regione provvederà a declinare operativamente le modalità ed i livelli di integrazione delle case di cura che partecipano attivamente alle reti suddette. Dalla integrazione della offerta pubblica e privata dovrà, quindi, derivare, nel rispetto di requisiti, controlli, tetti di spesa, qualità e trasparenza, un complessivo soddisfacimento del fabbisogno assistenziale, sia specialistico che ospedaliero. D'intesa con i Direttori dei Distretti, si provvederà a delineare, in sede periferica, le attività connesse con la presente Funzione, da definire nell'ambito dell'articolazione organizzativa distrettuale.

U.O.S.D. Analisi e monitoraggio dei percorsi assistenziali e del governo dei LEA e dell'appropriatezza delle cure.

La politica sanitaria attuata negli ultimi anni in molte regioni italiane ed in ragione delle determinazioni di cui al DM. 70/2015, hanno portato ad una progressiva riduzione della percentuale di ospedalizzazione, con conseguente diminuzione dei posti letto negli ospedali per acuti. Questa diminuzione non ha lo scopo di ridurre le risposte necessarie in termini di cura agli utenti ma di determinare uno spostamento di risorse verso i servizi territoriali. Tale politica ha determinato frequenti criticità organizzative ed ha evidenziato la necessità di potenziare la continuità assistenziale per le patologie croniche, per rispondere adeguatamente ai bisogni degli utenti e delle loro famiglie e ridurre il fenomeno dei ricoveri ripetuti. Tra le iniziative riguardanti questo importante tema sanitario vanno definiti i progetti sulla continuità assistenziale nell'ambito specifico delle dimissioni programmate e protette. L'obiettivo è quello di garantire la "presa in carico" del cittadino dall'inizio fino al completamento del suo percorso di salute, senza alcuna soluzione di continuità nel ricevere le cure dalle varie fonti erogatrici di prestazioni. La ipotesi riguarda uno specifico obiettivo regionale in ambito sanitario, relativo all'esplicitazione di percorsi di riorganizzazione, attraverso di tutte le sue forme gestionali pubbliche (AO e ASL e privato accreditato), la cui realizzazione preveda azioni per il completo perseguimento dei LEA in modo omogeneo sul territorio regionale, l'utilizzo appropriato ed efficiente dei servizi e delle prestazioni ed il riordino delle risposte assistenziali, ricercando il giusto equilibrio tra la domanda di assistenza, i bisogni sanitari e l'offerta, in un contesto di difficoltà della sostenibilità economica del sistema stesso. Si rende di conseguenza necessario per le Aziende Sanitarie implementare modelli di fattiva e concreta integrazione territorio-ospedale, volti al miglioramento dell'appropriatezza sia clinica, basata su percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA), sia di livello, ottenibile attraverso interventi sui modelli organizzativi e di presa in carico dei pazienti, nel senso che alcune attività devono essere erogate in regime ambulatoriale, altre in ambiente ospedaliero, secondo priorità temporali e modalità di accesso differenziate a seconda della gravità del singolo caso. Questo processo prevede il coinvolgimento tanto del Medico di Medicina Generale, che delle strutture di eventuale ricovero (ordinario o in Day-Hospital), passando per quelle specialistiche ambulatoriali, quelle di diagnostica strumentale e di laboratorio, fino a coinvolgere le strutture dell'assistenza socio-sanitaria distrettuale, assieme a quelle dell'assistenza domiciliare e della riabilitazione. Per il funzionamento di questo percorso, si ritiene di affiancare, quale guida per un'applicazione omogenea delle indicazioni, anche di natura sperimentale, alle funzioni dirigenziali ospedaliere e distrettuali, una struttura centrale che proponga in Azienda un percorso formativo di approfondimento e confronto sul modello organizzativo di continuità assistenziale che sia per i partecipanti un "laboratorio di lavoro", con la finalità di migliorare i meccanismi di comunicazione interna, migliorare la capacità di presa in carico dell'utente, costruire un linguaggio comune tra i diversi operatori e predisporre strumenti e metodologie per accrescere il livello di efficacia e di efficienza ed appropriatezza delle attività svolte. La struttura si propone di individuare i nodi di maggiore complessità e criticità dei percorsi assistenziali in termini di continuità assistenziale e di capacità di presa in carico dei pazienti. Sulla base delle criticità emerse, faranno seguito, sulla base anche delle indicazioni regionali, progetti finalizzati e proposte di percorsi comuni di miglioramento gestionale che assicurino alla persona la continuità del **percorso assistenziale (Ospedale-Territorio)** attraverso l'integrazione di competenze professionali, organizzative e relazionali. Relativamente al rapporto distretto/dipartimenti ospedalieri, l'area dell'integrazione è rappresentata prioritariamente dalla definizione dei percorsi assistenziali ai fini della continuità assistenziale e della presa in carico. In questo ambito vanno definiti, tra l'altro, i protocolli di accesso alle strutture ambulatoriali e diagnostiche ospedaliere e le modalità di valutazione multidimensionale in sede di pre

e post dimissione. Sono promosse iniziative di integrazione attraverso la partecipazione di medici ospedalieri ad attività distrettuali e viceversa, mediante il sistema di reti professionali e i gruppi operativi interdisciplinari. Per quanto attiene al rapporto distretto/dipartimento di prevenzione, l'area di integrazione riguarda i programmi e le iniziative di prevenzione primaria e di promozione di stili di vita salutari; occorre, quindi, definire le modalità di coordinamento tra il dipartimento - che detiene la responsabilità tecnica delle stesse - ed il distretto che, con la sua organizzazione ed i suoi operatori — in particolare i medici di medicina generale - le deve realizzare. Relativamente al rapporto distretto/dipartimento di salute mentale e dipartimento tossicodipendenze vanno in particolare definite le modalità di integrazione professionale per quanto attiene la valutazione e la progettazione. Il governo clinico rappresenta il tentativo di perseguire un approccio integrato al problema della qualità dell'assistenza, riconoscendo che non si tratta solo di intervenire sulle singole decisioni cliniche per orientarle verso una migliore appropriatezza, ma anche di fare in modo che i sistemi assistenziali nel loro insieme siano orientati verso questo obiettivo. Le politiche sanitarie aziendali, ai diversi livelli di governo del sistema, devono avere come presupposto il fatto che la qualità dei servizi sanitari e delle prestazioni da essi erogate, venga assunta come parte integrante delle scelte operate sul piano del governo amministrativo, su quello della organizzazione dei servizi e su quello della formazione dei professionisti che vi operano. In questo senso, la qualità cessa di essere una sorta di dimensione separata, collaterale e parallela, e diventa invece parte integrante del processo di identificazione degli obiettivi delle singole aziende, dei meccanismi di definizione dei processi organizzativi come pure di quelli che presiedono alla definizione dell'allocazione delle risorse, oltre che, ovviamente, degli strumenti di valutazione delle attività delle singole unità operative e dei percorsi formativi offerti ai professionisti. In particolare, il monitoraggio di processi e di esiti, mediante un sistema di indicatori e lo sviluppo o l'adattamento e l'aggiornamento di procedure organizzative e di linee guida professionali, la verifica della loro applicazione, nonché l'insieme delle azioni finalizzate al controllo qualità rappresentano i determinanti di un efficace governo clinico. L'Unità Operativa provvede a dotarsi di strumenti per il governo clinico, esplicitando, d'intesa con la Direzione Sanitaria Aziendale, gli aspetti organizzativi (individuazione di strutture, costituzione di gruppi di lavoro, ecc.) più direttamente finalizzati alla loro applicazione.

Obiettivo del governo clinico integrato è quello di orientare il sistema alle migliori pratiche cliniche, individuate su basi di efficacia, eliminando quelle di bassa qualità ed inefficaci, nel rispetto delle risorse disponibili, nell'ambito di risultati "integrati" che dimostrino l'effettivo coinvolgimento, ai fini della prestazione in quanto tale, della qualità della stessa, della completezza del processo, tra territorio e le altre macrostrutture aziendali. D'intesa con i Direttori dei Distretti, si provvederà a delineare, in sede periferica, le attività connesse con la presente Funzione, da definire nell'ambito dell'articolazione organizzativa distrettuale.

U.O.C. Percorsi Integrati Ospedale-Territorio

Alla luce dell'intervenuto DCA n.99 del 22.09.2016 occorre prendere atto, in maniera ancora più esaustiva, della necessità di assicurare livelli di appropriatezza declinati in contesti di cura adeguati e finalizzati all'erogazione di un'assistenza di qualità, nonché della modifica del contesto culturale che pone al centro dell'assistenza la salute nella sua complessità e il cittadino-paziente. L'indispensabile rapporto di integrazione che deve continuare a realizzarsi tra il territorio e l'ospedale comporta la opportunità di individuare un riferimento centrale, in struttura di staff presso la Direzione Sanitaria Aziendale, con il compito di definire moderni modelli di organizzazione per dare risposte efficaci ad una domanda sempre più complessa e specialistica, attraverso il pieno utilizzo di tutte le risorse aziendali in una logica di integrazione funzionale delle offerte sanitarie e dei percorsi che

costituiscano una interdipendenza sostanziale tra la rete di assistenza territoriale e quella dell'assistenza ospedaliera.

U.O.S.D. Servizio Ispettivo e NOC

La funzione di vigilanza e controllo è parte fondamentale del compito istituzionale della ASL, sia per i servizi interni che per quelli esterni. Per quanto attiene il Welfare socio-sanitario e socio-assistenziale, le ASL esercitano le funzioni di vigilanza e controllo di tutte le unità d'offerta, pubbliche e private, socio-assistenziali e socio-sanitarie. La normativa regionale degli ultimi anni contempla, tra gli obiettivi aziendali di interesse regionale dei Direttori Generali delle ASL, quelli inerenti il sistema dei controlli nell'area socio-sanitaria, distinguendo tra attività di vigilanza di routine, attinente la verifica del possesso e del mantenimento degli standard di accreditamento e/o autorizzazione al funzionamento e del monitoraggio dei Piani Programma e attività di controllo, attinente la verifica dell'appropriatezza della qualità delle prestazioni e della loro corretta classificazione.

In conformità anche con le previsioni e le indicazioni regionali, l'Azienda, quindi, istituisce un proprio Servizio Ispettivo e Nuclei Operativi di Controllo composti da personale dipendente, cui è affidata la funzione di verificare il funzionamento ottimale degli ambulatori, degli ospedali, delle strutture private accreditate e di quelle specificamente private, per valutare e garantire il possesso dei requisiti previsti dalle norme per il mantenimento della "qualità" dell'assistenza, monitorando i percorsi assistenziali e verificando che le prassi siano corrette, a supporto della qualità e della appropriatezza delle prestazioni sanitarie.

Ciò anche in relazione a quanto previsto dal D.L. 13.9.2012, n. 158 in materia di "Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute". Con queste norme, infatti, in tema di appropriatezza/qualità, vengono definite nuove valutazioni, quali: a) i servizi territoriali operano condividendo linee guida e sistema di *audit* nei diversi, integrati, livelli di assistenza; b) l'esercente delle professioni sanitarie che si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica nazionale e internazionale risponde dei danni solo in caso di dolo o colpa grave; c) nuovi indicatori di qualità/appropriatezza di prestazioni e il coordinamento dei NOC secondo linee guida esistenti su scala nazionale in tema di appropriatezza, qualità, capacità di attività. Ai sensi, poi, della L.R. 11/07 e s.m.i., presso ciascun ambito territoriale, d'intesa con l'URP, è istituito l'Ufficio di tutela degli utenti, con il compito di sollecitare, a seguito di reclamo, inserito in apposito registro, il rispetto, da parte degli erogatori delle prestazioni, della carta dei servizi sociali e socio-sanitari, adottata dall'Azienda.

Il funzionamento e l'esercizio delle attività sono disciplinati da apposito regolamento di attuazione.

U.O.S.D. Esame e valutazione dell'attività e dei risultati - CUP - Liste di attesa - ALPI

Il fenomeno delle liste di attesa è presente in tutti gli Stati dove insiste un sistema sanitario universalistico e che offra un livello di assistenza avanzato. Per il peculiare impatto che riveste sia sull'organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale che sul diritto dei cittadini all'erogazione delle prestazioni definite nell'ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza, la realizzazione di un Piano Nazionale di governo delle liste d'attesa costituisce un impegno comune del Governo e delle Regioni, con la consapevolezza che non esistono soluzioni semplici e univoche, ma vanno poste in essere azioni complesse ed articolate, considerando in particolare la promozione del principio di appropriatezza nelle sue due dimensioni clinica ed organizzativa. La gestione delle liste di attesa può trovare più facile soluzione se si individuano strumenti e modi di collaborazione di tutti gli attori del sistema, sia quelli operanti sul versante prescrittivo sia quelli di tutela del cittadino per una concreta presa in carico dei pazienti fin dal processo di definizione o approfondimento diagnostico da parte degli specialisti e delle strutture, prevedendo anche modelli di gestione integrata dell'assistenza per pazienti cronici nell'ambito delle cure primarie (Chronic Care Model), attraverso l'attuazione e gestione programmata dei protocolli diagnostici. L'obiettivo della struttura è quello di promuovere la capacità dell'Azienda, attraverso i sistemi individuati (Medicina di base, PUA) di intercettare il reale bisogno di salute, di ridurre l'inappropriatezza e di rendere compatibile la domanda con la garanzia dei LEA. La soluzione del problema non può essere meramente quantitativa sul versante dell'organizzazione dell'offerta e dei volumi della produzione, ma deve coniugare il bisogno espresso con adeguate strategie di governo della domanda che tenga conto della applicazione di rigorosi criteri sia di appropriatezza che di priorità delle prestazioni. A tal fine, si conviene sulla necessità di individuare strumenti di governo clinico, ai diversi livelli del sistema, che coinvolgano direttamente tutti i professionisti prescrittori, ad integrazione degli interventi già previsti nei provvedimenti adottati a seguito del Piano Nazionale di contenimento dei tempi d'attesa. Il governo delle liste d'attesa è, altresì, fortemente connesso ad altri processi che, sia a livello centrale che periferico, si ripercuotono decisamente sulle modalità organizzative del rapporto domanda-offerta, rispetto a cui deve essere perseguita una necessaria coerenza di sistema. Nella ridefinizione di tali modalità operative, devono essere assicurati criteri per garantire l'omogeneità tra quanto già indicato nelle disposizioni nazionali e regionali, ovvero:

- le altre iniziative in corso finalizzate all'informatizzazione del ciclo prescrizione-prenotazione-referto, con particolare attenzione alle classi di priorità, fino alla digitalizzazione dei documenti stessi;
- gli obiettivi dei contratti e degli accordi collettivi nazionali, sia per quanto attiene le modalità prescrittive che per l'attività libero professionale intramuraria (ALPI);
- gli indirizzi definiti in materia di accreditamento istituzionale e per la stipula dei contratti con gli erogatori, in particolare per quanto riguarda la gestione trasparente e programmata del volume e della tipologia delle prestazioni oggetto degli accordi, anche in coerenza con quanto indicato nelle linee guida nazionali - sistema CUP. D'intesa con i Direttori delle macrostrutture, si provvederà alla definizione di necessarie articolazioni periferiche.

U.O.S.D. Ufficio Relazioni con il Pubblico (U.R.P.)

Con riferimento alla legge 150/2000, l'introduzione degli Uffici per le Relazioni con il Pubblico (URP) nell'ordinamento italiano si colloca nella più ampia cultura della trasparenza amministrativa e nella crescente attenzione verso la qualità dei servizi ed il rapporto istituzioni-cittadini. L'Ufficio per le Relazioni con il Pubblico assicura la funzione relativa alla comunicazione con gli utenti, sviluppando in modo esauriente l'informazione sulle prestazioni sanitarie e sulle relative modalità di accesso, agevolando l'utilizzazione dei servizi offerti ai cittadini, anche attraverso l'informazione sulle disposizioni normative e amministrative, e sulle strutture e sui compiti dell'amministrazione.

L'Ufficio inoltre verifica la percezione della qualità delle prestazioni erogate individuando, per tale finalità, idonei ed adeguati strumenti. In particolare, l'U.R.P. acquisisce le osservazioni ed i reclami presentati dai cittadini, li segnala ai dirigenti competenti e provvede a darne tempestivo riscontro agli utenti. L'Ufficio è deputato alla raccolta, alla classificazione ed alla archiviazione delle segnalazioni e degli esposti in un'apposita banca dati, nonché alla predisposizione, con cadenza trimestrale, di una relazione al direttore generale sulle segnalazioni ed i reclami pervenuti e sull'esito degli stessi. Detta relazione deve essere accompagnata da proposte per il miglioramento degli aspetti organizzativi, logistici, relazionali e di accesso alle prestazioni, nonché per il superamento dei fattori di criticità emersi. L'area dell'ascolto e della verifica dà attuazione ai processi di verifica della qualità dei servizi e della soddisfazione degli utenti, attraverso l'ascolto e indagini di *customer satisfaction*.

L'Azienda garantisce che l'U.R.P. sia organizzato avvalendosi di personale appositamente formato, anche in relazione al tipo di utenza presente sul territorio, e alla presenza di assistiti appartenenti a diverse etnie.

U.O.S.D. Rapporti con le associazioni di volontariato

L'Azienda garantisce ed assicura la partecipazione degli Organismi di Volontariato e di Tutela dei Diritti, in attuazione di quanto disposto dall'art. 14 del D.Lgs. 502/92, dalla Carta dei Servizi Sanitari Nazionale e dalle direttive emanate dalla Regione Campania. Istituisce, a tale scopo, un'unità operativa di riferimento che agisca da interfaccia con l'istituzione, affinché sia realizzato il principio di trasparenza e di partecipazione. Al fine di favorire la presenza e l'attività dei suddetti Organismi, è istituita presso l'Azienda la Conferenza Consultiva del Volontariato, presieduta dal Direttore Generale o da un Suo delegato. Le sue funzioni sono le seguenti: - analisi dell'andamento dei servizi e relative proposte per il miglioramento degli stessi - verifica e revisione dei progetti operativi (predisposti in collaborazione con questi Organismi) - proposta di iniziative. In particolare si realizzano con le seguenti modalità: - stipula di convenzioni, accordi e/o protocolli che stabiliscono gli ambiti di collaborazione con questa Azienda - attivazione di gruppi di lavoro degli Organismi per la predisposizione e la realizzazione dei Progetti Operativi - attivazione sistematica della rilevazione di gradimento della prestazione sanitaria (verifica della qualità percepita). Si considerano Organismi di Volontariato e di Tutela dei Diritti, afferenti all'Azienda, i "gruppi"/entità con le seguenti caratteristiche: - finalità statutarie che siano d'interesse sanitario - attività che si rivolgano a: assistenza e sostegno al malato, tutela del malato, aiuto al malato e ai suoi familiari.

Il principio della **sussidiarietà**, valorizzato dalla legge 328/2000 che ha riconosciuto un ruolo importante e significativo ai diversi attori del Sistema Sociale ed ha contribuito al passaggio dal *welfare state* al *welfare community* ha permesso al volontariato di qualificarsi quale fenomeno più evidente di solidarietà sociale, in adesione alla finalità della legge stessa che riconosce il valore sociale e la funzione dell'attività di volontariato come espressione di partecipazione, solidarietà, pluralismo. E' indubbio che negli ultimi anni la possibilità di svolgere opera di volontariato nell'ambito

dell'assistenza sanitaria ha assunto una valenza tale da trasformare quella che normalmente viene conosciuta come iniziativa di solidarietà sociale esterna alla struttura in una vera e propria attività istituzionale del Servizio Sanitario. Ormai nella gestione delle attività di emergenza (118), nelle case residenziali di assistenza, negli hospice, negli ospedali, nelle strutture per la cura delle dipendenze, l'attività fornita dalle associazioni di volontariato viene considerata parte integrante dell'impegno verso le persone abbisognavoli di attenzione. Da qui, la necessità, anche per evitare inconsapevoli ingerenze, sovrapposizioni e superamento dei limiti di competenza, di prevedere una struttura, cui affidare il controllo e il governo delle azioni delle associazioni con le quali, attraverso apposite convenzioni, l'Azienda intrattiene rapporti.

U.O.C. Area della Fragilità

Il SSN sta affrontando due grandi sfide assistenziali. La prima è quella relativa ai problemi di assistenza socio sanitaria connessi alla non autosufficienza: nel nostro SSN il tema dell'assistenza agli anziani e ai disabili non autosufficienti già oggi pesa molto di più che in altre realtà a causa della più alta percentuale di anziani e grandi anziani e tende ad assorbire sempre più risorse per servizi di carattere prevalentemente sociosanitario. La seconda è legata al quadro epidemiologico che evidenzia come il miglioramento generale delle condizioni di vita abbia portato all'incremento di persone con malattie croniche o con disabilità ed un crescente ricorso alla riabilitazione intesa come processo che mira al recupero delle persone con disabilità. Tutte le regioni hanno affrontato la fase della riabilitazione intensiva con l'attivazione di strutture dedicate, ospedaliere pubbliche o private accreditate o strutture extraospedaliere territoriali, mentre nella fase di riabilitazione estensiva gli interventi rieducativi sono stati spesso articolati in maniera sovrapposta a quelli di inclusione sociale. Si rende pertanto necessaria una definizione dei vari *setting* riabilitativi, definendo i criteri ed i requisiti che ne stabiliscano l'appropriatezza d'uso in coerenza con le risorse a disposizione. Diventa quindi necessario individuare dei criteri universali che definiscano gli indicatori, gli strumenti e i *setting* più adeguati nel tempo, per una corretta attuazione e monitoraggio del Progetto Riabilitativo Individuale. Per stabilire correttamente il grado di necessità della persona da riabilitare, si possono valutare tre dimensioni che opportunamente combinate permettono di individuare per la persona, indipendentemente dalla patologia principale che ha creato disabilità, i *setting* più appropriati in relazione alla fase del percorso di cura: A. la complessità clinica intesa come *assessment* e stratificazione dell'alto rischio clinico; B. la disabilità intesa come perdita delle capacità funzionali nell'ambito delle attività fisiche, motorie, cognitive; C. la multimorbilità intesa come insieme di patologie e condizioni classificate secondo scale a punteggi crescenti. E' a livello territoriale che il percorso riabilitativo trova la sua naturale continuità. In questo contesto si ha la verifica reale dell'outcome in termini di attività e partecipazione e diviene quindi il luogo privilegiato per l'intervento contestuale sulle componenti ambientali e sui fattori personali. In ambito territoriale occorre distinguere la fase ambulatoriale per la quale occorre esplicitare tempi certi per l'erogazione dei trattamenti previsti dal progetto riabilitativo, nonché la fase domiciliare che è indispensabile che venga implementata ma occorre precisare che il servizio deve essere riservato ai pazienti che sono impossibilitati ad accedere ai servizi ambulatoriali, e deve essere limitato al periodo di tempo con difficoltà all'accesso ambulatoriale. Criterio chiave per l'intervento sulla persona con disabilità, la certezza dei diritti e l'universalismo nell'accesso a benefici e servizi. Deve essere garantito un modello di accesso al sistema di welfare chiaro e definito, indipendentemente dall'età e dalla causa che ha generato la condizione di disabilità, nonché una modalità di totale partecipazione alla valutazione e alla definizione del progetto individualizzato. Già la legge n. 104/1992 imponeva un modello di accertamento attivo delle abilità presenti nella persona disabile e non soltanto la valutazione della

menomazione. Tale modalità è stata ulteriormente rafforzata dall'introduzione, da parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, nel 2001, dell'ICF (*International Classification of Functioning, Disability and Health*). L'ICF è un modello unificante per analizzare la complessità delle condizioni di salute e costruire un profilo del funzionamento che ne è la base, attraverso i suoi tre elementi fondamentali (strutture ed attività corporee, funzionamento, abilità e partecipazione). Lo strumento principale per concretizzare questa impostazione unitaria è il "percorso assistenziale integrato" basato sulla valutazione multidimensionale sanitaria e sociale. Nel progetto riabilitativo si definiscono le aree di intervento specifico, gli obiettivi, i professionisti coinvolti, i *setting*, le metodologie e le metodiche riabilitative, i tempi di realizzazione e la verifica degli interventi che costituiscono i Programmi Riabilitativi, i quali specificano: -modalità di presa in carico da parte di una determinata struttura o professionista nel rispetto dei criteri dell'accreditamento; -obiettivi da raggiungere a breve e medio termine; -modalità e tempi di erogazione delle singole prestazioni previste; -misure di esito atteso appropriate per la valutazione degli interventi; tempi di verifica e conclusione; elementi di assistenza protesica. L'integrazione dell'assistenza, con la presa in carico del paziente, anche ospedalizzato, costituisce uno degli obiettivi fondamentali che questa Azienda intende perseguire, anche attraverso un coinvolgimento diretto e condiviso delle strutture accreditate.

Il Governo della rete diabetologica

Con delibera di Giunta n. 330 del 6.7.2016, la Regione Campania ha approvato un piano di interventi per la prevenzione e la cura delle malattie collegate al diabete. La Regione ha, tra i propri obiettivi, quello di affrontare, in maniera concreta, sul fronte dell'assistenza, della cura e della prevenzione, una delle patologie in continuo aumento e che impatta in maniera drammatica sulla persona e sulle famiglie. Il diabete costituisce la seconda causa di insufficienza renale terminale, la causa più comune di cecità e di amputazione degli arti inferiori (circa 600 l'anno in Campania). Una riorganizzazione dell'assistenza sanitaria in tale campo risulta quindi fondamentale per il miglioramento degli obiettivi di salute, oltre che per la razionalizzazione della spesa sanitaria. L'Azienda intende operare in tale campo, affidando alla Direzione Sanitaria Aziendale, responsabile del governo clinico ed assistenziale del territorio, il compito, attraverso un G.O.I. (Gruppo Operativo Interdisciplinare), lo studio, l'integrazione ospedale/territorio, la predisposizione di protocolli operativi, il coordinamento delle attività diabetologiche, pubbliche e private, sul territorio.

La salute pubblica animale per il miglioramento della salute umana

Nell'ambito delle attività di governo della tutela integrale della salute, affianca la Direzione Sanitaria Aziendale un G.O.I. (Gruppo Operativo interdisciplinare), coordinato da un Dirigente Veterinario indicato dal Direttore del Dipartimento di Prevenzione, con il compito di studiare, valutare, promuovere la salute pubblica animale quale presupposto per il miglioramento della salute umana.

L' ORGANIZZAZIONE DIPARTIMENTALE. IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO. IL COMITATO DI DIPARTIMENTO - I MODELLI ORGANIZZATIVI: I DIPARTIMENTI OSPEDALIERI, I DIPARTIMENTI FUNZIONALI

Le attività sanitarie dell'Azienda sono articolate per Dipartimenti e per Aree di attività, definiti secondo modelli organizzativi.

Il Dipartimento ha come obiettivi principali quelli di garantire:

- un migliore coordinamento del complesso delle attività di assistenza, ricerca e formazione nell'area scientifica di riferimento ed in integrazione con l'assistenza territoriale;
- un miglioramento della qualità dell'assistenza, miglioramento di efficacia e appropriatezza delle prestazioni attraverso la convergenza di competenze e di esperienze scientifiche, tecniche ed assistenziali di gruppi e di singoli operatori sanitari;
- la elaborazione di Percorsi Diagnostico/terapeutici per la gestione integrata di processi di cura;
- la realizzazione di economie di scala e di gestione;
- la diffusione delle conoscenze scientifiche e sviluppo delle competenze organizzative attraverso percorsi formativi diffusi e condivisi.

Il Dipartimento è una struttura di coordinamento e di direzione per lo svolgimento di funzioni complesse con compiti di orientamento, consulenza e supervisione per la funzione cui è preposto. Il Dipartimento, a seconda della sua tipologia, è costituito da unità operative, semplici, semplici dipartimentali e complesse, che, per omogeneità, affinità e complementarietà hanno comuni finalità.

Le strutture afferenti al dipartimento mantengono la propria autonomia e responsabilità nell'ambito di un modello gestionale ed organizzativo comune, volto a fornire una risposta unitaria, efficiente e completa alle richieste di prestazioni degli utenti interni ed esterni. A tal fine il Dipartimento adotta codici di comportamento uniformi per quanto riguarda in particolare gli aspetti clinico assistenziali, didattici, di ricerca, etici, medico-legali, giuridici ed economico- finanziari.

In rapporto alla caratterizzazione organizzativo-funzionale si distinguono:

- **Dipartimento strutturale:** aggregazione organizzativa e funzionale di strutture che assume la valenza di soggetto negoziale nei rapporti con l'Azienda e con gli altri dipartimenti e/o macrostrutture organizzative secondo il regolamento Aziendale. Esso è dotato di autonomia gestionale ed è soggetto a rendicontazione analitica.
- **Dipartimento Funzionale:** aggregazione di strutture con il compito dell'integrazione funzionale delle attività delle singole strutture componenti finalizzata al raggiungimento di specifici obiettivi. Il Dipartimento funzionale non è dotato di autonomia gestionale e non è soggetto a rendicontazione analitica. Una medesima struttura, complessa o semplice a valenza dipartimentale, può far parte di più Dipartimenti funzionali, oltre che del proprio Dipartimento strutturale. Ai Dipartimenti funzionali si applicano, per quanto compatibili, i criteri e le modalità organizzative rappresentati per i Dipartimenti strutturali.

Entrambe le tipologie di dipartimenti possono a loro volta articolarsi in:

- a) **Dipartimento transmurale:** che stabiliscono l'interazione tra i presidi ospedalieri e/o quelli territoriali;
- b) **Dipartimento Integrato:** che stabilisce interazioni tra aziende sanitarie in specifiche aree di intervento e in particolare nell'ambito dell'emergenza sanitaria.

L'individuazione dei dipartimenti è funzionale all'attività dell'Azienda e tiene conto della complessità delle funzioni, del numero di strutture complesse e degli obiettivi che quest'ultime devono conseguire. Tra i principali compiti dei Dipartimenti si individuano i seguenti:

- organizzare e pianificare la produzione (pianificazione operativa);

- garantire, rispetto agli obiettivi acquisiti, la produzione e i risultati ottenuti attraverso il controllo di qualità tecnica il controllo di efficienza;
- la misurazione delle performance di processo e l'analisi delle attività/del valore, di concerto con i Direttori di Distretto la valutazione di efficacia;
- assicurare l'integrazione funzionale tra le unità operative interne e tra queste e quelle distrettuali e/o ospedaliere;
- collaborare alla definizione del budget distrettuale;
- partecipare alla programmazione strategica aziendale, attraverso la condivisione: o degli indirizzi strategici o dell'analisi della domanda o dell'individuazione degli indicatori critici di performance

I dipartimenti, inoltre, adottano linee guida e percorsi assistenziali improntati alla massima appropriatezza, umanizzazione e personalizzazione dell'azione clinica ed assistenziale, e sono funzionali all'adozione di modelli operativi tendenti al continuo miglioramento delle performance aziendali. Più in particolare ad essi spetta il compito di:

- tendere al miglioramento degli indicatori di performance riferiti all'efficienza, l'efficacia e l'economicità;
- garantire la costante realizzazione di interventi appropriati dal punto di vista clinico;
- ricercare la personalizzazione e l'umanizzazione degli interventi;
- definire percorsi assistenziali o profili di cure basati sul coordinamento delle prestazioni che si rendono necessarie per elaborare, condividere ed adottare linee guida e protocolli;
- promuovere il miglioramento continuo della qualità;
- elaborare sistemi di indicatori utili alla valutazione e verifica dell'efficacia e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate a del livello di efficienza delle diverse UU.00., delle diverse equipe professionali in esse rappresentate e dei singoli professionisti.

Pertanto la scelta di armonizzare le competenze tecnico/professionali al fine di evitare da un lato la frammentazione delle risposte, dall'altro la variabilità delle opzioni erogative, sostanzia la focalizzazione e il valore aggiunto del dipartimento. I dipartimenti strutturali dipartimenti sono caratterizzati dalla necessità di realizzare una conduzione degli interventi fortemente unitaria e pertanto sono strutturati in modo da esercitare una forte giurisdizione sulla gestione delle risorse sulla definizione degli obiettivi e sulla realizzazione delle funzioni. Tale tipologia di dipartimento assume la valenza di soggetto negoziale per l'attribuzione del budget. I Dipartimenti funzionali invece collaborano alla definizione del budget distrettuale e concorrono alla realizzazione degli obiettivi distrettuali. L'assetto organizzativo del dipartimento presuppone: aggregazione di un numero non inferiore a 3 e non superiore a 15 di unità operative complesse. Le Unità Operative complesse costituenti i dipartimenti ospedalieri devono, di norma, essere afferenti a più discipline di cui all'art. 4 del D.P.R. 10 dicembre 1997, n. 484 e successive modificazioni, con eccezione dei presidi ospedalieri monospecialistici; una rilevante consistenza, in termini di complessità gestionale e di quantità di risorse umane, tecniche e finanziarie utilizzate e di unità operative afferenti; presenza di contesti organizzativi tipici (sale operatorie, servizi e apparati diagnostici, ambulatori, servizi territoriali ecc.); dotazione di posti letto, servizi e/o attività congrua e funzionale al dimensionamento efficiente delle strutture.

Direttore di dipartimento

La Direzione del Dipartimento è affidata, con specifico contratto triennale, rinnovabile, consecutivamente una sola volta, con atto deliberativo del Direttore generale, ad uno dei direttori delle Unità Operative complesse afferenti al Dipartimento stesso, nell'ambito di una rosa di candidati proposta dal Comitato di Dipartimento. In sede di prima applicazione si richiamano le disposizioni di cui all'art.47 del presente Atto Aziendale, prima parte. Il Direttore del Dipartimento, in particolare: propone alla direzione strategica gli obiettivi dipartimentali assistenziali e gestionali e pianifica le attività, sentito il Comitato di dipartimento, attribuendo gli obiettivi dipartimentali alla singole unità operative componenti il dipartimento stesso; coordina le attività e le risorse affinché il dipartimento assolva in modo pieno i propri compiti al fine di assicurare che ogni struttura del dipartimento operi attraverso programmi di lavoro, protocolli e procedure omogenee; partecipa alla negoziazione del budget secondo le modalità organizzative; informa il Comitato di dipartimento delle risultanze della negoziazione; gestisce il budget del dipartimento (nel caso dei dipartimenti strutturali); garantisce l'appropriatezza degli interventi con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative secondo le modalità di governo clinico come individuate nelle presenti linee guide; verifica il raggiungimento degli obiettivi delle unità operative e risponde dei risultati complessivi del dipartimento in relazione agli obiettivi a lui direttamente assegnati. L'azienda assegna al direttore del dipartimento un supporto tecnico amministrativo con l'attribuzione di risorse umane e strumentali che consentano la piena realizzazione dei compiti affidati.

Comitato di dipartimento

Le Aziende Sanitarie istituiscono, ai sensi dell'articolo 17 bis del decreto legislativo n. 502/1992 e s.m.i., il Comitato di dipartimento che è composto da componenti di diritto e da componenti di nomina elettiva: I componenti di diritto sono: - il direttore del dipartimento, che lo presiede; - i direttori e/o responsabili di unità operativa con autonomia gestionale (UOSD) delle rispettive tre aree contrattuali. La parte elettiva è composta da un rappresentante per ciascuna area contrattuale. Il Comitato dura in carica 3 anni. Il Comitato si riunisce, previa convocazione formale del Direttore di dipartimento e di ogni seduta verrà redatto apposito verbale, conservato in ordine cronologico presso la direzione del dipartimento. Le modalità di funzionamento del Comitato di dipartimento sono stabiliti dall'Azienda con apposito Regolamento.

DIPARTIMENTI STRUTTURALI

Dipartimento di Prevenzione

Dipartimento di Salute Mentale

Dipartimento delle Dipendenze

Dipartimento Integrato dell'Emergenza e delle Reti Tempo dipendenti

DIPARTIMENTI FUNZIONALI

Dipartimento del Governo Clinico

Dipartimento Farmaceutico

DIPARTIMENTI FUNZIONALI TRANSMURALI TERRITORIALI

Dipartimento delle Attività Territoriali

DIPARTIMENTI FUNZIONALI TRANSMURALI OSPEDALIERI

Dipartimento di Medicina Generale, Lungodegenza, Riabilitazione e delle specialità mediche

Dipartimento Oncologico

Dipartimento di Chirurgia Generale e Urologia

Dipartimento delle Chirurgie Specialistiche

Dipartimento della salute della donna e del bambino

Dipartimento dei Servizi Sanitari

Dipartimento dell'Area Critica

Il Dipartimento di Prevenzione

Il Dipartimento di Prevenzione è una macro struttura operativa dell'Azienda Sanitaria Locale che garantisce la tutela della salute collettiva, perseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie acute e croniche e delle disabilità, miglioramento della qualità della vita, attraverso il recepimento e l'attuazione degli indirizzi contenuti nel Piano sanitario regionale e nel Piano Regionale di Prevenzione. Nel Dipartimento di Prevenzione si realizza il pieno raccordo operativo e funzionali con le Strutture Regionale e con le Autorità Competenti Nazionali, che a partire dai Regolamenti Europei adeguano e rimodulano le attività di tutela e promozione della salute dei lavoratori, dei consumatori e della salvaguardia dell'Ambiente. A tal fine il dipartimento di prevenzione promuove azioni volte a sorvegliare lo stato di salute della popolazione e i suoi determinanti, individuare e rimuovere le cause di nocività e malattia di origine ambientale, umana e animale, mediante iniziative coordinate con i distretti, con i dipartimenti dell'azienda sanitaria locale e delle aziende ospedaliere, prevedendo il coinvolgimento di operatori di diverse discipline. Partecipa alla formulazione del programma di attività, formulando proposte d'intervento nelle materie di competenza e indicazioni in ordine alla loro copertura finanziaria. Il Dipartimento di prevenzione deve inoltre: - assicurare il complesso sistema della Sanità Pubblica, a livello aziendale, garantendo sia l'esercizio delle funzioni di analisi, promozione, orientamento, assistenza e vigilanza sui problemi di salute (pertanto sui rischi negli ambienti di vita e di lavoro e sicurezza alimentare) ma anche sui fattori determinanti la salute di una collettività, privilegiando i temi caratterizzati da maggior diffusione, gravità e percezione; - ricercare in tali ambiti il miglioramento continuo della qualità degli interventi, costruendo e/o partecipando ad alleanze ed integrazioni con tutti i soggetti coinvolti. Esso è dotato di autonomia tecnico-gestionale, organizzativa e contabile ed è organizzato in centri di costo e di responsabilità e come tale è dotato di una organizzazione flessibile, capace di adattarsi alle esigenze territoriali. L'assetto organizzativo del Dipartimento di Prevenzione, le cui funzioni, dunque, sono ben individuate dalle norme nazionali e regionali, in virtù dell'evoluzione normativa derivante dalle successive modifiche del D.lgs 502/92 e s.m.i. e dalle conseguenti norme regionali è, già di fatto definito nelle sue linee essenziali. In particolare, a norma della D.L. 13 settembre 2012 n. 158 convertito con modificazioni nella Legge 8 novembre 2012 n. 189, le strutture organizzative dell'area di sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare devono operare quali centri di responsabilità dotati di autonomia tecnico funzionale e organizzativa nell'ambito della struttura dipartimentale e rispondono del perseguimento degli obiettivi dipartimentali aziendali, dell'attuazione delle disposizioni normative e regolamentali, regionali, nazionali ed internazionali, nonché della gestione delle risorse economiche attribuite. L'organizzazione del Dipartimento di Prevenzione deve essere modulata, superando la frammentarietà delle funzioni e garantendo la piena integrazione tra le UU.OO. che lo compongono, secondo i principi di flessibilità, adattabilità, revisione periodica, orientamento progettuale delle attività, tenendo conto delle peculiarità di ciascun territorio, degli insediamenti produttivi, del radicamento territoriale dei servizi, dell'entità numerica della popolazione (umana ed animale) delle caratteristiche orografiche, della viabilità, dei collegamenti nell'ambito aziendale, delle esigenze culturali dei territori nonché le loro specificità di richieste prestazionali. Nel territorio, molto vasto, dell'Azienda Sanitaria Salerno, al fine di meglio governare i bisogni prestazionali e, nel contempo, garantire l'unitarietà delle funzioni e l'unicità dell'interlocuzioni, vengono individuate le aree territoriali all'interno delle quali operano le unità operative complesse e semplici del dipartimento. Pertanto, si prospetta una organizzazione su due livelli. Un livello centrale costituito da una tecnostuttura investita da una cosiddetta "*mission funzionale*" e cioè di Direzione tecnico-organizzativa e gestionale complessiva, che sovrintende alla programmazione generale delle attività, alla verifica dell'efficienza, dell'efficacia e della qualità degli interventi, del rispetto dei livelli minimi di assistenza; un livello territoriale costituito da Unità organizzative cui sarà affidata la

cosiddetta “*mission produttiva*” al fine di garantire i livelli essenziali di assistenza (LEA). Questo livello operativo si realizza attraverso l'individuazione di aree territoriali all'interno delle quali si individuano le strutture complesse e le strutture semplici di riferimento che opereranno in ambiti territoriali definiti tali da presidiare l'intero territorio. Nell'organizzazione del Dipartimento di Prevenzione e delle U.O. che lo compongono, ivi comprese le funzioni tecnico – sanitarie, la funzione di vigilanza, pur esercitata in maniera coordinata in ambito dipartimentale, va considerata come strumento specialistico nell'ambito di ciascun U.O., a fianco alla informazione, formazione e assistenza e a tutte le possibili attività di promozione della prevenzione stessa.

L'architettura organizzativa deve garantire tutte le funzioni di prevenzione collettiva e sanità pubblica; in particolare:

- profilassi delle malattie infettive e parassitarie;
- tutela della collettività e dei singoli rischi sanitari degli ambienti di vita, anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali e le evidenze emerse dal Registro Tumori;
- tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi con gli ambienti di lavoro;
- tutela igienico-sanitaria degli alimenti;
- sorveglianza e prevenzione nutrizionale;
- attività di prevenzione rivolta alla persona, quali coordinamento e linee guida per vaccinazioni obbligatorie e raccomandate, nonché per programmi di diagnosi precoce (Screening);
- tutela della salute;
- verifica e vigilanza igienico-sanitaria delle strutture sanitarie, anche ai fini autorizzativi;
- medicina dello sport

Provvede, inoltre, ad elaborare, d'intesa con gli altri Servizi e Dipartimenti Aziendali, azioni e programmi per le attività di promozione alla salute e di prevenzione delle malattie cronicodegenerative. Per le attività connesse con il biomonitoraggio ambientale e il registro tumori, in ragione della pluridisciplinarietà degli interventi e dei percorsi, sarà istituito un G.O.I. (Gruppo Operativo Interdisciplinare), coordinato da un Dirigente Medico individuato dal Direttore del Dipartimento di Prevenzione, cui è assegnata la tenuta del Registro Tumori Aziendale.

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	
AREA SANITA' PUBBLICA	
UU.OO.CC.	UU.OO.SS.
Prevenzione e Sicurezza Ambienti di lavoro	
Igiene e Medicina del lavoro	<i>Stress da lavoro correlato</i>
	<i>2 territoriali interdistrettuali "Ambienti di lavoro"</i>
Igiene Pubblica	<i>Valutazione impatto sanitario e gestione sostanze chimiche (HIA e REACH)</i>
	<i>Medicina dello Sport</i>
Epidemiologia e Prevenzione	<i>Vaccinazioni internazionali e migranti</i>
	<i>Prevenzione malattie dei migranti</i>
Igiene degli alimenti e nutrizione	<i>Allerta rapido di controllo degli alimenti e bevande</i>
AREA SANITA' VETERINARIA E	SICUREZZA ALIMENTARE

Sanità animale	
Igiene e sicurezza alimenti di origine animale	
Igiene allevamenti e produzioni zootecniche	
	UU.OO.SS.DD.
	<i>Strutture Sanitarie</i>
	<i>Promozione della salute</i>
	<i>Randagi e benessere animali da affezione</i>
	<i>Flussi ed epidemiologia veterinaria</i>
	<i>6 strutture territoriali interdistrettuali "Prevenzione Collettiva" (UOPC)</i>
	<i>6 strutture territoriali interdistrettuali di "Veterinaria" (UOV)</i>

L'Organizzazione del Dipartimento, in ragione dell'attività territoriale, sarà oggetto, per quanto eventualmente difforme, di adeguamento al DCA n. 99 del 22.9.2016, con il quale è stato approvato il Piano Regionale delle Attività Territoriali per il triennio 2016/2018.

Il Dipartimento di Salute Mentale

Il Dipartimento di Salute Mentale programma e gestisce le attività *di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione, e di promozione della salute mentale* a favore delle persone con problematiche di salute mentale *in ogni fase della vita* nel territorio della Azienda sanitaria Locale “Salerno”. Il DSM è un’articolazione strutturale a direzione unica, dotata di autonomia tecnico-gestionale, coordina e utilizza in modo finalizzato le diverse tipologie di risorse che ad esso vengono attribuite ed è soggetta a rendicontazione analitica all’interno del bilancio aziendale.

Il **DSM della ASL Salerno** implementa gli interventi, i servizi e le strutture in materia di salute mentale individuate e delineate nel Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale (PANSM-2013):

1. esordi - intervento precoce;
2. disturbi comuni, ad alta incidenza e prevalenza, come depressione e disturbi d’ansia;
3. disturbi gravi persistenti e complessi;
4. disturbi infanzia e adolescenza.

Il DSM integra i principi dei Progetti Obiettivi Nazionali per la Tutela della Salute Mentale e l’innovazione delle conoscenze scientifiche che valorizzano le buone pratiche per la tutela della salute mentale dell’età evolutiva e degli adulti, nel loro continuum. Il DSM è un’articolazione organizzativa a cui afferisce l’Area disciplinare della Neuropsichiatria dell’Infanzia e dell’Adolescenza; è articolato strutturalmente e funzionalmente in Strutture Complesse, in Strutture Semplici Dipartimentali, in Strutture semplici ed incarichi professionali relativi a programmi specifici.

Il mandato del DSM si declina nei seguenti punti principali:

- espleta tutte le prestazioni previste dai Livelli Essenziali di Assistenza per la Salute Mentale;
- garantisce la presa in carico delle persone con problematiche di salute mentale, promuovendo l’integrazione tra prestazioni di ambito sanitario e sociale rese da altre agenzie sanitarie od enti istituzionali;
- assicura la unitarietà e continuità degli interventi operando in collaborazione con le altre agenzie sanitarie e sociali del territorio;
- promuove l’esercizio dei diritti di cittadinanza delle persone con problematiche di salute mentale;
- concorre alla presa in carico di cittadini e/o famiglie, portatori di bisogni multipli, di concerto con gli altri Dipartimenti e con le agenzie preposte all’assistenza socio-sanitaria, tramite percorsi coordinati con i Distretti;
- garantisce la tutela della salute mentale e la cura dei disturbi mentali a favore dei cittadini sottoposti a misure detentive e di restrizione della libertà;
- orienta i propri interventi a trattamenti basati sul rispetto della libertà e la promozione dei diritti (Dichiarazione Universale sui diritti dell’uomo, Parigi 1948) ed sulla promozione dei determinanti di salute (OMS, Carta di Ottawa 1986), ricercando il consenso e la collaborazione dei diretti interessati;
- promuove e coordina le attività di ricerca clinica applicata e di base e favorisce la collaborazione alle attività di ricerca con Dipartimenti universitari e strutture di altre aziende sanitarie;
- valorizza come risorsa dei servizi la partecipazione attiva delle Associazioni degli utenti, dei loro familiari e del volontariato;
- promuove iniziative a favore dell’inserimento lavorativo degli utenti, in rapporto con il privato sociale ed imprenditoriale, mediante l’integrazione con i Piani Sociali di Zona, contrastando l'emarginazione, lo stigma, la cronicizzazione.

L'ORGANIZZAZIONE DEL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

Sono Organi del Dipartimento il Direttore, nominato, secondo la normativa vigente, dal Direttore Generale e il Comitato del Dipartimento.

Il Dipartimento è articolato in Unità Operative complesse e Unità Operative Semplici.

La Consulta Utenti e Familiari è un organismo da istituirsi presso il Dipartimento di Salute Mentale. Nell'atto di istituzione devono essere esplicitate le funzioni deputate, con particolare attenzione alla loro declinazione in relazione alle caratteristiche del territorio e dell'utenza afferente. Questi meccanismi di partecipazione devono permettere la massima comunicazione tra l'utenza e le Unità Operative del DSM.

Le SC Unità Operative Salute Mentale (UOSM):

- realizzano la tutela della salute mentale del territorio di loro competenza;
- attuano la presa in carico di ciascun utente complesso mediante un Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (PTRP). Una quota significativa dei Progetti Terapeutico Riabilitativi Personalizzati viene sostenuta da Budget di Salute (PTRP/BdS).
- gestiscono le risorse umane ed economico finanziarie assegnate dalla Direzione Dipartimentale;
- attuano la programmazione definita dagli strumenti di programmazione dipartimentale;
- sono responsabili dei flussi informativi, di verifica e di controllo della produzione;
- collaborano, per la parte di propria competenza, alla gestione dipartimentale dei programmi di sviluppo della Qualità;
- collaborano, con le Unità Operative distrettuali, alla gestione dipartimentale della rete dei servizi residenziali nonché dei progetti terapeutico - riabilitativi individualizzati.

Sono articolate in:

- unità operativa semplice Centro di Salute Mentale (CSM);
- incarichi professionali per le funzioni clinico-assistenziali, riabilitativo-inclusive e di monitoraggio e ricerca applicata.

Le Unità Operative Semplici Dipartimentali (UOSD), sono così individuate

- **UOSD Appropriatazza Cure residenziali e semiresidenziali**
- **UOSD Programmazione, controllo e flussi informativi**
- **UOSD di Neurofisiologia clinica età evolutiva e patologie di confine.**

Opera inoltre presso il Dipartimento un servizio di Psicologia clinica, con competenze trasversali, sia in ambito ospedaliero che territoriale, nei settori strategici della clinica, promozione della salute, formazione e organizzazione.

La SC di Neuropsichiatria Infantile (SC NPI)

La Neuropsichiatria Infantile è una disciplina che condensa e riflette aspetti molteplici e multiformi dell'evoluzione del bambino la cui separazione determinerebbe gravi distorsioni diagnostiche e terapeutico- abilitative. Livelli organizzativi diversi e scollegati hanno determinato e determinerebbero il fallimento della rete assistenziale. Da tanto discende la necessità di una struttura complessa unica impegnata nel garantire un ambito unitario nel quale si integrano le diverse strutture e funzioni a garanzia del profilo omogeneo dell'assistenza nell'intera Azienda. L'assetto organizzativo dell'area N.P.I. prevede un Direttore di SC e tre Strutture Semplici Interdistrettuali di NPIA e una SSD di Neurofisiologia Clinica Età Evolutiva e patologie di confine. Tali strutture sono in stretta

integrazione e raccordo funzionale con le UU.OO.R. e le UU.OO.M.I. distrettuali in cui si assolve ai bisogni neurologici, neuropsicologici, psicologici, psichiatrici, abilitativi, di integrazione scolastica e di presa in carico globale specifici della disciplina (composti con il personale oggi in carico alle UU.OO.MM.II. ed alle UU.OO.R.). Molte patologie psichiatriche, neurologiche e neuropsicologiche hanno il loro esordio in età evolutiva, e se non adeguatamente e tempestivamente trattate possono determinare conseguenze negative significative in età adulta, sia per quanto riguarda la salute mentale che le condizioni di invalidità e non autosufficienza. Si tratta di situazioni che richiedono una presa in carico multidisciplinare di lunga durata, con interventi complessi e coordinati di diagnosi, trattamento e riabilitazione che coinvolgano la famiglia e i contesti di vita, integrati in rete con altre istituzioni e con il territorio. Un sistema integrato e completo di servizi di neuropsichiatria per l'infanzia e l'adolescenza richiede la presenza di équipes multidisciplinari composte di tutte le figure professionali necessarie a garantire gli interventi ed un adeguato range di strutture (ambulatoriali, semiresidenziali, residenziali, di ricovero), entrambe indispensabili per garantire i LEA.

La Neurofisiologia Clinica è indispensabile nel percorso di valutazione dei pattern neurofisiologici di tutti i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'età evolutiva, infatti secondo le linee guida della Società di neuropsichiatria Infantile l'EEG è richiesto nei protocolli diagnostici di tutte le patologie neuropsichiatriche quali crisi epilettiche clinicamente manifeste e non; episodi parossistici di dubbia natura; una storia di "regressione" del linguaggio per la diagnosi differenziale fra autismo e sindrome di Landau-Kleffner; disturbi depressivi dell'età evolutiva; disturbi dell'apprendimento scolastico; ritardi cognitivi; esordi psicotici; ecc.

L'ASL Salerno, nell'ambito delle proprie autonomie, intende migliorare la risposta ai bisogni degli utenti affetti da disturbi neuropsichici dell'età evolutiva, ispirando il proprio sistema gestionale ed organizzativo ad esempi virtuosi di altre Regioni d'Italia.

Una fondamentale esigenza è quella di una migliore e più funzionale organizzazione dell'integrazione tra i servizi di salute mentale dell'età evolutiva e dell'età adulta, specie riguardo ai disturbi psichici adolescenziali e giovanili (fascia d'età 15 – 21 anni), con l'elaborazione di progetti sperimentali che prevedano la creazione di équipes integrate dedicate alla prevenzione e un percorso di presa in carico basato operativamente sull'elemento essenziale della continuità ed integrazione di attività specifiche cliniche e riabilitative, di assistenza, di intermediazione e di coordinamento.

Una specificità dei disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza e degli interventi in età evolutiva è costituita dal fatto che l'intervento multidisciplinare d'équipe non è limitato ai casi particolarmente gravi e complessi, ma è invece la regola. La presa in carico non è, cioè, correlata esclusivamente alla complessità del disturbo ma è dettata soprattutto dai contesti in cui il disagio si esprime e dalla specificità della fase evolutiva attraversata dall'utente sofferente.

L'inclusione dei Servizi di NPI all'interno del contesto organizzativo del DSM risponde a tali necessità.

Sul piano operativo tale nuova organizzazione si porrà il compito di realizzare appropriati percorsi di continuità terapeutica ed assistenziale omogenei in tutta la ASL Salerno, il che implica uno stretto raccordo fra il sistema di risposta all'urgenza - emergenza e quello dei servizi sanitari e sociali che quotidianamente operano nel campo della prevenzione e della terapia dei disturbi psicopatologici in età e neurologici dell'infanzia e dell'adolescenza. Per le emergenze psichiatrico-comportamentali occorre ridurre al necessario la medicalizzazione di situazioni di disagio sociale, predisponendo protocolli di intervento concordati con i Servizi Sociali, che prevedano, fra l'altro, l'attivazione di posti letto di pronto uso (disponibili presso strutture residenziali protette) così da limitare i ricoveri neuropsichiatrici alle situazioni cliniche effettivamente gravi; incisiva risulterà, altresì l'attivazione di strutture residenziali o diurne e di centri ad alta specialità di abilitazione dei disturbi neuropsichici della età evolutiva; l'approfondimento diagnostico verrà effettuato, preferenzialmente, in ambito ambulatoriale o mediante 4 posti letto di DH, attivati presso il P.O. di Battipaglia, gestiti insieme al

personale della unità operativa territoriale; specifici protocolli di collaborazione disciplineranno i rapporti con i Tribunali Ordinari insistenti nel territorio provinciale, il Tribunale per i Minorenni, i Piani Sociali di Zona e la sede MIUR di Salerno.

L'assetto organizzativo si compone di una struttura complessa, da quattro strutture semplici che compongono una rete tra le 4 Unità Operative di NPI che assolvono a tutte le competenze attualmente in carico alle UOMI ed alle UODR e da una unità semplice dipartimentale di Neurofisiologia interdistrettuale.

La Struttura Complessa gestisce le prestazioni specialistiche per la valutazione di situazioni neuropsichiatriche o a rischio, la diagnosi e l'elaborazione del progetto assistenziale, la presa in carico per la cura, la riabilitazione e l'integrazione dei disabili nell'ambiente di vita; elabora programmi ed emana direttive generali per l'organizzazione e lo sviluppo dei servizi; gestisce il budget; cura l'organizzazione, monitoraggio e le gestioni finanziarie e strumentali assegnate, verifica le risorse umane (personale dipendente e in raccordo funzionale) e coordina tutte le attività aziendali di settore.

La Residenzialità Psichiatrica

La Regione ha emanato, nel 2011, due importanti atti (il DCRC n. 5/11 e la DGRC n. 666, recepita con DCA n. 41/2012 per la parte sanitaria), che costituiscono la disciplina di riferimento per le strutture sanitarie e sociosanitarie in favore di cittadini adulti con disagio psichico.

La rete delle strutture residenziali a gestione diretta normate dal DCRC5/2011 è la seguente:

ELENCO STRUTTURE RESIDENZIALI AFFERENTI AL DSM ASL SALERNO

Nome Struttura	Comune	Livello di Assistenza	Posti letto	Gestione
Monteoliveto	Nocera Inferiore	Intensivo	10	Pubblica
Casamica	Nocera Inferiore	Estensivo	10	Pubblica
Rosamunda	Angri	Estensivo	10	Pubblica
Villa Agnetti	Cava dei Tirrenii	Estensivo	10	Pubblica
Via Bastioni	Salerno	Estensivo	10	Pubblica
Mariconda	Salerno	Estensivo	16	Mista
Esordi Nocera	Comune di Nocera Inferiore	estensivo	6	Mista
Esordi Salerno	Città Salerno	estensivo	6	mista
Esordi Sant'Arsenio	Comune di Sant'Arsenio	estensivo	6	mista
Eboli	Comune Eboli	intensivo	8	Mista
Castel Ruggiero	Torre Orsaia	estensivo	10	Mista
E. Sarli	Sant'Arsenio	intensivo	10	Pubblica
Roccadaspide	Comune di Roccadaspide	estensivo	14	Mista

I PDTA

Il DSM promuove i Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA), e particolarmente:

1. PDTA Esordi
2. PDTA Autismo
3. PDTA DCA
4. PDTA Psicosi persistenti e disabilitanti

I Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC)

I Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura sono programmati per soddisfare, in via prioritaria, le esigenze del territorio dell'ASL di riferimento, verificando costantemente l'appropriatezza dei ricoveri posti in essere. Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura non si configura come un Pronto Soccorso psichiatrico, ma garantisce le attività di consulenza e di collegamento al Pronto Soccorso, alla Terapia Intensiva e alle altre Unità Operative del P.O. La Consulenza psichiatrica a strutture ospedaliere non sede di SPDC, laddove non garantita da autonoma organizzazione promossa dalle strutture ospedaliere stesse, è assicurata da personale delle Unità Operative di Salute Mentale competenti per territorio, secondo le afferenze e con le modalità stabilite dal DSM. Ogni SPDC dell'Azienda allocati, rispettivamente presso il P.O. di Nocera Inferiore, il P.O. di Vallo della Lucania e l'A.O.U. S. Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona, possiede una dotazione di 18 PL distribuiti in 16 PL ordinari e 2 PL di DH che possono essere utilizzati, come servizio per la stabilizzazione di pazienti critici in funzione di "One Night Hospital", quando le circostanze lo rendono necessario. La dotazione di 8 PL di DH con funzione di "One Night Hospital", previsti in presidi ospedalieri non sede di SPDC (Polla, Oliveto Citra) sono considerati PL gestiti dal personale delle relative Unità Operative territoriali in funzione di supporto della rete psichiatrica.

Per le necessità terapeutico-assistenziali, nonché per criteri di economicità, entro sei mesi dall'approvazione del presente Atto, saranno adeguate le dotazioni di posti letto dei servizi di competenza dell'Azienda, rispettando gli standard previsti e le assegnazioni di cui al DCA n. 33/2016.

La rete dell'emergenza psichiatrica viene gestita dal Servizio 118 in collaborazione con il DSM.

I Disturbi dell'Alimentazione e la rete dei servizi dedicata

La rete di cura dei DCA comprende servizi di accoglienza nelle UU.OO.SM, tre Centri Diurni di riabilitazione alimentare e una Struttura residenziale per la riabilitazione e la cura dei Disturbi dell'Alimentazione a valenza sovra aziendale/regionale (Decreto 11/2016), ubicata in Salerno. Tale rete andrà a coordinarsi con il Centro Pilota Regionale per i Disturbi del Comportamento Alimentare attivo presso il Dipartimento di Psichiatria della Seconda Università di Napoli e prevederà il coinvolgimento e il raccordo con i servizi di NPIA (neuropsichiatria infantili aziendali).

I Centri Diurni per la riabilitazione dei Disturbi dell'Alimentazione sono situati presso le sedi di:

1. Nocera Inferiore.
2. Salerno
3. Vallo della Lucania

La Presa in Carico dei pazienti Autori di Reato

Il Dipartimento di Salute Mentale, attraverso le UU.OO.SM è l'organismo responsabile dell'elaborazione dei PTRP per tutti i cittadini con problematiche di salute mentale autori di reato afferenti al territorio di riferimento sottoposti a misura di sicurezza detentiva alternative al carcere.

Il DSM interagisce con la Struttura di Tutela della Salute Adulti e Minori dell'Area Penale per garantire la continuità assistenziale.

Le Unità Operative del Dipartimento di Salute Mentale in riferimento agli Ambiti Sociali ed ai Distretti Sanitari ASL Salerno

U.O.S.M.	Ambito Sociale	Distretto San.	Sede di distretto	Comuni	Pop. totale
U.O.S.M. 1	Ambito S 01_1	Distretto n.60	Nocera	4	93.068
U.O.S.M. 2	Ambito S 01_2	Distretto n.61	Angri	4	96.243
U.O.S.M. 3	Ambito S 01_3- S 06	Distretti nn.62-67	Sarno-Pagani- Mercato S. Severino	10	158.959
U.O.S.M. 4	Ambito S 02	Distretto n.63	Cava de' Tirreni -Costa d'Amalfi	14	93.690
U.O.S.M. 5	Ambito S 03	Distretto n.64	Eboli	26	103.341
U.O.S.M. 6	Ambito S 04	Distretto n.65-68	Battipaglia- Giffoni V.Piana	12	141.439
U.O.S.M. 7	Ambito S 05	Distretto n.66	Salerno	2	146.226
U.O.S.M. 8	Ambito S 07 – S 08	Distretto n.69	Capaccio-Rocccaspide	21	55.632
U.O.S.M. 9	Ambito S 08	Distretto n.70	Vallo d.Lucania-Agropoli	37	96.377
U.O.S.M. 10	Ambito S 09 – S 10	Distretti nn.71 - 72	Sapri - Sala Consilina	17	111.490
SC N.P.I.	Ambito dipartimentale				
	TOTALI			158	1.106.506

Fonte: dati ISTAT 2016

U.O.S.M.	Ambito Sociale	Strutture Semplici	Incarico Professionale	Struttura Complessa	Sede di distretto
U.O.S.M. 1	Ambito S 01_1		2	1	Nocera
U.O.S.M. 2	Ambito S 01_2		2	1	Angri
U.O.S.M. 3	Ambito S 01_3- S 06	1	3	1	Sarno-Pagani- Mercato S. Severino
U.O.S.M. 4	Ambito S 02	1	2	1	Cava de' Tirreni -Costa d'Amalfi
U.O.S.M. 5	Ambito S 03	1	2	1	Eboli
U.O.S.M. 6	Ambito S 04	1	2	1	Battipaglia- Giffoni V.Piana
U.O.S.M. 7	Ambito S 05	1	2	1	Salerno
U.O.S.M. 8	Ambito S 07	-	2	1	Capaccio-Rocccaspide
U.O.S.M. 9	Ambito S 08	1	2	1	Vallo d.Lucania-Agropoli
U.O.S.M. 10	Ambito S 09 - S 10	1	2	1	Sapri - Sala Consilina
SC N.P.I.		3	-	1	
STRUTTURA		SSD			SEDE
SPDC SALERNO		1			A.O.U. SAN GIOVANNI DI DIO E RUGGI
SPDC NOCERA		1			P.O. UMBERTO I
SPDC VALLO		1			P.O. S.LUCA
SSD Appr. Cure Residenziali e Semiresidenz.		1			DSM DIREZIONE
SSD Programmaz. e Controllo di Gestione - Sistemi Informativi		1			DSM DIREZIONE
SSD Neurofisiologia Clinica Età Evolutiva e patologie di confine		1			DSM DIREZIONE

Nell'ambito delle attività dipartimentali opera un **Consultorio per la Disforia di Genere**, per ogni necessità collegata ai complessi problemi legati alla definizione della identità sessuale e di genere. E' prevista l'organizzazione di un Servizio odontoiatrico dedicato.

L'Organizzazione del Dipartimento, compresa l'Area di Neuropsichiatria Infantile, sarà oggetto, per quanto eventualmente difforme e necessario, di adeguamento al DCA n. 99 del 22.9.2016, con il quale è stato approvato il Piano Regionale delle Attività Territoriali per il triennio 2016/2018.

Il Dipartimento delle Dipendenze

La Legge 79/2014, di modifica di alcuni articoli del D.P.R. 309/90, *Testo Unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza*, disciplina il cambio di denominazione da Servizi per le Tossicodipendenze (Ser.T.) a Servizi per le Dipendenze (Ser.D.).

Tale cambiamento, non solo terminologico, prende atto della aumentata complessità del fenomeno non più legato esclusivamente all'uso della sostanza, prevalentemente eroina, ma anche ad altri comportamenti che inducono dipendenza senza uso di sostanze (gioco d'azzardo, internet, shopping compulsivo, ecc...). Questa nuova visione dei servizi impone di conseguenza una riorganizzazione del Sistema pubblico che deve essere in grado di proporre risposte complesse a bisogni sempre più complessi e articolati. In tale contesto, occorre definire una strategia tesa a implementare e potenziare il servizio pubblico, adottando una modalità di intervento che privilegia la valutazione multidimensionale del bisogno, i percorsi terapeutici integrati, il raccordo sistematico intraaziendale e con le ulteriori realtà del territorio, nel rispetto di una logica di rete, con strutturazione di protocolli di presa in carico globale.

Attualmente, nell'Azienda, il problema è affrontato nei **SER.D.** previsti. La loro presenza consente di raggiungere una discreta capillarizzazione sull'intero ambito aziendale che deve però essere rafforzata in alcune aree nel rispetto della diversità geomorfologica dei territori.

L'Azienda istituisce un **Osservatorio aziendale sui disturbi da dipendenza comportamentale patologica**, con funzione di:

- raccordo con l'Osservatorio regionale e sviluppo degli input ricevuti a livello di ciascuna azienda
- coordinamento e sostegno delle attività di rete;
- raccolta dei dati territoriali necessari per assolvere al debito informativo regionale.

Il Dipartimento delle Dipendenze garantisce, altresì, la programmazione, la gestione, la verifica e la valutazione degli interventi e delle azioni rivolte alle dipendenze patologiche nell'ambito della tutela della salute, della prevenzione, della socio-riabilitazione e della riduzione dei danni e dei rischi per le dipendenze patologiche. Costituisce nell'Azienda l'organo di indirizzo, controllo e governo del sistema integrato di servizi pubblici e del privato sociale ed è organizzata in centri di costo e di responsabilità. Il Dipartimento prevede una articolazione organizzativa aziendale e periferica di servizi centrali, (sovradistrettuali e periferici), e di tipologie (strutture ambulatoriali territoriali, strutture intermedie diurne e residenziali, unità mobili, strutture accreditate degli Enti Ausiliari) il cui insieme configura un sistema di servizi e di azioni diversificate e adeguate alle diverse realtà e caratteristiche degli utenti di riferimento (consumatori di droghe e sostanze psicoattive illegali e legali, detenuti, immigrati STP, senza dimora, alcolisti, consumatori problematici di cocaina e di alcol, policonsumatori, consumatori ricreativi, dipendenze senza sostanze (Ludopatie, internet addiction, etc). Per tali motivi saranno previsti incarichi professionali di alta specializzazione specifici per le attività di integrazione sociosanitaria e di addiction legal. In ordine al DL n. 230/99 ed al DPCM 1 aprile 2008 e successive "Linee guida per la stesura del protocollo locale per la Gestione del Servizio di Medicina Penitenziaria" - D.G.R.C. n. 96/2011 -, il Dipartimento dovrà porre particolare attenzione all'organizzazione dell'assistenza ai detenuti tossicodipendenti che dovrà essere programmata in modo coerente con l'assistenza ordinaria e raccordata con il circuito dei servizi interni e di quelli accreditati, sia per garantire la continuità assistenziale che per la corretta esecuzione delle misure alternative alla detenzione. Andranno quindi definiti gli aspetti organizzativi e le modalità operative, facendo riferimento alla normativa nazionale e regionale.

DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE	
UU.OO.CC.	UU.OO.SS.DD
SER.D. Cava dei Tirreni/Costa d'Amalfi – Nocera Inferiore	Tossicologia
SER.D. Salerno	
SER.D. Battipaglia - Capaccio/Roccamare	
SER.D. Vallo della Lucania – Agropoli - Sapri – Sala Consilina	

L'Organizzazione del Dipartimento sarà oggetto, per quanto necessario, di adeguamento alle indicazioni di cui al DCA n. 86 del 8.8.2016 (Piano di Azione Regionale di contrasto alle Dipendenze Patologiche) e al DCA n. 99 del 22.9.2016, con il quale è stato approvato il Piano Regionale delle Attività Territoriali per il triennio 2016/2018.

Il Dipartimento Farmaceutico

Le specifiche competenze in materia di Governo Clinico del farmaco indirizzate all'appropriatezza nell'utilizzo di farmaci e dispositivi medici ed alla valutazione economica delle tecnologie sanitarie, rivestono valenza strategica ai fini della formulazione del budget, della selezione e gestione delle procedure di acquisto e degli approvvigionamenti, nonché delle altre funzioni caratterizzanti la vigilanza, il controllo ed il monitoraggio dell'Assistenza Farmaceutica. Le diverse esperienze già attive e realizzate a livello nazionale, confermano l'opportunità dell'istituzione del Dipartimento Farmaceutico per consentire, in un territorio così vasto e differenziato, di assolvere in modo omogeneo ed organico alle molteplici attività legate all'intero processo di governo del farmaco, del dispositivo medico e degli altri beni a valenza terapeutica. Contribuisce ai processi di gestione del farmaco e dei dispositivi medici, con capacità propositiva e progettuale per il raggiungimento dell'obiettivo di qualificazione della spesa farmaceutica e dei dispositivi medici dell'area territoriale, della convenzionata e dei relativi fabbisogni. Individua inoltre aree comuni di intervento a garanzia di un'uniformità sui criteri di gestione dei beni sanitari al fine di evitare comportamenti non omogenei. E' una struttura complessa, interdisciplinare a valenza strategica il cui focus di attività è rappresentato dall'acquisto, dal controllo e dal monitoraggio dell'Assistenza Farmaceutica e rappresenta il momento di sintesi ed integrazione di tutti i percorsi intra e interaziendali in materia farmaceutica; l'U.O.C. si connota per la forte trasversalità interna e nei confronti degli interlocutori esterni all'Azienda nel contesto territoriale di riferimento (MMG, specialisti ospedalieri e farmacisti ospedalieri e farmacisti convenzionati). Si avvale di specifiche competenze in materia di Governo Clinico del farmaco indirizzate all'appropriatezza nell'utilizzo del farmaco e nella valutazione economica delle tecnologie sanitarie. Svolge anche un ruolo di formazione nell'ambito aziendale attraverso lo strumento dell'informazione indipendente.

Il Dipartimento promuove azioni di tutela e promozione della salute attraverso l'uso razionale ed appropriato dei medicinali e dei dispositivi medici, garantendo l'assistenza farmaceutica alla popolazione nel rispetto della normativa vigente. Svolge attività autorizzativa e ispettiva sulla filiera del farmaco. Gestisce le attività distributive del farmaco e dei dispositivi medici e le loro implicazioni tecnico-amministrative e contabili. Partecipa alla definizione dei capitolati per l'acquisto di farmaci e dispositivi medici, con un ruolo di supporto al l'Unità Operativa amministrativa individuata per gli acquisti. Espleta l'attività di farmacovigilanza, sia sotto il profilo organizzativo che operativo, con raccolta e inserimento delle segnalazioni nella rete ministeriale.

Il Dipartimento promuove interventi finalizzati a razionalizzare l'uso delle risorse rivolte al farmaco con azioni sul momento prescrittivo, sia in regime di ricetta SSN che di file F. Monitora e controlla l'impiego e la distribuzione dei farmaci attuata dagli erogatori del territorio, monitora l'andamento della spesa farmaceutica, attuando ogni iniziativa atta a correggere comportamenti prescrittivi non appropriati. Verifica, inoltre, la corretta compilazione, da parte dei medici specialisti, dei piani terapeutici necessari per la prescrizione di determinati farmaci, prevedendo anche la organizzazione di una specifica piattaforma informatica. Partecipa, con le Direzioni competenti, alla formulazione dei contenuti dei prontuari alle dimissioni e dei prontuari ospedalieri, con particolare attenzione e riferimento a classi terapeutiche di particolare rilevanza nazionale, opera, anche, in ragione dei controlli e delle attività della farmaceutica convenzionata, in ordine all'assistenza farmaceutica interna, territoriale e ospedaliera, anche con servizio di vigilanza e ispezione, quale supporto alle attività del Comitato Etico.

Le attività farmaceutiche distrettuali trovano organizzazione nell'ambito delle attività definite per i Distretti.

DIPARTIMENTO FARMACEUTICO	
UU.OO.CC.	UU.OO.SS.
Assistenza farmaceutica	
Farmacia Ospedale di Nocera Inferiore	Farmacia Ospedale di Pagani
	Farmacia Ospedale di Scafati
Farmacia Ospedale di Battipaglia	Farmacia Ospedale di Eboli
Farmacia Ospedale di Vallo della Lucania	
	UU.OO.SS.DD.
	Area Assistenza farmaceutica convenzionata
	Area Assistenza farmaceutica interna
	Area Farmacovigilanza e Gestione clinica del farmaco
	Farmacia Ospedale di Sarno
	Farmacia Ospedale di Oliveto Citra
	Farmacia Ospedale di Polla
	Farmacia Ospedale di Sapri

L'Organizzazione del Dipartimento, in ragione dell'attività territoriale, sarà oggetto, per quanto eventualmente difforme, di adeguamento al DCA n. 99 del 22.9.2016, con il quale è stato approvato il Piano Regionale delle Attività Territoriali per il triennio 2016/2018.

LE ATTIVITA' TERRITORIALI - IL DIPARTIMENTO TERRITORIALE

La riorganizzazione sistematica e qualificata della medicina del territorio, quale livello di assistenza in sintonia con le attese e i bisogni dei cittadini, prevede la realizzazione di un distretto socio-sanitario forte in grado di essere leader della cronicità, della fragilità e della non autosufficienza. Il Distretto Sanitario deve infatti rappresentare il luogo privilegiato per lo sviluppo ed il coordinamento delle reti e del lavoro integrato in team, per l'adozione di percorsi di cura ed assistenza in integrazione e continuità tra di loro (servizi sociali - servizi sociosanitari – servizi sanitari territoriali e servizi sanitari ospedalieri) nell'ottica della presa in carico globale del cittadino e della attivazione di risposte calibrate sul reale bisogno di salute, spostando l'attenzione dalla malattia alla persona e sviluppando l'approccio del “prendersi cura” e della “personalizzazione degli interventi”. Nel nuovo assetto della sanità aziendale, quindi, il presente Atto prevede che il fulcro centrale dei processi assistenziali sia rappresentato dal Distretto Sanitario che dovrà assumere un ruolo cardine nella conoscenza del reale bisogno di salute della popolazione di riferimento e nel facilitare l'integrazione e il collegamento con gli ulteriori nodi della rete, consentendo all'ospedale di perdere le attuali caratteristiche “generaliste” e di diventare sempre più specializzato e tecnologicamente dotato per la cura delle acuzie, delle urgenze e delle emergenze. Al fine di perseguire tale obiettivo, l'Azienda adotta a pieno il “paradigma dell'iniziativa” ovvero quel modello di assistenza orientato alla promozione attiva della salute e al rafforzamento delle risorse personali (il paziente diventa co-artefice del processo di cura), familiari e sociali, lasciando al solo ospedale l'adozione del “paradigma dell'attesa”, ovvero quel modello di assistenza ad elevata standardizzazione ed intensività che si attiva in presenza di un nuovo evento.

Appare, pertanto, necessario modulare l'offerta assistenziale territoriale sviluppando un nuovo modello organizzativo delle cure primarie che sia in grado di transitare dalla frammentarietà degli interventi alla globalità dell'approccio superando l'attuale modalità operativa individuale e autoreferenziale dei vari professionisti e ampliando l'assistenza domiciliare e la possibilità delle cure intermedie. La organizzazione, che fa capo, in sede territoriale, ai Direttori dei Distretti, prevede, in sede centrale, la dipartimentalizzazione delle funzioni, al fine di garantire, d'intesa con la Direzione strategica, omogeneità nell'applicazione e nella operatività dei nuovi sistemi che, essendo in fase innovativa, hanno bisogno di una guida specifica centralizzata.

DIPARTIMENTO ATTIVITA' TERRITORIALI	
UU.OO.CC.	UU.OO.SS.DD.
13 Direzioni Distrettuali*di cui 2 in comune con le Direzioni di Ospedale come da nota*	Assistenza riabilitativa e protesica
	Tutela della Salute Adulti e Minori di Area Penale
Cure domiciliari, Assistenza Anziani, Non Autosufficienti, Cure Palliative	

**per i Distretti di Sala Consilina 72, e Sapri 71, è prevista una direzione medica in comune con il presidio ospedaliero rispettivamente di Polla e Sapri. I Responsabili delle UUCP e degli Ospedali di Comunità, se titolari di struttura complessa, partecipano, di diritto, al Comitato di Dipartimento.*

ALTRE ATTIVITA' DIPARTIMENTALI

Nell'ambito delle attività territoriali, funzionalmente collegate con il Dipartimento, si provvederà alla organizzazione delle Strutture SPS, previste dal Piano delle Attività Territoriale 2016-2018 presso i Presidi Ospedalieri di Agropoli e Roccadaspide e presso le sedi di Buccino e S.Arsenio, la cui organizzazione e tipologia di incarico saranno oggetto di successivo provvedimento.

Tutta la organizzazione e le attività dei servizi territoriali saranno oggetto, per quanto eventualmente difforme, di adeguamento ai principi e alle determinazioni di cui al DCA n. 99 del 22.9.2016, con il quale è stato approvato il Piano Regionale delle Attività Territoriali per il triennio 2016/2018.

IL DISTRETTO SANITARIO

Il Distretto Sanitario, inteso come un sistema complesso, è il luogo dove si producono risposte di salute. Il Distretto rappresenta il centro della programmazione sanitaria, integrata con quella sociale, la sede della lettura dei bisogni della popolazione, dove è possibile stabilire le vere priorità territoriali e quindi programmare, per tappe, gli interventi a misura del singolo cittadino e delle singole famiglie. Nel Distretto agiscono i determinanti distali della salute (ambiente, relazioni sociali, condizione economica, livello di istruzione) e si realizzano quelli prossimali (comportamenti, stili di vita). Questa dimensione territoriale agisce da facilitatore delle politiche integrate coerenti con i bisogni del territorio, nel rendere più agevole ed efficace la partecipazione dei cittadini e mantenere vivo il circuito metodologico virtuoso tra: analisi territoriale – programmazione – monitoraggio – valutazione. Obiettivo prioritario è quindi promuovere programmi intersettoriali realizzati congiuntamente da Enti Locali, Azienda Sanitaria e le forme associative presenti sul territorio, con particolare riguardo all'integrazione dei servizi con la rete di solidarietà formale ed informale. Riveste particolare rilievo, nell'organizzazione territoriale dei servizi, la modalità di individuazione di soggetti gestori a cui sia stata affidata la realizzazione di specifici servizi all'utenza o di progetti basati sulla metodologia di lavoro per progetti personalizzati come previsto dal DPCM del 14.2.2001. In questi ultimi anni la Regione Campania ha posto in essere una serie di attività finalizzate a favorire i processi di integrazione socio-sanitaria ma soprattutto ad applicare e monitorare i livelli Essenziali di Assistenza socio-sanitaria intesi come garanzia al cittadino di fruibilità di servizi. Sono stati considerati indispensabili l'utilizzo degli strumenti di programmazione e pianificazione quali il **Programma Attività Territoriali (PAT)** nonché la messa a regime del monitoraggio dei **LEA socio-sanitari** ed il recepimento dei decreti ministeriali sui flussi informativi residenziali, semiresidenziali e domiciliari.

Il Distretto Sanitario assume, perciò, un ruolo di primaria importanza e riferimento delle Aziende per il raggiungimento degli obiettivi di integrazione. Le parole chiave, i punti cardine, gli imperativi categorici dell'assistenza dovranno essere rappresentati da equità, integrazione, coordinamento, continuità e presa in carico unitaria, globale e individualizzata; quest'ultima dovrà avvenire sulla base della valutazione multidimensionale e della stesura del **progetto assistenziale personalizzato** integrando i settori delle cure e quelli dell'assistenza con l'obiettivo di aumentare la qualità di vita dei pazienti e, al tempo stesso, l'efficienza e sostenibilità del sistema. Detta integrazione, perseguita sia a livello istituzionale che gestionale e professionale, riconosce nella programmazione condivisa, partecipata e unitaria, che si effettua rendendo tra loro complementari e coerenti il **Programma delle attività territoriali distrettuale** e il **Piano di Zona** di riferimento, l'imprescindibile punto di partenza. Per favorire il raggiungimento del citato obiettivo va riconosciuto alle **“reti”** e ai **“percorsi”** il ruolo di strumenti organizzativi dell'integrazione e alla **“presa in carico”** il ruolo di strumento operativo. In tale ottica vanno sviluppate diverse **reti assistenziali** che rappresentano l'insieme di servizi, attività e professionisti, tra loro interdipendenti ed organizzati in nodi, che ricompongono i propri interventi calandoli sul bisogno di assistenza della persona. Analogamente, per raggiungere una gestione complessiva di un determinato problema di salute, devono essere privilegiati gli interventi multiprofessionali e multidisciplinari. Infine, attraverso la realizzazione di una corretta presa in carico, i bisogni complessi, con necessità di assistenza continuativa e prolungata nel tempo da parte di diverse professionalità, ricevono una risposta globale ed unitaria. Il Distretto rappresenta, quindi, un tassello importante soprattutto nell'ottica del completamento del processo di aziendalizzazione, attraverso la diffusione dei principi di: - autonomia organizzativa; -

responsabilità gestionali; - attenzione alle reali necessità, aspettative e preferenze dei cittadini. Il Distretto è contiguo alla domanda e va considerato quale momento chiave dell'organizzazione sanitaria per il governo della salute e per il controllo dell'efficacia delle prestazioni e della spesa. Per ottenere un reale decentramento delle attività sanitarie sul territorio, si impone un forte ripensamento delle logiche programmatiche, al fine di poter definire – in specifica normativa - il ruolo nodale del Distretto sanitario nell'ambito delle politiche sanitarie. In più parti del D.Lgs. 502/92 e s.m.i. viene - infatti - sottolineata l'importanza strategica delle funzioni distrettuali anche in termini di vere e proprie “unità di misura e di controllo“ ove rilevare sia la domanda di salute che la qualità e quantità di servizi offerti. In altri termini, il Distretto “unità di misura e di controllo”, che ha come obiettivo primario la soddisfazione dei bisogni di salute della popolazione del proprio territorio, deve avere la corretta conoscenza degli stessi, diversificandoli da una mera domanda di prestazioni, indotta e non reale. In tal modo potranno essere individuate la tipologia e la quantità dei servizi necessari per la loro soddisfazione. La conoscenza dello stato di salute della popolazione residente nel distretto diviene infatti fondamentale per rimodulare l'offerta dei servizi e qualificare la domanda, oggi ancora impropriamente rivolta in luoghi di ricovero, che, infatti, stentano ad assumere appieno il ruolo attribuito dalla programmazione regionale. Il distretto, dunque, può essere considerato quale macrolivello assistenziale extraospedaliero, con tutte le relative attività. Pertanto affinché ciò accada, occorre che il Distretto sia dotato di autonomia tecnico gestionale ed economico finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio. E', infatti, in relazione agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento che al Distretto vengono attribuite le necessarie risorse ed è in tal senso che va orientata la necessità di distinzione operativa tra competenza tecnico-professionale e competenza gestionale del distretto. Il riconoscimento al Distretto di una specifica responsabilità all'interno della Azienda, per la integrazione delle attività di assistenza territoriale tra loro e con l'assistenza sociale, costituisce - pertanto - uno degli obiettivi di fondo per una programmazione sanitaria attualizzata al contesto normativo vigente. A tal fine nel Distretto è prevista la figura del Coordinatore distrettuale socio-sanitario, funzionalmente collegato al Coordinamento Socio Sanitario aziendale, in stretto rapporto con il Direttore del Distretto e i servizi distrettuali, che supporta la direzione distrettuale nella programmazione e realizzazione dell'integrazione tra le attività di assistenza territoriale e con l'assistenza sociale e sovrintende ai processi delle attività di accoglienza e prima valutazione (PUA) nonché a quelli della valutazione funzionale Multidimensionale e della definizione di Progetti Assistenziali, restando, la gestione di questi ultimi, di competenza dei servizi distrettuali. Nell'ambito del Distretto è quindi individuato un Ufficio socio-sanitario in staff alla Direzione distrettuale. Il Distretto è il luogo ottimale di esercizio delle attività di promozione della salute e di prevenzione delle malattie e delle disabilità. Esso rappresenta altresì la sede più idonea per il confronto con le autonomie locali e per la gestione dei rapporti con la popolazione e, quale garante della salute del territorio, assicura l'espletamento delle attività e dei servizi nonché delle attività organizzative e di coordinamento del percorso sanitario. Al Distretto competono, in primo luogo, l'analisi del bisogno di salute e la promozione di corretti stili di vita della popolazione, e l'erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione e di integrazione socio-sanitaria, secondo quanto previsto dai livelli uniformi di assistenza. In questo senso, importante sono i rapporti di integrazione del Distretto con le altre macrostrutture aziendali (Dipartimenti – Ospedale). Il Distretto si identifica con l'area territoriale dove sono presenti tutti i punti di erogazione delle prestazioni socio sanitarie, sia pubbliche che private accreditate. Esso deve sviluppare soluzioni che vadano verso l'integrazione delle risposte assistenziali erogate in ambito sanitario con le risposte assistenziali erogate in ambito sociale o da soggetti terzi. E' strutturato sul modello della “presa in carico”. Con tale termine si intende l'operatività attraverso la quale si instaura un rapporto continuo con la Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta che presidia sia la funzione di accoglienza e prima valutazione (PUA) sia la valutazione funzionale Multidimensionale e la definizione di Progetti

Assistenziali Individuali. Il distretto si configura pertanto quale principale punto d'accesso, non solo ai servizi distrettuali ma alla rete generale dei servizi sanitari e sociosanitari. Tale soluzione si sostanzia, operativamente, nell'organizzazione di **punti di accesso territoriali distrettuali**, governati logicamente dalla PUA distrettuale. La **Porta Unitaria d'Accesso (PUA)** è una modalità organizzativa che prevede specifici spazi e costituisce come modello e funzione di integrazione e raccordo stabile dei diversi punti e nodi di accesso sanitari e sociali a cui il cittadino si rivolge, eliminando duplicazioni e sovrapposizioni. Ad essa compete: - la funzione di accoglienza e informazione - la funzione di valutazione di primo livello, finalizzata ad avviare un percorso di accesso al sistema dei servizi che, a seconda dell'intensità delle situazioni problematiche espresse, semplici o complesse, possa prevedere: - l'invio ai servizi sanitari o sociali - l'attivazione della valutazione multidimensionale finalizzata ad una presa in carico integrata - la attivazione di tutte le risposte necessarie a soddisfare la richiesta ed il bisogno del cittadino in relazione alle risorse disponibili. Gli attori della Porta Unitaria di Accesso dovranno discriminare il bisogno espresso dal cittadino ed avviare un percorso di accesso al sistema dei servizi che, a seconda dell'intensità delle situazioni problematiche espresse, semplici o complesse, possa prevedere l'invio ai servizi sanitari o sociali o l'attivazione della valutazione multidimensionale finalizzata ad una presa in carico integrata. In un'ottica di integrazione gestionale, la PUA verrà normata, a livello distrettuale, mediante un Regolamento congiunto ASL/Ambito sociale territoriale, che deve prevedere un meccanismo di coordinamento automaticamente attivato ogni qualvolta vi sia una richiesta di accesso da parte del cittadino attraverso i punti della rete formale.

Il Direttore del Distretto

Al Distretto è preposto un Direttore. L'incarico, a tempo determinato, viene attribuito dal Direttore generale dell'azienda, con le modalità previste dalla normativa vigente. Il Direttore di Distretto è responsabile del funzionamento di tutti i servizi sul territorio. Egli si configura come il "garante" del complesso delle attività sanitarie e amministrative connesse al percorso terapeutico del paziente. E' responsabile, in particolare, delle attività del Distretto, della gestione delle risorse umane, strumentali e finanziarie assegnate per il perseguimento degli specifici obiettivi, nonché della programmazione e valutazione delle attività territoriali sanitarie e sociosanitarie e risponde al Direttore generale della suddetta gestione e dei risultati raggiunti. Al Direttore del distretto sono attribuite le risorse definite in rapporto alle funzioni assegnate ed agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento definiti nel Programma delle attività territoriali distrettuali, approvato dal Direttore generale. Il budget di Distretto rappresenta il contenitore logico di tale assunto organizzativo di cui rappresenta il coerente strumento gestionale. La Direzione del distretto è individuata come Centro di Responsabilità (CdR) che contratta il budget con la Direzione Strategica. Il distretto pertanto è una struttura operativa dell'azienda dotata di autonomia economico-finanziaria e gestionale, con l'attribuzione di specifico budget e con contabilità separata all'interno del bilancio dell'azienda. Il Direttore di distretto, in collaborazione con il Coordinatore socio-sanitario, supporta inoltre la direzione strategica nei rapporti con i Sindaci del distretto nonché con gli altri soggetti di cui all'art. 1 della Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali dell'8 novembre 2000 n. 328. Per le funzioni di coordinamento amministrativo è affiancato da un dirigente amministrativo, in possesso dei requisiti di legge.

Comitato dei Sindaci del Distretto

L'efficace esercizio della funzione del Distretto quale centro di riferimento sanitario della comunità locale, presuppone una completa e costante valorizzazione del ruolo delle autonomie locali. In tale

ottica, il Comitato dei Sindaci di Distretto previsto dall'art. 3-quater, comma 4 del decreto legislativo 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni, esplica funzioni consultive e propositive sulla programmazione distrettuale delle attività. In particolare, il citato art. 3-quater del decreto D.Lgs. 502/92 stabilisce che compete al Comitato dei Sindaci di Distretto, quale organismo rappresentativo di tutte le amministrazioni comunali presenti nell'ambito territoriale del Distretto, l'espressione del parere sulla proposta, formulata dal Direttore del distretto, relativa al Programma delle attività territoriali-distrettuali; al Comitato dei Sindaci di Distretto viene inoltre trasmessa, a fini conoscitivi, la relazione annuale sulle attività distrettuali predisposta ai fini dell'elaborazione della relazione annuale dell'A.S.L.. Ai fini dell'espressione dei pareri previsti dalla legge, il Comitato dei Sindaci è da intendersi come rappresentativo degli indirizzi relativi alle politiche sociali propri di ciascun Comune e dell'Ente gestore delle funzioni socio-assistenziali esistenti nell'ambito territoriale del Distretto, dei quali ciascun Sindaco fa parte in qualità di membro dell'organo di indirizzo politico (Assemblea consortile, Assemblea dei Comuni associati e Assemblea Comunità Montana). Il Comitato è presieduto da un Presidente eletto nel suo seno a maggioranza assoluta dei componenti a scrutinio segreto. Fino alla nomina del Presidente, le sedute del Comitato sono presiedute dal Sindaco del Comune sede di Distretto. Alle sedute del Comitato partecipano, senza diritto di voto, il Direttore generale o suo delegato, il Direttore del distretto e il Coordinatore distrettuale dei servizi socio-sanitari. Il Comitato dei Sindaci, entro 30 gg. dall'insediamento, approva il Regolamento relativo alla propria organizzazione e funzionamento, sentito il parere del generale e del Direttore del Distretto.

Distretti dell'azienda Sanitaria Locale Salerno - Popolazione residente per fasce d'età con indicatori di struttura per comune e distretto sanitario

(Fonte: ISTAT 2016)

Distretto 60- Nocera Inferiore - estensione territoriale: 54,51 kmq - densità abitativa: 1.707,36 ab/Kmq							
comune	0-14	15-64	> 65	totale	ind. Vecchiaia	ind. dip. anziani	ind. dip. strutturale
Nocera Inferiore	6.185	30.828	9.030	46.043	146,0%	29,3%	49,4%
Castel San Giorgio	2.017	9.515	2.170	13.702	107,6%	22,8%	44,0%
Nocera Superiore	3.567	16.658	4.038	24.263	113,2%	24,2%	45,7%
Roccapiemonte	1.407	6.046	1.607	9.060	114,2%	26,6%	49,9%
	13.176	63.047	16.845	93.068	127,8%	26,7%	47,6%

Distretto 61- Angri-Scafati - estensione territoriale: 47,65 kmq - densità abitativa: 2.019,79 ab/Kmq							
comune	0-14	15-64	> 65	totale	ind. Vecchiaia	ind. dip. anziani	ind. dip. strutturale
Angri	5.832	22.770	5.400	34.002	92,6%	23,7%	49,3%
Corbara	419	1.647	479	2.545	114,3%	29,1%	54,5%
Sant'Egidio del Monte Albino	1.551	5.997	1.361	8.909	87,7%	22,7%	48,6%
Scafati	8.135	34.766	7.886	50.787	96,9%	22,7%	46,1%
	15.937	65.180	15.126	96.243	94,9%	23,2%	47,7%

Distretto 62- Sarno-Pagani - estensione territoriale: 66,33 kmq - densità abitativa: 1.338,04 ab/Kmq							
comune	0-14	15-64	> 65	totale	ind.	ind. dip.	ind. dip.

					<i>Vecchiaia</i>	<i>anziani</i>	<i>strutturale</i>
Sarno	4.912	21.375	5.242	31.529	106,7%	24,5%	47,5%
Pagani	5.884	24.097	5.853	35.834	99,5%	24,3%	48,7%
San Marzano Sul Sarno	1.718	7.126	1.598	10.442	93,0%	22,4%	46,5%
San Valentino Torio	1.906	7.665	1.376	10.947	72,2%	18,0%	42,8%
	14.420	60.263	14.069	88.752	97,6%	23,3%	47,3%

**Distretto 63 -Cava-Costa d'Amalfi -
estensione territoriale: 137,13 kmq - densità abitativa: 683,22 ab/Kmq**

comune	0-14	15-64	> 65	totale	<i>ind. Vecchiaia</i>	<i>ind. dip. anziani</i>	<i>ind. dip. strutturale</i>
Cava dè Tirreni	7.624	35.309	10.726	53.659	140,7%	30,4%	52,0%
Amalfi	621	3.317	1.211	5.149	195,0%	36,5%	55,2%
Atrani	80	564	202	846	252,5%	35,8%	50,0%
Cetara	251	1.376	514	2.141	204,8%	37,4%	55,6%
Conca dè Marini	95	457	144	696	151,6%	31,5%	52,3%
Furore	108	533	135	776	125,0%	25,3%	45,6%
Maiori	703	3.622	1.248	5.573	177,5%	34,5%	53,9%
Minori	313	1.754	685	2.752	218,8%	39,1%	56,9%
Positano	550	2.619	786	3.955	142,9%	30,0%	51,0%
Praiano	249	1.322	476	2.047	191,2%	36,0%	54,8%
Ravello	313	1.639	538	2.490	171,9%	32,8%	51,9%
Scala	223	969	341	1.533	152,9%	35,2%	58,2%
Tramonti	619	2.697	855	4.171	138,1%	31,7%	54,7%
Vietri Sul Mare	967	5.187	1.748	7.902	180,8%	33,7%	52,3%
	12.716	61.365	19.609	93.690	154,2%	32,0%	52,7%

**Distretto 64- Eboli -
estensione territoriale: 925,74 kmq - densità abitativa: 111,63 ab/Kmq**

comune	0-14	15-64	> 65	totale	<i>ind. Vecchiaia</i>	<i>ind. dip. anziani</i>	<i>ind. dip. strutturale</i>
Eboli	5.771	27.730	6.614	40.115	114,6%	23,9%	44,7%
Altavilla Silentina	911	4.622	1.518	7.051	166,6%	32,8%	52,6%
Buccino	533	3.198	1.316	5.047	246,9%	41,2%	57,8%
Campagna	2.430	11.539	2.734	16.703	112,5%	23,7%	44,8%
Castelnuovo di Conza	41	427	151	619	368,3%	35,4%	45,0%
Colliano	470	2.361	807	3.638	171,7%	34,2%	54,1%
Contursi Terme	527	2.224	643	3.394	122,0%	28,9%	52,6%
Laviano	166	991	281	1.438	169,3%	28,4%	45,1%
Oliveto Citra	484	2.518	800	3.802	165,3%	31,8%	51,0%
Palomonte	576	2.566	843	3.985	146,4%	32,9%	55,3%
Postiglione	241	1.372	538	2.151	223,2%	39,2%	56,8%
Ricigliano	79	709	356	1.144	450,6%	50,2%	61,4%
Romagnano al Monte	42	236	90	368	214,3%	38,1%	55,9%
San Gregorio Magno	541	2.654	1.091	4.286	201,7%	41,1%	61,5%
Santomenna	45	267	131	443	291,1%	49,1%	65,9%
Serre	562	2.599	834	3.995	148,4%	32,1%	53,7%
Sicignano degli Alburni	423	2.316	780	3.519	184,4%	33,7%	51,9%
Valva	203	1.086	354	1.643	174,4%	32,6%	51,3%

14.045 69.415 19.881 103.341 141,6% 28,6% 48,9%

**Distretto 65 - Battipaglia -
estensione territoriale: 91,59kmq - densità abitativa: 777,73 ab/Kmq**

comune	0-14	15-64	> 65	Totale	ind. Vecchiaia	ind. dip. anziani	ind. dip. strutturale
Battipaglia	6.977	34.621	9.188	50.786	131,7%	26,5%	46,7%
Bellizzi	2.092	9.077	2.399	13.568	114,7%	26,4%	49,5%
Olevano Sul Tusciano	1.033	4.663	1.182	6.878	114,4%	25,3%	47,5%
	10.102	48.361	12.769	71.232	126,4%	26,4%	47,3%

**Distretto 66 - Salerno -
estensione territoriale: 73,89 kmq - densità abitativa: 1.978,97 ab/Kmq**

comune	0-14	15-64	> 65	totale	ind. Vecchiaia	ind. dip. anziani	ind. dip. strutturale
Salerno	16.311	86.725	32.225	135.261	197,6%	37,2%	56,0%
Pellezzano	1.677	7.371	1.917	10.965	114,3%	26,0%	48,8%
	17.988	94.096	34.142	146.226	189,8%	36,3%	55,4%

**Distretto 67- Mercato San Severino -
estensione territoriale: 117,84 kmq - densità abitativa: 595,78 ab/Kmq**

comune	0-14	15-64	> 65	totale	ind. Vecchiaia	ind. dip. anziani	ind. dip. strutturale
Mercato San Severino	3.455	14.981	3.886	22.322	112,5%	25,9%	49,0%
Baronissi	2.474	11.619	2.910	17.003	117,6%	25,0%	46,3%
Bracigliano	886	3.861	818	5.565	92,3%	21,2%	44,1%
Calvanico	221	1.032	265	1.518	119,9%	25,7%	47,1%
Fisciano	2.025	9.445	2.350	13.820	116,0%	24,9%	46,3%
Siano	1.504	6.815	1.660	9.979	110,4%	24,4%	46,4%
	10.565	47.753	11.889	70.207	112,5%	24,9%	47,0%

**Distretto 68 - Giffoni Valle Piana -
estensione territoriale: 338,24 kmq - densità abitativa: 237,25 ab/Kmq**

comune	0-14	15-64	> 65	totale	ind. Vecchiaia	ind. dip. anziani	ind. dip. strutturale
Giffoni Valle Piana	1.779	8.060	2.162	12.001	121,5%	26,8%	48,9%
Acerno	395	1.827	561	2.783	142,0%	30,7%	52,3%
Castiglione del Genovesi	233	940	210	1.383	90,1%	22,3%	47,1%
Giffoni Sei Casali	787	3.572	905	5.264	115,0%	25,3%	47,4%
Montecorvino Pugliano	1.862	7.517	1.322	10.701	71,0%	17,6%	42,4%
Montecorvino Rovella	1.878	8.767	2.094	12.739	111,5%	23,9%	45,3%
Pontecagnano Faiano	3.717	17.646	4.734	26.097	127,4%	26,8%	47,9%
San Cipriano Picentino	1.019	4.546	1.066	6.631	104,6%	23,4%	45,9%
San Mango Piemonte	398	1.847	404	2.649	101,5%	21,9%	43,4%
	12.068	54.722	13.458	80.248	111,5%	24,6%	46,6%

**Distretto 69 - Capaccio-Roccamadepide -
estensione territoriale: 822,58 kmq - densità abitativa: 67,63 ab/Kmq**

comune	0-14	15-64	> 65	totale	ind. Vecchiaia	ind. dip. anziani	ind. dip. strutturale
Capaccio	3.128	15.767	3.915	22.810	125,2%	24,8%	44,7%
Albanella	907	4.275	1.331	6.513	146,7%	31,1%	52,4%
Aquara	139	963	443	1.545	318,7%	46,0%	60,4%
Bellosguardo	66	452	276	794	418,2%	61,1%	75,7%
Castel San Lorenzo	278	1.537	656	2.471	236,0%	42,7%	60,8%
Castelcivita	129	1.009	601	1.739	465,9%	59,6%	72,3%
Controne	86	534	255	875	296,5%	47,8%	63,9%
Corleto Monforte	53	360	179	592	337,7%	49,7%	64,4%
Felitto	111	773	399	1.283	359,5%	51,6%	66,0%
Giungano	188	824	268	1.280	142,6%	32,5%	55,3%
Laurino	78	976	441	1.495	565,4%	45,2%	53,2%
Magliano Vetere	68	391	236	695	347,1%	60,4%	77,7%
Monteforte Cilento	57	349	158	564	277,2%	45,3%	61,6%
Ottati	62	364	192	618	309,7%	52,7%	69,8%
Piaggine	96	765	450	1.311	468,8%	58,8%	71,4%
Roccamadepide	886	4.597	1.726	7.209	194,8%	37,5%	56,8%
Roscigno	60	498	259	817	431,7%	52,0%	64,1%
Sacco	41	249	202	492	492,7%	81,1%	97,6%
Sant'Angelo a Fasanella	37	351	247	635	667,6%	70,4%	80,9%
Trentinara	174	1.130	342	1.646	196,6%	30,3%	45,7%
Valle dell'Angelo	11	133	104	248	945,5%	78,2%	86,5%
Totale	6.655	36.297	12.680	55.632	190,5%	34,9%	53,3%

**Distretto 70 - Vallo della Lucania-Agropoli -
estensione territoriale: 844,25kmq - densità abitativa:114,16 ab/Kmq**

comune	0-14	15-64	> 65	totale	ind. Vecchiaia	ind. dip. anziani	ind. dip. strutturale
Vallo della Lucania	1.101	5.717	1.713	8.531	155,6%	30,0%	49,2%
Agropoli	2.901	14.298	4.282	21.481	147,6%	29,9%	50,2%
Ascea	703	3.819	1.298	5.820	184,6%	34,0%	52,4%
Campora	31	237	171	439	551,6%	72,2%	85,2%
Cannalonga	119	665	279	1.063	234,5%	42,0%	59,8%
Casal Velino	720	3.431	1.117	5.268	155,1%	32,6%	53,5%
Castellabate	1.072	6.187	1.929	9.188	179,9%	31,2%	48,5%
Castelnuovo Cilento	427	1.795	510	2.732	119,4%	28,4%	52,2%
Ceraso	300	1.537	560	2.397	186,7%	36,4%	56,0%
Cicerale	147	733	340	1.220	231,3%	46,4%	66,4%
Cuccaro Vetere	64	353	156	573	243,8%	44,2%	62,3%
Futani	142	771	291	1.204	204,9%	37,7%	56,2%
Gioi	112	770	396	1.278	353,6%	51,4%	66,0%
Laureana Cilento	149	760	265	1.174	177,9%	34,9%	54,5%
Laurito	131	492	218	841	166,4%	44,3%	70,9%
Lustra	137	702	236	1.075	172,3%	33,6%	53,1%
Moio della Civitella	200	1.140	487	1.827	243,5%	42,7%	60,3%
Montano Antilia	220	1.297	560	2.077	254,5%	43,2%	60,1%
Montecorice	296	1.690	642	2.628	216,9%	38,0%	55,5%

Novi Velia	337	1.618	369	2.324	109,5%	22,8%	43,6%
Ogliastro Cilento	294	1.492	484	2.270	164,6%	32,4%	52,1%
Omignano	228	1.096	321	1.645	140,8%	29,3%	50,1%
Orria	83	630	376	1.089	453,0%	59,7%	72,9%
Perdifumo	181	1.190	419	1.790	231,5%	35,2%	50,4%
Perito	81	596	254	931	313,6%	42,6%	56,2%
Pisciotta	239	1.662	740	2.641	309,6%	44,5%	58,9%
Pollica	264	1.470	659	2.393	249,6%	44,8%	62,8%
Prignano Cilento	149	654	215	1.018	144,3%	32,9%	55,7%
Rutino	99	553	190	842	191,9%	34,4%	52,3%
Salento	236	1.292	449	1.977	190,3%	34,8%	53,0%
San Mauro Cilento	91	537	261	889	286,8%	48,6%	65,5%
San Mauro la Bruca	57	354	192	603	336,8%	54,2%	70,3%
Serramezzana	29	200	102	331	351,7%	51,0%	65,5%
Sessa Cilento	162	830	345	1.337	213,0%	41,6%	61,1%
Stella Cilento	73	443	222	738	304,1%	50,1%	66,6%
Stio	78	555	239	872	306,4%	43,1%	57,1%
Torchiara	263	1.243	365	1.871	138,8%	29,4%	50,5%
	11.916	62.809	21.652	96.377	181,7%	34,5%	53,4%

**Distretto 71 - Sapri -
estensione territoriale: 592,84 kmq - densità abitativa: 74,98 ab/Kmq**

comune	0-14	15-64	> 65	totale	ind. Vecchiaia	ind. dip. anziani	ind. dip. strutturale
Sapri	807	4.414	1.549	6.770	191,9%	35,1%	53,4%
Alfano	103	660	260	1.023	252,4%	39,4%	55,0%
Camerota	848	4.533	1.604	6.985	189,2%	35,4%	54,1%
Casaletto Spartano	158	843	419	1.420	265,2%	49,7%	68,4%
Caselle in Pittari	252	1.197	507	1.956	201,2%	42,4%	63,4%
Celle di Bulgheria	239	1.301	382	1.922	159,8%	29,4%	47,7%
Centola	628	3.379	1.161	5.168	184,9%	34,4%	52,9%
Ispani	89	686	251	1.026	282,0%	36,6%	49,6%
Morigerati	50	426	189	665	378,0%	44,4%	56,1%
Roccalgoriosa	227	1.055	440	1.722	193,8%	41,7%	63,2%
Rofrano	141	967	468	1.576	331,9%	48,4%	63,0%
San Giovanni a Piro	485	2.456	839	3.780	173,0%	34,2%	53,9%
Santa Marina	474	2.111	658	3.243	138,8%	31,2%	53,6%
Torraca	168	816	279	1.263	166,1%	34,2%	54,8%
Torre Orsaia	249	1.316	553	2.	222,1%	42,0%	60,9%
Tortorella	59	285	179	523	303,4%	62,8%	83,5%
Vibonati	387	2.179	727	3.293	187,9%	33,4%	51,1%
	5.364	28.624	10.465	44.453	195,1%	36,6%	55,3%

**Distretto 72- Sala Consilina/Polla -
estensione territoriale: 841,51 kmq - densità abitativa: 79,66 ab/Kmq**

comune	0-14	15-64	> 65	totale	ind. Vecchiaia	ind. dip. anziani	ind. dip. Strutturale
Sala Consilina	1.677	8.435	2.552	12.664	152,2%	30,3%	50,1%
Atena Lucana	298	1.570	468	2.336	157,0%	29,8%	48,8%
Auletta	280	1.547	509	2.336	181,8%	32,9%	51,0%
Buonabitacolo	345	1.714	490	2.549	142,0%	28,6%	48,7%
Caggiano	360	1.752	653	2.765	181,4%	37,3%	57,8%
Casalbuono	142	767	285	1.194	200,7%	37,2%	55,7%

Monte San Giacomo	182	971	419	1.572	230,2%	43,2%	61,9%
Montesano sulla Marcellana	833	4.306	1.565	6.704	187,9%	36,3%	55,7%
Padula	622	3.607	1.139	5.368	183,1%	31,6%	48,8%
Pertosa	76	457	157	690	206,6%	34,4%	51,0%
Petina	146	775	238	1.159	163,0%	30,7%	49,5%
Polla	757	3.313	1.209	5.279	159,7%	36,5%	59,3%
Salvitelle	49	325	186	560	379,6%	57,2%	72,3%
San Pietro al Tanagro	258	1.111	326	1.695	126,4%	29,3%	52,6%
San Rufo	245	1.144	365	1.754	149,0%	31,9%	53,3%
Sant'Arsenio	405	1.775	635	2.815	156,8%	35,8%	58,6%
Sanza	302	1.746	560	2.608	185,4%	32,1%	49,4%
Sassano	583	3.254	1.176	5.013	201,7%	36,1%	54,1%
Teggiano	910	5.127	1.939	7.976	213,1%	37,8%	55,6%
	8.470	43.696	14.871	67.037	175,6%	34,0%	53,4%

Con separati atti, si provvederà al censimento delle strutture e delle attività, comprese le realtà accreditate, afferenti l'assistenza territoriale nell'ambito di ciascun Distretto.

Strumenti per la programmazione socio sanitaria nel distretto - programma delle attività territoriali (PAT)

Il potenziamento dell'assistenza territoriale rappresenta una variabile ineludibile per garantire appropriatezza e qualità delle cure anche in ambito ospedaliero. La dimensione sanitaria territoriale adeguatamente riconfigurata e potenziata nei suoi setting assistenziali permette infatti di rispondere alla domanda di salute nell'ambito delle Cure Primarie e nelle Cure Domiciliari. Ricollocare nella offerta territoriale la domanda corrispondente, consente di soddisfare con maggiore intensità e qualità l'istanza di garanzia dei LEA in Regione Campania.

Gli obiettivi principali che questa riorganizzazione si pone sono:

- rimodulazione delle Cure Primarie con promozione di una “Medicina Proattiva” di iniziativa che superi la staticità di una “Medicina d'Attesa”;
- riduzione degli accessi impropri ai Pronto Soccorso con utilizzo di filtri territoriali;
- estensione quali-quantitativa delle Cure Domiciliari per il raggiungimento del target regionale 3,5 ultrasessantacinquenni per mille abitanti;
- riduzione delle giornate di degenza nei ricoveri per acuti;
- potenziamento della integrazione Ospedale-Territorio per dimissioni protette e presa in carico di pazienti a bassa intensità assistenziale;
- rafforzamento della integrazione Socio-Sanitaria per i bisogni complessi;
- tutela della cronicità e della fragilità in area Salute Mentale;
- potenziamento e differenziazione dell'offerta pubblica di servizi e interventi ambulatoriali, residenziali e semiresidenziali (neuropsichiatria infantile e psichiatria) per la diagnosi precoce e il trattamento dei disturbi psichici e di quelli del comportamento e dell'apprendimento;
- implementazione di Percorsi Diagnostici-Terapeutici Assistenziali (PDTA) e di Piani di Assistenza Individuale (PAI) per rafforzare la collaborazione tra strutture e servizi sanitari di salute mentale dell'età evolutiva e dell'età adulta nonché per definire i precorsi di transizione;
- potenziamento dell'offerta di prestazioni psicoterapeutiche entro i servizi pubblici di salute mentale (neuropsichiatria infantile e psichiatria) per il trattamento e il contrasto alla cronicizzazione e favorire il pieno recupero funzionale della persona;
- potenziamento della presa in carico nei percorsi consultoriali materno-infantili per attività di prevenzione e cura (vaccinazioni, prevenzione delle malformazioni fetali, diagnosi prenatale precoce);

- sostegno alle attività di educazione sanitaria, adozione corretti stili di vita, potenziamento delle azioni di prevenzione, screening e di *empowerment* del cittadino utente.

Tali aspetti, saranno adeguati, nella loro definizione, nel contesto delle linee guida nazionali e regionali previste per specifiche patologie e tenendo presente il DCA n. 18/2015 e le successive eventuali modificazioni. In particolare, la Regione provvederà a definire linee guida per una sperimentazione regionale delle nuove articolazioni; la ricollocazione dei servizi di continuità assistenziale; un potenziamento degli Ospedali di comunità; una predisposizione di PDTA finalizzati alla *Clinical Governance* delle patologie croniche a più alto impatto di inappropriatelyzza (diabete, scompenso cardiaco, ipertensione arteriosa, BPCO) nella trasversalità dei *setting* assistenziali; la predisposizione di reti specialistiche monotematiche per l'appropriatezza gestionale in area endocrinologica; la riorganizzazione e il potenziamento dei servizi e interventi pubblici ambulatoriali, semiresidenziali e residenziali specialistici (neuropsichiatria infantile e psichiatria) per la diagnosi precoce e il trattamento dei disturbi psichici e di quelli del comportamento e dell'apprendimento; la rimodulazione dell'assistenza residenziale e semiresidenziale in Salute Mentale con potenziamento delle SIR aziendali anche in funzione della chiusura degli OPG; la definizione di Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA) e di Piani di Assistenza Individuale (PAI) integrati per rafforzare la collaborazione tra strutture e servizi sanitari di salute mentale dell'età evolutiva e dell'età adulta nonché per definire i precorsi di transizione; il potenziamento della capacità di intervento dei servizi territoriali nelle emergenze e nelle fasi acute dei disturbi nell'età evolutiva; il potenziamento delle dotazioni tecnologiche distrettuali per la diagnostica di primo e secondo livello; l'adozione delle Carte dei Servizi territoriali monotematiche e distrettuali; la funzionalità della Porta Unica di Accesso distrettuale in ogni distretto sanitario.

Nell'ambito delle attività di pianificazione, programmazione e gestione degli interventi, il **Programma delle Attività Territoriali (PAT)** nella programmazione territoriale, assume la duplice veste di strumento di programmazione e di analisi delle risorse finalizzato ad organizzare e articolare l'assistenza sanitaria primaria e l'integrazione socio-sanitaria nel Distretto. Esso è, difatti, uno strumento di analisi dell'offerta e di identificazione delle risorse, e, in quanto documento di programmazione, è il risultato di una "pianificazione strategica". La pianificazione compiuta a livello distrettuale, così come evidenziato dal decreto legislativo n.229 del 1999, assolve ad una funzione di controllo del territorio, inteso come lo spazio funzionale, relazionale e delle transazioni in cui si realizzano, nel campo della salute, i profili assistenziali adeguati, con le necessarie possibili combinazioni fra livelli di assistenza socio-sanitaria e relative infrastrutture. Il PAT, pertanto, è un dispositivo che, sulla base di un'adeguata analisi dei bisogni e del territorio consente di formulare proposte operative e percorsi assistenziali in risposta al bisogno socio-sanitario espresso dalla persona. Ciò che si richiede di realizzare, attraverso l'elaborazione del documento PAT, non è solo fotografare l'esistente sistema di offerta dei servizi e delle prestazioni erogate ma anche realizzare una mappa sul funzionamento delle strutture operative che costituiscono il Distretto sanitario e evidenziare: a) le modalità di integrazione dei percorsi assistenziali realizzati a livello territoriale; b) i fattori qualificanti il sistema di offerta ai cittadini; c) le relazioni fra i vari attori che concorrono a garantire l'accesso alle prestazioni; d) la verifica dell'appropriatezza delle prestazioni offerte. In sintesi il PAT deve essere concepito come uno strumento indispensabile per il Direttore di Distretto, nella sua qualità di programmatore, pianificatore e responsabile della gestione delle risorse assegnate, per i direttori responsabili delle singole unità operative e per operatori del territorio nella fase di realizzazione dei servizi e di attivazione delle risorse.

La redazione del PAT deve essere compilata, annualmente, dal Direttore del Distretto in collaborazione con il Coordinatore socio-sanitario, al fine di garantire uniformità di erogazione e gestione dei servizi. Nello specifico, il PAT deve fornire una lettura unitaria dei

bisogni di salute e di benessere del territorio e, nel definire tali obiettivi, ne deve delineare la risposta unitaria e unica in termini di offerta di percorso assistenziale ai bisogni, facendo emergere il funzionamento delle strutture eroganti servizi e prestazioni e una analisi dei costi e della spesa sostenuta. Per la programmazione socio-sanitaria, **il PAT dovrà essere coerente in termini di programmazione e di tempistica con la redazione del piano di zona degli ambiti territoriali.**

Spetta, quindi, al Direttore del Distretto governare i processi di assistenza per i cittadini residenti nel proprio territorio. La presa in carico dell'assistito attraverso le procedure innanzi indicate, la costituzione delle strutture funzionali ed operative d'intesa con i medici di medicina generale e con i pediatri di libera scelta, il governo assistenziale delle strutture previste nel proprio territorio, i rapporti con i Dipartimenti e con i presidi ospedalieri, oltre che con le strutture specialistiche, interne, convenzionate o accreditate, devono essere il terreno sul quale il Direttore del Distretto deve costruire una rete integrata di assistenza, capace di intercettare, intervenire, soddisfare le richieste e i bisogni assistenziali. E' il Direttore del Distretto che deve colloquiare con i vari responsabili delle macrostrutture per valutare, verificare, richiedere, "acquistare" tutte le prestazioni necessarie in ragione del proprio territorio, sulla base degli obiettivi aziendali, dei processi definiti dalla direzione strategica, delle risorse economiche assegnate.

ARTICOLAZIONE DELLE ATTIVITA' DISTRETTUALI

Nell'ambito dei Distretti, le attività assistenziali, coordinate dal Direttore Responsabile del Distretto, sono riferite alle seguenti aree di intervento, così articolate:

- *Assistenza sanitaria di base;*
- *Materno-Infantile;*
- *Riabilitazione e protesica;*
- *Geriatrics, Cure domiciliari, Cure palliative;*
- *Farmacia*

Le predette linee di attività sono così conformate:

- Per il Distretto di Salerno (n. 66), la cui popolazione è di oltre 140.000 abitanti, viene prevista una Unità Operativa Complessa (UOC) di Assistenza sanitaria di base, mentre le altre attività saranno costituite da Unità Operative Semplici.
- Per i Distretti con popolazione da 90.000 a 140.000 abitanti (nn. 60, 61, 63, 64, 70) tutte le funzioni sono qualificabili come Unità Operative Semplici.;
- Per i Distretti con popolazione da 70.000 a 90.000 abitanti (nn. 62, 65, 67, 68) 3 funzioni saranno classificate come Unità Operative Semplici, mentre per le altre 2, secondo indicazioni del Direttore del Distretto, sarà previsto specifico incarico professionale;
- Per i Distretti con popolazione inferiore a 70.000 abitanti (nn. 69, 71 e 72), 2 funzioni saranno definite come strutture semplici e 3 come incarichi professionali, secondo le indicazioni del Direttore del Distretto.

ATTIVITA' DELL' ASSISTENZA SANITARIA DI BASE

Il modello assistenziale seguito, fino a qualche tempo fa, in Regione Campania poteva essere definito di tipo settoriale-specialistico, in cui ciascun professionista erogava prestazioni con diverso grado di complessità senza che vi fosse una reale adozione di linee guida e/o protocolli diagnostico terapeutici condivisi. Tale assetto organizzativo ha condotto ad una consistente differenziazione dell'offerta che, in assenza di integrazione e coordinamento, ha determinato la frammentazione e duplicazione degli interventi con allungamento dei tempi di attesa dei livelli assistenziali più elevati. In tale scenario non è l'organizzazione a ruotare intorno alla persona malata ma è lo stesso cittadino che cerca di ricomporre in prima persona l'offerta assistenziale presentandosi ai diversi punti di erogazione dei

servizi per ricevere una risposta al proprio bisogno di salute. Inoltre, ancora oggi è alquanto carente l'azione di filtro esercitata dal territorio, per cui gli assistiti si rivolgono direttamente al pronto soccorso ospedaliero bypassando del tutto il livello delle cure primarie.

Ai sensi dell'art. 1 della L. 189 del 8.11.2012, l'organizzazione dei servizi territoriali di assistenza primaria ha subito una sostanziale modifica. Essa deve promuovere l'integrazione con il sociale, anche con riferimento all'assistenza domiciliare, e con i servizi ospedalieri, al fine di migliorare il livello di efficienza e di capacità di presa in carico dei cittadini, secondo modalità operative che prevedono forme organizzative monoprofessionali, denominate "aggregazioni funzionali territoriali (AFT)", che condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi, nonché forme organizzative multiprofessionali, denominate "unità complesse di cure primarie (UCCP)", che erogano, in coerenza con la programmazione regionale, prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei medici, delle altre professionalità convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale, degli infermieri, delle professionalità ostetrica, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria. L'Azienda, in coerenza con le indicazioni e i principi regionali, intende perseguire l'organizzazione distrettuale secondo tali modelli, collegandosi anche agli interventi regionali in materia di utilizzo di idonei sistemi informatici, assicurando l'adesione obbligatoria dei medici all'assetto organizzativo e al sistema informativo nazionale, compresi gli aspetti relativi al sistema della tessera sanitaria, secondo quanto stabilito dall'articolo 50 del Decreto-Legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla Legge 24 novembre 2003, n. 326, e successive modificazioni, nonché la partecipazione attiva all'applicazione delle procedure di trasmissione telematica delle ricette mediche. L'attività sarà quindi definita sulla base delle indicazioni contenute nel Patto per la Salute 2014/2016 (art. 5 co. 1), che affida alle Regioni il compito di promuovere un modello multiprofessionale ed interdisciplinare, istituendo le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) e le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) quali forme organizzative della medicina convenzionata, integrata con personale dipendente del SSN come previsto dal comma 2 dell'art. 1 della legge 189/2012, per l'erogazione delle cure primarie, secondo un modello-tipo coerente con i contenuti degli ACN e definito al fine di garantire uniformità assistenziale.

Per quanto attiene al ruolo di tali articolazioni organizzative del Distretto Sanitario, il medesimo articolo 5 del Patto, al successivo comma 3, stabilisce che le AFT e le UCCP costituiscono le uniche forme di aggregazione delle cure primarie, per cui in esse confluiscono le diverse tipologie di forme associative della medicina generale e le altre tipologie di aggregazioni funzionali e/o strutturali realizzate nelle varie Regioni (di cui all'art. 54 dell'ACN 2009). In effetti già l'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) per la Medicina Generale quadriennio normativo 2006/2009 agli artt. 26 bis e 26 ter disciplinava le AFT e le UCCP e il successivo Accordo Integrativo Regionale (AIR) della Campania per la Medicina Generale del 2013 all'art. 11 prevedeva l'attuazione di tali forme sperimentali. Nell'anno 2015, inoltre, sono intervenuti, sulle modalità di riorganizzazione dell'assistenza territoriale, le associazioni per Pediatria di Libera Scelta (artt. 20 e 21) e l'ACN per la Specialistica Ambulatoriale (artt. 4- 5 - 6 - 7 - 8) e, da ultimo, diversi documenti integrativi dell'Atto di indirizzo per la Medicina Convenzionata, deliberato in data 12.02.2014.

Pertanto, in attuazione del DCA n. 18 del 18.2.2015, viene definito un modello organizzativo per le cure primarie che preveda:

- la realizzazione nel territorio della continuità dell'assistenza, 24 ore al giorno per 7 giorni alla settimana;
- favorisca il mantenimento della persona nel proprio ambiente di vita e al proprio domicilio;
- mantenga un'elevata qualità delle caratteristiche tipiche dell'assistenza primaria (es. la relazione interpersonale, l'assistenza basata sulla persona e non sulla malattia, la continuità ed

- il coordinamento dell'assistenza);
- garantisca la continuità dell'assistenza, anche attraverso l'implementazione di protocolli condivisi per l'integrazione tra Ospedale e Territorio;
 - garantisca la gestione integrata dei pazienti, attraverso l'implementazione di percorsi assistenziali e l'integrazione tra sociale e sanitario;
 - favorisca la promozione della salute e l'implementazione di una medicina di iniziativa;
 - garantisca una effettiva presa in carico dell'utente a partire in particolare dai pazienti cronici.

Ciò consentirà, anche, di riequilibrare il rapporto ospedale-territorio, di delineare una rete di servizi territoriali che si integra con quella ospedaliera, realizzando un *continuum* di snodi assistenziali ad intensità variabile, di individuare, in conformità alla L. 189/2012, al Patto per la Salute 2014/2016 e ai Programmi Operativi regionali, un modello organizzativo unitario garantisca equità di accesso e trattamento ai cittadini.

L'utilizzo appropriato dell'ospedale è strettamente connesso al riequilibrio ospedale-territorio e al riassetto dell'assistenza primaria, dell'assistenza domiciliare e di quella residenziale nelle strutture intermedie. Elementi fondamentali della riorganizzazione sono rappresentati dalla realizzazione delle reti di assistenza per intensità di cura, dal livello di integrazione raggiunto tra le diverse strutture territoriali e tra queste e le strutture ospedaliere. E' ormai ampiamente riconosciuto il ruolo esercitato dalle varie tipologie di servizi e strutture territoriali nel contenere i ricoveri ospedalieri inappropriati.

Allo stesso modo, il territorio assume una forte responsabilità di controllo dei flussi in uscita dagli ospedali. Tale potere, in pratica, si estrinseca nella capacità di gestire le dimissioni protette e di assicurare la continuità assistenziale nel setting più appropriato. Il governo dell'intero sistema è affidato al Direttore di Distretto che lo esercita, anche per il tramite un Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali (UCAD). Ed è attraverso la promozione della medicina di iniziativa, della gestione attiva della cronicità, della presa in carico dell'assistito, dell'integrazione professionale ed organizzativa che il territorio esercita la funzione di filtro degli accessi impropri al pronto soccorso, dei ricoveri inappropriati, dei ricoveri ripetuti e/o prolungati.

La programmazione distrettuale, che si estrinseca nel *Programma delle Attività Territoriali (PAT)*, include, dunque, le predette forme organizzative anche al fine di evitare ogni possibile rischio di duplicazione e frammentazione dei servizi e relative attività. In particolare, per la UCCP è previsto un sistema di finanziamento a budget e nell'ambito del processo sono definiti obiettivi di salute da perseguire, indicatori, frequenza del monitoraggio, tempi di verifica intermedia e finale con possibilità di apportare modifiche in corso d'opera.

I Direttori di Distretto sono invitati, entro 60 giorni dall'approvazione del presente Atto, a proporre il PAT relativo al proprio territorio, al fine di realizzare un Piano Aziendale e definire un cronoprogramma operativo.

Le AFT - Aggregazioni Funzionali Territoriali

Le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) rappresentano un'articolazione organizzativa del Distretto Sanitario nell'ambito della quale operano MMG o PLS o specialisti ambulatoriali coordinati in team funzionali. Ai sensi dell'art 26 dell'ACN i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di libera Scelta partecipano obbligatoriamente alle AFT. Analogamente, ai sensi dell'art. 4 dell'ACN, gli specialisti ambulatoriali operano obbligatoriamente all'interno delle nuove forme organizzative.

Ciascuna AFT, funzionalmente collegata alla Unità Complessa di Cure Primarie (UCCP):

- ha carattere monoprofessionale;
- è costituita dall'insieme dei professionisti che hanno in carico il cittadino il quale esercita la scelta nei confronti del singolo medico
- rappresenta, insieme alla UCCP, l'unica forma di aggregazione possibile e con la sua istituzione

vengono superate e sostituite tutte le forme associative della medicina convenzionata sino ad ora realizzate.

L'Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT) rappresenta pertanto la cornice nella quale sviluppare un nuovo modello di organizzazione delle Cure Primarie. In particolare, con le AFT si realizzano alcune fondamentali condizioni per l'integrazione professionale delle attività dei singoli MMG e PLS per il conseguimento degli obiettivi di assistenza. Nell'ambito della AFT, pertanto, sarà possibile concretizzare alcuni elementi innovativi, funzionali alla riorganizzazione territoriale e alla crescita del ruolo professionale della Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta.

Ai sensi dell'art. 26-bis dell'ACN, i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta partecipano obbligatoriamente alle Aggregazioni Funzionali Territoriali allo scopo di:

- promuovere l'equità nell'accesso ai servizi sanitari, socio-sanitari e sociali nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza, anche attraverso l'individuazione di percorsi di integrazione tra assistenza primaria e continuità assistenziale;
- promuovere la diffusione e l'applicazione delle buone pratiche cliniche sulla base dei principi della "*evidence based medicine*", nell'ottica più ampia della "*clinical governance*";
- promuovere e diffondere l'appropriatezza clinica e organizzativa nell'uso dei servizi sanitari, anche attraverso procedure sistematiche ed autogestite di "*peer review*";
- promuovere modelli di comportamento nelle funzioni di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione ed assistenza orientati a valorizzare la qualità degli interventi e al miglior uso possibile delle risorse, pubbliche e private, quale emerge dall'applicazione congiunta dei principi di efficienza e di efficacia. L'AFT persegue tali finalità attraverso:
- l'individuazione di strumenti, tempi e momenti di verifica per l'avvio dei processi di riorganizzazione;
- la condivisione delle proprie attività con il Distretto di riferimento, per la valutazione dei risultati ottenuti e per la socializzazione dei medesimi;
- la partecipazione a programmi di aggiornamento/formazione e a progetti di ricerca concordati con il Distretto e coerenti anche con la programmazione regionale e Aziendale.

Nelle Aggregazioni Funzionali Territoriali, pertanto, i medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta garantiscono compiti ed attività previsti nell'Accordo Collettivo Nazionale e nell'Accordo Integrativo Regionale.

In particolare, a regime i compiti dell'AFT possono essere schematizzati come segue:

- assistere, nelle forme domiciliari ed ambulatoriali, la popolazione che è in carico ai MMG e ai PLS che la compongono;
- valutare i bisogni della popolazione assistita;
- rappresentare il nodo centrale per garantire la continuità assistenziale ospedale-territorio;
- sviluppare un sistema di relazioni tra tutti i professionisti del sistema, che responsabilizzando i soggetti, assicura la continuità di cura degli assistiti;
- partecipare a iniziative di formazione e ricerca, funzionali alla sperimentazione di modelli organizzativi, all'organizzazione e valutazione dei percorsi di cura, alla costruzione e validazione degli indicatori e degli strumenti di valutazione.

Per la definizione del bacino di utenza, del numero di AFT, orario di attività, organizzazione e compiti, si fa riferimento al DCA n. 18 del 18.2.2015, relativo al Modello di riorganizzazione delle Cure primarie.

Per garantire anche ai minori di età le caratteristiche di tale tipologia di assistenza, l'Azienda ritiene di prevedere che tale forma di aggregazione sia realizzata anche per i pediatri di famiglia, attivando almeno una AFT pediatrica per ogni distretto e una UCCP pediatrica, a valenza provinciale, ubicata nell'ambito territoriale del Distretto di Eboli.

L'Azienda intende, comunque, salvaguardare la capillare diffusione degli studi medici ed il rapporto

di fiducia medico/paziente, favorendo una consistente diffusione territoriale delle sedi di erogazione al fine di garantire l'equità di accesso. In ogni caso, ciascuna AFT deve avere una sede di riferimento per le funzioni di coordinamento, condivisione e *audit*, la quale può costituire anche il luogo unificato di erogazione dei servizi della stessa AFT e dell'Azienda.

La AFT dei PLS è impegnata, principalmente, nell'attività di sostegno alla genitorialità in collegamento e raccordo con il Consultorio familiare, nell'attività di prevenzione e nella diagnosi precoce e nei percorsi di gestione delle patologie croniche in età pediatrica condividendo ed implementando i PDTA e coordinandosi con le AFT della medicina generale.

La AFT degli specialisti è impegnata, principalmente, nell'assicurare i LEA partecipando alla realizzazione della continuità dell'assistenza, ivi compresi i PDTA, come sopra riportato, i percorsi integrati ospedale-territorio e le dimissioni protette con presa in carico dell'assistito attraverso la promozione della medicina di iniziativa.

L'Azienda definisce la rete informatica delle AFT. L'AFT dovrà possedere un proprio sistema interno informativo/informatico connesso al sistema aziendale e regionale. Tra i medici che compongono la AFT viene individuato un coordinatore, resosi disponibile a svolgere tale funzione, che abbia specifica esperienza e formazione nell'ambito del governo clinico, dell'assistenza territoriale e dell'organizzazione e gestione dei processi di cura. Al coordinatore di AFT, l'Azienda, oltre ad affidare la responsabilità organizzativa della AFT, assegna il compito di:

- assicurare il coordinamento e l'integrazione professionale tra i medici che ne fanno parte;
- raggiungere l'omogeneità dei comportamenti assistenziali;
- promuovere comportamenti orientati all'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse;
- garantire il collegamento con le restanti realtà sanitarie del territorio;
- rapportarsi con il Direttore di Distretto e gli ulteriori dirigenti del territorio;
- garantire la presa in carico dei pazienti affetti da patologia cronica e pluripatologie;
- perseguire gli obiettivi di salute definiti dal Distretto Sanitario di riferimento.

La funzione esercitata dal Coordinatore di AFT consente di mirare alla omogeneità dei comportamenti assistenziali e dei servizi di medicina generale e di pediatria resi agli assistiti, i quali devono essere necessariamente erogati in funzione degli obiettivi di salute definiti dalla Regione, coerentemente con le condizioni di contesto e gli indicatori epidemiologici delle Aziende Sanitarie territorialmente competenti. L'incarico di coordinatore, che la ASL dovrà deliberare formalmente, dura tre anni rinnovabili alla scadenza naturale previa rielezione, lo stesso decade e si procede a nuova elezione in caso di mancato raggiungimento degli obiettivi programmati.

AFT della Medicina Generale e della Pediatria

ASL SALERNO	13	953.084	854	176	122	32	153.422	131	18
-------------	----	---------	-----	-----	-----	----	---------	-----	----

Unità Operativa Complessa di Cure Primarie (UCCP).

Accanto allo sviluppo delle AFT, si prevede l'istituzione di forme organizzative più complesse denominate Unità Complesse di Cure Primarie. Le UCCP non sono forme organizzative alternative alle AFT; esse sono collegate alle AFT e comprendono i medici o parte dei medici che ne fanno parte. L'Unità Complessa di Cure Primarie (UCCP) rappresenta pertanto un'aggregazione strutturale multiprofessionale composta dal personale convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale insieme ad altri operatori del territorio, sanitari, sociali ed amministrativi che opera nell'ambito dell'organizzazione distrettuale, in sede unica o con una sede di riferimento.

Per la organizzazione, la definizione dei compiti, la individuazione delle sedi e delle attività, si fa

riferimento al DCA n. 99 del 22.9.2016, relativo alla riorganizzazione delle Cure primarie.

L'UCCP estende l'offerta rispetto ai seguenti ambiti:

- a) prevenzione
 - a. vaccinazione del bambino, dell'adulto, dell'anziano nell'ambito di campagne vaccinali;
 - b. partecipazione attiva alle campagne di screening, anche attraverso l'aggiornamento e la revisione degli elenchi nominativi della popolazione eleggibile;
 - c. attività di prevenzione e di promozione della salute (consigli, diete, ecc.), anche attraverso le tecniche di counselling;
 - d. educazione sanitaria a gruppi di pazienti;
- b) prestazioni e processi assistenziali
 - a. visite domiciliari ed ambulatoriali a scopo diagnostico e terapeutico;
 - b. trattamento di alcune malattie;
 - c. procedure tecniche mediche e trattamento di alcuni problemi (piccole suture, medicazioni, etc.);
 - d. diagnostica rapida per piccola patologia ambulatoriale;
 - e. primo contatto, diagnostica e coordinamento dell'assistenza per problemi acuti;
 - f. primo contatto, diagnostica e coordinamento dell'assistenza per problemi dei bambini (es. rash cutanei, enuresi, problemi uditivi, ecc.) problemi femminili (es. contraccezione, irregolarità mestruali, noduli al seno, ecc.), problemi psicosociali (es. problemi di relazione, ecc.);
 - g. primo contatto per problemi "senza diagnosi" (es. sintomi "psicosomatici", attacchi d'ansia, disturbi funzionali, paura della malattia e della morte, ecc.);
- c) gestione della cronicità
 - a. supporto all'autogestione del paziente, aiutandolo ad acquisire le capacità necessarie ad affrontare e risolvere i problemi di salute ed a porsi obiettivi di miglioramento (es. nel campo dell'alimentazione, dell'esercizio fisico, delle automisurazioni cliniche, dell'uso dei farmaci);
 - b. adozione di percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali basati sull'evidenza scientifica atta a delineare gli standard per garantire un'assistenza ottimale ai pazienti cronici;
 - c. la presa in carico della terminalità e del paziente fragile;
 - d. la gestione della domiciliarità, dimissioni protette, cure palliative, hospice, strutture intermedie. Una valutazione programmatica va operata per l'assistenza dei pazienti in stato vegetativo e di minima coscienza nella fase di cronicità.

La UCCP opera in collegamento con le altre strutture intermedie aziendali (Ospedali di Comunità, Hospice, Residenze Sanitarie Assistite anziani e disabili - RSA, Strutture Residenziali Intermedie della salute mentale - SIR, Centri Diurni, ecc.) ed in integrazione professionale ed operativa con i presidi ospedalieri e con i servizi sociali dell'Ente locale/Ambito Sociale di Zona.

La responsabilità organizzativa e gestionale della UCCP è affidata dall'Azienda ad un Coordinatore individuato tra i medici in possesso di adeguata formazione ed esperienza nella organizzazione dell'assistenza utilizzando lo strumento della gestione per processi, con particolare riferimento al paziente fragile affetto da malattia cronica e/o pluripatologie. Il Coordinatore di UCCP ha il compito di favorire i processi di integrazione e collegamento sia tra i diversi professionisti, che sono impegnati nei processi di cura, che tra le diverse strutture presenti nella rete di assistenza; pertanto, di intesa con il Direttore di Distretto, egli si raccorda costantemente con i coordinatori delle AFT collegate alla UCCP e le restanti realtà socio-sanitarie e sanitarie del territorio, ivi inclusi i presidi ospedalieri. Altro compito assicurato è quello di coordinare l'attività formativa degli operatori della UCCP e di quelli che con questa si integrano o collaborano. Il coordinatore risponde degli obiettivi della UCCP. Le modalità e la durata dell'incarico di Coordinatore, le modalità di accesso alle UCCP, la loro

programmazione sul territorio, tenendo conto della disponibilità di immobili o di parte di immobili, inutilizzati, di proprietà dell'Azienda o di investimenti già destinati a strutture, sono disciplinate dal DCA n. 18 del 18.2.2015 e dal Piano Regionale del riassetto territoriale dell'assistenza, da approvarsi a cura della Regione Campania. Per le attività diagnostiche, di laboratorio o per immagini, si farà riferimento alle strutture articolate sui singoli territori, ovvero, in mancanza, per quelle di laboratorio con organizzazione di appositi punti prelievo.

Elenco UCCP ASL Salerno programmate

Nome	Tipologia	Status	Città
Distretto Sanitario 61 - PO di Scafati	UCCP.	in programmazione	Scafati
Distretto Sanitario 66 – Via Vernieri	UCCP	in programmazione	Salerno
Distretto Sanitario 69 – Roccadaspide	UCCP	in programmazione	Roccadaspide
Distretto Sanitario 70 - PO di Agropoli	UCCP.	in programmazione	Agropoli
Distretto Sanitario 72 di Sant'Arsenio	UCCP	in programmazione	Sant'Arsenio
Distretto Sanitario 70 di Stio	UCCP	in programmazione	Stio
Distretto Sanitario 65 di Eboli	UCCP	in programmazione	Buccino

In via sperimentale, l'Azienda programma una UCCP pediatrica con competenza sui territori dei Distretti di Battipaglia ed Eboli, ubicata presso l'Ospedale di Eboli, per prestazioni ambulatoriali e a ciclo diurno, non riconducibili alla degenza ma relative all'area della post acuzie e dell'integrazione sociosanitaria.

Le Strutture Polifunzionali per la Salute (SPS)

Tenuto conto delle indicazioni riorganizzative del processo assistenziale e sociale del territorio, viene prevista, all'interno degli stabilimenti ospedalieri, dedicati esclusivamente, nel piano ospedaliero 2016/2018, alle attività di emergenza-urgenza (Agropoli, Roccadaspide) o comunque con disponibilità logistiche per effetto della rimodulazione delle attività in ragione del nuovo Piano ospedaliero, la realizzazione di Strutture Polifunzionali per la Salute (SPS), così come previsto dal Piano Sanitario Regionale 2011/2013 e dall'art. 11 dell'AIR per la Medicina Generale pubblicato sul BURC n. 46 del 22.08.2013. La SPS, rappresenta un presidio strategico del Distretto Sanitario, una forma organizzativa avanzata, a complessità variabile e ad elevata flessibilità, un centro attivo e dinamico in grado di accogliere la domanda di salute e di pianificare la relativa risposta attivando il setting assistenziale più appropriato, nell'ottica di perseguire una più elevata economia di scala. Può ospitare più tipologie di strutture e/o servizi sanitari territoriali, quali le UCCP, il Servizio Assistenza Urgenza Territoriale (SAUT), il Punto di Primo Intervento Territoriale (PPI - PSAUT), l'Ospedale di Comunità (OdC), la Residenza Sanitaria Assistita per anziani o disabili (RSA), i Centri residenziali per le cure palliative - Hospice, i Centri residenziali per il trattamento terapeutico-riabilitativo dei disturbi del comportamento alimentare (DCA), ecc.. In altri termini, all'interno della SPS, è possibile condividere spazi, attrezzature e professionalità realizzando una organizzazione che supera l'attuale rigidità del sistema per tendere ad un modello flessibile che consente all'assistenza territoriale di recuperare sia in efficacia che in efficienza. Particolare attenzione verrà data nella organizzazione degli Ospedali di Comunità (OdC), istituiti in linea con quanto previsto dai Piani Sanitari Nazionali 2006-2008 e 2011-2013, dal Piano Sanitario Regionale 2011-2013, dalla Legge 135 del 07.08.2012 di conversione dell'art. 15 co. 13 lett. C) del D.L. n. 95 del 06.07.2012, dall'art. 5 co. 17 del Patto della

Salute 2014/2016 e dal Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera ai sensi del D.M. 70/2015 approvato con D.C.A. n. 33 del 17.05.2016.

Elementi chiave per la piena funzionalità ed efficacia delle cure erogate dall'OdC sono rappresentati dall'attenzione posta dagli operatori nel favorire lo sviluppo dell'*empowerment* di pazienti e *caregiver* e dall'attivazione delle risorse della comunità (associazioni di volontariato). Individuazione, caratteristiche, target, tipologia e durata dei ricoveri, scopi, modalità di ammissione, tipologia di prestazioni, sono definite d'intesa con la Regione Campania.

Elenco Strutture Polifunzionali per la Salute programmate per l'Azienda Sanitaria Locale Salerno

Nome	Città
Distretto Sanitario 64 - SPS di Buccino	Buccino
Distretto Sanitario 69 – SPS Roccadaspide	Roccadaspide
Distretto Sanitario 70 – SPS di Agropoli	Agropoli
Distretto Sanitario 72 – SPS di S.Arsenio	S.Arsenio

Il presente Atto prevede la realizzazione dell'Ospedale di Comunità (OdC), in linea con quanto previsto dai Piani Sanitari Nazionali 2006-2008 e 2011-2013, dal Piano Sanitario Regionale 2011-2013, dalla Legge 135 del 07.08.2012 di conversione dell'art. 15 co. 13 lett. C) del D.L. n. 95 del 06.07.2012, dall'art. 5 co. 17 del Patto della Salute 2014/2016 e dal Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera ai sensi del D.M. 70/2015 approvato con D.C.A. n. 33 del 17.05.2016.

Elenco degli Ospedali di Comunità programmati per l'Azienda Sanitaria Locale Salerno

Nome	Posti letto	Status	Città
Ospedale di Comunità di Buccino	20	in programmazione	Buccino
Ospedale di Comunità di Roccadaspide	10	in programmazione	Roccadaspide
PO di S. Arsenio	10	in programmazione	S. Arsenio
PO di Agropoli	10	in programmazione	Agropoli

Le azioni e gli interventi attuabili attraverso le determinazioni organizzative predette, trovano, spesso, necessità di integrazione, in ragione di fattori specifici, legati ad un momento particolare della vita del cittadino-utente che richiede una valutazione specifica ovvero un'area cognitiva dove, in una misura integrata ma settoriale, possa trovare risposta al suo stato particolare. All'interno, quindi, delle realtà distrettuali, collegate funzionalmente con la UCCP, sono individuate aree di attività per particolari bisogni o assetti socio-sanitari, che trovano risposta, oltre che all'interno dei processi individuati, anche nelle organizzazioni strutturali specifiche e sono destinate a particolari categorie, attraverso la organizzazione di percorsi ed azioni correlate, cui viene assegnato un Dirigente Coordinatore, individuato secondo le procedure di legge.

L'ATTIVITA' DELL' ASSISTENZA MATERNO-INFANTILE

Nei giorni di chiusura degli ambulatori dei Pediatri di Libera Scelta, in assenza dell'attività di continuità assistenziale specialistica, si manifesta un ricorso inappropriato alle strutture ospedaliere per gli assistiti di età pediatrica. In pratica, viene quasi completamente bypassato il livello di assistenza territoriale al fine di ottenere risposte ad esigenze urgenti o, spesso, solo percepite come tali, nella convinzione di ricevere al pronto soccorso ospedaliero un inquadramento clinico-terapeutico migliore e in tempi brevi. In molti casi si tratta di accessi evitabili che affollano il pronto soccorso e potrebbero essere gestiti prevedendo adeguate modalità organizzative nell'ambito dell'assistenza territoriale. Saranno definite iniziative, d'intesa con la Regione e con le rappresentanze di categoria, per assicurare anche a tale fascia di assistiti, percorsi assistenziali privilegiati, extraospedalieri, per garantire la continuità assistenziale specialistica alla popolazione pediatrica per la valutazione ed il trattamento delle situazioni patologiche non differibili e che comunque non presentano i caratteri dell'urgenza (codici bianchi e verdi). Collegata agli interventi nell'area dell'infanzia, va delineata la rete materno-infantile e dei Consultori Familiari. La necessità di ricostruire tale sistema, nasce da specifiche esigenze di programmazione e dalla riduzione dei "punti nascita" all'interno del territorio. E' infatti evidente che l'assenza del punto nascita in un determinato territorio non comporta soltanto lo spostamento del luogo del parto, ma la perdita di riferimenti per l'assistenza al percorso nascita che viene, sostanzialmente, garantito dall'ospedale (ecografie, analisi ematochimiche, visite periodiche, ecc.). La riqualificazione e il potenziamento dei Consultori familiari, specialmente nei territori dove non insistono i punti nascita, serve, appunto, a garantire alle donne un percorso idoneo a garantire il controllo, costante e continuo, dello stato di gravidanza. Il Consultorio, però, non dovrà essere soltanto un "ambulatorio ginecologico" e un "ambulatorio pediatrico", ma, piuttosto, all'interno del Distretto, uno spazio in cui la donna, la coppia, la famiglia, possano trovare offerte integrate di assistenza medica, psicologica, legale, informativa, sociale.

Nell'ambito dei Consultori è garantita l'assistenza ai fini dell'applicazione della legge 22 maggio 1978, n. 194 in materia di Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza. L'Azienda istituisce i Servizi di IVG presso le Unità Operative ospedaliere di Ostetricia e Ginecologia d'intesa con i Responsabili, tenuto conto di eventuali determinazioni in ordine alle obiezioni di coscienza.

I bisogni dei soggetti in età evolutiva

La peculiarità dell'età evolutiva sta nel fatto che gli esiti dell'evento lesivo interagiscono con la dinamica dello sviluppo fisico, psichico e sociale del minore, determinando una cascata di possibili effetti negativi. I campi che vengono chiamati in causa non sono infatti relativi alla sola fenomenica minorativa (dal verificarsi dell'evento lesivo fino alla situazione di svantaggio esistenziale), ma si estendono anche alle tematiche dell'istruzione (dalla scuola dell'obbligo alla formazione professionale) e hanno implicanze nel sociale. Si tratta di aspetti che, pur non avendo una valenza di tipo strettamente sanitario, sono tuttavia strettamente essenziali se si vuole che il recupero (o il suo tentativo massimale) tenda al raggiungimento delle maggiori possibilità di integrazione sociale.

Gli interventi riabilitativi devono essere erogati con particolare attenzione all'efficienza delle procedure in termini di ottimizzazione delle condizioni necessarie per raggiungere il massimo sviluppo possibile. L'Azienda, in linea con le indicazioni regionali, intende riprogrammare gli interventi e i percorsi, per una riqualificazione dell'offerta assistenziale, per una ridefinizione dei livelli assistenziali ed organizzativi degli interventi a favore delle persone con disabilità in età evolutiva con necessità di trattamenti terapeutico-riabilitativi nonché per minori affetti da disturbi

dello spettro autistico e/o disturbi della sfera cognitiva e relazionale. In ogni fase del percorso di cura sarà determinante la collaborazione tra le persone e le agenzie che si occupano della salute e dell'educazione (pediatri di libera scelta, servizi di neuropsichiatria infantile ospedalieri e territoriali, strutture di riabilitazione pubbliche e private accreditate, scuola, comuni ed ambiti) con l'obiettivo di superare l'attuale frammentazione degli interventi e di realizzare un programma terapeutico individualizzato differenziato per intensità, complessità e durata. La scuola, i servizi sanitari, quelli socio-sanitari e la famiglia, sono chiamati ad operare in maniera sinergica al fine di garantire la diagnosi precoce, la tempestività, l'unitarietà e l'omogeneità dell'intervento personalizzato, con riferimento agli interventi diagnostici – terapeutici – abilitativi e riabilitativi, nonché la continuità delle cure nel setting di assistenza più appropriato, privilegiando la permanenza dell'assistito nel proprio ambiente di vita.

I bisogni di salute ricadenti nell'ambito neurologico, psichiatrico, psicologico e riabilitativo dell'età evolutiva, lungi dal rappresentare campi di intervento di specialità diverse, vanno ricondotti alla disciplina della neuropsichiatria infantile che è in grado di affrontare i molteplici aspetti che attengono all'evoluzione globale del bambino. In tale ottica, il coordinamento, l'uniformità delle procedure di accesso e l'omogeneità della presa in carico territoriale saranno assicurate da una struttura aziendale, che ha anche il compito di programmare le risorse umane, tecnologiche e finanziarie necessarie nonché quello di garantire l'attività formativa e di costituire interfaccia con la Regione. Il competente servizio della neuropsichiatria infantile territoriale, che potrà trovare organizzazione all'interno del Consultorio familiare, si integra costantemente con i restanti servizi del Dipartimento di Salute Mentale che sono pienamente coinvolti per garantire la continuità dell'assistenza nella delicata fase di passaggio dell'assistito dall'età evolutiva all'età adulta. Nel progetto di assistenza devono essere coinvolti la scuola e l'Ambito territoriale sociale che coordinano ed integrano i propri interventi con quelli dell'ASL al fine di assicurare l'unitarietà della risposta assistenziale.

Si ritiene, altresì, in adesione agli obiettivi regionali, di promuovere condizioni di benessere e di inclusione sociale delle persone minori, adolescenti e adulte affette dai disturbi dello spettro autistico, garantendo l'esercizio del diritto alla salute e la fruizione di peculiari e specifiche prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e sociali. L'obiettivo è quello di superare l'attuale frammentazione degli interventi attraverso la realizzazione di una rete di assistenza che integri il livello territoriale e quello ospedaliero e che assicuri la diagnosi precoce e la presa in carico globale con adeguato sostegno alla famiglia, in relazione alla caratterizzazione socioeconomica del nucleo. Pertanto, la scuola, i servizi sanitari, quelli sociosanitari e la famiglia, ovvero tutti i nodi della rete, sono chiamati ad operare in maniera sinergica al fine di garantire la diagnosi precoce, la tempestività, l'unitarietà e l'omogeneità dell'intervento personalizzato, con riferimento agli interventi diagnostici – terapeutici – abilitativi e riabilitativi, nonché la continuità delle cure nel setting di assistenza più appropriato, privilegiando la permanenza dell'assistito nel proprio ambiente di vita.

L' ATTIVITA' DELL'ASSISTENZA GERIATRICA - CURE DOMICILIARI - CURE PALLITIVE

L'attività trova, per le attività di coordinamento, articolazione di Unità Operativa Complessa nell'ambito del Dipartimento delle Attività Territoriali, oltre che articolazioni distrettuali. Dalla lettura dei dati riportati in un'indagine effettuata dal Ministero della Salute nel corso del 2013 scaturisce che il 48,7% della popolazione dai 65 ai 74 anni si dichiara affetta da almeno 2 malattie croniche e che tale percentuale sale al 68,1% se si considerano le persone con più di 75 anni di età. Inoltre, si stima che il 70-80% delle risorse destinate nel mondo all'assistenza sanitaria sia assorbito per la cura delle malattie croniche e che nel 2020 queste rappresenteranno l'80% di tutte le patologie.

L'aumento delle patologie croniche sta ormai assumendo le caratteristiche di una pandemia tanto da rappresentare un'emergenza che, se non adeguatamente gestita, potrà assumere aspetti destabilizzanti per il Servizio Sanitario. L'OMS, nell'ambito dei Piani d'azione 2008-2013 e 2013-2020, evidenzia l'importanza che i Governi e le Amministrazioni intervengano nella prevenzione e controllo delle malattie croniche che vengono definite "problemi di salute che richiedono un trattamento continuo durante un periodo di tempo da anni a decenni" con chiaro riferimento ai costi, sia diretti che indiretti, da sostenere per la loro cura. In tale scenario, l'Azienda intende dare valore prioritario al contrasto alla cronicità, quale obiettivo da inserire nella programmazione aziendale, e ai piani di prevenzione.

Diventa, così, strategico:

- assicurare la prevenzione e il controllo della cronicità promuovendo programmi intersettoriali ed azioni che privilegino l'approccio unitario e centrato sulla persona;
- responsabilizzare tutti gli attori che intervengono lungo il percorso ivi incluso lo stesso paziente che deve partecipare in maniera proattiva all'intero processo e sottoscrivere un "patto di cura" con il team di assistenza;
- superare la contrapposizione tra ospedale e territorio e ancor più quella tra medico specialista ospedaliero e medico specialista territoriale, non solo perché tale distinzione può erroneamente configurare una gradazione di competenze e professionalità, bensì perché detta differenziazione pregiudica l'auspicato continuum territorio-ospedale-territorio;
- mantenere il più a lungo possibile la persona malata al proprio domicilio riducendo al minimo il rischio di istituzionalizzazione;
- sviluppare un'adeguata formazione degli operatori anche al fine di definire appropriati percorsi di cura che identifichino le fasi, le sedi, i servizi e le prestazioni da erogare in base allo stadio della patologia;
- favorire l'aderenza della persona malata al percorso di cura, ovvero contrastare il rischio di abbandono del percorso rinforzando di continuo le informazioni relative allo stato di salute dell'assistito, al fine di perseguire un buon livello di conoscenza e consapevolezza da parte paziente e dei suoi familiari.

Diventa importante promuovere e coordinare programmi intersettoriali finalizzati alla modifica degli stili di vita non salutari. Le principali patologie croniche (malattie cardiovascolari, tumori, diabete mellito, malattie respiratorie) riconoscono specifici fattori di rischio comportamentali comuni e modificabili (abitudine al fumo di tabacco, abuso di bevande alcoliche, sedentarietà, scarso consumo alimentare di frutta e verdura) che possono generare alcuni fattori di rischio cosiddetti intermedi (ipercolesterolemia, ipertensione arteriosa, sovrappeso, obesità). Oltre all'attività di promozione alla salute e all'educazione terapeutica (per la prevenzione delle complicanze, comorbidità e disabilità), le principali azioni da potenziare per raggiungere buoni livelli di contrasto alle cronicità sono rappresentate dalla pronta individuazione delle condizioni di rischio e dalla diagnosi precoce. In particolare, le azioni saranno dirette a valutare la portata e le caratteristiche di alcune patologie che

determinano stati di cronicità, quali il diabete, la BCPO, lo scompenso cardiaco e l'ipertensione, le nefropatie, la SLA, le demenze, in linea con specifici indicazioni e protocolli regionali.

Un modello in rete, centrato sui bisogni e sulla stadiazione, consentirà di attivare percorsi personalizzati, all'interno di un team integrato di specialisti e con un efficace raccordo tra i diversi livelli di assistenza. A tale scopo, saranno anche attivati canali dedicati che consentano di superare le ordinarie liste di attesa e Day Service Ambulatoriali, per l'accesso a percorsi ambulatoriali complessi e coordinati (PACC), in conformità di quanto previsto dalla DGRC n. 102/2009 e al DCA n. 17/2014. La disponibilità di un adeguato sistema informativo costituisce fondamentale presupposto per affrontare la cronicità. A tal fine questo deve necessariamente consentire di identificare il target di riferimento e di rendere le informazioni tempestivamente disponibili per tutti gli operatori coinvolti nel percorso di cura e per lo stesso assistito. Sarà così possibile promuovere anche la costruzione dei registri di patologia e misurare più agevolmente gli indicatori utilizzati per la valutazione degli interventi effettuati.

Il luogo privilegiato per presidiare i percorsi di cura delle persone affette da malattia cronica è rappresentato dal Distretto Sanitario che opera in integrazione con i servizi socio-sanitari e in continuità con i servizi ospedalieri per i casi ad alta complessità e severità. Obiettivo fondamentale è quello di mantenere il più a lungo possibile la persona malata al proprio domicilio e di evitare l'ospedalizzazione, attivando, ogni qual volta necessario e possibile (condizioni abitative e presenza del *caregiver*), le cure domiciliari che rappresentano il *setting* più appropriato per assistere la persona malata in condizione di fragilità e per promuoverne l'*empowerment*, sviluppando la sua capacità di autogestione consapevole dei bisogni. Spetta, infatti, alle Cure Primarie il compito di pianificare e coordinare gli interventi attraverso l'adozione di una medicina di iniziativa che garantisca ai pazienti e ai loro familiari la migliore qualità di vita possibile. Tale setting, inoltre, consente di realizzare le dimissioni programmate e/o protette dai reparti ospedalieri per acuti, dalle strutture riabilitative post-acute ed estensive e dalle RSA. Si farà riferimento, in ogni caso, alle indicazioni regionali contenute nei documenti ministeriali, recepiti dalla Regione Campania, che ha elaborato un piano specifico, con il quale sono state determinate le azioni utili per il raggiungimento del target assegnato ai bisogni, valutati territorialmente in rapporto con i dati epidemiologici, sanitari, sociali ed economici di riferimento.

La presa in carico dell'assistito avviene attraverso la valutazione multiprofessionale che, in presenza di bisogni di diversa natura, è anche multidimensionale con attivazione della Unità di Valutazione Integrata (UVI) distrettuale e stesura del percorso assistenziale individuale/piano di cura personalizzato centrato sui bisogni globali (non solo clinici), sulle aspettative e sui desideri della persona malata. Il piano di cura personalizzato, oltre a definire la pianificazione delle attività, prevede la valutazione evolutiva dei relativi esiti da intendere come insieme dei risultati intermedi e finali riferiti, oltre che agli aspetti clinici, anche alla disabilità e alla qualità della vita, utilizzando indicatori che siano in grado di esaminare lo stato di "salute globale" della persona. Nei casi in cui non è possibile attivare l'ADI, per mancanza della rete socio-familiare e/o per inidoneità dell'abitazione, l'assistito viene ospitato presso le diverse tipologie di strutture semiresidenziali o residenziali pubbliche o accreditate in relazione alla specificità del bisogno presentato. Qualunque sia il setting di cura attivato è essenziale che il sistema assicuri l'equità di accesso, attraverso la Porta Unitaria di Accesso (PUA) distrettuale, la presa in carico globale e che la relazione con la persona malata e i suoi familiari sia improntata sull'accoglienza, l'ascolto attivo e l'empatia.

Si ritiene strategico costituire una rete integrata di servizi in grado di assicurare la continuità socio-assistenziale al paziente e alla sua famiglia nelle diverse fasi della malattia terminale.

La rete delle cure palliative, che prevede la partecipazione delle associazioni di volontariato, in

osservanza della L. 38/2010 e delle Linee di Indirizzo regionali vigenti, è costituita da MMG o PLS, ambulatori specialistici, cure domiciliari, centri residenziali per le cure palliative (Hospice e day Hospice), ricovero ospedaliero in regime ordinario e di day-hospital. Lungo l'intero percorso viene adottato il modello della presa in carico globale al fine di combattere il dolore "inutile" e la sofferenza che ne deriva fornendo alla persona malata e all'intero nucleo familiare un adeguato sostegno psicologico, sociale e culturale, indispensabile nella fase di fine vita e di elaborazione del lutto. Luogo privilegiato di intervento è costituito dall'abitazione del paziente che quando non può più essere assistito presso il proprio domicilio, o nei casi in cui è necessario alleggerire temporaneamente la famiglia dal carico sostento (ricovero di sollievo), viene ospitato dal Centro residenziale per le cure palliative - Hospice che fornisce assistenza sanitaria, tutelare ed alberghiera ed è strutturato in modo da riprodurre l'ambiente domestico e di vita: in tal senso i due setting non possono essere considerati tra loro indipendenti. Infatti, sia a domicilio che in Hospice obiettivi principali delle cure sono rappresentati dalla qualità di vita e dal rispetto della dignità della persona affetta da patologia (non solo oncologica) progressiva, in fase avanzata, a rapida evoluzione e a prognosi infausta per la quale non sussiste più alcuna possibilità di trattamento specifico finalizzato al miglioramento dei sintomi e/o alla guarigione. A garanzia della continuità assistenziale, l'Azienda favorirà la possibilità che le cure domiciliari siano erogate da parte della stessa equipe che opera in Hospice

In ragione della presenza del punto oncologico aziendale presso l'Ospedale di Pagani, tenuto conto della disponibilità degli spazi, è ipotizzabile l'apertura di un Hospice presso la struttura del predetto presidio.

La rete aziendale degli Hospice

SA	Hospice di Sant'Arsenio	Hospice pubblico	attivo	Sant'Arsenio
SA	Hospice "Il Giardino dei Girasoli"	Hospice pubblico	attivo	Eboli
SA	Hospice La Casa di Lara	Hospice pubblico	attivo	Salerno
SA	Hospice di Pagani	Hospice pubblico	in programmazione	Pagani

L'ATTIVITA' DELLA RIABILITAZIONE E DELL'ASSISTENZA PROTESICA

L'attività trova coordinamento nella struttura semplice dipartimentale del Dipartimento delle Attività territoriali. In Regione Campania l'offerta di assistenza sanitaria e socio-sanitaria per disabili è attualmente articolata in:

- attività di riabilitazione estensiva per disabilità complesse in regime residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale e domiciliare;
- attività residenziale e semiresidenziale in "Residenze Sanitarie Assistenziali per disabili non autosufficienti/Centri Diurni Integrati", che erogano prestazioni di lungo-assistenza e di mantenimento;
- cure domiciliari;
- assistenza domiciliare integrata/ADI.

Per diversi anni le prestazioni di riabilitazione erogate in Regione Campania, non solo hanno rappresentato una risposta a bisogni sanitari/riabilitativi della popolazione disabile, ma, con una certa frequenza hanno avuto anche una funzione di sussidiarietà rispondendo a diversi, seppur gravi,

bisogni assistenziali di natura socio sanitaria. Tale funzione ha determinato poca chiarezza negli obiettivi dei diversi livelli assistenziali, delle strutture e degli stessi programmi riabilitativi. Una ulteriore criticità del sistema è rappresentata dallo scollamento esistente tra i presidi ospedalieri per acuti e i diversi setting assistenziali territoriali e, al fine di evitare la frammentazione e/o duplicazione degli interventi, risulta indispensabile perseguire il raccordo tempestivo con il distretto sanitario di residenza del paziente. Il Piano di Indirizzo per la riabilitazione, approvato dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano in data 10.02.2011, indica, infatti, la necessità di realizzare un uniforme modello organizzativo centrato sui bisogni di salute della persona, idoneo a garantire in maniera coordinata la presa in carico riabilitativa precoce e la continuità della stessa nei vari setting di cura, ospedalieri e territoriali. La presa in carico riabilitativa coincide con il diritto dell'individuo a ricevere una valutazione diagnostico-prognostica al fine di individuare il percorso riabilitativo più idoneo ed efficiente e gli interventi più appropriati sulla base di un progetto riabilitativo individuale che tiene conto della valutazione clinica, della prognosi funzionale, del margine di modificabilità del quadro di menomazione e disabilità, del grado di stabilità clinica del paziente e della sua possibile partecipazione al programma.

Il Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) rappresenta il primo strumento di continuità della presa in carico riabilitativa e di interventi integrati tra i vari setting di cura, ospedalieri e territoriali. La dimissione del paziente dall'ospedale rappresenta una fase determinante per la continuità della presa in carico riabilitativa attivata precocemente in fase acuta: essa deve garantire la realizzazione di un'attenta valutazione del bisogno riabilitativo e/o clinico-assistenziale della persona e delle operazioni necessarie, anche dal punto di vista gestionale, organizzativo e informativo, per un appropriato trasferimento verso un altro setting di cura o al domicilio. A tal fine risulta indispensabile il raccordo tempestivo con il distretto di residenza del paziente al fine di consentire la presa in carico territoriale già in fase di ricovero ospedaliero. Le Linee Guida regionali per la riabilitazione, approvate con D.G.R. n. 482 del 25.03.2004, **individuano l' Unità di Valutazione dei Bisogni Riabilitativi (UVBR)** quale equipe multidisciplinare responsabile dell'identificazione e della quantificazione dei bisogni riabilitativi per la definizione del percorso più appropriato, da attivare presso le Aziende Sanitarie. L' Azienda è pertanto impegnata a sviluppare e garantire il percorso riabilitativo integrato realizzando l'integrazione funzionale tra i presidi per acuti e quelli di riabilitazione. Il mezzo per realizzare tale integrazione è rappresentata dall' UVBR, struttura propria dell'Azienda con il compito di valutare il singolo bisogno individuale e l'insieme dei bisogni (bisogno globale) delle persone afferenti all'Azienda Sanitaria cui appartiene. L'articolazione di tale struttura trova regolamentazione nel Piano Regionale di assistenza territoriale.

La particolare attenzione, peraltro, del Piano Nazionale e del Piano Regionale dell'assistenza, ha determinato un aumento, presso le strutture ospedaliere, di posti letto destinati alla lungodegenza e alla riabilitazione. E' evidente che tali strutture si collegano, funzionalmente, all'assistenza ospedaliera, per completare un percorso che porti il cittadino a ricevere, in maniera corretta e continua, anche quella parte di assistenza connessa con il suo recupero; tuttavia, ciò è il segno dell'attenzione che viene dedicata alla terza fase dell'assistenza, rimasta, molto spesso, in balia di elementi "esterni", con dubbi risultati. Con l'adozione del DCA n. 6 del 2010, si è dato avvio alla fase di riconversione di quelle strutture che, per la tipologia di assistiti, presentano una vocazione prevalentemente socio-sanitaria. L'attività di riabilitazione funzionale, in regime residenziale e semiresidenziale, la riqualificazione di spazi per RSA per disabili, per anziani e demenze, il riordino delle strutture psichiatriche residenziali e le altre strutture per comunità di disabili, saranno oggetto di adeguamento agli standard individuati dalla Regione Campania, anche tenendo conto di spazi e strutture pubbliche dismesse o poco utilizzate.

L' Area della Non - Autosufficienza

L'approccio integrato risponde alla complessità dei problemi di salute ed ha inizio fin dal momento della programmazione congiunta. Quest'ultima costituisce, di fatto, il momento fondamentale per la definizione di strategie e priorità d'intervento in relazione a bisogni presenti sul territorio e ai quali il sistema di offerta dei servizi sanitari e socio-sanitari deve dare risposta. L'orientamento regionale e nazionale nel definire i percorsi di riqualificazione delle prestazioni erogate in regime di integrazione sociosanitaria è di favorire la domiciliarità e la semiresidenzialità, in un'ottica di valorizzazione e sostegno della risorse familiari e della rete di relazioni sociali attivabili sul territorio. La programmazione strategica di questi interventi deve orientare la scelta futura a prevedere interventi che rispondano a questa filosofia della deospedalizzazione e della riduzione della residenzialità e a individuare soluzioni modulari e per la presa in carico dei soggetti fragili. In tale contesto è qualificante, nonché imprescindibile, la programmazione intersettoriale, poiché il sistema di offerta nell'ambito dell'integrazione socio-sanitaria è duplice, e la dicotomia dell'approccio settoriale al problema è superato dalla condivisione di obiettivi e priorità d'intervento sociale e al tempo stesso sanitario, in relazione ai quali destinare le risorse disponibili in capo a ciascun comparto. Pertanto tra le priorità specifiche del distretto socio-sanitario, in merito alla programmazione degli interventi e alla garanzia della continuità assistenziale, si ribadiscono in particolare: a) la priorità assistenziale della presa in carico globale, di cittadini in situazione di "non autosufficienza" (anziani e disabili); b) la riqualificazione del sistema di offerta dei servizi anche attraverso la riconversione di struttura dal sistema sanitario al sistema socio-sanitario nell'ottica dell'appropriatezza e del contenimento della spesa, c) il potenziamento dell'unità di valutazione integrata, d) la individuazione dei centri di responsabilità e di costo a livello distrettuale (budget), e) la implementazione di sistemi integrati di verifiche e monitoraggio delle prestazioni.

La rete delle RSA/CD Anziani

	<p>RSA di Sant'Arzenio – RSA Anziani pubblico - S.ARSENIO (pubblico) RSA/ CDI/anziani-Demenze - SALERNO (pubblico) RSA Anziani/Demenze - ROCCADASPIDE (pubblico) RSA di Massa - VALLO DELLA LUCANIA (pubblico) RSA Maria dei Cordi srl – TORRACA (privato) RSA Fondazione Opera Giovanile Juventus Don Donato Ippolito o.n.l.u.s. – SALA CONSILINA (privato) RSA I.SA.MA. srl – NOCERA INFERIORE (privato) RSA SIRIA Servizi Sanitari srl – SIANO (privato) RSA Villa Silvia (privato) – ROCCAPIEMONTE RSA S.S.R. srl Villa Caruso – ROCCAPIEMONTE (privato) RSA Villa Alba – CAVA DEI TIRRENI (privato) RSA Casa Albergo Villa delle Rose sas di Di Martino Giovanna e C. – CAVA DEI TIRRENI (privato) RSA Valle d'Argento 2 srl – GIFFONI VALLE PIANA (privato) RSA Centro Fisiokinesiterapico Cilento srl – ORRIA (privato) RSA Sant'Antonio – GIFFONI SEI CASALI (privato)</p>
--	---

U.O.S.D. Tutela della Salute Adulti e minori di area Penale

Il D. Lgvo 230/1999 prima ed i successivi DPCM 1 aprile 2008 e Accordo Conferenza Unificata 22.01.2015 prevedono che gli obiettivi per la tutela della salute dei detenuti, degli internati e dei minori del circuito penale, siano precisati nei programmi delle Regioni e delle Aziende sanitarie e realizzati mediante l'individuazione di specifici modelli organizzativi, differenziati in rapporto alla tipologia e alla consistenza degli Istituti di pena ubicati in ciascuna Regione.

In considerazione della volontà politica regionale di recepire e definire il processo di riordino della sanità penitenziaria nel rispetto dei principi e delle linee di riferimento enunciati nella normativa vigente, ne discende la necessità di individuare un modello organizzativo agile e formalmente snello nella struttura ma che permetta, nell'immediato, il recepimento delle funzioni trasferite e garantisca, al contempo, l'avvio di un processo di riordino che parta dall'esistente per giungere in un momento successivo ad un modello definitivo.

Il modello organizzativo delineato con il presente atto, pertanto, tiene conto della normativa nazionale, e recepisce, al contempo, le indicazioni dell'Osservatorio Permanente sulla Sanità Penitenziaria di cui alla DGRC n. 96 del 21 marzo 2011, il documento approvato all'unanimità dal predetto Osservatorio nella seduta del 7 luglio 2011 ed il monitoraggio effettuato dal medesimo organismo nel mese di luglio 2016 in applicazione dell'Accordo Conferenza Unificata 22.01.2015 e i principi recitati nel Piano Sanitario Regionale 2011 – 2013.

In particolare risulta imprescindibile orientare l'azione alla persona destinataria dell'intervento, ed in particolare al detenuto che si rivolge al SSR nelle sue articolazioni organizzative e funzionali. Al detenuto è necessario garantire l'esigibilità del diritto alla salute, nel rispetto dell'art. 32 della Costituzione della Repubblica Italiana.

Da quanto detto risulta inevitabile partire da quelli che sono i reali problemi del ristretto in relazione ai quali sono delineate le funzioni sanitarie che l'organizzazione deve erogare. In particolare, nell'elaborazione del presente modello organizzativo sono stati seguiti i seguenti principi ispiratori:

- Comprensione dei problemi e definizione dei processi operativi secondo un principio clinico - tecnico
- Attivazione delle risorse
- Apertura all'esterno
- Economicità, nel senso di efficacia ed efficienza nell'esercizio delle funzioni

Ai sensi della citata normativa l'Azienda Sanitaria Locale Salerno, sul cui territorio insistono le Casa Circondariale di Salerno, Vallo della Lucania, PICATT di Eboli, il Centro di Prima Accoglienza e la Comunità Ministeriale per minori di Salerno attraverso le professionalità localmente presenti e/o ivi destinate, attua i seguenti interventi specifici in relazione alla condizione di detenzione dell'utenza:

- valutazione dello stato di salute e dei bisogni, così come definiti dall'O.M.S., di tutti i nuovi ingressi, da effettuarsi, se del caso, in più momenti temporali e per congrui periodi di osservazione: i dati rilevati sono raccolti nella cartella clinica; tale valutazione è fatta in collaborazione con l'équipe multidisciplinare e con il supporto degli accertamenti specialistici del caso;

- adozione di procedure di accoglienza che consentano di attenuare gli effetti traumatici della privazione della libertà, ed esecuzione degli interventi necessari a prevenire atti di autolesionismo e suicidari;
- visite mediche dei detenuti ai sensi dell'art. 11 commi 5 e 6 L. 354/75, attuazione di programmi di diagnosi precoce delle principali malattie a carattere cronico e/o degenerativo;
- accertamento della situazione vaccinale, specie riguardo ai soggetti immigrati, con riferimento al quadro delle vaccinazioni obbligatorie nel nostro Paese, ed esecuzione, se del caso, delle vaccinazioni ritenute necessarie;
- promozione e sviluppo della cultura della prevenzione sanitaria, anche in costante collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione della Azienda Sanitaria, che dovrà tra l'altro garantire le necessarie attività di vigilanza, attraverso propri operatori, componenti essenziali, insieme al responsabile del servizio aziendale per la tutela della salute in carcere, della Commissione istituita dall'Azienda per l'esercizio, all'interno degli Istituti, delle funzioni ispettive di cui all'art. 11 della legge 354/75 e s.m. e i.;
- raccolta di tutte le informazioni sanitarie relative a ciascun soggetto, onde assicurare una appropriata presa in carico in altri istituti o nel momento del ritorno in libertà.
L'Azienda Sanitaria Locale Salerno, inoltre, assicura:
- la presenza degli operatori sanitari negli organismi collegiali previsti dall'Ordinamento Penitenziario (es. Consigli di disciplina, Gruppo di Osservazione e Trattamento, gruppi di lavoro in genere, ecc. ex art 29, 33, 78 R.E. D.P.R., ecc.), e dalla DGRC n. 96/2011 (Gruppo di Osservazione e Trattamento Allargato – GOTA)
- l'adozione di particolari provvedimenti previsti dall'Ordinamento Penitenziario (es.: rilascio certificazione prevista dall'art. 39 O.P.),
- le relazioni sanitarie finalizzate all'applicazione di regime detentivo diverso o a modifica di misure cautelari, ovvero a valutazioni circa la compatibilità dello stato di salute con la misura restrittiva,
- le relazioni o pareri su richiesta dell'Autorità Amministrativa: ad esempio visite preventive a trasferimenti (cd. Nulla Osta alla traduzione), la prescrizione di isolamento sanitario;
- le prescrizioni per detenuti infermi e seminfermi di mente ai sensi dell'art. 20 DPR.230/2000;
- i controlli nel caso di uso legittimo della forza ex art.41 e durante l'esecuzione di sanzioni disciplinari,
- la gestione delle risorse umane localmente presenti e/o destinate;
- la gestione delle risorse tecnologiche e strumentali: attrezzature ed arredi trasferiti ex art.4 del D.P.C.M. del 01.04.08 e altre in aggiunta a loro assegnate;
- le relazioni con le Direzioni degli Istituti Penitenziari per quanto concerne la collaborazione, a livello locale, con le Aree della Sicurezza e del Trattamento;
- il rilascio di certificazione in uso nel Servizio Sanitario Regionale e di certificazioni specifiche dell'ambito penitenziario.

La **UOSD Tutela della Salute adulti e minori di Area Penale**, dotata di autonomia organizzativa e gestionale, realizza, con le risorse (strutturali, professionali, tecnologiche, strumentali ed economiche) assegnate, a) l'appropriato svolgimento delle funzioni sanitarie rivolte alle persone in regime di esecuzione penale e ai minori destinatari di provvedimenti penali; b) l'unificazione della

gestione dei rapporti di lavoro oggetto di trasferimento dalla Amministrazione di Giustizia al Sistema Sanitario della Regione Campania; assicura le seguenti funzioni:

- prestazioni sanitarie di base (medicina di base e continuità assistenziale) e prestazioni specialistiche,;
- raccordo con i Dipartimenti Dipendenze Patologiche e Salute Mentale ed i Distretti Sanitari nel cui territorio insistono i servizi e le strutture della sanità penitenziaria, per quanto attiene alle attività di prevenzione, cura e riabilitazione nelle specifiche aree;
- funzioni di consulenza e collaborazione;
- raccordo con gli uffici della Regione Campania e con quelli del PRAP, del Centro di Giustizia Minorile, e dell'Autorità Giudiziaria;
- referenza operativa primaria per l'Autorità Giudiziaria (Procure della Repubblica, i Tribunali e l'Ufficio per l'Esecuzione Penale Esterna (U.E.P.E.) insistenti nel territorio della ASL Salerno) per la singola persona indagata e/o internata al fine di dare attuazione alla legge 30 maggio 2014, n. 81, al Decreto del Commissario ad Acta della Regione Campania n. 104 del 30 settembre 2014 e all'art. 7 dell'Accordo sancito dalla Conferenza Unificata il 26 febbraio 2015 (Rep. n. 17/CU)
- coordinamento organizzativo, clinico e medico legale correlate alle funzioni di ufficiale medico del Corpo degli Agenti di Polizia Penitenziaria e di cui alla lettera circolare GDAP-0366497-2007 del 26.11.1007, per quanto ivi citato di competenza della figura del medico incaricato;
- coordinamento di tutte le altre funzioni sanitarie anche non previste esplicitamente dall'allegato A e C del DPCM 1 aprile 2008 e oggetto di transito dall'Amministrazione Penitenziaria al SSN, di competenza del personale dei servizi distrettuali e/o dipartimentali;
- programmazione annuale delle attività di formazione del personale coinvolto nell'area della sanità penitenziaria, di concerto con il responsabile della specifica area aziendale, nonché di ulteriori e specifici interventi formativi su ambiti di particolare rilevanza.

Il Direttore della UOSD Tutela della Salute adulti e minori di Area Penale negozia annualmente gli obiettivi con la Direzione aziendale, funge da collegamento e promuove pro-attivamente l'integrazione tra la Regione e l'Azienda di propria appartenenza. Laddove non già individuato ai sensi della DGRC n. 1551/2008, viene scelto nell'ambito della dirigenza medica dell'ASL con sperimentata conoscenza o esperienza nell'ambito delle attività sanitarie proprie della realtà penitenziaria.

Il Direttore della UOSD Tutela della Salute adulti e minori di Area Penale è responsabile a livello aziendale:

- delle funzioni sanitarie, di base e specialistiche erogate nei confronti dei cittadini detenuti o comunque in esecuzione penale o destinatari di provvedimenti penali.
- del recepimento delle indicazioni regionali e nazionali sopravvenute;
- del recepimento, la riconferma, e l'estensione a tutti gli Istituti afferenti al Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria esistenti sul territorio dell'ASL dell'organizzazione prevista in Azienda, in uno con il recepimento formale di tutte le avvenute sue evoluzioni; la redazione e l'approvazione di un documento esplicativo degli interventi di assistenza sanitaria per i detenuti effettuati dalla ASL ("Carta dei servizi di medicina penitenziaria");
- dell'elaborazione di specifici e dettagliati strumenti operativi, utili sia ai fini dell'erogazione dell'assistenza stessa che alla sua progressiva ottimizzazione, attraverso l'acquisizione dei necessari dati epidemiologici, di bisogno, di attività e di esito;
- della promozione di iniziative locali nell'area della sanità penitenziaria e della predisposizione degli interventi finalizzati ad assicurare un'ideale integrazione delle azioni dei singoli servizi aziendali coinvolti nella predetta area, prevedendo eventuali risorse aggiuntive.

Allo stesso Responsabile compete anche la partecipazione, diretta o attraverso proprio delegato, alle funzioni ispettive all'interno degli Istituti penitenziari di cui alla legge 30 aprile 1962 n. 283, di

competenza, ex DPCM 01.04.2008, del Dipartimento di Prevenzione; al riguardo, in fase di prima implementazione della presente organizzazione, assume il compito, congiuntamente al Direttore del Dipartimento di Prevenzione, di definire l'idonea e aggiornata composizione e operatività della relativa commissione di vigilanza.

La UOSD Tutela della Salute adulti e minori di Area Penale assicura il coordinamento e l'integrazione intraaziendale, attraverso il "Gruppo di Lavoro Aziendale per la Tutela della Salute in Carcere", al quale partecipano i Direttori dei Distretti Sanitari sede di Istituto Penitenziario, il Direttore del DSM, il Direttore del Dipartimento Dipendenze, i Dirigenti delle articolazioni interne alla UOSD Tutela della Salute in Carcere, i Responsabili delle Articolazioni competenti, i Referenti del personale infermieristico e tecnico; per specifiche problematiche connesse alla medicina penitenziaria, il Gruppo di lavoro dovrà essere integrato, a richiesta del Direttore della U.O.S.D. Tutela della Salute adulti e minori di Area Penale, con la partecipazione dei Referenti dei Servizi Centrali e delle Aree Tematiche Aziendali competenti per altre attività. Al Gruppo di Lavoro Aziendale per la Tutela della Salute adulti e minori di Area Penale spetterà prioritariamente il compito di predisporre il "Piano dell'offerta dei servizi sanitari dell'area penitenziaria", che andrà periodicamente aggiornato. Per motivate esigenze, il Direttore della UOSD, sentito il predetto Gruppo, potrà attivare altri specifici sottogruppi di lavoro

Il Direttore della UOSD individua, per gli Istituti Penitenziari, la funzione unica di Medico Referente d'Istituto (M.R.I.). Al predetto M.R.I., strutturalmente e gerarchicamente subordinato al Direttore della UOSD, saranno da quest'ultimo assegnati specifici compiti e/o funzioni. Il M.R.I., se già medico incaricato dell'istituto, conserverà tutte le attribuzioni previste dalla disciplina della Legge 740/70, nel rispetto della normativa nazionale ed europea in tema di tetti orario di lavoro e nelle more dell'adozione di ulteriori indirizzi relativi alla tipologia di inquadramento e attribuzione di funzioni

Il S.I.A.R (Servizio Integrazione Inter Istituzionale Autori di Reato), articolazione interna della UOSD Tutela della Salute adulti e minori di Area Penale(come I.P. alta professionalità), in applicazione delle direttive regionali DCA 64/2012, DCA 104/2014, D.D. 56 DEL 15.04.2016, ha in carico pazienti in fase di esecuzione di una misura di sicurezza detentiva e non o di una pena / misura cautelare in carcere o diversa dalla detenzione in carcere. Segue le vicende patologiche (anche in termini di evoluzione clinica) legate al percorso giuridico ed assistenziale della persona con patologia ed autore di reato espletando le seguenti attività:

- Tutela della Salute Mentale in carcere con annessa Articolazione di 8 posti letto, localizzata presso l'area sanitaria della Casa Circondariale di Salerno, istituita con D.M. Ministero della Giustizia dell'11 novembre 2014
- Coordinamento, condivisione e proposizione all'Autorità Giudiziaria dei Progetti terapeutico-riabilitativi individuali (PTRI), per tutti i cittadini afferenti al proprio territorio sottoposti a misura di sicurezza detentiva o non detentiva, costantemente finalizzati alla prevenzione delle misure di sicurezza detentive o, qualora in essere, alla loro trasformazione in misure non detentive, collegandosi con i Servizi Sanitari territoriali competenti per i diversi bisogni assistenziali delle singole persone (con particolare riferimento ai Dipartimenti di Salute Mentale e delle Dipendenze Patologiche ed ai Distretti Sanitari) ed integrati con i Servizi Sociali Comunali e l'Ufficio Esecuzione Penale Esterno (UEPE) per il necessario reinserimento nei contesti sociali di appartenenza

- Integrazione comunitaria e prevenzione dell'esclusione sociosanitaria (rapporti con gli enti esterni; coordinamento e gestione delle attività per la prevenzione dell'assegnazione a REMS e la dimissione da REMS, attraverso la metodologia dei PTRI; rapporti con i Servizi Sociali del Ministero della Giustizia)

Funzioni specifiche di rilevanza organizzativa.

In relazione alle caratteristiche della popolazione ristretta nelle strutture aziendali dell'area della sanità penitenziaria, sia qualitative (internati, detenuti, donne, minori, tossicodipendenti) che quantitative, ai fini di garantire l'efficiente erogazione delle prestazioni si identificano le seguenti aree di particolare rilevanza e criticità:

- Presa in carico dei minori con problematiche psichiatriche e/o di dipendenza inseriti CPA, CMM, IPM ed in comunità terapeutiche su disposizione dell'Autorità Giudiziaria;
- Presa in carico per gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione dei detenuti con problematiche di dipendenza patologica con il supporto e il collegamento con i pertinenti servizi territoriali, con particolare attenzione alla continuità dei percorsi di cura e riabilitazione successivi alla dimissione dagli Istituti Penitenziari e/o nel corso di misure di sicurezza non detentive o di quelle cautelari diverse dalla detenzione in carcere; le operatività integrano i compiti, le funzioni e risorse, anche umane, già trasferite alle ASL (Trasferimento rapporti convenzionali operatori Presidi Tossicodipendenti Detenuti, in attuazione del Decreto interministeriale Salute/Giustizia del 10/4/02).
- Procedure amministrative (realizzazione efficiente ed efficace dell'istruttoria e predisposizione degli atti amministrativi connessi alle funzioni della UOSD; controllo e monitoraggio delle pertinenti risorse e obiettivi della UOSD Tutela della Salute adulti e minori di Area Penale).
- Coordinamento processi di integrazione socio sanitaria con i P.d.Z. i servizi aziendali e le agenzie preposte.

L'assistenza ospedaliera

La programmazione della Rete Ospedaliera ha come obiettivo principale quello di garantire all'utenza della Regione Campania un livello di assistenza in regime ospedaliero che sia garante del soddisfacimento dei LEA. Tale obiettivo dovrà essere raggiunto anche attraverso l'implementazione di nuovi modelli organizzativi, che prevedano: - equità di accesso; - appropriatezza di setting di cure, appropriatezza clinica ed organizzativa per una gestione efficace ed efficiente delle strutture - integrazione ospedale-territorio per il completamento dei percorsi di cura, sia in accesso che in dimissione dalla struttura ospedaliera - procedure interne di verifica di qualità, nel rispetto dei criteri di efficienza ed economicità. - processi di riorganizzazione dei singoli presidi per discipline affini.

In particolare il Piano Ospedaliero, approvato con DCA n. 33 del 17.5.2016, insieme ad altri interventi, si è posto anche i seguenti obiettivi:

- Riduzione del tasso di ospedalizzazione: la Regione registra un tasso di ospedalizzazione nel 2014 superiore allo standard atteso pari a 160/1000 abitanti. La quota di ospedalizzazione in regime diurno risulta anch'essa superiore al 25% stabilito come percentuale target di appropriatezza. Su questo punto la Regione ha programmato una serie di azioni finalizzate all'adozione di provvedimenti specifici per migliorare il tasso di ospedalizzazione promuovendo misure alternative ad essa;

- Ottimizzazione dei DRG “critici”: riduzione della percentuale regionale dei DRG critici per i quali ci si attesta ad una percentuale del 13,7%;
- Miglioramento delle liste di attesa per interventi chirurgici, in particolare per patologie tumorali;
- Allineamento dei dati di spesa per l'assistenza farmaceutica ospedaliera a quelli nazionali;
- Attivazione ed implementazione di nuovi PDTA regionali compresi quelli pediatrici;
- Implementazione del monitoraggio del PDTA Diabete;
- Ulteriore accelerazione all'accreditamento istituzionale degli erogatori privati;
- Conclusione dell'iter di accorpamento della rete laboratoristica privata.

Inoltre, per quanto attiene l'Area della Emergenza-Urgenza, sono stati individuati specifici nodi delle reti tempo-dipendenti.

Con il Piano di riorganizzazione ospedaliera, la Regione Campania ha operato, quindi, per superare le criticità derivanti dalla bassa applicazione dei relativi LEA, attraverso una rimodulazione e riqualificazione della rete ospedaliera ai sensi del DM 70/2015. Il DM 70/2015 ha imposto un nuovo metodo di programmazione dell'assistenza ospedaliera, nella riclassificazione della tipologia dei presidi ospedalieri e nella metodologia di calcolo della dotazioni dei posti letto. Ha definito un nuovo modello di classificazione dei Presidi inseriti nella rete ospedaliera, prevedendone 3 diversi livelli di complessità, in relazione al bacino di utenza e ad uno standard di discipline minime per la configurazione al relativo livello:

- a. **Presidi ospedalieri di base**, con bacino di utenza compreso tra 80.000 e 150.000 abitanti, salvo le deroghe previste nella rete di emergenza urgenza, dotati di sede di Pronto Soccorso, con un numero limitato di specialità ad ampia diffusione territoriale;
- b. **Presidi ospedalieri di I livello**, con bacino di utenza compreso tra 150.000 e 300.000 abitanti, sede di DEA di I livello dotati di varie specialità, con servizio di guardia attiva e/o di reperibilità oppure in rete per le patologie che la prevedono. Sono dotati, inoltre, di letti di “Osservazione Breve Intensiva” e di letti per la Terapia Subintensiva (anche a carattere multidisciplinare);
- c. **Presidi ospedalieri di II livello**, con bacino di utenza compreso tra 600.000 e 1.200.000 abitanti, sedi di DEA di II livello, dotati di tutte le strutture previste per l'Ospedale di I livello, nonché di strutture che attengono alle discipline più complesse non previste nell'Ospedale di I livello.

A completamento della rete ospedaliera pubblica, rispondente alla classificazione sopra descritta, è stata inserita, nella programmazione regionale, l'offerta ospedaliera esistente non pubblica, costituita da IRCCS (Pascale, Maugeri); Aziende Ospedaliero-Universitarie (AOU SUN, Federico II, Salerno); AORN Santobono-Pausillipon (unica azienda ospedaliera regionale pediatrica); Privato accreditato; Ospedali classificati gestiti da Enti ecclesiastici. Sono stati, inoltre, inserite nella rete ospedaliera, nelle reti tempo-dipendenti, alcune Aziende Ospedaliere che erano uscite dai percorsi di emergenza (AO Dei Colli con i presidi Monaldi, Cotugno e CTO, Aziende Ospedaliere Universitarie, alcune strutture private accreditate); queste Aziende/strutture dovranno garantire la loro attività nel corso dell'intera giornata attraverso servizi di accettazione H24 per le discipline delle reti di emergenza IMA, Stroke e Trauma. Le Aziende Ospedaliere Universitarie entreranno nelle reti tempo-dipendenti, per le discipline afferenti, tramite protocolli di intesa e ogni altro atto indispensabile alla legittimazione del processo clinico-assistenziale integrato. Rientrano nella rete ospedaliera alcuni stabilimenti, seppure di piccole dimensioni, che riprendono un'attività di degenza in collegamento al presidio principale di riferimento. Rilevante ai fini dell'efficacia dell'attività è la prevista soppressione di piccole Unità Operative per le quali si prevede un nuovo modello organizzativo (AFO: Area Funzionalmente Omogenea) nello stesso presidio, o l'accorpamento con altra struttura in altro presidio funzionalmente collegato, nella costituzione di unica UOC, per il rispetto dello standard regionale medio pari a 17,5 posti letto per ogni Unità Operativa Complessa. In tal modo saranno garantiti

criteri organizzativi volti all'efficienza ed alla razionalizzazione delle risorse. Tale modello deve essere applicato anche alle discipline senza posti letto, per i servizi diagnostici e direzionali. L'obiettivo finale a termine del triennio di applicazione del piano è quello di costruire una rete ospedaliera efficiente, con ospedali che rispettino la classificazione prevista, dotati di un potenziale tecnologico avanzato ed adeguato, con un'appropriata dotazione di risorse umane qualificate. Una adeguata programmazione della Dotazione Organica per il rafforzamento delle Risorse Umane è propedeutica alla effettiva implementazione della Rete ed è già in fase di elaborazione da parte degli organismi regionali. L'ASL Salerno offre assistenza ad una popolazione di 1.106.506 abitanti. Gli ultimi dati noti circa le dimissioni ospedaliere, pubblicate dall'ARSAN nel 2013, indicano un totale di 220.038 ricoveri in provincia di Salerno, dei quali 97.520 forniti dai presidi ospedalieri aziendali e 24.058 dalle case di cura accreditate. I ricoveri di residenti, effettuati fuori provincia sono stati 33.196 e quelli fuori Regione 20.836. L'impatto economico della mobilità passiva è stato di €. 155.260.402. Importante saranno, quindi, i rapporti con l'Azienda Ospedaliera operante nella provincia di Salerno (AOU Ruggi d'Aragona) al fine di delineare un'offerta integrata capace di intercettare i processi di "mobilità passiva".

Per la Macro Area SALERNO, l'offerta di posti letto programmati, necessari per la definizione dei predetti obiettivi, è stata così indicata

Denominazione struttura	Tipo struttura	Sede	PL programma ti
ASL Salerno	Presidi ASL	varie	1.811
AOU Ruggi - Fucito	AOU	Mercato San Severino	110
AOU Ruggi - Da Procida	AOU	Salerno	110
AOU Ruggi - Dell'Olmo	AOU	Cava de' Tirreni	89
AOU Ruggi - I. Giordano	AOU	Ravello	20
AOU Ruggi - AOU Ruggi	AOU	Salerno	708
Villa del Sole	Casa di cura	Salerno	80
CDC Malzoni	Casa di cura	Agropoli	102
CDC La Quiete	Casa di cura	Pellezzano	68
CDC Privata Salus	Casa di cura	Battipaglia	90
Campolongo Hospital	Casa di cura	Eboli	260
CDC Cobellis	Casa di cura	Vallo della Lucania	99
CDC Tortorella	Casa di cura	Salerno	143
CDC Villa Chiarugi	Casa di cura	Nocera Inferiore	40*
Villa G.F. Montesano	Casa di cura	Roccapiemonte	70
TOTALE			3.800

* struttura in riconversione ex DCA n. 94/2014

Il Comitato Permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA in condizioni di appropriatezza ed efficacia di cui all'art. 9 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 (Comitato LEA), ha approvato, nella seduta del 26 marzo 2012, un documento contenente i parametri standard per l'individuazione delle strutture semplici e complesse del SSN, così come previsto dall'art. 12 comma 1 lettera b) del Patto per la Salute 2010-2012. Sulla base di tali parametri, la Regione Campania, con DCA 18/2013, ha articolato i parametri per la programmazione delle strutture complesse in ambito ospedaliero, in modo da tener conto del diverso ruolo svolto dalle strutture ospedaliere nell'ambito del servizio

sanitario regionale e della maggiore o minore complessità dell'articolazione interna che si determina in funzione del numero e della rilevanza delle funzioni attribuite ed in particolare delle specificità tecnico assistenziali delle Aziende ospedaliere e delle esigenze scientifiche e didattiche delle Aziende ospedaliere universitarie e dell'IRCCS di diritto pubblico. Pertanto, i parametri fissati dal Comitato LEA per l'individuazione delle strutture complesse in ambito ospedaliero in Regione Campania sono stati così articolati:

- per i Presidi ospedalieri di ASL: 1 struttura complessa ogni 22 posti letto;
- per le Aziende Ospedaliere e per l'Ospedale del mare : 1 struttura complessa ogni 16 posti letto;
- per le Aziende Ospedaliere Universitarie e l'IRCCS di diritto pubblico:1 una struttura complessa ogni 14 posti letto.

Per i presidi ospedalieri di ASL lo standard una struttura complessa ogni 22 posti letto è da intendersi a livello aziendale e può essere declinato dall'azienda in modo diverso da presidio a presidio, ferma restando la necessità di non superare in ogni caso la media aziendale una struttura complessa ogni 22 posti letto. Per i Presidi ospedalieri di ASL e per le Aziende Ospedaliere, le Aziende Ospedaliere Universitarie e l'IRCCS il numero di strutture complesse, semplici e semplici dipartimentali identificate in base agli standard di cui sopra è comprensivo dei servizi centrali sanitari (farmacia, radiologia, laboratorio di analisi, ecc.). Per le Aziende Ospedaliere, le Aziende Ospedaliere Universitarie e l'IRCCS non è comprensivo dei servizi centrali tecnici, professionali ed amministrativi (servizio tecnico, gestione del personale, ecc.). Per le ASL, le UOC per discipline senza posti letto potranno essere attinte anche da quelle previste per le strutture territoriali (1 ogni 13.515 residenti). Per le unità operative complesse a direzione universitaria, presenti nelle Aziende ospedaliere e nei Presidi ospedalieri di ASL, si applica il parametro fissato per le Aziende ospedaliere universitarie (14 posti letto per UOC). Il DM 70/2015 nel definire i bacini di utenza per singola disciplina assicura implicitamente il rispetto di quanto sopra descritto e quindi, viene programmata, da un lato, la corretta determinazione numerica massima delle UOC rispetto agli standard definiti dalla normativa nazionale e regionale sopra citata, dall'altro, il rispetto dei bacini di utenza minimi e massimi previsti dal DM 70/2015, con alcune eccezioni. In secondo luogo, si è proceduto al calcolo del numero massimo delle Unità Operative attivabili (UOC per il pubblico e singolo Punto di erogazione per il privato accreditato) per singola disciplina con posti letto, per singola Azienda e per Macro-area, in relazione ai bacini di utenza previsti dal DM 70/15. L'Azienda, per come disposto dal citato DCA 33/2016, nell'ambito della riorganizzazione e con il proprio Atto Aziendale, individua e definisce la tipologia ed il numero delle unità operative per ciascuna disciplina, con e senza posti letto. In particolare, fermo restando il pieno rispetto del numero totale delle UOC a livello aziendale, l'Atto Aziendale contiene le specifiche azioni che, articolate nel periodo temporale di vigenza del Piano, porteranno alla risoluzione delle eccedenze e delle carenze attualmente presenti per singola disciplina. A tal fine, il Piano ha riportato, quale supporto alla pianificazione aziendale, un riferimento per la programmazione delle strutture complesse che tiene conto sia del numero totale di strutture complesse individuabili sulla base degli standard del DCA 18/2013 (Patto per la salute 2010- 2012), sia del rispetto dei bacini minimi e massimi previsti dal DM 70/2015. L'Azienda Sanitaria Locale Salerno deve, quindi, garantire, nel proprio Atto Aziendale, il pieno rispetto del numero totale delle unità operative complesse, semplici e semplici dipartimentali come stabilito dal citato DCA 18/2013 e dal DM 70/2015. A tal fine la quantificazione del numero totale delle strutture complesse aziendali dovrà essere operato rapportando gli standard del DCA 18/2013 al numero totale di posti letto programmati, come assegnati. L'Atto aziendale deve, altresì, contenere una chiara e precisa individuazione delle strutture complesse, semplici e semplici dipartimentali, nonché un cronoprogramma contenente le azioni utili al raggiungimento degli obiettivi di riduzione delle attuale dotazione di strutture e i tempi di adeguamento. Per garantire, inoltre, l'adeguamento anche agli standard sui bacini minimi e massimi stabiliti dal D.M. n. 70/2015, l'Azienda, con l'Atto Aziendale,

s'impegna ad attivare prontamente processi di adeguamento, razionalizzazione ed efficientamento durante tutto il periodo di vigenza del Piano (2016-2018), tenendo conto anche delle indicazioni centrali e regionali in ordine alla riorganizzazione dei punti di erogazione della rete del privato accreditato e del completamento della definizione dei parametri quali-quantitativi forniti dal Programma Nazionale Esiti. In ogni caso l'adeguamento della dotazione delle strutture complesse ai bacini minimi e massimi stabiliti dal D.M. 70/2015, fermo restando il loro numero totale determinato dall'applicazione degli standard stabiliti dal DCA n. 18/2015, dovrà avvenire, attesa la complessità dei processi attuativi, entro la vigenza del Piano. A tal fine, la Regione Campania ha elencato le principali direttrici di riferimento che dovranno essere seguite per raggiungere la piena conformità del numero di unità operative complesse agli standard fissati dal DM 70/2015: 1) efficientamento, accorpamento e razionalizzazione delle strutture private accreditate con meno di 60 posti letti e conclusione del processo di riconversione delle strutture private accreditate neuropsichiatriche; 2) a seguito delle emanande indicazioni ministeriali, accorpamento e riconversione delle strutture private accreditate non monospecialistiche con meno di 40 posti letto; 3) efficientamento e razionalizzazione della rete ospedaliera pubblica e privata a seguito della verifica dei parametri quali-quantitativi forniti dal Programma Nazionale Esiti; 4) potenziamento e miglioramento delle attività di integrazione ospedale-territorio attraverso la messa in atto da parte di ogni ASL, congiuntamente alle Aziende ospedaliere di riferimento, di modelli di reti assistenziali e di percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PD'TA) con sviluppo del day service e dei percorsi alternativi all'assistenza prestata in costanza di ricovero. Relativamente al punto 4) il piano individua, prioritariamente, l'assistenza al paziente oncologico. Infatti, nelle more del redigendo modello di rete oncologica regionale, le Aziende sanitarie dovranno programmare, tra l'altro, la riallocazione in un setting assistenziale diverso dal ricovero diurno dell'attività di somministrazione di farmaci antitumorali (ora riconducibile al DRG 410) ovvero in ambito ambulatoriale, per pazienti eleggibili secondo criteri di appropriatezza. Tale azione contribuirà anch'essa alla rimodulazione delle attuali eccedenze riferite alla disciplina di oncologia medica ed in generale ad un minore tasso di ospedalizzazione. Le azioni sopradescritte, finalizzate al riassorbimento delle eccedenze di unità operative per bacino di utenza, dovranno essere attuate secondo il cronoprogramma indicato con il Piano Ospedaliero.

Valutazione organizzativa Azienda Sanitaria Locale Salerno

Posti letto assegnati 1.811

Unità Operative Complesse determinate in 82,31

Unità Operative Semplici $82,31 \times 1,31 = 107,83$ (108)

Abitanti 1.106.506

Unità Operative Complesse determinate in 81,87 (82)

Unità Operative Semplici $81,87 \times 1,31 = 107,25$ (107).

Al fine del dimensionamento ottimale delle unità organizzative, secondo le indicazioni regionali, dovranno essere previste unità operative con posti letto non inferiori a 15/20 (a seconda del grado di intensità assistenziale); laddove siano previsti punti di accesso per disciplina con numero inferiore di posti letto esse vanno riorganizzate nell'ambito di Aree Funzionali Omogenee di almeno 15/20 posti letto, anche attraverso la riorganizzazione degli spazi, l'aggregazione dei reparti e possibili modifiche strutturali che ne consentano una gestione efficiente. Le AFO sono individuate nelle seguenti aree: Medica, Chirurgica e di Terapia Intensiva. L'individuazione delle unità operative, complesse o semplici, tenuto conto dei principi, dei parametri e delle indicazioni regionali, viene, pertanto, così definita:

Per garantire l'adeguamento agli standard e alla organizzazione individuata, l'Azienda attiverà, pertanto, prontamente processi di adeguamento, razionalizzazione ed efficientamento che dovranno portare alla applicazione completa degli standard definiti, alla conseguente organizzazione funzionale, alla riorganizzazione dei punti di erogazione della rete del privato accreditato e del completamento della definizione dei parametri quali-quantitativi forniti dal Programma Nazionale Esiti.

In ogni caso l'adeguamento della dotazione delle strutture complesse ai bacini minimi e massimi stabiliti dal D.M. 70/2015, fermo restando il loro numero totale determinato dall'applicazione degli standard stabiliti dal DCA n. 18/2015, avverrà entro 120 giorni dall'approvazione del presente Atto Aziendale.

A tal fine, di seguito, si terrà conto, per quanto applicabili, delle principali direttrici di riferimento che sono suggerite ed indicate dal Piano Ospedaliero per raggiungere la piena conformità del numero di unità operative complesse agli standard fissati dal DM 70/2015:

- 1) efficientamento, accorpamento e razionalizzazione delle strutture private accreditate con meno di 60 posti letti e conclusione del processo di riconversione delle strutture private accreditate neuropsichiatriche;
- 2) a seguito delle emanande indicazioni ministeriali, accorpamento e riconversione delle strutture private accreditate non monospecialistiche con meno di 40 posti letto;
- 3) efficientamento e razionalizzazione della rete ospedaliera pubblica e privata a seguito della verifica dei parametri quali-quantitativi forniti dal Programma Nazionale Esiti;
- 4) potenziamento e miglioramento delle attività di integrazione ospedale-territorio attraverso la messa in atto da parte di ogni ASL, congiuntamente alle Aziende ospedaliere di riferimento, di modelli di reti assistenziali e di percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) con sviluppo del day service e dei percorsi alternativi all'assistenza prestata in costanza di ricovero.

Relativamente al punto 4) il piano individua, prioritariamente, l'assistenza al paziente oncologico. Infatti, nelle more del redigendo modello di rete oncologica regionale, l'Azienda dovrà programmare, tra l'altro, la riallocazione in un setting assistenziale diverso dal ricovero diurno dell'attività di somministrazione di farmaci antiblastici (ora riconducibile al DRG 410) ovvero in ambito ambulatoriale, per pazienti eleggibili secondo criteri di appropriatezza. Tale azione contribuirà anch'essa alla rimodulazione delle attuali eccedenze riferite alla disciplina di oncologia medica ed in generale ad un minore tasso di ospedalizzazione.

Le azioni sopradescritte, finalizzate al riassorbimento delle eccedenze di unità operative per bacino di utenza, sono attuate secondo un **cronoprogramma** così schematizzabile:

- con l'approvazione del presente Atto Aziendale, l'Azienda provvede alla pianificazione delle discipline e dei relativi posti letto per ciascun presidio ospedaliero, nonché alla individuazione delle UOC, UOS e UOSD come previsto dal DCA18/2013 in linea anche ai criteri di progressiva implementazione del DM 70/2015;
- entro 30 giorni dall'approvazione dell'Atto Aziendale, l'Azienda presenta in Regione un programma operativo di implementazione ed adeguamento, nel rispetto di quanto indicato dalla nuova programmazione;
- entro 60 giorni dalla emanazione delle indicazioni ministeriali e delle successive disposizioni regionali in ordine ai criteri di classificazione delle strutture mono-specialistiche, si darà avvio ai processi di razionalizzazione ed efficientamento della propria rete ospedaliera privata accreditata;
- entro 90 giorni dalla pubblicazione del presente Atto Aziendale darà avvio ad un sistema di monitoraggio di alcuni parametri quali-quantitativi forniti dal Programma Nazionale Esiti che possano essere utili al complesso di riorganizzazione programmato e i cui risultati saranno condivisi con gli organismi regionali;
- entro il 30/06/2017, il sistema sanitario aziendale dovrà raggiungere il pieno rispetto degli standard fissati dal DM 70/2015 attraverso la riconfigurazione e la riprogrammazione delle

eccedenze e delle carenze delle discipline della offerta complessiva degli ospedali pubblici e privati.

Le attività dei presidi ospedalieri sono definite secondo l'individuato modello dipartimentale, con obiettivi di:

- migliore coordinamento del complesso delle attività di assistenza, ricerca e formazione nell'area scientifica di riferimento ed in integrazione con l'assistenza territoriale;
- miglioramento della qualità dell'assistenza, miglioramento di efficacia e appropriatezza delle prestazioni attraverso la convergenza di competenze e di esperienze scientifiche, tecniche ed assistenziali di gruppi e di singoli operatori sanitari;
- elaborazione di Percorsi Diagnostico/terapeutici per la gestione integrata di processi di cura
- realizzazione di economie di scala e di gestione;
- diffusione delle conoscenze scientifiche e sviluppo delle competenze organizzative attraverso percorsi formativi diffusi e condivisi.

Il modello del Dipartimento, nell'aggregazione operativa di Unità Operative omogenee, affini o complementari, persegue finalità comuni e condivise, pur nell'autonomia organizzativa, gestionale e professionale delle singole Unità Operative che lo compongono.

Nella determinazione ed articolazione dei servizi sanitari, sulla base delle indicazioni regionali, si terrà conto, per quanto compatibili, dei seguenti principi:

- A. I servizi di Radioterapia (i cui ricoveri sono effettuati prevalentemente in oncologia medica), Radiologia interventistica, Medicina nucleare per la radioterapia metabolica, Osservazione breve, Dialisi (per i posti rene), Nido (per le culle) e Odontostomatologia sono dotati di posti letto tecnici o poltrone non rientranti negli standard dei posti letto per acuti.
- B. I servizi di Anestesia e Rianimazione, se comprendenti anche posti letto di Rianimazione, costituiscono una unica struttura complessa, ad eccezione dei casi in cui la numerosità delle strutture operative e la complessità delle attività rendono necessaria una diversa configurazione.
- C. Le unità di Angiologia di norma devono essere aggregate alle unità di Medicina interna o Cardiologia.
- D. La disciplina di Allergologia e Immunologia clinica è unica e svolge la propria attività a servizio delle altre unità operative, utilizzando in caso di necessità i posti letto delle U.O. di Medicina Interna.
- E. Tutte le strutture di Medicina e Chirurgia d'accettazione e d'urgenza sono dotate di posti letto per acuti oltre che di osservazione breve intensiva, in relazione alla qualificazione della struttura.
- F. L'UTIC e l'UTIN fanno capo all'unica unità operativa, rispettivamente di Cardiologia e Neonatologia/Pediatria. In rare e motivate condizioni nelle quali nelle Aziende Ospedaliere si registra una ragguardevole complessità dell'organizzazione e una rilevante attività, in termini di volumi e di esiti, è possibile prevedere un diverso assetto.
- G. Fino al raggiungimento a regime dello standard di 1.000 parti annui con obbligatoria presenza della Neonatologia, nei presidi dove non è prevista detta unità l'assistenza ai neonati sani e la gestione delle culle è assicurata dalle Unità Operative di Pediatria.
- H. Nei presidi in cui sono previsti posti letto di Neonatologia, se assente l'UTIN, le stesse unità possono essere accorpate a quelle di Pediatria.
- I. All'interno delle U.O. complesse di Medicina Interna e Chirurgia Generale pubbliche possono essere destinati posti letto ad attività specialistiche organizzati per aree omogenee e/o complementari, definite "Area Funzionalmente Omogenea" (AFO), compatibili con le stesse discipline di base non presenti nel presidio, rientranti nell'attività propria della disciplina, la cui responsabilità deve essere affidata a personale medico in possesso dei requisiti specifici, ferma

restando l'unica U.O., conformemente a quanto sarà previsto nel provvedimento attuativo del presente piano da parte delle aziende sanitarie.

- J. Nelle discipline di Pneumologia e Gastroenterologia dei DEA di II° livello sono compresi i servizi di Broncoscopia interventistica ed Endoscopia digestiva ad alta complessità.
- K. Nei DEA di II livello vanno garantite le guardie specialistiche H24 per le discipline di Otorinolaringoiatria ed Oculistica.
- L. Deve essere fortemente promossa tra le diverse unità operative la gestione comune delle risorse, incluse quelle umane. In particolare, ferma restando la responsabilità tecnica operativa di ognuna delle unità operative devono essere garantite, nell'ambito del medesimo dipartimento, azioni di riorganizzazione utilizzando modelli organizzativi ad elevata flessibilità, adattabili ai diversi contesti ospedalieri promuovendo modelli sperimentali di assistenza per intensità di cure.
- M. Possono essere attivati posti letto per pazienti critici in una "AFO area critica" a disposizione delle unità operative afferenti al relativo dipartimento; i pazienti che occupano i posti letto indistinti sono a carico delle unità operative che hanno disposto il ricovero.
- N. Nei DEA di I e II livello, nonché nelle A.O. inserite quali HUB nelle reti tempo dipendenti e di specialità, possono essere costituite unità operative autonome di Medicina Fisica e Riabilitativa ad indirizzo cardiologico o respiratorio.
- O. Il numero dei posti rene, laddove è previsto il servizio di Emodialisi, è individuato nel relativo documento di determinazione del fabbisogno, fermo restando l'esigenza della adozione di un nuovo piano dialisi regionale. La relativa attività rientra nel setting ambulatoriale e i posti non rientrano nello standard per acuti. Comunque, laddove presenti l'U.O. di Nefrologia e il Servizio Dialisi, questi costituiscono un'unica Unità Operativa.
- P. Unità mediche e chirurgiche a solo ciclo diurno possono essere organizzate funzionalmente per area omogenea con unicità della direzione.
- Q. La suddivisione nelle strutture pubbliche, IRCCS e A.O.U. dei posti letto fra ordinari e diurni può essere motivatamente disposta dalle aziende in relazione all'obiettivo di promozione della deospedalizzazione mediante il raggiungimento del 25% dei ricoveri totali quali ricoveri diurni e la promozione delle attività ambulatoriali, atteso che le ultime rilevazioni evidenziano un elevato tasso di ospedalizzazione per ricoveri diurni in area medica. Per tale motivo non si ritiene operare una suddivisione tra posti letto intendendosi garantire la massima flessibilità possibile.
- R. In coerenza con le previsioni dell'accordo Stato-Regioni del 16.12.2010 e del 25.07.2012, con riferimento alle attività di preparazione e trattamento degli emocomponenti, la relativa attività va implementata nell'ambito della Rete Trasfusionale, definita con DCA n. 42 del 2014.

Ogni Unità Operativa deve erogare prestazioni sia in regime di ricovero che ambulatoriali (a tal fine, tenuto conto della domanda, le attività ambulatoriali sono coordinate, d'intesa con il Direttore del Distretto, per il territorio di competenza, con le attività specialistiche convenzionate interne ed esterne, al fine di governare la richiesta ed adeguare l'offerta, per un contenimento delle liste di attesa da riportare nei parametri nazionali individuati, specialmente per le azioni collegate ai LEA, valutando, nell'insieme, anche le attività in ALPI interna). Obiettivi sono, inoltre:

- contenere i tempi di esecuzione e di risposta entro tempi utili per l'ottimale sviluppo delle politiche cliniche e assistenziali e per la conclusione tempestiva delle degenze ordinarie o a ciclo diurno;
- garantire la quantità e qualità delle performance in funzione del conseguimento di idonei livelli di valorizzazione del prodotto;
- garantire l'appropriatezza delle modalità di conduzione delle pratiche cliniche diagnostiche e di assistenziali e, per le territoriali, all'appropriatezza prescrittiva e al contenimento della spesa sia dei farmaci che dei dispositivi medici;

- garantire una efficiente gestione delle risorse in dotazione.
- Al fine di assicurare la rilevanza delle funzioni ad alto contenuto tecnico-professionale, l'Azienda individua Gruppi Operativi Interdisciplinari e attività specialistiche per le quali conferire incarichi di natura professionale, di alta specializzazione, di consulenza, di studio e di ricerca, ai sensi del vigente CCNL.

Gli incarichi ad alta specializzazione possono riguardare anche ambiti di prestazioni non sanitarie, tesi a produrre servizi particolarmente complessi oppure a fornire attività di consulenza per materie ad elevato contenuto tecnico professionale nonché per la realizzazione di programmi di ricerca, aggiornamento, tirocinio e formazione, in rapporto alle esigenze didattiche dell'Azienda. In questa fattispecie ciò che prevale è la specifica competenza professionale, diversamente dai precedenti casi delle Strutture complesse e semplici, ove prevalevano le competenze gestionali di risorse umane, tecniche e finanziarie. L'individuazione di tali incarichi non prefigura necessariamente rapporti di sovra o sotto ordinazione con le Unità Operative Semplici, bensì la diretta dipendenza dalla Unità Operativa Complessa o dal direttore del Dipartimento qualora l'incarico professionale abbia valenza dipartimentale.

L'Azienda, preso atto di tali indicazioni, ha definito le linee di attività, suddividendo i posti, per disciplina e codice, tra le varie unità operative complesse; alle unità operative semplici dipartimentali che sono dotate di risorse tecniche ed umane, con conseguente responsabilità gestionale, verrà assegnato un codice di attività corrispondente a quello della disciplina principale, con un progressivo indicativo, anche ai fini della contabilità per centri di costo e per il corrispondente controllo di gestione. L'indicazione dei posti letto è, quindi, funzionale alle relative linee di attività che, espletate in più ambiti, in ragione della competenza dipartimentale, sono comunque riconducibili a funzioni specialistiche specifiche, facenti capo ad una delle unità operative complesse. L'individuazione di posti letto, in molti casi collocati fisicamente all'interno della relativa unità operativa complessa da cui provengono, è funzionale alle verifiche gestionali, tecniche, di risultato, di indagine epidemiologica, in rapporto alla loro particolarità. In altri casi godono di autonomia fisica, per peculiari ed autonome caratteristiche cliniche. Il loro livello di responsabilità deriva dalla funzione strategica svolta e dalla competenza specialistico funzionale.

I presidi ospedalieri sono strutture operative dell'Azienda Sanitaria e sono organizzati, secondo modello dipartimentale, in strutture complesse e semplici e strutture semplici dipartimentali. Le funzioni specialistiche esercitate da ciascun ospedale sono quelle previste dalla programmazione regionale e dalla pianificazione attuativa aziendale approvata dagli organismi regionali competenti. I presidi ospedalieri rappresentano un livello di responsabilità condivisa dei livelli qualitativi e di appropriatezza delle prestazioni erogate, ovvero del miglioramento continuo della qualità e del governo clinico. Sono dotati di autonomia economico-finanziaria, con l'attribuzione di specifico budget e con contabilità analitica separata all'interno del bilancio dell'azienda. Ai presidi ospedalieri delle aziende sanitarie è preposto, previa procedura di selezione pubblica, un direttore medico quale responsabile delle funzioni igienico-organizzative. Il direttore medico di presidio ospedaliero assicura, inoltre, la funzione d'integrazione e coordinamento interni e di raccordo e di continuità operativa con la direzione strategica.

In ragione delle previsioni, le direzioni sanitarie dei presidi ospedalieri dell'azienda sono così definite:

1. U.O.C. Direzione Sanitaria di Presidio (P.O. di Nocera Inferiore)

U.O.S. Direzione Sanitaria di Presidio (P.O. di Scafati)

2. U.O.C. Direzione Sanitaria di Presidio (P.O. di Sarno)

3. U.O.C. Direzione Sanitaria di Presidio (P.O. di Oliveto Citra)

4. U.O.C. Direzione Sanitaria di Presidio (P.O. di Eboli)

*U.O.S. Direzione Sanitaria di Presidio (P.O. di Battipaglia)**5. U.O.C. Direzione Sanitaria di Presidio (P.O. di Vallo della Lucania)**6. U.O.C. Direzione Sanitaria di Presidio (P.O. di Sapri)**7. U.O.C. Direzione Sanitaria di Presidio (P.O. di Polla)*

Alla Direzione Sanitaria Aziendale è assegnata la funzione di coordinamento delle attività ospedaliere, programmate secondo le specifiche richieste regionali e le esigenze del territorio servito. Annualmente, verranno definiti gli obiettivi assegnati ai presidi, con verifiche dei risultati attesi. Per le funzioni di coordinamento amministrativo è preposto un dirigente amministrativo in possesso dei requisiti di legge, individuati secondo quanto previsto per le attività amministrative periferiche.

Gli Ospedali aziendali avranno, quindi, la seguente conformazione che nasce dal numero dei posti letto disponibili (n. 1.811) e dal numero di strutture assegnate.

PRESIDIO OSPEDALIERO "UMBERTO I" DI NOCERA INFERIORE***				
Unità Operativa	Codice attività	p.l. ord.	p.l. DH	TOTALE
UOC Cardiologia	08			18
UOS Unità Coronarica	50			8
UOC Chirurgia Generale	09			24
UOS Week Surgery	09			8
UOC Chirurgia vascolare	14			10
UOC Medicina Generale	26			30
UOSD Gastroenterologia	58			10
UOC Malattie infettive e tropicali*	24			16
UOC Medicina e Chirurgia d'accettazione e urgenza	51			8
UOC Nefrologia ed Emodialisi	29			10
UOC Pediatria	39			15
UOS Neonatologia	62			12
UOC Neurologia	32			14
UOS Stroke Unit	32			6
UOC Neurochirurgia	30			16
UOS Chirurgia spinale	30			4
UOC Oculistica	34			12
UOC Ortopedia e Traumatologia	36			20
UOS Chirurgia dell'anca	36			4
UOC Otorinolaringoiatria	38			16
UOC Ostetricia e Ginecologia	37			26
UOS Gravidanza a rischio	37			4
UOC Rianimazione e Terapia Intensiva	49			12
UOSD Anestesia e Terapia Intensiva post operatoria	49			4
UOSD Terapia Intensiva Neonatale	73			6

UOC Urologia	43			16
UOS Urologia oncologica	43			4
UOSD SPDC – Psichiatria	40			18
UOC Direzione Sanitaria di Presidio	112			
UOS Emodinamica	08			
UOS Elettrostimolazione	08			
UOC Farmacia Ospedaliera	105			
UOC Laboratorio Analisi	106			
UOS Microbiologia e virologia	106			
UOC Neuroradiologia	104			
UOC Radiologia	69			
UOC Immunoematologia e Medicina Trasfusionale****	109			
UOSD Recupero e riabilitazione**	56			15
TOTALE P.L.				366

* Per il "Centro Regionale per le Malattie Infettive Pediatriche" sono previsti 2 posti letto

** Sono previsti 4 posti letto per la Riabilitazione Cardiologica

***Hub nella rete dell'ictus, hub di I° livello nella rete cardiologica, oltre che CTZ nella rete traumatologica, spoke II rete emergenze pediatriche, spoke nella rete delle emergenze digestive.

**** Il Servizio, ai sensi del DCA n. 42 del 4.7.2014, garantisce la gestione dell'attività trasfusionale per gli Ospedali di Nocera Inferiore, nonché per Pagani, Scafati e Sarno, individuati quali Unità di raccolta.

Presso la struttura ospedaliera **sono attivati G.O.I. per le attività di Oncologia cervicocefalica e per la PMA**

PRESIDIO OSPEDALIERO "TORTORA" DI PAGANI*

Unità Operativa	Codice attività	p.l. ord.	p.l. DH	TOTALE
UOC Dermatologia	52			15
UOC Ematologia	18			18
UOS Diagnostica ematologica				
UOS Oncoematologia pediatrica	65			8
UOC Oncologia	64			20
UOC Chirurgia Oncologica	09			15
UOSD Anestesia e Rianimazione	49			6
UOSD Terapia del dolore e cure palliative				
UOC Anatomia e Istologia Patologica	03			
UOC Medicina Nucleare				

UOS Farmacia Ospedaliera	105			
UOS Laboratorio Analisi	106			
UOS Genetica	106			
UOS Radiologia	69			
UOS Servizio di Cardiologia	8			
TOTALE P.L.				82

*configurato quale presidio ospedaliero senza pronto soccorso, rappresenta il polo oncologico dell'ASL di Salerno, si caratterizza per la presenza delle unità operative di ematologia, oncologia, chirurgia generale ad indirizzo oncologico, dermatologia ad indirizzo oncologico e connessa attività di fotodermatologia, rianimazione. **E' presente inoltre l'organizzazione di un G.O.I. di dermatologia chirurgica.** L'attività di onco-ematologia pediatrica continuerà ad essere erogata dalla U.O. di pediatria del P.O. Umberto I di Nocera sino all'attivazione di tale attività nello stabilimento di Pagani. E' previsto, nel P.O. di Pagani, un servizio di cardiologia. E' infine, programmata l'attività di radioterapia. Spoke I livello nella rete terapia del dolore.

** E' prevista Unità di raccolta e conservazione del sangue, in collegamento con il Servizio dell'Ospedale di Nocera Inferiore

PRESIDIO OSPEDALIERO "MAURO SCARLATO" DI SCAFATI*

Unità Operativa	Codice attività	p.l. ord.	p.l. DH	TOTALE
UOC Chirurgia Generale	09			16
UOC Medicina Generale	26			24
UOC Pneumologia	68			18
UOSD Fisiopatologia Respiratoria	68			6
UOSD Reumatologia	71			10
UOSD Ortopedia e Traumatologia	36			24
UOSD Anestesia e Rianimazione	49			4
UOS Direzione Sanitaria di Presidio	112			
UOS Medicina e Chirurgia di accettazione e urgenza***	51			
UOS Farmacia Ospedaliera	105			
UOS Laboratorio Analisi	106			
UOS Radiologia	69			
UOS Emodialisi				
UOS Servizio di Cardiologia				
UOSD Lungodegenza	60			16
TOTALE P.L.				118

* è configurato quale presidio ospedaliero con Pronto Soccorso ad indirizzo pneumologico corredato dei servizi diagnostici finalizzati alla attività di bronco-pneumologia. È previsto nel P.O. un Servizio di Cardiologia.

** E' prevista Unità di raccolta e conservazione del sangue, in collegamento con il Servizio dell'Ospedale di Nocera Inferiore

*** La UOS di Medicina e Chirurgia d'accettazione e urgenza utilizza, secondo la necessità, posti delle Unità Operative di Medicina Generale e di Chirurgia Generale

Così come previsto nel Piano Ospedaliero (DCA n. 33/2016) al Presidio Ospedaliero di Nocera Inferiore, DEA di 1° livello, sono annessi gli stabilimenti del P.O. di Pagani e del P.O. di Scafati. L'annessione, oltre che in ragione delle prospettive previste nel Piano suddetto, avrà il compito di realizzare una integrazione funzionale, al servizio dell'intera zona Nord della provincia e, per alcune attività, quale quella oncologica (PO di Pagani) costituire centro di riferimento aziendale. L'annessione determinerà, altresì, una integrazione specialistica per le patologie respiratorie, aggregando attività chirurgiche dedicate (AFO chirurgica) e attività riabilitative specifiche. Inoltre, la individuazione del polo oncologico aziendale nell'Ospedale di Pagani, con la ipotesi di completamento con un Servizio di Radioterapia, ha indotto l'Azienda a definire anche per altre specialità previste nell'Ospedale Integrato, attività, chirurgiche e mediche, d'impatto oncologico (Ematologia, Oncoematologia, urologia oncologica, oncologia cervicocefalica)

PRESIDIO OSPEDALIERO "VILLA MALTA" DI SARNO*				
Unità Operativa	Codice attività	p.l. ord.	p.l. DH	TOTALE
UOC Cardiologia	08			12
UOS Unità Coronarica	50			6
UOC Chirurgia Generale	09			30
UOC Medicina Generale	26			32
UOC Ortopedia e Traumatologia	36			24
UOC Ostetricia e Ginecologia	37			20
UOSD Otorinolaringoiatria	38			15
UOC Pediatria	39			16
UOC Anestesia e Rianimazione	49			6
UOC Direzione Sanitaria di Presidio	112			
UOSD Medicina e Chirurgia di accettazione e urgenza ***	51			
UOSD Farmacia Ospedaliera	105			
UOSD Laboratorio di Analisi	106			
UOC Radiologia	69			
TOTALE P.L.				161

*spoke nella rete cardiologica, PST rete Trauma, avendone già la configurazione, spoke I rete emergenze pediatriche

** E' prevista Unità di raccolta e conservazione del sangue, in collegamento con il Servizio dell'Ospedale di Nocera Inferiore

*** La UOSD di Medicina e Chirurgia d'accettazione e urgenza utilizza, secondo la necessità, posti delle Unità Operative di Medicina Generale e di Chirurgia Generale

**** Nell'ambito dell'attività chirurgica, viene organizzato un G.O.I. per il day surgery.

PRESIDIO OSPEDALIERO "MARIA ADDOLORATA" DI EBOLI**				
Unità Operativa	Codice attività	p.l. ord.	p.l. DH	TOTALE
UOC Cardiologia	08			14
UOS Unità Coronarica	50			6
UOC Chirurgia Generale	09			16
UOC Medicina Generale	26			20
UOSD Servizio di Pneumologia				
UOS Geriatria	21			6
UOS Malattie endocrine e del ricambio	19			6
UOSD Malattie Infettive e Tropicali*	24			10
UOC Nefrologia con Emodialisi	29			10
UOSD Neurologia	32			10
UOC Oculistica	34			10
UOSD Ortopedia e Traumatologia	36			20
UOC Otorinolaringoiatria-OD****	38			16
UOC Anestesia e Rianimazione	49			6
UOC Urologia	43			16
UOC Direzione Sanitaria di Presidio	112			
UOC Anatomia e Istologia Patologica	03			
UOSD Medicina e Chirurgia d'accettazione e urgenza*****	51			
UOS Emodinamica	08			
UOS Elettrostimolazione	08			
UOS Farmacia Ospedaliera	105			
UOS Laboratorio Analisi	106			
UOSD Biologia molecolare	106			
UOC Radiologia	69			
UOS Servizio Trasfusionale	109			
TOTALE P.L.				166

* Per il "Centro Regionale per le Malattie Infettive pediatriche" sono previsti 2 posti letto

**Il Presidio Ospedaliero di Eboli resta presidio sede di pronto soccorso al servizio di un'ampia popolazione, orientato prevalentemente all'area cardiologica. Il presidio di Eboli, dotato di emodinamica, è hub di I° livello nella rete cardiologica. E' hub di I° livello nella rete cardiologica, PST nella rete Trauma. E' programmato un Servizio di Pneumologia diagnostica ed interventistica senza posti letto.

*** ** E' prevista Unità di raccolta e conservazione del sangue, in collegamento con il Servizio dell'Ospedale di Battipaglia

**** Nell'ambito della UOC di Otorinolaringoiatria opera un servizio di odontoiatria – maxillo facciale
Nell'ambito della UOC di Urologia opera un Servizio di Immunopatologia renale

***** La UOSD di Medicina e Chirurgia d'accettazione e urgenza utilizza, secondo la necessità, posti delle Unità Operative di Medicina Generale e di Chirurgia Generale

PRESIDIO OSPEDALIERO "SANTA MARIA DELLA SPERANZA" DI BATTIPAGLIA*				
Unità Operativa	Codice attività	p.l. ord.	p.l. DH	TOTALE
UOC Medicina Generale	26			24
UOC Chirurgia Generale	09			24
UOC Ostetricia e Ginecologia	37			32
UOC Pediatria	39			14*
UOS Neonatologia	62			8
UOC Ortopedia e Traumatologia	36			24
UOC Anestesia e Rianimazione	49			6+2*
UOS Terapia Intensiva Neonatale	73			4
UOSD Medicina e Chirurgia di accettazione e urgenza***	51			
UOS Direzione Sanitaria di Presidio	112			
UOC Farmacia Ospedaliera	105			
UOC Laboratorio Analisi	106			
UOS Radiologia	69			
UOC Immunoematologia e Medicina Trasfusionale**				
UOSD Medicina Nucleare				
UOS Servizio di Cardiologia				
TOTALE P.L.				138

*Il Presidio Ospedaliero di Battipaglia resta sede di pronto soccorso al servizio di un'ampia popolazione, orientato all'area chirurgica materno-infantile. E' sede di pronto soccorso. Per tale specifica attività, mancando in tutta l'Azienda un riferimento in tal senso, 2 posti della pediatria vengono aggregati alla terapia intensiva del servizio di anestesia e rianimazione, con destinazione pediatrica.

Riveste il ruolo di PST nella rete Trauma; viene potenziato il punto nascita; è spoke I nella rete pediatrica. E' programmato un servizio di cardiologia senza posti letto. **Viene attivato un G.O.I. per le attività di gastroenterologia ed endoscopia digestiva, in rete con l'attività distrettuale connessa con gli screening del colon retto o di altri programmi di prevenzione. E' altresì attivato un G.O.I. per le attività chirurgiche connesse con le patologie del rachide cervicale.**

** Il Servizio, ai sensi del DCA n. 42 del 4.7.2014, garantisce la gestione dell'attività trasfusionale per gli Ospedali di Battipaglia, nonché per quelli di Eboli e Oliveto Citra, individuati quali Unità di raccolta.

*** Vengono, altresì, attivati 2 G.O.I. per l'Allergologia e l'Immunologia polmonare

I Presidi Ospedalieri di Eboli e Battipaglia sono due presidi sede di pronto soccorso al servizio di un'ampia popolazione, orientati il primo prevalentemente all'area cardiologica ed il secondo all'area chirurgica materno-infantile. Il presidio di Eboli, dotato di emodinamica, è hub di I° livello nella rete cardiologica. Detti P.O. hanno fatto fronte nel 2015 ad oltre 40.000 accessi al pronto soccorso ciascuno.

Nell'ambito della programmazione aziendale, attesa la vicinanza dei plessi, la densità di popolazione e la necessità di assicurare un più ampio intervento, viene definita una integrazione funzionale dei due plessi, in una sorta di DEA capace di dare risposta all'intera

zona, con migliore utilizzo di risorse e risultati di qualità. Il P.O. di Battipaglia continuerà a rivestire il ruolo di PST nella rete Trauma; viene potenziato il punto nascita; è spoke I nella rete pediatrica. E' programmato un servizio di cardiologia senza posti letto, mentre il P.O. di Eboli continua ad essere hub di I° livello nella rete cardiologica, PST nella rete Trauma. E' programmato un Servizio di Pneumologia diagnostica ed interventistica senza posti letto. L'integrazione funzionale e la dislocazione dei servizi tiene conto delle risorse umane disponibili. I risultati saranno oggetto di monitoraggio.

Nell'ambito della definizione integrata, si ritiene di dover specializzare le unità operative di medicina generale del PO di Battipaglia specialisti in gastroenterologia ed endoscopia digestiva, e alla Chirurgia Generale di Eboli, operatori con esperienza in chirurgia endocrino-metabolica.

La Direzione aziendale si riserva di verificare, di intesa con il livello regionale, la diversificazione di alcune attività generalisti che comuni ai due PP.OO., fermi restando il numero di posti letto e di UU.OO.

PRESIDIO OSPEDALIERO				
"S. FRANCESCO D'ASSISI" DI OLIVETO CITRA*				
Unità Operativa	Codice attività	p.l. ord.	p.l. DH	TOTALE
UOC Medicina Generale	26			20
UOC Chirurgia Generale	09			16
UOC Ortopedia e Traumatologia	36			20
UOC Anestesia e Rianimazione	49			6
UOSD Terapia Antalgica				
UOC Direzione Sanitaria di Presidio	112			
UOSD Medicina e Chirurgia d'accettazione e urgenza***	51			
UOSD Farmacia Ospedaliera	105			
UOSD Laboratorio Analisi	106			
UOSD Radiologia	69			
UOS Servizio di Cardiologia				
DH Psichiatria(UOSM****)	40			8
UOSD Recupero e Riabilitazione	56			24
TOTALE P.L.				92

***Il servizio è gestito dalla UOSM territoriale.

* E' confermato quale ospedale con pronto soccorso .E' PST rete traumatologica. E' spoke II livello per terapia del dolore rispetto all'Hub Azienda Dei Colli. Ospita la psichiatria in DH gestito dal dipartimento di Salute Mentale. La rete dei Pronto Soccorso deve poter coprire il territorio garantendo l'accesso nei tempi previsti.

** E' prevista Unità di raccolta e conservazione del sangue, in collegamento con il Servizio dell'Ospedale di Battipaglia

*** La UOSD di Medicina e Chirurgia d'accettazione e urgenza utilizza, secondo la necessità, posti delle Unità Operative di Medicina Generale e di Chirurgia Generale

***E' prevista un Servizio di Gastroenterologia digestiva

PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN LUCA" DI VALLO DELLA LUCANIA***				
Unità Operativa	Codice attività	p.l. ord.	p.l. DH	TOTALE
UOC Cardiologia	08			14
UOS Unità Coronarica	50			8
UOS Emodinamica	08			
UOS Elettrostimolazione	08			
UOC Chirurgia Generale	09			28
UOC Chirurgia Vascolare	14			10
UOC Medicina Generale	26			32
UOSD Gastroenterologia	58			16
UOSD Malattie Infettive e Tropicali*	24			15
UOC Medicina e Chirurgia d'Accettazione e Urgenza	51			8
UOSD Oncologia	64			10
UOC Pediatria	39			16
UOS Neonatologia	62			6
UOSD Neurologia	32			15
UOC Neurochirurgia	30			16
UOC Oculistica	34			10
UOC Ortopedia e Traumatologia	36			32
UOSD Otorinolaringoiatria	38			10
UOC Ostetricia e Ginecologia	37			16
UOC Rianimazione e Terapia Intensiva	49			6
UOSD Anestesia e Terapia Intensiva post operatoria	49			2
UOSD Terapia antalgica	49			
UOC Urologia	43			14
UOSD SPDC - Psichiatria	40			18
UOC Direzione Sanitaria di Presidio	112			
UOS Anatomia e Istologia Patologica	03			
UOC Farmacia Ospedaliera	105			
UOC Laboratorio Analisi	106			
UOC Neuroradiologia	104			
UOC Radiologia	69			
UOSD Immunoematologia e Medicina Trasfusionale	109			

UOSD Recupero e Riabilitazione**	56			20
TOTALE P.L.				322

* Per il "Centro Regionale per le Malattie Infettive Pediatriche" sono previsti 2 posti letto.

** Sono previsti 6 posti letto per la Riabilitazione Cardiologica e 6 posti letto per l'attività neuro-riabilitativa

***punto spoke nella rete dell'Ictus, hub di I° livello nella rete cardiologica, spoke II rete emergenze pediatriche, 1 spoke emergenze gastroenteriche, spoke nella rete del dolore, oltre che CTZ nella rete traumatologica. Per tal considerato che presso l'Ospedale trovano presenza unità operative di neurochirurgia, chirurgia vascolare e neu caratterizza per il trattamento di seconda istanza di patologia ortopedica maggiore e di esiti di politrauma, con la orgz chirurgiche anche maxillo-facciale.. Il percorso riabilitativo, a completamento delle cure degli esiti traumatolog completato in integrazione con le prestazioni distrettuali, oltre che con quelle dell'unità operativa ospedaliera, in un p prestazioni strumentali, idroterapia e fisioterapia. E' prevista la organizzazione di un G.O.I. per la chirurgia della man

Per le attività di PMA (Procreazione Medicalmente Assistita) funzionante nell'ambito della Unità Operativa di ostetricia e ginecologia, viene costituito ed attivato apposito G.O.I.

PRESIDIO OSPEDALIERO DI AGROPOLI

Unità Operativa	Codice attività	p.l. ord.	p.l. DH	TOTALE
UOSD Medicina Generale***	26			20
UOS Radiologia	69			
UOS Laboratorio Analisi	106			
TOTALE P.L.				20

* è configurato come punto di accesso e pronto soccorso in deroga in zona di particolare vocazione turistica, dotato di 20 posti letto

*** Alla Responsabilità dell'Unità Operativa compete anche il coordinamento della SPS di Agropoli

****Presso l'Ospedale di Agropoli è in programmazione l'ampliamento dei posti per il SUAP, da 5 a 11 posti letto.

PRESIDIO OSPEDALIERO "DELL'IMMACOLATA" DI SAPRI

Unità Operativa	Codice attività	p.l. ord.	p.l. DH	TOTALE
UOC Cardiologia	08			10
UOS Unità Coronarica	50			6
UOC Chirurgia Generale	09			15
UOC Medicina Generale	26			20
UOC Ortopedia e Traumatologia	36			18
UOC Ostetricia e Ginecologia	37			15
UOSD Pediatria	39			10
UOC Anestesia e Rianimazione	49			4
UOC Direzione Sanitaria di Presidio*	112			

UOSD Farmacia Ospedaliera	105			
UOSD Laboratorio Analisi	106			
UOSD Radiologia	69			
UOSD Emodialisi	54			
UOSD Medicina e Chirurgia d'accettazione e urgenza *****				
UOS Servizio Trasfusionale				
UOSD Lungodegenza	60			16
TOTALE P.L.				114

*sede di pronto soccorso, costituisce spoke nella rete cardiologica, PST rete Trauma, spoke I emergenze pediatriche

*** Viene attivato un G.O.I. per le attività di gastroenterologia ed endoscopia digestiva, in rete con l'attività distrettuale connessa con gli screening del colon retto o di altri programmi di prevenzione.

***** La UOSD di Medicina e Chirurgia d'accettazione e urgenza utilizza, secondo la necessità, posti delle Unità Operative di Medicina Generale e di Chirurgia Generale

***** La Direzione Medica sarà unica per il presidio ospedaliero e il Distretto n. 71.

PRESIDIO OSPEDALIERO DI ROCCADASPIDE

Unità Operativa	Codice attività	p.l. ord.	p.l. DH	TOTALE
UOSD Medicina Generale***	26			20
UOS Laboratorio Analisi	106			
UOS Radiologia	69			
TOTALE P.L.				20

*è configurato come punto di accesso e pronto soccorso in deroga in zona particolarmente disagiata, dotato di 20 posti letto

*** Alla Responsabilità dell'Unità Operativa compete anche il coordinamento della SPS di Roccadaspide

PRESIDIO OSPEDALIERO DI POLLA

Unità Operativa	Codice attività	p.l. ord.	p.l. DH	TOTALE
UOC Cardiologia	08			12
UOS Unità Coronarica	50			6
UOC Chirurgia Generale	09			16
UOC Medicina Generale	26			26
UOSD Geriatria	21			15
UOSD Gastroenterologia	58			4
UOSD Pneumologia	68			8
UOSD Nefrologia ed Emodialisi	29			6

UOSD Neurologia	32			15
UOC Oculistica	34			6
UOC Ortopedia e Traumatologia	36			18
UOC Ostetricia e Ginecologia	37			18
UOSD Otorinolaringoiatria	38			6
UOSD Pediatria	39			10
UOC Anestesia e Rianimazione	49			8
UOC Urologia	43			10
DH Psichiatria(UOSM****)	40			8
UOC Direzione Sanitaria di Presidio*	112			
UOSD Medicina e Chirurgia d'accettazione e urgenza ***	51			
UOSD Farmacia Ospedaliera	105			
UOC Laboratorio Analisi	106			
UOSD Radiologia	69			
UOS Servizio Trasfusionale**				
UOS Servizio di Oncologia				
UOSD Recupero e Riabilitazione	56			20
TOTALE P.L.				212

*conferma il suo ruolo di presidio di pronto soccorso della rete dell'emergenza ed è identificato quale spoke nella rete per l'Ictus cerebrale e spoke per l'emergenza cardiologica, nonché PST nella rete Trauma e spoke I emergenze pediatriche. È programmato un Servizio di Oncologia in regime ambulatoriale

** E' prevista Unità di raccolta e conservazione del sangue, in collegamento con il Servizio dell'Ospedale di Battipaglia

*** La UOSD di Medicina e Chirurgia d'accettazione e urgenza utilizza, secondo la necessità, posti delle Unità Operative di Medicina Generale e di Chirurgia Generale

****Il servizio è gestito dalla UOSM territoriale

Il processo di integrazione Ospedale-Territorio, con la organizzazione di un percorso di assistenza governato da un'unica struttura e da un processo di individuazione dei bisogni, cui fa riferimento un modello di assistenza orientato alla promozione della salute e al migliore utilizzo di tutte le risorse attraverso la rimodulazione dell'assistenza, con lo sviluppo di nuovi modelli che tendono di superare la frammentarietà dell'offerta, passa attraverso la indicazione di un unico Responsabile Sanitario su un territorio comprendente servizi territoriali e servizi ospedalieri. In questa ottica, anche a titolo sperimentale, l'Azienda ritiene di individuare, nei territori riferiti ai Distretti n. 71 e n. 72, un unico Direttore Medico che governi la organizzazione assistenziale offerta sia dai servizi territoriali che dall'ospedale di riferimento.

Ospedale Nocera Inferiore				366
Ospedale di Pagani				82
Ospedale di Scafati				118
Ospedale di Sarno				161
Ospedale di Eboli				166
Ospedale di Battipaglia				138

Ospedale di Oliveto Citra				92
Ospedale di Vallo della Lucania				322
Ospedale di Agropoli				20
Ospedale di Roccaspide				20
Ospedale di Sapri				114
Ospedale di Polla				212
TOTALE				1.811

Le Aggregazioni dipartimentali ospedaliere dell'Azienda Sanitaria Locale Salerno.

Il Dipartimento è il modello di aggregazione adottato per tutte le strutture organizzative dell'Azienda. In casi particolari, in applicazione di disposizioni regionali o su iniziativa congiunta con altre aziende sanitarie, potranno anche essere istituiti dipartimenti inter-aziendali.

Le UU.OO. costituenti il Dipartimento sono aggregate secondo una specifica tipologia organizzativa e gestionale volta a dare risposte unitarie, tempestive, razionali e complete rispetto ai compiti assegnati, e a tal fine adottano regole condivise di comportamento assistenziale, didattico, di ricerca, etico, medico-legale ed economico. Nei dipartimenti sono applicate le logiche di governo collegiale ed i processi di coordinamento e controllo, previsti e descritti in appositi Regolamenti, redatti sulla base di linee guida o schema tipo approvato dalla Direzione Aziendale, sentito il Collegio di Direzione.

Le Unità Operative Complesse (U.O.C.) sono caratterizzate da un elevato grado di autonomia gestionale e da piena responsabilità nella realizzazione di processi integrati e possono contenere Unità Operative Semplici (U.O.S.). Le U.O.C. erogano prestazioni o esercitano funzioni rilevanti, per qualità e quantità, che richiedono un elevato grado di autonomia decisionale e che comportano la gestione di risorse umane, tecnologiche o finanziarie rilevanti per professionalità, entità o diversità.

Le Unità Semplici a valenza dipartimentale (U.O.S.D.) sono istituite in area sanitaria per far fronte a particolari processi assistenziali che richiedono un coordinamento interdisciplinare di processi assistenziali trasversali rispetto a più strutture complesse. Sono caratterizzate da autonomia operativa che comporta l'utilizzazione e/o la gestione di risorse umane, strutturali o strumentali dedicate o condivise con altre strutture. Dipendono gerarchicamente e funzionalmente dal Direttore del Dipartimento di appartenenza.

Il Direttore di Unità Operativa Complessa e il Dirigente Responsabile dell'Unità Semplice a valenza dipartimentale esercitano, oltre a quelle derivanti dalle specifiche competenze professionali, funzioni di direzione e di organizzazione dell'Unità Operativa, da attuarsi nell'ambito degli indirizzi emanati dagli organi e dalle strutture sovra ordinate. Essi, quindi:

- sono responsabili dell'efficace ed efficiente gestione delle risorse attribuite;
- sono responsabili del rispetto della normativa nazionale, regionale e delle disposizioni della Direzione Aziendale;
- vigilano sull'attività e sulla disciplina del personale assegnato all'Unità Operativa;
- hanno la responsabilità complessiva dei pazienti afferenti alla unità operativa che esercitano, affidandone di norma il trattamento clinico ai dirigenti medici assegnati alla struttura;
- sono responsabili della regolare e tempestiva compilazione delle cartelle cliniche e delle schede di dimissione ospedaliera (S.D.O.), dei registri nosologici e della loro conservazione, fino alla consegna all'archivio centrale;

- inoltrano, tramite la Direzione Sanitaria, le denunce di legge e assicurano la tempestiva effettuazione delle visite di consulenza richieste dai sanitari di altre Unità Operative;
- forniscono, con tempestività e completezza, i dati e la documentazione, sia gestionale che clinica, richiesti dalle strutture della Direzione Aziendale deputate alle funzioni di controllo e ispettive.

Il Direttore di Unità Operativa Complessa e il Dirigente Responsabile di Unità Semplice a valenza dipartimentale, salva diversa determinazione del Direttore Generale, sono responsabili dei procedimenti di competenza dell'Unità medesima.

Le Unità Operative semplici sono dotate di autonomia operativa che comporta l'utilizzazione e/o la gestione di risorse dedicate o condivise con la U.O.C. di appartenenza. Tali strutture operano nell'ambito dei principi e delle direttive generali formulate dalla struttura complessa sovraordinata, di cui rappresentano articolazione interna. Esse dipendono funzionalmente e gerarchicamente dal Direttore della Struttura Complessa di appartenenza e partecipano, anche oltre la specificità dei compiti affidati, alla realizzazione complessiva degli obiettivi assegnati alla U.O.C.

Il disegno strutturale di cui all'organigramma approvato con l'Atto Aziendale si connota per due distinti caratteri:

- 1) da un lato assume valore confermativo per varie strutture già pienamente operative e consolidate
- 2) in termini sia di qualificazione, sia di competenze e produzione;
- 3) dall'altro vi è l'individuazione di nuove strutture che rappresentano ambiti o settori che già nella precedente organizzazione erano state oggetto di considerazione, sia pur con qualificazioni diverse, o rappresentano ambiti o settori che, per l'innovatività che li connota, nella precedente organizzazione non erano state oggetto di alcuna qualificazione e di conseguenti incarichi.

Per le strutture sub 1) la previsione di una diversa qualificazione non determina ex se la rimodulazione degli incarichi pregressi; l'attivazione di tali nuove strutture può determinare pertanto la prosecuzione delle attività ad esse riferibili secondo la precedente qualificazione fino all'attribuzione del nuovo incarico; attribuzione che sarà conseguente ad ulteriori verifiche da parte della Direzione circa lo sviluppo delle attività e della produzione, nonché alla possibilità di dotare la stessa di adeguate risorse.

Per le strutture sub 2) si evidenzia che la loro previsione nell'organigramma deriva da una visione prospettica circa la loro capacità di evolversi ed assumere la qualificazione strutturale per esse previste; pertanto la Direzione potrà valutare che gli ambiti di attività proprie di dette strutture siano inizialmente svolti con l'attribuzione di funzioni ed incarichi specialistici anziché strutturali.

Si fa presente inoltre che l'art. 40 del D.Lgs. 150/2009 ha modificato l'art. 19 del D.Lgs. 165/2001, introducendo il comma 1-ter il quale dispone quanto segue: "L'amministrazione che, in dipendenza dei processi di riorganizzazione ovvero alla scadenza, in assenza di una valutazione negativa, non intende confermare l'incarico conferito al dirigente, è tenuta a darne idonea e motivata comunicazione al dirigente stesso con un preavviso congruo, prospettando i posti disponibili per un nuovo incarico". Pertanto, stante la norma di cui innanzi e considerata l'opportunità di procedere con gradualità alla riduzione delle strutture in esubero, si ritiene che l'adeguamento agli standard in oggetto debba essere garantito dalle Aziende ed Enti del SSR entro la fine del triennio di vigenza del Patto per la Salute. Ai fini del monitoraggio periodico delle strutture organizzative delle Aziende ed Enti del SSR, occorre infine adottare il prospetto standard per la ricognizione annuale delle predette strutture organizzative e dei relativi costi, allegato al presente schema di provvedimento per farne parte integrante e sostanziale. Il suddetto prospetto standard dovrà essere compilato annualmente, entro e non oltre il 31 gennaio di ogni anno con riferimento all'anno precedente, dalle Aziende ed Enti del SSR, le quali dovranno trasmetterlo al Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica dell'Assessorato alle Politiche della Salute per le verifiche di competenza.

Sulla base, peraltro, delle linee guida per l'Atto Aziendale (decreto n. 18 - punto 19), che prevedono la individuazione programmatica delle strutture complesse, semplici dipartimentali e semplici sulla

base dei parametri e dei criteri indicati con lo stesso decreto, garantendo il progressivo adeguamento agli standard, saranno individuate le strutture secondo i parametri e i criteri indicati, procedendo ad un adeguamento progressivo della nuova organizzazione e mantenendo, quindi, in vita la precedente strutturazione fino a scadenza dei contratti individuali, con eccezione di quelli conferiti a dirigenti il cui pensionamento è previsto entro il 31.12.2016, per i quali l'incarico sarà mantenuto fino alla data di collocamento a riposo, obbligandosi a definire comunque l'applicazione integrale della nuova organizzazione entro 12 mesi dall'approvazione definitiva dell'Atto aziendale da parte degli Uffici e degli Organi regionali, e, comunque, non oltre il 31 dicembre 2017. Ovviamente, tale situazione dovrà comunque rispondere al principio sostanziale che tutti gli incarichi affidati, anche per la fase transitoria, dovranno trovare idonea copertura economica nelle risorse dedicate ai fondi contrattuali così come rideterminati annualmente, fondi che non potranno essere, in alcun caso, superati.

DIPARTIMENTI OSPEDALIERI

1. Dipartimento di Medicina Generale, Lungodegenza, Riabilitazione e delle Specialità Mediche;
2. Dipartimento Oncologico;
3. Dipartimento di Chirurgia Generale e Urologia;
4. Dipartimento delle Chirurgie Specialistiche;
5. Dipartimento della Salute della Donna e del Bambino,
6. Dipartimento dei Servizi Sanitari;
7. Dipartimento Area Critica;
8. Dipartimento dell'Emergenza e delle Reti Tempo Dipendenti;

L'Organizzazione dipartimentale è articolata nelle seguenti tipologie di Strutture Organizzative:

- *Strutture Complesse (Unità Operative Complesse – U.O.C.);*
- *Strutture Semplici a valenza dipartimentale (Unità Operative Semplici Dipartimentali – U.O.S.D.);*
- *Strutture Semplici (Unità Operative Semplici sub articolazioni di strutture complesse – U.O.S.);*
- *Gruppi Operativi Interdisciplinari (G.O.I.).*

1. DIPARTIMENTO DI MEDICINA GENERALE, LUNGODEGENZA, RIABILITAZIONE E DELLE SPECIALITÀ MEDICHE

Il Dipartimento di medicina e delle specialità mediche offre assistenza nelle malattie mediche generali e in quelle con indirizzo prevalentemente specialistico, quali, per esempio, immunologico, reumatologico, epatologico, dermatologico, endocrinologico, nonché competenze mediche di specialità quali le patologie dell'apparato digestivo, le patologie derivanti dall'alimentazione, le patologie metaboliche, le patologie endocrine, le patologie inerenti l'età avanzata, favorendo la comunicazione e la collaborazione tra le unità operative senza perdere la valenza specialistica di ciascuna, sviluppando la trasversalità del percorso diagnostico-terapeutico del malato e assicurando il proprio intervento sia in fase critica che in fase diagnostica, anche di natura oncologica, assicurando interventi anche di alta complessità. Dotato di aree di degenza per la terapia intensiva e sub intensiva, si avvale h24 di tutti i servizi diagnostici dell'Azienda ed in particolare della diagnostica per immagini compresa la TC e la RM, della medicina di laboratorio e dei servizi di endoscopia. Promuove l'attività ambulatoriale, in regime di *day service* e di ciclo diurno (DH) ed in regime di ricovero ordinario per interventi di elezione, in regime di *follow up* e programmando dimissioni protette. Provvede alla

prevenzione secondaria, diagnosi, terapia, medica e riabilitazione. Collegati con il Centro Regionale per le malattie infettive pediatriche, le unità operative di malattie infettive degli Ospedali di Nocera Inferiore, Vallo della Lucania, Eboli, riservano letti destinati a minori. Gli ospedali sono inseriti nella rete delle emergenze digestive. Le patologie renali, le insufficienze e le ricerche diagnostiche sono collegate in rete tra i presidi dotati di dialisi. Opera nel campo delle attività connesse con le malattie dell'età avanzata, anche in ragione di lungodegenza e con i processi riabilitativi, sia in ragione della stabilizzazione dei deficit che del recupero sostanziale del paziente per un suo reinserimento nella vita sociale, lavorativa, di relazione.

1. U.O.C. Medicina Generale (P.O. di Nocera Inferiore)

2. U.O.C. Medicina Generale (P.O. di Scafati)

3. U.O.C. Medicina Generale (P.O. di Sarno)

4. U.O.C. Medicina Generale (P.O. di Battipaglia)

5. U.O.C. Medicina Generale (P.O. di Eboli)

U.O.S. Geriatria (P.O. di Eboli)

U.O.S. Malattie endocrine e ricambio (P.O. di Eboli)

6. U.O.C. Medicina Generale (P.O. di Oliveto Citra)

7. U.O.C. Medicina Generale (P.O. di Vallo della Lucania)

8. U.O.C. Medicina Generale (P.O. di Sapri)

9. U.O.C. Medicina Generale (Ospedale di Polla)

U.O.S.D. Medicina Generale (P.O. di Roccadaspide)

U.O.S.D. Medicina Generale (P.O. di Agropoli)

U.O.S.D. Gastroenterologia (P.O. di Nocera Inferiore)

U.O.S.D. Gastroenterologia (P.O. di Vallo della Lucania)

U.O.S.D. Gastroenterologia (P.O. di Polla)

U.O.S.D. Reumatologia (P.O. di Scafati)

U.O.S.D. Geriatria (P.O. di Polla)

U.O.S.D. Lungodegenza (P.O. di Scafati)

U.O.S.D. Lungodegenza (P.O. di Sapri)

10. U.O.C. Malattie Infettive e Tropicali (P.O. di Nocera Inferiore)

U.O.S.D. Malattie Infettive e Tropicali (P.O. di Eboli)

U.O.S.D. Malattie Infettive e Tropicali (P.O. di Vallo della Lucania)

11. U.O.C. Nefrologia con Emodialisi (P.O. di Nocera Inferiore)

U.O.S. Emodialisi (P.O. di Scafati)

12. U.O.C. Nefrologia con Emodialisi (P.O. di Eboli)

U.O.S.D. Emodialisi (P.O. di Sapri)

U.O.S.D. Nefrologia con Emodialisi (P.O. di Polla)

13. U.O.C. Pneumologia (P.O. di Scafati)

U.O.S.D. Fisiopatologia Respiratoria (P.O. di Scafati)

U.O.S.D. Pneumologia (P.O. di Eboli)

U.O.S.D. Pneumologia (P.O. di Polla)

U.O.S.D. Recupero e Riabilitazione (P.O. di Nocera Inferiore)

U.O.S.D. Recupero e Riabilitazione (P.O. di Oliveto Citra)

U.O.S.D. Recupero e Riabilitazione (P.O. di Vallo della Lucania)

U.O.S.D. Recupero e Riabilitazione (P.O. di Polla)

2. DIPARTIMENTO ONCOLOGICO

Obiettivo dell'azienda è quello di delineare, all'interno dei presidi aziendali, percorsi completi di prevenzione, cura e riabilitazione per alcune specifiche situazioni sanitarie, soprattutto per quelle che maggiormente impattano con i bisogni della popolazione e delle famiglie, in modo da accompagnare il cittadino in un percorso guidato e completo. In Campania, sulla base dei dati epidemiologici forniti dalla Banca dati "I tumori in Italia", portale dell'epidemiologia oncologica nato dalla collaborazione tra l'Istituto Nazionale Tumori e l'Istituto Superiore di Sanità, si stima un'incidenza di neoplasie maligne per l'anno 2010 (dato più recente) di 398/100.000 nuovi casi per il sesso maschile, a fronte di una media nazionale di 336/100.000 e 265/100.000 per il sesso femminile, dato in linea con la media nazionale. Il tasso di mortalità, però, si discosta decisamente dalla media nazionale di 173/100.000 per gli uomini e 94/100.000 per le donne, attestandosi su 231/100.000 per i primi e 103/100.000 per le seconde.

Sono ben note e documentate le problematiche oncologiche nella popolazione regionale, oggetto di specifici studi da parte dell'ISS. L'analisi dei trend temporali dell'incidenza oncologica contribuisce in modo significativo a comprendere l'andamento della patologia sul territorio, il suo modificarsi nel tempo e le cause che ad esso sottendono. In tre tumori (mammella della donna, prostata e colon -sia nei maschi che nelle donne-) è stato rilevato un trend in progressivo e significativo aumento dei tassi di incidenza. Una visione d'insieme dell'andamento della patologia oncologica sul territorio regionale evidenzia due aspetti principali: 1) un trend in aumento delle patologie innanzi indicate (tumori quali mammella, colon retto, tiroide, prostata), seppure in linea con i corrispettivi trend rilevati a livello nazionale; 2) il persistere di una minore sopravvivenza oncologica che rende palpabile la contraddizione tra la incidenza complessiva di cancro che si accompagna, però ad una maggiore mortalità osservata rispetto a quella attesa in relazione all'incidenza. Sul deficit di sopravvivenza, in sintesi, pesano notevolmente: 1) la perdurante bassa *compliance* degli screening; 2) le difficoltà di accesso alle strutture sanitarie di diagnosi e cura da parte delle fasce di popolazioni più deboli e a rischio; 3) la difficoltà collegata ai tempi di attesa, in Regione, per le cure strumentali; 4) il disagio di allontanarsi notevolmente dalla propria zona, con gli evidenti disagi familiari, che determina quasi un rifiuto alle cure necessarie.

Questa Azienda è direttamente inserita nella rete regionale, con la previsione di un polo oncologico nell'Ospedale di Pagani, cui, nel disegno aziendale, si aggiungono specifiche risorse chirurgiche destinate a patologie oncologiche, ubicate nell'Ospedale di Nocera Inferiore, presidi destinati ad unicità e complementarietà di funzioni, nonché con le previsioni di unità operativa di oncologia presso l'Ospedale di Vallo della Lucania, con le attività ambulatoriali di screening individuate presso l'Ospedale di Battipaglia, con le attività ambulatoriali di oncologia previste presso l'Ospedale di Polla. Nell'ambito della programmazione regionale, in previsione dell'adeguamento a tale standard, è prevista l'apertura di un centro radioterapia presso l'Ospedale di Pagani, a completamento di un percorso che vede tale presidio individuato come Centro oncologico e che, come tale, questa Direzione intende adeguare anche nella fase diagnostica, oltre che curativa.

1. *U.O.C. Oncologia (P.O. di Pagani)*
U.O.S.D. Oncologia (P.O. di Vallo della Lucania)
U.O.S.D. Servizio di Oncologia (P.O. di Polla)
2. *U.O.C. Dermatologia (P.O. di Pagani)*
3. *U.O.C. Ematologia (P.O. di Pagani)*
U.O.S. Diagnostica ematologica (P.O. di Pagani)
U.O.S. Oncoematologia Pediatrica (P.O. di Pagani)
4. *U.O.C. Chirurgia Oncologica (P.O. di Pagani)*
5. *U.O.C. Medicina Nucleare (P.O. di Pagani)*
U.O.S.D. Medicina Nucleare (Ospedale di Battipaglia)
6. *U.O.C. Anatomia e Istologia Patologica (P.O. di Pagani)*
7. *U.O.C. Anatomia e Istologia Patologica (P.O. di Eboli)*
U.O.S.D. Anatomia e Istologia Patologica (P.O. di Vallo della Lucania)

U.O.S.D. Terapia del dolore e cure palliative (P.O. di Pagani)
U.O.S.D. Terapia antalgica (P.O. di Oliveto Citra)
U.O.S.D. Terapia antalgica (P.O. di Vallo della Lucania)

8. *U.O.C. Immunoematologia e Medicina Trasfusionale (P.O. di Nocera Inferiore)*
9. *U.O.C. Immunoematologia e Medicina Trasfusionale P.O. di Battipaglia)*
U.O.S. Servizio Trasfusionale (P.O. di Eboli)
U.O.S. Servizio Trasfusionale (P.O. di Sapri)
U.O.S. Servizio Trasfusionale (P.O. di Polla)
U.O.S.D. Immunoematologia e Medicina Trasfusionale (P.O. di Vallo della Lucania)

3. DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA GENERALE E UROLOGIA

Il Dipartimento tende a favorire la comunicazione e la collaborazione tra le unità operative senza perdere la valenza specialistica di ciascuna, a sviluppare la trasversalità del percorso diagnostico-terapeutico del malato e ad utilizzare l'esempio, il confronto e le sinergie. Promuove l'attività in regime ambulatoriale, in regime di *day service*, in regime di ricovero a ciclo diurno (DH e DS), in regime di ricovero ordinario (per interventi di elezione), in regime di *follow up* e dimissioni protette. Aggrega competenze chirurgiche generali con indirizzo generalistico e specialistico, quali la chirurgia toracica, endocrina, addominale, e le chirurgie urologiche.

1. *U.O.C. Chirurgia Generale (P.O. di Nocera Inferiore)*
U.O.S. Week Surgery (P.O. di Nocera Inferiore)

2. *U.O.C. Chirurgia Generale (P.O. di Scafati)*
3. *U.O.C. Chirurgia Generale (P.O. di Battipaglia)*
4. *U.O.C. Chirurgia Generale (P.O. di Sarno)*
5. *U.O.C. Chirurgia Generale (P.O. di Eboli)*
6. *U.O.C. Chirurgia Generale (P.O. di Oliveto Citra)*
7. *U.O.C. Chirurgia Generale (P.O. di Vallo della Lucania)*
8. *U.O.C. Chirurgia Generale (P.O. di Sapri)*
9. *U.O.C. Chirurgia Generale (P.O. di Polla)*
10. *U.O.C. Urologia (P.O. di Eboli)*
11. *U.O.C. Urologia (P.O. di Vallo della Lucania)*
12. *U.O.C. Urologia (P.O. di Polla)*
13. *U.O.C. Urologia (P.O. di Nocera Inferiore)*
U.O.S. Urologia oncologica (P.O. di Nocera Inferiore)

4. DIPARTIMENTO DELLE CHIRURGIE SPECIALISTICHE

Nel Dipartimento sono comprese le specialità chirurgiche presenti negli ospedali aziendali. Sono ricomprese le attività di orto-traumatologia, con inclusione dei presidi nella rete del trauma e la organizzazione di Centri di trauma zonali (CTZ) in grado di assicurare ogni tipologia diagnostica (servizi di neuroradiologia) e di intervento (unità operative di ortopedia e traumatologia e di neurochirurgia). Inoltre, considerato che l'aumento della vita media comporta la necessità di un allungamento del periodo di attività lavorativa e di un miglioramento delle condizioni di efficienza fisica e mentale, nasce la necessità di sviluppare terapie capaci di sostituire o rigenerare organi danneggiati da processi patologici o traumi. Il sistema muscolo scheletrico è la struttura portante del nostro corpo. Gli studi effettuati sulla rigenerazione del tessuto cartilagineo e nella osteogenesi costituiscono una nuova frontiera che la nostra Azienda ha intenzione di affrontare e seguire

1. *U.O.C. Oculistica (P.O. di Nocera Inferiore)*
2. *U.O.C. Oculistica (P.O. di Eboli)*
3. *U.O.C. Oculistica (P.O. di Vallo della Lucania)*
4. *U.O.C. Oculistica (P.O. di Polla)*

5. *U.O.C. Otorinolaringoiatria (P.O. di Nocera Inferiore)*
6. *U.O.C. Otorinolaringoiatria (P.O. di Eboli)*
- U.O.S.D. Otorinolaringoiatria (P.O. di Sarno)*
- U.O.S.D. Otorinolaringoiatria (P.O. di Vallo della Lucania)*
- U.O.S.D. Otorinolaringoiatria (P.O. di Polla)*

7. *U.O.C. Chirurgia Vascolare (P.O. di Vallo della Lucania)*
8. *U.O.C. Chirurgia Vascolare (P.O. di Nocera Inferiore)*
9. *U.O.C. Ortopedia e Traumatologia (P.O. di Polla)*
10. *U.O.C. Ortopedia e Traumatologia (P.O. di Vallo della Lucania)*
11. *U.O.C. Ortopedia e Traumatologia (P.O. di Oliveto Citra)*
12. *U.O.C. Ortopedia e Traumatologia (P.O. di Sapri)*
13. *U.O.C. Ortopedia e Traumatologia (P.O. di Nocera Inferiore)*

- U.O.S. Chirurgia dell'anca (P.O. di Nocera Inferiore)*
14. U.O.C. Ortopedia e Traumatologia (P.O. di Sarno)
15. U.O.C. Ortopedia e Traumatologia (P.O. di Battipaglia)
U.O.S.D. Ortopedia e Traumatologia (P.O. di Eboli)
U.O.S.D. Ortopedia e Traumatologia (P.O. di Scafati)

5. DIPARTIMENTO DELLA SALUTE DELLA DONNA E DEL BAMBINO

Con deliberazione della giunta regionale n.532 del 29.10.2011 la Regione Campania ha recepito l'Accordo in conferenza unificata sul documento concernente le linee di indirizzo per la promozione e il miglioramento della quantità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo. In tale accordo si è convenuto di procedere alla razionalizzazione/riduzione progressiva dei punti nascita con numero di parti inferiore a 1.000 / anno. Nella Regione sono presenti ancora punti nascita pubblici che nell'anno hanno assicurato meno di 500 parti, dopo le numerose dismissioni già intervenute. Per tale settore di intervento viene programmato un percorso tendente a realizzare entro il 31.12.2018 una rete di offerta costituita da punti parto che assicurano almeno 1.000 parti/anno fatte salve specifiche deroghe. Considerato che le chiusure già intervenute e quelle programmate determineranno un migliore afflusso nelle restanti strutture, il percorso nel pubblico non potrà che avere un carattere graduale partendo, salvo le deroghe (zone difficilmente accessibili e isole), dal limite inferiore dei 500 parti. Per quanto riguarda, in particolare, le strutture private, attesi i requisiti per l'accreditamento, i punti parto che non raggiungono lo standard di 500 parti sono stati già disaccreditati con decorrenza dal 01.01.2015. Sono previste le seguenti deroghe, che saranno soggette a verifica secondo quanto previsto dal DM del 11.11.2015 e dalle successive indicazioni pervenute dal Ministero della Salute. Per la provincia di Salerno è prevista la deroga per il mantenimento dei punti parto di Polla, Sapri e Vallo della Lucania, per le difficoltà oggettive di collegamento che offrono tempi di percorrenza molto lunghi. Al tema dei punti nascita è strettamente collegato quello della Assistenza neonatale e connesso servizio di trasporto neonatale e materno. Infatti la scarsa concentrazione dei punti nascita è causa di non compatibilità della presenza di neonatologie e terapie intensive neonatali nonché dell'eccesso di trasporti neonatali.

La Regione intende procedere alla organizzazione, sistematizzazione e qualificazione della propria offerta pubblica di PMA, nonché di interventi per l'oncofertilità e la conservazione di gameti e tessuti gonadici, collegando i punti di offerta in un'ottica di rete, in grado anche di ridurre la mobilità passiva di persone e coppie. Coerentemente con le previsioni del Piano Nazionale della Fertilità, è necessario programmare la disciplina di Fisiopatologia della Riproduzione Umana, nell'ambito della Ginecologia/Ostetricia, secondo un modello di rete con individuazione e implementazione di un numero limitato di punti di erogazione, quali strutture di riferimento per tutte le patologie dell'apparato riproduttivo. Il modello organizzativo sarà declinato in un apposito provvedimento regionale che dovrà prevedere: • i fabbisogni regionali; • le unità organizzative; • il numero e le sedi di erogazione delle prestazioni; • le prestazioni erogabili; • i setting assistenziali; • la relazione pubblico/privato.

- 1. U.O.C. Ostetricia e Ginecologia (P.O. di Sarno)*
- 2. U.O.C. Ostetricia e Ginecologia (P.O. di Battipaglia)*
- 3. U.O.C. Ostetricia e Ginecologia (P.O. di Nocera Inferiore)*
U.O.S. Gravidanza a rischio (P.O. di Nocera Inferiore)
- 4. U.O.C. Ostetricia e Ginecologia (P.O. di Vallo della Lucania)*

5. *U.O.C. Ostetricia e Ginecologia (P.O. di Polla)*
6. *U.O.C. Ostetricia e Ginecologia (P.O. di Sapri)*

7. *U.O.C. Pediatria (P.O. di Nocera Inferiore)*
U.O.S. Neonatologia
8. *U.O.C. Pediatria (P.O. di Vallo della Lucania)*
U.O.S. Neonatologia (P.O. di Vallo della Lucania)
9. *U.O.C. Pediatria (P.O. di Battipaglia)*
U.O.S. Neonatologia (P.O. di Battipaglia)
U.O.S. Terapia Intensiva Neonatale (P.O. di Battipaglia)
10. *U.O.C. Pediatria (P.O. di Sarno)*
U.O.S.D. Pediatria (P.O. di Sapri)
U.O.S.D. Pediatria (P.O. di Polla)

- U.O.S.D. Terapia Intensiva Neonatale (P.O. di Nocera Inferiore)*

6. DIPARTIMENTO DEI SERVIZI SANITARI

Il Dipartimento tende a favorire la comunicazione e la collaborazione tra le unità operative senza perdere la valenza specialistica di ciascuna, a sviluppare la trasversalità del percorso diagnostico-terapeutico del malato e ad utilizzare l'esempio, il confronto e le sinergie. Promuove l'attività in regime ambulatoriale. Raggruppa tutte le funzioni diagnostiche analitiche e per immagini. Si conferma la valenza interpresidiale del Dipartimento, organizzato quale complesso di servizi finalizzati ad erogare prestazioni ad elevata tecnologia. Persegue gli obiettivi di un ottimale utilizzo delle risorse strumentali e umane e, nel contempo, del rispetto dei tempi di attesa per l'attività specialistica strumentale, in conformità alle indicazioni regionali. Sarà ulteriormente dotato di attrezzature di ultima generazione. All'interno del Dipartimento vengono assicurate dalle varie strutture che lo compongono, le prestazioni diagnostiche ed interventistiche (toracica, epatica e vascolare) per l'urgenza-emergenza e per i degenti ricoverati nei singoli ospedali attraverso una ipotesi organizzativa intradipartimentale che preveda, a seconda delle diverse necessità assistenziali servizi di guardia e di pronta disponibilità, nonché le prestazioni ambulatoriali comprese quelle di TC e RM. È dotato di sistema PACS e RIS e può collegarsi con altri centri ospedalieri e le unità del Servizio 118 che utilizzano la teleradiologia per ricevere e trasmettere immagini iconografiche. Promuove, inoltre, l'attività in regime ambulatoriale e provvede ad assicurare tutte le indagini di medicina di laboratorio ed, in particolare, la diagnostica delle malattie tromboemboliche ed emorragiche, delle malattie metaboliche, la diagnostica virologica e batteriologica, immunologica e protidologica, nonché le indagini di chimica analitica.

1. *U.O.C. Laboratorio Analisi (P.O. di Nocera Inferiore)*
U.O.S. Microbiologia e Virologia (P.O. di Nocera Inferiore)
U.O.S. Laboratorio Analisi (P.O. di Pagani)
U.O.S. Genetica (P.O. di Pagani)
U.O.S. Laboratorio di Analisi (P.O. di Scafati)
2. *U.O.C. Laboratorio Analisi (P.O. di Vallo della Lucania)*
U.O.S. Laboratorio Analisi (P.O. di Roccadaspide)
U.O.S. Laboratorio di Analisi (P.O. di Agropoli)
3. *U.O.C. Laboratorio Analisi (P.O. di Battipaglia)*

U.O.S. Laboratorio Analisi(P.O.Eboli)

4. U.O.C. Laboratorio di Analisi (P.O. di Polla)

U.O.S.D. Laboratorio Analisi (P.O. di Sarno)

U.O.S.D. Laboratorio analisi (P.O. di Oliveto Citra)

U.O.S.D. Laboratorio Analisi (P.O. di Sapri)

U.O.S.D. Biologia Molecolare (P.O. di Eboli)

5. U.O.C. Radiologia (P.O. di Nocera Inferiore)

U.O.S. Radiologia (P.O. di Pagani)

U.O.S. Radiologia (P.O. di Scafati)

6. U.O.C. Radiologia (P.O. di Vallo della Lucania)

U.O.S. Radiologia (P.O. di Roccadaspide)

U.O.S. Radiologia (P.O. di Agropoli)

7. U.O.C. Radiologia (P.O. di Eboli)

U.O.S. Radiologia (P.O. di Battipaglia)

8. U.O.C. Radiologia (P.O. di Sarno)

U.O.S.D. Radiologia (P.O. di Oliveto Citra)

U.O.S.D. Radiologia (P.O. di Sapri)

U.O.S.D. Radiologia (P.O. di Polla)

7. DIPARTIMENTO AREA CRITICA

Il Dipartimento tende a favorire la comunicazione e la collaborazione tra le unità operative senza perdere la valenza specialistica di ciascuna, a sviluppare la trasversalità del percorso diagnostico-terapeutico del malato e ad utilizzare l'esempio, il confronto e le sinergie. Fornisce h24 assistenza anestesiológica per tutte le attività operatorie ed interventistiche di elezione e di urgenza, comprese quelle di alta complessità. Garantisce la terapia intensiva e subintensiva post operatoria. Provvede, inoltre, all'assistenza anestesiológica per le sale operatorie di *day surgery* e, ove occorra, per le sale operatorie di chirurgia ambulatoriale e per le procedure radiologiche. Nell'ambito delle direttive ministeriali per l'ospedale senza dolore, il Dipartimento provvede, d'intesa con il Dipartimento oncologico, con una propria linea di terapia antalgica ad effettuare trattamenti di terapia del dolore peri e post operatorio e del dolore cronico. Cura le fasi di pre-ricovero finalizzate all'intervento chirurgico consentendo l'effettuazione, secondo protocolli definiti, degli esami diagnostici strumentali e di laboratorio, compresi quelli del prelievo di sangue per l'eventuale autotrasfusione e rilascia la cartella con la completa valutazione anestesiológica per i ricoveri di elezione in regime ordinario ed a ciclo diurno.

1. U.O.C. Rianimazione e Terapia Intensiva (P.O. di Nocera Inferiore)

2. U.O.C. Rianimazione e Terapia Intensiva (P.O. di Vallo della Lucania)

3. U.O.C. Anestesia e Rianimazione (P.O. di Sarno)

4. U.O.C. Anestesia e Rianimazione (P.O. di Battipaglia)

5. *U.O.C. Anestesia e Rianimazione (P.O. di Eboli)*
6. *U.O.C. Anestesia e Rianimazione (P.O. di Oliveto Citra)*
7. *U.O.C. Anestesia e Rianimazione (P.O. di Sapri)*
8. *U.O.C. Anestesia e Rianimazione (P.O. di Polla)*

- U.O.S.D. Anestesia e Rianimazione (P.O. di Pagani)*
U.O.S.D. Anestesia e Rianimazione (P.O. di Scafati)
U.O.S.D. Anestesia e Terapia Intensiva post operatoria (P.O. di Vallo della Lucania)
U.O.S.D. Anestesia e Terapia Intensiva post operatoria (P.O. di Nocera Inferiore)

Sistema di rete regionale per particolari patologie - Rete per patologie che integrano l'attività ospedaliera per acuti e post acuti.

Considerato che i dati epidemiologici di prevalenza di alcune patologie portano a dedicare maggiore attenzione a situazioni particolari e a momenti particolari nella gestione del salute del paziente presente sul territorio campano, la Regione ha definito una "rete" per patologie, che integra l'offerta aziendale ospedaliera per acuti e post acuti. A tale "rete", gli operatori sanitari dell'Azienda potranno fare riferimento in situazioni che risultino congruenti con i contenuti della stessa e che non trovino espressa soluzione nell'ambito dell'offerta aziendale.

Centro di riferimento regionale per il trattamento dell'insufficienza epatica acuta

La precedente programmazione ha evidenziato che l'insufficienza epatica acuta, nelle sue espressioni cliniche di epatite fulminante e di insufficienza epatica acuta su malattia epatica cronica, sebbene non frequente (aspettativa in Campania rispettivamente 10-15 e 75-100 casi/anno), costituisce una condizione di estrema gravità, ma tuttavia reversibile, in cui l'efficacia e la qualità dei trattamenti sono determinanti ai fini della prognosi. Un'esperienza consolidata e un approccio di tipo intensivo e polispecialistico, che metta insieme le competenze dell'infettivologo – epatologo e dell'interventista – rianimatore che operano in stretto collegamento con il Centro di Trapianti Epatici, costituiscono presidi terapeutici insostituibili e rendono razionale, anche in ragione della esiguità di casi, la centralizzazione. In Campania, la quasi totalità delle epatiti fulminanti, a causa della eziologia infettiva della maggioranza di esse, viene riferita all'Ospedale Cotugno (A.O.R.N. Dei Colli) dove, dal 1997, è stata strutturata una Unità Operativa dedicata che opera in organica collaborazione con la terapia intensiva epatologica e con il centro trapianti epatici dell'A.O.R.N. Cardarelli, e crea una rete tra le Unità operative campane di Malattie infettive, per il riferimento di tale patologia. Pertanto si conferma l'istituzione del **Centro di riferimento regionale per il trattamento dell'insufficienza epatica acuta** presso l'Ospedale Cotugno dell'AO dei Colli di Napoli.

Centro di Oncologia Pediatrica

In Regione Campania, a fronte di circa 1.4 milioni di individui in età pediatrica, vi è una incidenza di patologia neoplastica infantile pari a 150-180 nuovi casi/anno dei quali circa il 50% sono rappresentati da neoplasie liquide (leucemie e linfomi), circa il 20% da neoplasie del Sistema Nervoso Centrale e circa il 30% da altre neoplasie solide. **I Centri di oncologia pediatrica di III livello operanti in Campania sono il Dipartimento di Oncologia della A.O. Santobono-Pausilipon e la Unità Operativa di Oncologia Pediatrica in seno al Dipartimento di Pediatria della II Università di Napoli.** Circa il 25% dei pazienti oncologici pediatrici campani ricevono diagnosi fuori regione, e la migrazione extra regionale complessiva per le patologie oncologiche pediatriche è superiore al 30%. I servizi oncologici pediatrici sono sostanzialmente concentrati nella città di

Napoli, imponendo alla grande maggioranza dell'utenza una migrazione intra-regionale, ove pure l'iter diagnostico e terapeutico della maggior parte delle patologie oncologiche pediatriche prevede anche fasi potenzialmente gestibili in Centri non specialistici ma esperti, decentrati, anche non dotati della organizzazione diagnostico-assistenziale e della tecnologia tipici dei Centri di III livello. Con successivo atto sarà costituito un tavolo tecnico che dovrà consentire in tempi brevi di valutare l'opportunità di:

- costituire, entro dodici mesi, la rete oncologica pediatrica, ricorrendo a forme innovative di integrazione organizzativa e gestionale, tra i quali anche la eventuale istituzione di un Dipartimento Interaziendale;
- integrare, nella logica di rete ed in coordinamento con le ASL, di altre funzioni relative all'iter diagnostico terapeutico, anche appartenenti ad altri ambiti assistenziali (Pediatria di Libera Scelta, funzione di salvaguardia della fertilità, funzione di Assistenza Domiciliare, funzione di Terapia del Dolore e cure Palliative/Hospice, funzione di sorveglianza dei "fuori terapia", attività del volontariato).

Centro di III Livello a valenza regionale per le Patologie Fetali

Nell'ambito della costruzione della rete pediatrica e della necessità di offrire risposte assistenziali appropriate nella diagnosi prenatale (anche in considerazione delle tematiche relative a Terra dei Fuochi) appare necessario istituire un Centro Unico a valenza Regionale per la diagnosi delle Patologie Fetali. Considerata l'elevata specializzazione necessaria a garantire elevati standard di assistenza, si istituisce tale Centro **presso l'Azienda dei Colli, presidio Monaldi**. L'attuale offerta assistenziale in ambito pediatrico dell'A.O.R.N. dei Colli riguarda prevalentemente le patologie cardiache, che vengono affrontate, nei loro vari aspetti, da tre U.O.C.: L'U.O. di Cardiologia pediatrica, dotata di servizi di emodinamica, l'U.O. di Cardiocirurgia pediatrica e l'U.O. di Terapia intensiva neonatale, che si incarica delle cure intensive dei neonati con patologie cardiache morfologiche e funzionali in ogni fase del percorso assistenziale. Tale U.O. dedica, inoltre, una parte consistente della propria attività alla cura del neonato pretermine in tutti i suoi aspetti e del neonato a termine affetto da patologie maggiori, essendo inserita nella rete del servizio di trasporto regionale. Il modello finora realizzato ha senza dubbio ridotto la mortalità del cardiopatico critico in età neonatale e pediatrica, ma l'entità degli esiti neurologici, che colpiscono, almeno per le patologie cardiache più critiche, fino al 50 % dei sopravvissuti, impedisce di considerarlo davvero ottimale. La creazione di un percorso ostetrico in sede permette di completare l'offerta diagnostica di selezione delle gestanti portatrici di feti cardiopatici, inserendo stabilmente competenze ostetriche nel servizio di Ecocardiografia fetale, già esistente nell'ambito dell'U.O. di Cardiologia pediatrica, di gestire in loco la nascita e di offrire ai neonati così selezionati una immediata e tempestiva assistenza di stabilizzazione delle funzioni vitali e di neuroprotezione fin dalla sala parto e fino dai primi momenti di vita, aspetti largamente garantiti dall'U.O. di Terapia intensiva neonatale col supporto diagnostico e terapeutico delle due U.O. specifiche (Cardiologia e Cardiocirurgia). E' sul piano epidemiologico indiscutibile che una gran parte dei danni neurologici nel neonato affetto da una cardiopatia congenita critica derivino dal ritardo diagnostico e dalla improvvisazione dell'offerta assistenziale. La componente ostetrica del progetto si avvale di ambulatori per la gestione ed il monitoraggio della gravidanza, di ambienti dedicati al ricovero, all'espletamento del parto e alla sorveglianza dei neonati. La decisione di aggiungere il pezzo mancante, il servizio ostetrico, al modello oggi esistente, si configura come una scelta innovativa con consistenti e positive ricadute, qualunque sia l'aspetto che si voglia considerare (clinico, sociale, economico, etico). Si tratta di un modello idoneo, che non ha eguali nella ns. Regione, in grado di accogliere anche soggetti provenienti dalle altre Regioni del Sud, regioni sprovviste di tali servizi, tranne poche apprezzabili eccezioni. Inoltre la stessa Ostetricia potrebbe accogliere parti programmati per gravide con problematiche cardiologiche di rilevante gravità. A tal fine viene programmata una Ostetricia con 4 pl dedicati senza pronto soccorso per il parto programmato delle pazienti.

Centro regionale per le Malattie Infettive Pediatriche

La carenza di luoghi di cura pediatrici dedicati alle Malattie Infettive, la necessità di garantire contemporaneamente cure efficaci, adeguata protezione, isolamento del piccolo paziente inducono ad istituire presso **l'Azienda dei Colli, presidio Cotugno, un Centro regionale di Infettivologia Pediatrica**, dotati naturalmente anche di posti di isolamento, mentre **nelle Unità Operative di Malattie Infettive delle altre Aziende, saranno costituiti dei p.l. Pediatrici**. Il Presidio ospedaliero Cotugno offre una avanzatissima diagnostica di laboratorio chimico – clinica, microbiologica e virologica, facilmente adattabile anche al bambino nei primi due anni di vita, offre un'assistenza intensiva e sub intensiva che già coinvolge soggetti di età pediatrica, servizi che assicurano fin da ora il necessario supporto ad una nuova entità assistenziale.

Centro Regionale per le Emergenze Neuropsichiatriche Infantili

La necessità di garantire assistenza in emergenza per l'ambito della Neuropsichiatria Infantile in Regione Campania rende ragione della istituzione **presso la AO Santobono-Pausillipon** di una sezione di Neuropsichiatria Infantile per le emergenze. Al Centro Regionale si collegano funzionalmente le UO Neuropsichiatrie Infantili della AOU SUN e AOU Ruggi. Presso il Santobono-Pausillipon saranno istituiti anche p.l. codice 56 per la Riabilitazione Nutrizionale con annesso ambulatorio dei Disturbi del Comportamento Alimentare per la fascia di età fino ai 18 anni.

Centro Regionale di Ortogeriatría

La progressiva mutazione demografica vede anche in Regione Campania la crescita della popolazione ultrasessantacinquenne. La maggiore complessità delle patologie ortopediche nell'età geriatrica legata a multipatologie, pluriterapie, cronicità rende necessaria l'istituzione di un Centro Regionale di Ortogeriatría **presso l'Azienda dei Colli, presidio C.T.O.**

L'emergenza-urgenza

DIPARTIMENTO DELL' EMERGENZA E DELLE RETI TEMPO DIPENDENTI

Con il DCA n. 33 del 17.5.2016, è prevista la costituzione di una Azienda Regionale per l' Urgenza Emergenza Campania (ARUEC), costituente una azienda sanitaria regionale che gestisce, controlla, coordina, finanzia il sistema dell'emergenza urgenza regionale con autonomia di risorse umane, tecniche e strumentali, interfacciandosi con le aziende sanitarie. Inoltre, si deve relazionare e integrare con la società civile (Enti pubblici, Organismi Associativi, Cooperative Sociali e Onlus), secondo il principio della sussidiarietà orizzontale, che garantisce la capillare copertura del territorio con i Mezzi di Soccorso di Base.

La nuova Azienda regionale dovrà, tra l'altro:

- Garantire la necessaria mobilità del personale (per adeguamento delle necessità di intervento) e l'opportuna sua rotazione sulle varie articolazione del servizio (al fine di ridurre il rischio di *burn out* e riproporzionare i carichi di lavoro);
- Garantire la realizzazione di percorsi territorio/ospedale per le patologie tempo dipendenti (cardiovascolari, neurologiche, traumatiche);
- Garantire gli standard strutturali, operativi e clinici;
- Garantire la corretta gestione dei flussi informativi istituzionali;
- Applicare le linee guida diagnostico terapeutiche sui percorsi del paziente;
- Effettuare le valutazioni quali-quantitative dell'attività svolta;
- Programmare e realizzare i programmi di formazione e miglioramento della qualità;
- Verificare il possesso del mantenimento dei requisiti e degli standard organizzativi clinici degli Enti e Associazione che collaborano nell'attività di emergenza;
- Approntare piani di gestione dell'emergenza intra ed extra ospedaliera, anche mediante realizzazione di esercitazioni di gestione delle emergenze intra ed extraospedaliere

Il Sistema Sanitario per l'emergenza-urgenza è, così, costituito da una componente "territoriale" e da una "ospedaliera". La prima è costituita dal sistema di allarme sanitario della Centrale Operativa del 118 e dalle Attività Territoriali di Soccorso. La seconda è costituita dai Servizi e dai presidi ospedalieri, funzionalmente differenziati e organizzati in maniera gerarchica. Le due componenti operano in conformità ai contenuti del D.P.R. 27 marzo 1992 (Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza) e dell'Atto d'Intesa Stato-Regioni del 17 maggio 1996 e s.m.i.. Nell'ambito della organizzazione dei servizi di emergenza, anche in ragione dei trasferimenti intraziendali, compatibilmente con le risorse disponibili, potrà essere individuato un servizio per il trasporto degli infermi.

In attesa di nuove indicazioni da parte della struttura regionale, presso l'Azienda viene costituito un Dipartimento per le Emergenze, integrato, costituito da attività territoriali e da attività ospedaliere. Pertanto, all'emanazione di specifiche indicazioni regionali, l'organizzazione potrà subire modificazioni.

La Centrale Operativa del 118

La C.O. 118 ha funzioni prevalentemente tecnico-organizzative, svolge compiti di processazione delle chiamate, di identificazione del codice d'intervento sulla base della gravità/urgenza del caso, invio del mezzo più idoneo, guida fino al luogo dell'evento.

Essa inoltre:

- coordina tutti gli interventi di urgenza/emergenza nell'ambito territoriale di competenza. Gestisce operativamente tutti i mezzi di soccorso disponendo eventuali movimentazioni estemporanee, qualora se ne ravvedesse la necessità per situazioni contingenti che si possano

presentare, al fine di ottimizzare le risorse e rispondere agli obiettivi del sistema di emergenza-urgenza (riduzione del free therapy interval, risposta adeguata alla richiesta di soccorso, ecc);

- assicura le attività di collegamento in rete con le altre centrali operative, con altri settori di emergenza (VVF, Protezione Civile, UCR, ecc.) ed il coordinamento delle emergenze locali intra ed extra-ospedaliere;
- è responsabile della programmazione aziendale della localizzazione dei mezzi di soccorso sul territorio in base alle esigenze sanitarie, ai tempi di percorrenza ed alla rete stradale;
- è responsabile dell'appropriatezza del trasporto nella scelta, per i pazienti eleggibili per trattamenti specialistici, dell'ospedale più adeguato all'interno della rete in cui è prevista la specifica attività, nel rispetto dello specifico protocollo.

La Centrale Operativa opera in stretto collegamento funzionale con le altre strutture del Dipartimento, sulla base di comuni linee guida e protocolli operativi, per realizzare la continuità terapeutica tra il territorio e l'ambiente ospedaliero.

Il DM 70/15 prevede la ridefinizione dei bacini di riferimento delle centrali operative, definendo uno standard pari a una centrale per un bacino di riferimento non inferiore a 0,6 milioni e oltre di abitanti. Le centrali operative, gestite dalle Aziende Sanitarie Locali territorialmente competenti, ridefinite sulla base del bacino d'utenza, sono così programmate:

- COT Avellino - Benevento
- COT Caserta
- COT Napoli 1 centro
- COT Napoli 2 ovest
- COT Napoli 3 est
- COT Salerno

L'organizzazione funzionale

1. U.O.C. Emergenza – Centrale 118 - Urgenza territoriale

2. U.O.C. Medicina e Chirurgia d'accettazione e urgenza (P.O. di Nocera Inferiore)

U.O.S. Medicina e Chirurgia d'accettazione e urgenza (P.O. di Scafati)

3. U.O.C. Medicina e Chirurgia d'accettazione e urgenza (P.O. di Vallo della Lucania)

U.O.S.D. Medicina e Chirurgia d'accettazione e urgenza (P.O. di Sarno)

U.O.S.D. Medicina e Chirurgia d'accettazione e urgenza (P.O. di Polla)

U.O.S.D. Medicina e Chirurgia d'accettazione e urgenza (P.O. di Eboli)

U.O.S.D. Medicina e Chirurgia d'accettazione e urgenza (P.O. di Oliveto Citra)

U.O.S.D. Medicina e Chirurgia d'accettazione e urgenza (P.O. di Sapri)

U.O.S.D. Medicina e Chirurgia d'accettazione e urgenza (P.O. di Battipaglia)

4. U.O.C. Cardiologia (P.O. di Nocera Inferiore)

U.O.S. Unità Coronarica (P.O. di Nocera Inferiore)

U.O.S. Emodinamica (P.O. di Nocera Inferiore)

U.O.S. Elettrostimolazione (P.O. di Nocera Inferiore)

U.O.S. Servizio di Cardiologia (P.O. di Pagani)

U.O.S. Servizio di Cardiologia (P.O. di Scafati)

5. U.O.C. Cardiologia (P.O. di Sarno)

*U.O.S. Unità Coronarica (P.O. di Sarno)**6. U.O.C. Cardiologia (P.O. di Eboli)**U.O.S. Unità Coronarica (P.O. di Eboli)**U.O.S. Emodinamica (P.O. di Eboli)**U.O.S. Elettrostimolazione (P.O. di Eboli)**U.O.S. Servizio di Cardiologia (P.O. di Battipaglia)**U.O.S. Servizio di Cardiologia (P.O. di Oliveto Citra)**7. U.O.C. Cardiologia (P.O. di Vallo della Lucania)**U.O.S. Unità Coronarica (P.O. di Vallo della Lucania)**U.O.S. Emodinamica (P.O. di Vallo della Lucania)**U.O.S. Elettrostimolazione (P.O. di Vallo della Lucania)**8. U.O.C. Cardiologia (P.O. di Sapri)**U.O.S. Unità Coronarica (P.O. di Sapri)**9. U.O.C. Cardiologia (P.O. di Polla)**U.O.S. Unità Coronarica (P.O. di Polla)**10. U.O.C. Neurologia (P.O. di Nocera Inferiore)**U.O.S. Stroke Unit (P.O. di Nocera Inferiore)**U.O.S.D. Neurologia (P.O. di Eboli)**U.O.S.D. Neurologia (P.O. di Vallo della Lucania)**U.O.S.D. Neurologia (P.O. di Polla)**11. U.O.C. Neuroradiologia (P.O. di Nocera Inferiore)**12. U.O.C. Neuroradiologia (P.O. di Vallo della Lucania)**13. U.O.C. Neurochirurgia (P.O. di Nocera Inferiore)**U.O.S. Chirurgia spinale (P.O. di Nocera Inferiore)**14. U.O.C. Neurochirurgia (P.O. di Vallo della Lucania)**L'Area di Emergenza Ospedaliera Provinciale*

L'area della provincia di Salerno conta 1.105.485 abitanti, a cui corrisponde secondo standard una dotazione di 3.877 posti letto. Nella provincia sono previsti 3.722 posti letto pari a 3,37 posti letto per mille abitanti, in leggero incremento rispetto a quelli esistenti che sono, come da flussi informativi, pari a 3.665. Nella città di Salerno, insiste l'ospedale di riferimento dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Ruggi d'Aragona, costituita dai presidi ospedalieri funzionalmente accorpata di: • "S. Leonardo" di Salerno; • "Fucito" di Mercato S. Severino; • "Da Procida" di Salerno; • "Santa Maria Incoronata dell'Olmo" di Cava dei Tirreni (vhe viene trasferito completamente all'AOU Ruggi di Salerno) • "Italia Giordano" di Castiglione di Ravello.

Il bacino di utenza giustifica la presenza da un minimo di 8 a un massimo 13 punti di accesso al sistema emergenza-urgenza. L'estensione del territorio, la difficile viabilità in alcune zone, la necessità

di integrare la risposta alla domanda proveniente dalla zona sud-ovest della provincia di Avellino e dall'ASL NA3, sono elementi che hanno indotto a prevedere il maggior numero di accessi alla rete dell'emergenza-urgenza.

Tanto premesso, si indicano i punti di accesso programmati nella rete di emergenza urgenza:

A. **P.A.O.U. Ruggi d'Aragona è DEA di II° livello** (con annessi stabilimenti di Ravello, Da Procida, Mercato S. Severino e Cava dei Tirreni) al servizio dell'intera provincia. Funge da hub nella rete Ictus, hub di II° livello nella rete cardiologica, nonché centrale operativa CTS in quella traumatologica, spoke II nella rete emergenze pediatriche, spoke II livello per la terapia del dolore, hub rete per le emergenze digestive. Viene programmata una dotazione di nuove discipline a corredo del DEA II livello: Chirurgia Plastica, Reumatologia, nonché Unità spinale (cod. 28) e Neuro-riabilitazione (cod. 75).

Data la vastità e variabilità del territorio s'individuano **2 DEA di I° livello** geograficamente presso:

- **il Presidio Ospedaliero di Vallo della Lucania** al servizio della vasta area sud della provincia, punto spoke nella rete dell'Ictus, hub di I° livello nella rete cardiologica, spoke II rete emergenze pediatriche, oltre che CTZ nella rete traumatologica, spoke emergenze gastroenteriche, spoke nella rete del dolore. Vengono attribuite le discipline di Neurologia e Gastroenterologia, Neonatologia, Psichiatria, Riabilitazione (cod. 56).
- **Il Presidio Ospedaliero di Nocera Inferiore all'area nord:** spoke nella rete dell'ictus, hub di I° livello nella rete cardiologica, oltre che CTZ nella rete traumatologica, spoke II rete emergenze pediatriche, spoke nella rete delle emergenze digestive; riceve un potenziamento globale delle discipline esistenti. I posti letto di Terapia Intensiva ricomprendono anche quelli di terapia Intensiva postoperatoria. Al DEA di I livello di Nocera Inferiore vengono annessi gli stabilimenti di: • **P.O. Pagani:** configurato quale presidio ospedaliero senza pronto soccorso, rappresenta il polo oncologico dell'ASL di Salerno, si caratterizza per la presenza delle unità operative di ematologia, oncologia, chirurgia generale ad indirizzo oncologico, dermatologia ad indirizzo oncologico e connessa attività di fotodermatologia e rianimazione. L'attività di onco-ematologia pediatrica continuerà ad essere erogata dalla U.O. di pediatria del P.O. Umberto I di Nocera sino all'attivazione di tale attività nello stabilimento di Pagani. E' previsto, nel P.O. di Pagani, un servizio di cardiologia. E' infine, programmata l'attività di radioterapia. Spoke I livello nella rete terapia del dolore. • **P.O. Scafati** è configurato quale presidio ospedaliero con Pronto Soccorso ad indirizzo pneumologico corredato dei servizi diagnostici finalizzati alla attività di bronco-pneumologia. È previsto nel P.O. un Servizio di Cardiologia.
- **I Presidi Ospedalieri di Eboli e Battipaglia** restano due presidi sede di pronto soccorso al servizio di un'ampia popolazione, orientati il primo prevalentemente all'area cardiologica ed il secondo all'area chirurgica materno-infantile. Il presidio di Eboli, dotato di emodinamica, è hub di I° livello nella rete cardiologica, mentre quello di Battipaglia è sede di pronto soccorso. Detti P.O. hanno fatto fronte nel 2015 ad oltre 40.000 accessi al pronto soccorso ciascuno.
- **Il P.O. di Battipaglia:** riveste il ruolo di PST nella rete Trauma; viene potenziato il punto nascita; è spoke I nella rete pediatrica. E' programmato un servizio di cardiologia senza posti letto.
- **Il P.O. di Eboli:** è hub di I° livello nella rete cardiologica, PST nella rete Trauma. E' programmato un Servizio di Pneumologia diagnostica ed interventistica senza posti letto.
- **il P.O. di Oliveto Citra** è confermato quale ospedale con pronto soccorso tenuto conto del numero di circa 15.000 accessi nel 2015. Riceve la disciplina di Riabilitazione (cod. 56). E' PST rete traumatologica. E' spoke II livello per terapia del dolore rispetto all'Hub Azienda Dei Colli. Ospita la psichiatria in DH gestito dal dipartimento di Salute Mentale. La rete dei Pronto Soccorso deve poter coprire il territorio garantendo l'accesso nei tempi previsti.

Sono, inoltre, configurati come pronto soccorso e spoke nelle reti i seguenti presidi ospedalieri:

- **il P.O. di Sarno:** spoke nella rete cardiologica, PST rete Trauma, avendone già la configurazione, spoke I rete emergenze pediatriche
- **il P.O. di Polla:** conferma il suo ruolo di presidio di pronto soccorso della rete dell'emergenza ed è identificato quale spoke nella rete per l'Ictus cerebrale e spoke per l'emergenza cardiologica, nonché PST nella rete Trauma e spoke I emergenze pediatriche. È programmato un Servizio di Oncologia in regime ambulatoriale. **Il plesso di S. Arsenio** diventa struttura territoriale ed ospita un Ospedale di Comunità e l'UCCP.
- **il P.O. di Sapri:** sede di pronto soccorso, costituisce spoke nella rete cardiologica, PST rete Trauma, spoke I emergenze pediatriche.
- **il P.O. di Mercato S. Severino e il P.O. di Cava dei Tirreni (facenti parte della AOU Ruggi)** permangono come sede di pronto soccorso collegati al DEA del Ruggi, facendo fronte a ca. 155.000 accessi annui complessivamente. Come già innanzi descritto, si individuano le seguenti Strutture di accesso in deroga per le quali dovranno, comunque, essere previste specifiche modalità e percorsi atti a garantire i trasferimenti in emergenza-urgenza, non gestibili in loco:
- **Il P.O. di Castiglione di Ravello, annesso all'AOU Ruggi di Salerno** con 20 posti letto;
- **il P.O. di Roccadaspide**, per la posizione logistica è configurato come punto di accesso in deroga in zona particolarmente disagiata, dotato di 20 posti letto
- **Il P.O. di Agropoli** già Centro ambulatoriale ad indirizzo Oncologico e struttura residenziale per cure palliative (hospice) e attività territoriali, attesa la collocazione in zona turistica e difficilmente raggiungibile necessita di un potenziamento quale struttura in deroga con 20 posti letto di Medicina;

Il P.O. "Da Procida" di Salerno riveste un ruolo rilevante in area riabilitazione (cod. 56), anche con l'assegnazione di nuovi posti letto di lungodegenza cod. 60. Il piano prevede la rimodulazione complessiva dei posti letto con una AFO Medica (Medicina, Cardiologia, Pneumologia) per 22 p.l., n. 56 posti letto codice 56 di riabilitazione intensiva in costanza di ricovero (sia per la MDC 8 che MDC1 che MDC5), e n. 32 posti di lungodegenza codice 60.

Complessivamente, quindi, il sistema ospedaliero nella provincia di Salerno offre 12 punti di accesso alla rete emergenza urgenza così articolati: • 1 DEA di II° livello; • 2 DEA di I° livello, • 9 Pronto Soccorso a cui si aggiungono le Strutture in deroga (P.O. Roccadaspide, P.O. Agropoli, P.O. Castiglione di Ravello). Mediamente il rapporto fornito dalla rete è paria 1 punto di accesso ogni 92.000 abitanti.

L'organizzazione ospedaliera dell'area di assistenza in emergenza

In ogni ospedale dotato di pronto soccorso deve essere presente un'area triage infermieristico, attiva nelle 24 ore, secondo le indicazioni contenute nel DCA n.57/2012, nel rispetto del principio che "ad ogni livello, il triage è lo strumento di valutazione della tipologia e della priorità di intervento". I Posti letto di Osservazione Breve Intensiva (OBI) sono previsti nei Pronto Soccorso dei presidi ospedalieri sede di DEA di I e di II livello, e comunque per presidi dotati di PS con un numero di accessi/anno non inferiore a 20.000. L'OBI non è prevista nei Punti di Primo Intervento (PPI). La postazione OBI è l'unità dedicata al paziente ove si realizzano le attività di assistenza, diagnosi e cura, nel rispetto della privacy e del comfort. La dotazione delle postazioni dedicate all'OBI è individuata mediante il criterio di 1 postazione ogni 6.000 accessi al Pronto Soccorso. Per l'OBI pediatrica si prevedono almeno 2 postazioni per ogni U.O. di Pediatria o P.S. pediatrico, oppure 1 postazione ogni 4.000 accessi in P.S. Le postazioni di OBI sono funzionali e pertanto non devono essere considerate nella dotazione totale dei posti letto dedicati al ricovero ospedaliero. E' necessario dotare almeno il 50% delle postazioni di sistemi di monitoraggio multi parametrico del paziente. In ogni presidio ospedaliero sede di DEA di I e di II livello, e comunque per presidi dotati di PS con un

numero di accessi/anno non inferiore a 50.000, dovrà essere presente un reparto di medicina d'urgenza (a valere sui p.l. della disciplina di medicina e chirurgia di accettazione e d'urgenza, laddove prevista). L'area del PS-OBI e della Medicina d'urgenza a regime dovrà essere dotata di un organico unico e funzionalmente integrato sotto la responsabilità di un unico medico. In quest'area potranno essere utilizzati i medici unici dell'emergenza. Dovranno inoltre essere previsti percorsi diagnostico terapeutici integrati con le unità operative di medicina generale. Attualmente in Regione Campania non è univocamente utilizzata la figura del Medico Unico di Emergenza, ancora prioritariamente assegnata alle attività del 118. La Regione programmerà percorsi di formazione adeguati per i medici dipendenti e l'immissione in servizio (sblocco del turn over) di personale con adeguata Specializzazione nelle aree di pronto soccorso al fine di garantire una efficace presa in carico del paziente in emergenza nell'ottica di una visione di insieme dell'acuzie. Nella rete della emergenza urgenza vanno ridefiniti i rapporti con il Servizio della Continuità Assistenziale. Così come attualmente erogato il servizio di Continuità assistenziale si configura quale prevalente medicina di attesa. Nella prossima applicazione del DM 70/15 e nella rivisitazione del DCA n. 18/2015 questo servizio troverà una ricollocazione funzionale anche nell'area dell'emergenza-urgenza con collegamento alla centrale operativa attraverso il numero unico 118 e nei presidi territoriali (anche in PS/DEA) per l'assistenza ai codici bianchi. Alle centrali operative viene assegnato il monitoraggio delle attività in funzione dell'appropriatezza delle cure nell'ambito delle prestazioni di emergenza urgenza. Infine, il Servizio della continuità assistenziale parteciperà in integrazione alla rete delle Cure Primarie nell'ambito delle AFT/UCCP per le quali è in progettazione la rete regionale. Il modello operativo di ridefinizione del Servizio della continuità assistenziale verrà declinato attraverso uno specifico decreto. Entro 6 mesi dalla approvazione del Piano Ospedaliero Regionale 2016-2018, parteciperanno alle attività di assistenza in emergenza-urgenza, mediante inclusione nelle reti di specialità, in particolare per patologie tempo dipendenti:

- l'Azienda Ospedaliero-Universitaria della facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Federico II;
- l'Azienda Ospedaliero-Universitaria della facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università SUN;
- l'Azienda Ospedaliera dei Colli (Monaldi – Cotugno – CTO).

Il modello programmato complessivamente dal Piano Ospedaliero Regionale, quindi, propone una organizzazione in rete in grado di realizzare un processo di razionalizzazione delle prestazioni ospedaliere, una comunicazione con il territorio con l'obiettivo di spostare il baricentro delle cure, ed elevare la qualità e l'appropriatezza dei servizi offerti. Sono previsti alcuni Ospedali in zone particolarmente disagiate. Essi rispondono a particolari esigenze territoriali, oro-geografiche, di comunicazione, di ciclicità assistenziale legata a fenomeni turistici, esigenze che esigono comunque una risposta assistenziale in emergenza/urgenza finalizzata ad una presa in carico del paziente. In tale sede viene garantita un'attività di pronto soccorso, con la conseguente disponibilità dei necessari servizi di supporto: l'accesso in urgenza/emergenza, l'osservazione, la stabilizzazione, la cura ove compatibile, o il trasferimento secondario ove necessario. Andranno qui predisposte, a cura dell'Azienda, modalità di presa in carico, procedure di assistenza e percorsi atti a garantire i trasferimenti in emergenza-urgenza. Tali presidi sono previsti nelle sedi di seguito elencate:

- Isola di Capri: il piano prevede un ospedale (Ospedale di Capilupi) con pronto soccorso e con 20 posti letto di medicina.
- Roccamare: è previsto un ospedale con pronto soccorso e con 20 posti letto di medicina;
- Agropoli: è previsto un ospedale con pronto soccorso e con 20 posti letto di medicina
- Castiglione di Stabia (presidio della AOU Ruggi): è previsto un ospedale con pronto soccorso e con 20 posti letto di medicina.

Per l'isola di Procida: il piano prevede un Punto di Primo Intervento più un ospedale di comunità. L'Azienda potrà individuare idonei modelli organizzativi per garantire specifiche criticità per

Perogazione dei LEA. Nel primo trimestre dell'anno 2017 sarà effettuata una valutazione dell'operatività di tutti i punti di accesso, con riferimento all'anno 2016, al fine di verificare il numero di accessi e valutarne la compatibilità con gli standard pari a 20.000 accessi per il pronto soccorso, 45.000 per il DEA di I° livello e 70.000 per il DEA di II° livello.

All'interno del quadro riportato, configurato sulla base dell'articolazione dei presidi per livelli di complessità secondo i criteri della rete dell'emergenza-urgenza, è prevista la costruzione delle reti per patologia che integrano l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale, secondo le indicazioni di specifico Regolamento, nonché il collegamento, particolarmente per quanto riguarda le reti per patologie tempo-dipendenti, alla rete emergenza-urgenza.

Postazioni Fisse di Primo Soccorso Territoriale (PSAUT)

E' prevista la possibilità di riduzioni dei parametri in relazione alla necessità di erogare il servizio per situazioni peculiari, quali l'assistenza alle isole minori o a comunità isolate, dove l'integrazione con il soccorso ordinario presenti difficoltà non altrimenti superabili. E' prevista, inoltre, l'adozione di un piano complessivo di interventi che possa trovare graduale applicazione nel tempo, relativamente ad una rete integrata di siti collegati all'attività di elisoccorso, individuati a diversi livelli, in adesione a quanto già previsto nella normativa nazionale. Sarà compito del Direttore del Dipartimento integrato dell'emergenza, sulla base delle indicazioni che saranno fornite dalla nuova Azienda regionale per l'emergenza, proporre alla Direzione strategica la dislocazione dei presidi di emergenza, il raccordo funzionale, la indicazione delle risorse umane necessarie, dipendenti o convenzionate, nonché di quelle strutturali e tecnologiche. E' compito, infatti, della Regione Campania, indicare e disporre le linee di attività necessarie, per assicurare:

- il coordinamento dei vari sottosistemi dell'emergenza al fine di ottimizzare l'integrazione della richiesta di soccorso con la risposta del sistema (soccorsi territoriali e risposta ospedaliera);
- la gestione integrata del personale medico e infermieristico operante nell'area di emergenza-urgenza;
- la partecipazione dei medici di continuità assistenziale alle attività di emergenza nei Pronto Soccorso, limitatamente all'assistenza dei codici bianchi, con la costituzione di ambulatori ad essi dedicati H24;
- il raccordo funzionale tra le strutture territoriali e le strutture ospedaliere, secondo il modello "hub" e "spoke".
- L'assegnazione della gestione delle risorse umane alla Azienda Unica Regionale assicurando comunque l'utilizzo del sistema tecnologico esistente nell'ambito del sistema dell'emergenza territoriale
- L'ammodernamento tecnologico e servizi di telemedicina per un miglioramento dell'efficacia del sistema e dell'appropriatezza dei setting assistenziali prescelti in emergenza-urgenza dal personale a bordo dei mezzi di soccorso

La Deliberazione della Giunta Regionale n.1268 del 16/07/2009 rimane in vigore fino alla approvazione di un nuovo Piano regionale, per quanto compatibile. Nel contempo il Coordinamento Regionale del Sistema Integrato dell'Emergenza provvederà al suo aggiornamento e alla transizione verso il modello di gestione unitaria del sistema attraverso la costituzione con specifico decreto commissariale, da adottarsi entro il 31/12/2016, della Azienda Regionale Unica per l'Emergenza in Campania (ARUEC).

Il fabbisogno dei mezzi di soccorso avanzati sul territorio regionale viene individuato in un mezzo di soccorso ogni 60.000 abitanti con la copertura di un territorio non superiore a 350 Kmq.. Sotto il Coordinamento Regionale si implementerà la riorganizzazione del sistema regionale del trasporto

pazienti, realizzando la parziale medicalizzazione del servizio con l'uso di Auto mediche e di Mezzi di Soccorso di Base, armonizzandolo con gli attuali PSAUT (Postazioni fisse del sistema 118 dotate di ambulanza medicalizzata, tutti attualmente al di sotto di 6.000 interventi l'anno, da riconvertire, una volta realizzate le opportune modifiche normative e organizzative, come Punti di Primo Intervento. Tramite l'elisoccorso viene garantita un'assistenza sanitaria ad alto livello di intensività con tempi di intervento molto rapidi, specie in località isolate o remote. Tale modalità di trasporto consente inoltre una veloce ospedalizzazione presso la struttura ospedaliera ritenuta più idonea, anche se questa è distante dal luogo dell'evento. Il trasporto aereo risulta più confortevole e potenzialmente molto meno rischioso per i pazienti affetti da trauma grave; in questi casi il trasporto aereo, rispetto a quello in ambulanza, specie su strade di montagna, riduce notevolmente le sollecitazioni cinetiche, rappresentando, quindi, un elemento di maggiore sicurezza per il cittadino trasportato. Per il fabbisogno di basi operative di elisoccorso, il piano prevede i seguenti standard: • per i mezzi diurni: una base operativa per una previsione media di interventi compresi tra 400 e 600 all'anno; tale fabbisogno è motivato dalla numerosità dei mezzi a terra e alla definizione della rete ospedaliera. • per i mezzi notturni: una base operativa per una previsione media di interventi compresa tra 350 e 550 all'anno. Il servizio di elisoccorso deve essere integrato con il sistema di soccorso a terra, tramite adeguate reti di eli-superfici notturne a servizio delle destinazioni sanitarie, ed eli-superfici a servizio di comunità isolate o aree disagiate. Le basi operative delle Elisuperfici previste per il territorio di questa Azienda, sono ubicate in:

- Campo sportivo nuovo AGROPOLI (SA);
- Campo sportivo in paese AMALFI (SA);
- Estremità molo est AMENDOLA - AMALFI (SA);
- Stadio comunale BATTIPAGLIA;
- Campo sportivo CAPACCIO (SA);
- CAVA DEI TIRRENI (SA) Stadio vicino al cimitero CELLULE;
- Campo sportivo in erba EBOLI;
- Molo parte terminale della diga MAIORI (SA)
- Campo sportivo adiacente ospedale MERCATO SAN SEVERINO (SA);
- Molo di attracco MINORI (SA);
- Campo sportivo NOCERA INFERIORE (SA);
- Piazzale presso l'Ospedale OLIVETO CITRA (SA);
- Campo sportivo PAGANI;
- Campo sportivo POLLA (SA);
- Campo sportivo MONTEPERTUSO (POSITANO) (SA);
- A NE del paese, in quota CARCARONE (POSITANO) (SA);
- Piccolo quadrato in cemento pos. a valle ss 163 interno insenatura POSITANO (MOLO PORTO);
- Terrazzamenti in asfalto area adiacente l'ospedale ROCCADASPIDE;
- Area adiacente ospedale AOU San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona SALERNO;
- Campo sportivo SAPRI (SA);
- Campo sportivo in erba SARNO (SA);
- Piazzale mercato, vicino cimitero SCAFATI (SA);
- Zona Fieristica VALLO DELLA LUCANIA.

Le reti per l'emergenza - urgenza

All'interno della rete ospedaliera, configurata sulla base dell'articolazione dei presidi per livelli di complessità secondo i criteri della rete dell'emergenza-urgenza, è prevista la costruzione delle reti per

patologia che integrano l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale, secondo le indicazioni di specifico Regolamento, nonché il collegamento, particolarmente per quanto riguarda le reti per patologie tempo-dipendenti, alla rete emergenza-urgenza

Le reti cliniche tempo-dipendenti previste sono:

- La rete IMA;
- La rete Stroke;
- La rete Traumatologica;
- La rete delle Emergenze Pediatriche
- La rete dell'Emergenze Digestive;
- La rete Neonatologica con i punti nascita.

Le reti sono costruite secondo il modello hub e spoke, previsto su due o tre livelli. L'integrazione del percorso di presa in carico del paziente tra contesto territoriale di riferimento e ospedale, appare oggi ancora un aspetto critico del sistema. E' necessario migliorare i livelli di raccordo tra strutture ospedaliere e sistema urgenza-emergenza 118. Le risorse del territorio, inoltre, vanno raccordate al loro stesso interno con coinvolgimento della Medicina Generale, degli Specialisti Ambulatoriali, del sistema di trasporto in emergenza urgenza, della Continuità Assistenziale, anche postulando una completa riorganizzazione del percorso di presa in carico. In particolare, l'ottimizzazione del raccordo tra operatori e strutture coinvolti richiede:

- un costante monitoraggio della attuale organizzazione e delle risorse presenti sul territorio quale premessa fondamentale per una programmazione più efficiente ed efficace;
- la creazione ed efficientamento di un sistema di rete integrato con costituzione di un fascicolo sanitario elettronico per la gestione costante e aggiornata dei dati sanitari;
- la formazione permanente degli operatori coinvolti nel sistema secondo il livello di intervento richiesto ad ognuno;
- l'utilizzo di un sistema di indicatori in continuo per la valutazione del servizio, in termini di risposte organizzative e delle procedure seguite, nonché in termini di esiti sanitari degli interventi effettuati. L'aspetto della formazione permanente con adeguato livello di competenze tecnicospediatriche e capacità organizzative degli operatori, rappresenta ancora una criticità per la Regione Campania; pertanto vanno creati percorsi di formazione interamente dedicati all'acquisizione delle competenze necessarie all'interno di un sistema complesso quale è quella della gestione delle emergenze sanitarie.

La modalità di risposta all'emergenza-urgenza si articola su tre livelli funzionalmente differenziati ma organizzati in maniera gerarchica, tale da comprendere strutture ospedaliere di base, DEA di I° e II° livello. Le componenti costitutive minime per tale tipologia di presidi sono quelle indicate nel Piano di riordino della rete ospedaliera. In particolare, la rete ospedaliera dell'emergenza è organizzata su diversi livelli di operatività:

- Ospedali in zone particolarmente disagiate. Sono presidi ospedalieri di base prevedibili in zone particolarmente disagiate (zone montane, isole, ecc), distanti almeno 90 minuti dai centri hub o spoke di riferimento (o 60 minuti dai presidi di pronto soccorso) per bacini di utenza inferiori agli 80.000 abitanti. In questi presidi ospedalieri occorre garantire una attività di pronto soccorso con la conseguente disponibilità dei necessari servizi di supporto attività di medicina interna, di chirurgia ridotta con funzioni chirurgiche non prettamente di emergenza, integrati nella rete ospedaliera di area disagiata e dotati indicativamente di:
 - o un reparto di 20 posti letto di medicina generale con un proprio organico di medici e infermieri;
 - o una chirurgia elettiva ridotta che effettua interventi in Day surgery o eventualmente in Week Surgery con la possibilità di appoggio nei letti di medicina;

- Ospedali di base sede di Pronto Soccorso, previsto per un bacino di utenza compreso tra 80.000 e 150.000 abitanti, un tempo di percorrenza inferiore a 60 minuti verso il DEA di riferimento e numero di accessi superiore a 20.000. E' deputato ad effettuare in emergenza-urgenza procedure diagnostiche, trattamenti terapeutici, ricovero oppure stabilizzazione clinica e trasferimento urgente al DEA di livello superiore di cura, in continuità di assistenza, secondo i protocolli concordati per patologia. Le discipline previste sono quelle già riportate per gli ospedali di base. Il pronto soccorso deve essere dotato di letti di Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.) proporzionali al bacino di utenza e alla media degli accessi.
- Ospedali sede di DEA di I° livello. Esegue tutti gli interventi previsti per l'ospedale sede di PS e svolge funzioni di pronto soccorso e accettazione in emergenza-urgenza per patologie di maggiore complessità, di osservazione breve intensiva e di medicina di urgenza e, ove necessario, trasferisce in continuità di assistenza al DEA di II° livello (hub) per livello superiore di cura. La struttura sede di DEA di I° livello serve un bacino di utenza compreso tra 150.000 e 300.000 abitanti con un numero di accessi annui appropriati superiore a 45.000 e deve essere dotato delle strutture già riportate in precedenza.
- Ospedali DEA di II° livello. Esegue tutti gli interventi previsti nell'ospedale sede di DEA di I° livello ed è sede di discipline di riferimento per le reti delle patologie complesse; effettua le funzioni di pronto soccorso e accettazione in emergenza-urgenza per il trattamento delle patologie acute ad elevata complessità (Centro ustioni, Centro trapianti, Unità spinali, Cardiochirurgia, Neurochirurgia). La struttura sede di DEA di II° livello serve un bacino d'utenza compreso tra 600.000 e 1.200.000 abitanti, con numero di accessi annui appropriati superiore a 70.000 e deve essere dotato delle strutture già riportate in precedenza.

Articolazione delle reti tempo dipendenti

L'Azienda promuove le opportune forme di integrazione della propria attività territoriale ed ospedaliera con quella delle altre strutture sanitarie della Regione Campania e nell'ambito del sistema delle reti del Servizio Sanitario Regionale. Per raggiungere tali risultati, opera in maniera da verificare le reali richieste di salute della popolazione di riferimento, attraverso opportuni studi epidemiologici e attraverso una verifica della cd. *mobilità passiva*, in modo da incrociare i bisogni e proporsi per una loro completa soddisfazione. Le Reti Integrate dei Servizi hanno l'obiettivo di garantire ai cittadini la migliore qualità assistenziale nell'erogazione dei servizi disponibili nei diversi ambiti territoriali del Sistema Sanitario Regionale, assicurando equità di accesso, efficienza allocativa e operativa ed efficacia complessiva degli esiti sulla salute.

L'organizzazione, secondo il modello delle reti integrate dei servizi, si basa sul presupposto che le competenze tecniche e professionali e le risorse tecnologiche necessarie ed appropriate per affrontare i problemi di salute della popolazione di riferimento debbano essere disponibili ed accessibili da qualsiasi punto della stessa. Infatti nell'attuale contesto organizzativo sanitario, al fine dei perseguire efficienza, efficacia e sostenibilità del sistema, l'evento assistenziale si costituisce sempre di meno come fatto "singolare" e sempre di più come processo inserito in una rete di servizi con cui il sistema si "prende cura" del bisogno espresso.

Il sistema delle reti integrate presuppone l'abbandono del concetto di "localizzazione" della struttura operativa e del suo significato di proprietà esclusiva della sede di appartenenza per assumere quello di luogo di produzione di eventi assistenziali funzionale all'esigenza della rete, al servizio di comunità "allargate" di pazienti.

Alla base della programmazione e della organizzazione delle reti ci sono le relazioni funzionali fra i singoli nodi di produzione, con la precisa definizione delle caratteristiche che ciascuno di questi deve possedere per garantire la sua funzione nell'ambito della rete. Questo modello organizzativo

presuppone la cooperazione fra le singole unità produttive all'interno della rete di cui fanno parte, secondo i diversi livelli di complessità dell'intervento assistenziale loro attribuito.

La logica sottostante l'organizzazione di una rete di servizi in cui competenze professionali e risorse tecnologiche sono orientate sia verso la popolazione residente in un determinato ambito di riferimento sia verso categorie specifiche di utilizzatori, può essere applicata sia a livello dell'intero sistema sanitario regionale che al sistema dei servizi aziendali, così come alle singole strutture operative. A qualsiasi livello organizzativo devono essere rispettati i criteri di appropriatezza, efficacia, sicurezza, equità ed efficienza nella erogazione delle prestazioni assistenziali.

La rete cardiologica

La sindrome coronarica acuta (SCA) e le altre emergenze cardiologiche (scompenso cardiaco ed aritmie) costituiscono condizioni di alta frequenza e mortalità che presuppongono trattamenti di elevata complessità, che hanno nelle Unità intensive coronariche (UTIC), nei Servizi di Emodinamica interventistica (EI) e nelle UO di Cardiocirurgia i loro cardini assistenziali fondamentali. In particolare i Pazienti con SCA in accordo con le linee guida internazionali, si giovano di trattamenti intensivi, che includono la trombolisi farmacologica e, nella maggioranza dei casi, in tempi brevi o brevissimi, procedure invasive di pertinenza delle Emodinamiche Interventistiche, quali la coronarografia ed interventi di rivascolarizzazione. I documenti di consenso delle Società scientifiche e la Società Europea di Cardiologia sottolineano come per la gestione ottimale del paziente con IMA sia necessario un modello organizzativo coordinato di assistenza territoriale in rete. Tale organizzazione rappresenta il sistema organizzativo per la gestione dell'emergenza IMA, che integra i sistemi di intervento di emergenza-urgenza tra il territorio e ospedali a diversa complessità assistenziale, con interconnessione assicurata da un adeguato sistema di trasporto. Si tratta di una rete di intervento che parte dal territorio e si coniuga efficacemente con un'organizzazione interospedaliera, applicando protocolli diagnostico-terapeutici e percorsi differenziati (diretti, intra- e inter-ospedalieri) concordati, utilizzando Servizi ed Ospedali con funzioni differenziate per livelli di competenza e di risorse, e valorizzando l'importanza e la "pari dignità" di ogni ruolo e di ogni intervento. La Rete ha lo scopo di garantire a tutti i pazienti con infarto "STEMI" pari opportunità di accesso alle procedure salvavita di riperfusione coronarica, adottando strategie diagnostico-terapeutiche condivise e modulate, da un lato sul profilo di rischio del paziente e dall'altro sulle risorse strutturali e logistiche disponibili.

Le principali finalità sono:

- ottenere il numero più elevato possibile di riperfusioni coronariche nell'IMA attraverso l'utilizzo di angioplastica coronarica o trombolisi;
- utilizzare il sistema di riperfusione più efficace per il paziente su tutto il territorio regionale;
- assicurare il trattamento interventistico con angioplastica al maggior numero di pazienti, in particolare a quelli con shock cardiogeno ed a più alto rischio, ed ai pazienti con controindicazioni alla trombolisi;
- ottimizzare i percorsi diagnostico-terapeutici dei pazienti con IMA attraverso una diagnosi precoce e l'utilizzo ottimale dei sistemi di teletrasmissione Elettrocardiografica a distanza in primis da parte del 118;
- migliorare la prognosi dei pazienti con IMA;
- razionalizzare l'impiego delle risorse.

Il modello organizzativo adottato dal Piano è quello di una rete di intervento territoriale imperniato sul Servizio di Emergenza del 118 (e poi la Azienda Unica Regionale per l'Emergenza e Urgenza Campania – AUREUC) a cui si affianca una rete interospedaliera coordinata di tipo hub e spoke; tale modello garantisce l'equità dell'accesso a tutti i cittadini, indipendentemente dal luogo in cui si manifesti il bisogno di assistenza. Esso si fonda sull'interazione e sulla complementarietà funzionale

dei presidi e delle strutture indipendentemente dalla loro collocazione fisica ed amministrativa. L'applicazione pratica di questa organizzazione, secondo il modello "Hub & Spoke" presuppone anzitutto l'individuazione delle relazioni e delle gerarchie fra i punti di produzione dei servizi classificati, in funzione della complessità:

- spoke (UTIC semplice);
- hub di 1° livello (UTIC con Emodinamica Interventistica);
- hub di 2° livello (solo in struttura pubblica presenza di UTIC, Emodinamica Interventistica e Cardiocirurgia, collocato in un DEA di II livello, con annesso servizio di accettazione h24 per le emergenze cardiovascolari nell'ambito della rete).

Parimenti indispensabile è l'attivazione di schemi organizzativi e di una centrale cardiologica, coordinata con la centrale operativa del 118, che siano in grado di facilitare la costruzione del percorso assistenziale sulle esigenze del paziente e la ricerca di strumenti di comunicazione che, in modo rapido, mettano in connessione i vari punti del sistema. La definizione dei percorsi assistenziali per fornire una risposta globale alle esigenze del paziente è un obiettivo fondamentale del Governo Clinico: individuazione di una serie di azioni cliniche e assistenziali, basate sulle evidenze presenti nella letteratura scientifica, logicamente correlate e svolte con tempi definiti che devono essere realizzate da un insieme di professionisti funzionalmente integrati, indipendentemente dalla struttura di appartenenza. In questo caso l'integrazione del sistema diviene necessaria per favorire la formazione di gruppi multidisciplinari trasversali rispetto ai settori di lavoro e per assicurare continuità, efficacia, efficienza e qualità della risposta. Nella rete per l'emergenza cardiovascolare, l'UTIC, di qualsiasi livello, è il perno attorno al quale ruota l'organizzazione dell'assistenza al paziente cardiopatico acuto. Vanno collegati in rete ospedali con differenti livelli di complessità, ponendo al centro le relazioni tra le diverse unità operative, per poter centralizzare o decentrare il paziente ricoverato, secondo le necessità di ciascuno. Una componente fondamentale dell'assistenza al cardiopatico ischemico post acuto e post chirurgico è la cardiopatia riabilitativa post acuta. Tale attività è infatti in grado di garantire una gestione più idonea dei reparti per acuti cardiologici e cardiocirurgici, consentendo, a minori costi, una dimissione precoce ma protetta ed un più agile turnover di posti letto. La titolarità delle attività di cardiologia riabilitativa è da attribuire allo specialista cardiologo. L'iter procedurale ad oggi condotto per l'attivazione operativa della rete cardiologica in Regione Campania è ormai in fase di completamento. Infatti il Coordinamento Regionale del sistema Integrato dell'Emergenza, con il supporto del tavolo tecnico istituito con DCA n.23 del 9/3/2012 ha realizzato il documento "Rete dell'Infarto Miocardico Acuto – Protocollo clinico-organizzativo ai sensi del DCA n.49 del 27/9/2010", approvato con DCA n.29 del 15/3/2013, che contiene i protocolli operativi per il funzionamento della rete (i cui centri hub & spoke sono stati individuati da programmazione precedente), nonché le caratteristiche tecnologiche necessarie per la trasmissione dei referti, comprese le relative modalità di acquisto. Nel contempo lo stesso tavolo tecnico ha elaborato e predisposto tutto il materiale necessario per l'attuazione della formazione regionale prevista. Il Coordinamento Regionale del sistema integrato dell'Emergenza ha attivato i tavoli tecnici provinciali previsti dal DCA n. 63 del 19/6/2012 per l'avvio della sperimentazione attuativa che comprende una fase di formazione del personale. Nel frattempo è già stata aggiudicata la gara presso So.Re.Sa. per l'acquisto delle tecnologie necessarie per la trasmissione dei referti (elettrocardiografi-defibrillatori per i mezzi di trasporto, attrezzature per la trasmissione delle immagini, attrezzature informatiche per il collegamento tra le Centrali operative, tablet per l'acquisizione delle informazioni NSIS a bordo dei mezzi di trasporto). Pertanto entro il 31/12/2016 è previsto l'avvio della fase di sperimentazione e la contestuale attivazione delle procedure operative in tutte le province. Nel contempo la Direzione Generale Tutela della Salute e Coordinamento del SSR, attraverso la propria struttura di staff tecnico-operativo che svolge compiti di Coordinamento Operativo Regionale del Sistema Integrato dell'Emergenza-Urgenza, provvederà a definire, a

completamento di quanto già realizzato e tenuto conto delle criticità strutturali legate al tema della riabilitazione, un protocollo operativo per l'organizzazione della riabilitazione cardiologica L'Intesa Stato Regioni n. 98 del 5/8/2014 definisce con esattezza la metodologia per il calcolo del fabbisogno di strutture da prevedere sul territorio regionale in base alla popolazione servita. Per quanto riguarda le discipline da ricomprendere nella rete dell'emergenza cardiologica il fabbisogno per la Regione Campania è il seguente:

- una Emodinamica interventistica ogni 300.000-600.000 abitanti: per la Regione Campania questo comporta un numero previsto: min 10 a max 20;
- una UTIC ogni 150.000-300.000 abitanti: per la Regione Campania questo comporta un numero previsto da min 20 a max 39 (di cui da 10 a 20 provviste di emodinamica interventistica). Ovviamente per la ottimale funzionalità alla rete regionale tutte le emodinamiche interventistiche previste dal Piano devono garantire il funzionamento H24.

Tale obiettivo, in parte già realizzato, deve essere completato entro 8 mesi dall'approvazione del presente piano. La precedente programmazione ha definito la Rete cardiologica individuando complessivamente 15 Punti Hub (Emodinamiche) e 19 Punti Spoke (UTIC), per complessivi 34 punti di accesso. Tenuto conto della necessaria integrazione con le strutture private già accreditate, e considerata la residua disponibilità del complessivo fabbisogno si ritiene di dover integrare nella rete cardiologica quelle strutture private accreditate dotate di emodinamica interventistica e di cardiocirurgia, individuandole come punti Hub di 1° livello. Alle strutture non dotate di Pronto soccorso il paziente potrà accedere tramite il sistema Emergenza/urgenza. Alla luce di questa opportuna integrazione la Rete regionale per l'Emergenza Cardiologica risulta costituita, nel pieno rispetto del calcolo del fabbisogno regionale secondo il DM 70, dai seguenti centri:

- 17 Centri Spoke (Cardiologia con UTIC senza Emodinamiche Interventistiche);
- 13 Centri Hub di 1° livello (Cardiologie con UTIC con Emodinamica Interventistica),
- 6 Centri Hub di 2° Livello (Cardiologie con UTIC-Emodinamica Interventistica e Cardiocirurgica Riepilogo Punti di Accesso della Rete IMA

Per la Macro Area Salerno, presso l'AOU Ruggi è ubicata l'Hub II, **presso i presidi Vallo della Lucania, di Nocera Inferiore e di Eboli l'HUB 1. Gli ospedali di Sarno, Sapri e Polla costituiscono Spoke della rete.**

La Rete per l'ictus

Sulla base delle proposte elaborate del Gruppo Regionale di Lavoro, è stato elaborato il modello di Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per l'ictus cerebrale. L'analisi dei casi incidenti per l'anno 2013, include le diagnosi associabili all'ictus cerebrale e permette di aggregare patologie con differente percorso terapeutico:

- i casi di emorragia cerebrale;
- i casi di ictus trombotico;
- i casi di TIA (ischemie transitorie);
- i casi di vasculopatie cerebrali acute e subacute senza danno immediato del tessuto nervoso.

Va tenuto conto della difficoltà di diagnosi uniforme di ictus: infatti le diagnosi utilizzate, e concordate con i rappresentanti locali delle Società Scientifiche mediche, sono numerose e non tutte strettamente specifiche per le forme acute e gravi di vasculopatie cerebrali, ma funzionali a non escludere casistica mal codificata, con l'effetto di includere anche casi non proprio attinenti. Il numero di posti letto programmati per spoke e hub è stato elaborato, pertanto, in funzione degli obiettivi regionali di cura per l'ictus:

- trattare chirurgicamente o per via endovascolare il 30% dei casi di emorragia cerebrale, incluso l'ESA;
- effettuare la trombolisi sistemica e/o endovascolare al 10% dei casi di ictus trombotico;

- assicurare adeguata assistenza in ambiente idoneo a tutti i casi di ictus e TIA.

La rete tempo-dipendente per lo stroke della Regione Campania prevede livelli assistenziali diversi per dotazione strutturali e capacità assistenziali, ed utilizza un modello organizzativo di tipo hub e spoke. Vengono utilizzati i seguenti nodi della rete:

- centri Hub: corrispondono alle Unità per l'ictus di 2° livello (propriamente identificate come Stroke Unit), costituite da aree di assistenza subintensiva, in ospedali dotati di unità operative di neurologia, neuroradiologia e neurochirurgia, con consolidata esperienza nella trombolisi sistemica e nell'approccio chirurgico sia endovascolare neuroradiologico sia vascolare neurochirurgico. Assicurano competenze di chirurgia vascolare, fisioterapia, logopedia, assistenza psicologica. Le unità ictus sono inserite di norma nell'ambito delle unità di neurologia e sono allocate in ospedali sede di D.E.A. di II° livello e nella AOU Federico II. Per le emorragie cerebrali, ed in particolare per l'Emorragia Subaracnoidea si prevedono posti letto dedicati, che in relazione ai volumi di attività ed ai modelli organizzativi aziendali, possono essere allocati in neurochirurgia o nelle unità stroke.
- centri Spoke, generalmente ubicati nei D.E.A. di I° livello, dotati di aree di degenza con parte dei letti monitorati, preferibilmente dislocate nelle unità di neurologia ed autorizzati alla trombolisi sistemica. Tutti gli ospedali con pronto soccorso, ai quali giungono autonomamente la maggior parte dei casi di ictus, sono funzionalmente integrati nella rete stroke. Questi ospedali sono connessi, in via telematica per la trasmissione delle immagini, ai centri ictus spoke o hub, ai quali trasferiscono i pazienti selezionati dagli stessi. I pazienti non trasferiti sono ricoverati nelle degenze di medicina o geriatria. Fanno parte della rete con i relativi posti letto dedicati le strutture ospedaliere di riabilitazione cod. 56 e di lungodegenza cod. 60 che riserveranno posti dedicati alla gestione post ictus.

Il principio guida nella organizzazione della rete deve essere quello di selezionare i pazienti da indirizzare alle unità ictus (sia hub che spoke), perché suscettibili di terapia chirurgica, endovascolare o farmacologica, assistendo gli altri pazienti, che sono la gran maggioranza, in aree di degenze a minor specializzazione. I posti letto delle unità ictus devono essere utilizzati, prioritariamente ma non esclusivamente, dai pazienti che possono trarre beneficio dalla tecnologia degli stessi centri. I criteri di cui sopra sono coerenti con le indicazioni contenute nei Quaderni del Ministero della salute n. 14 marzo-aprile 2012: "Criteri di appropriatezza strutturale, tecnologica e clinica per la prevenzione, diagnosi e cura della patologia cerebrovascolare". L'organizzazione del primo soccorso, il cosiddetto "percorso Ictus" è quindi il fattore chiave per selezionare ed indirizzare i pazienti verso il centro giusto, e va accuratamente predisposto in ogni singola ASL. Tutto il percorso assistenziale per l'ictus trombotico deve tendere ad assicurare l'inizio della terapia entro 4.30 ore dall'inizio dei sintomi; per le forme emorragiche la tempistica dell'intervento è variabile, ma è comunque opportuno ridurre a tempi strettamente necessari la fase di diagnosi e dell'eventuale trasferimento del paziente, entro le sei ore dall'inizio dei sintomi. Nel caso di trasporto con il 118, la centrale operativa stabilisce la sede di ricovero più opportuna come da raccomandazioni contenute nell'allegato P.D.T.A.; tuttavia la prevalenza dei pazienti viene trasportata con mezzi propri e quindi quasi sempre raggiunge l'ospedale più vicino. Questi ospedali, in relazione a specifiche condizioni cliniche, possono trasferire i pazienti, previo accordo, ai centri ictus ovvero assisterli nelle proprie degenze di medicina o geriatria. Qualsiasi trasferimento di pazienti con ictus al centro ictus (spoke-hub) di riferimento, dal 118 o da altri ospedali, deve essere preventivamente autorizzato dal centro stesso; il centro ictus (spoke-hub) non può rifiutare il trasferimento di pazienti suscettibili di terapia trombolitica o chirurgica dall'area di proprio competenza. Trasferire pazienti, che non hanno possibilità di giovare della tecnologia delle unità stroke (spoke-hub), senza l'autorizzazione del centro (spoke-hub) rischia di produrre un intasamento ed un malfunzionamento degli stessi e quindi di vanificare la funzione stessa della rete. Nella fase attuativa della rete ictus delle singole aree territoriali può tornare utile definire una unità

ictus (spoke-hub) di riferimento ma anche una unità ictus di seconda opportunità nel caso di indisponibilità della prima.

- Il presente modello di rete ictus basato sullo studio della incidenza annuale di casi di malattia, ritiene sufficienti per le esigenze regionali il seguente assetto: 7 unità ictus (stroke unit) in hub e 14 unità ictus (stroke unit) in spoke. Gli ospedali con pronto soccorso sono connessi con le predette unità stroke, alle quali hanno la possibilità di trasferire pazienti selezionati, assistendo gli altri casi nelle degenze di neurologia, medicina e geriatria. I criteri con cui sono stati identificati i centri stroke sono:
 - o la dimensione provinciale per la rete ictus, e la rispondenza alla rete dell'emergenza-urgenza;
 - o il numero dei ricoveri per patologia cerebrovascolare acuta mediamente effettuati negli ultimi tre anni;
 - o l'accessibilità alla rete in relazione alle finalità di adeguare l'offerta di servizi alla densità di popolazione;
 - o assicurare tempi di trasporto brevi, 60 minuti come riferimento, per raggiungere un centro stroke da un qualsiasi punto della regione.

In adesione ai predetti criteri si prevedono, per **l' Area Salerno, Hub e Spoke nella rete per Pictus: AOU Ruggi - PO di Polla - PO Nocera Inferiore - PO Vallo della Lucania.** In termini assistenziali si declina la seguente rete su due aree geografiche: l'area della città di Salerno e tutta l'area a sud fanno capo: • al Centro stroke hub dell'AOU Ruggi d'Aragona; • **ai 2 Centri spoke del PO di Vallo della Lucania e del PO di Polla;** l' area nord dell'agro nocerino-sarnese fa riferimento: • **Al Centro Hub del PO di Nocera Inferiore che accoglie anche pazienti della ASL NA 3** nella quale non esistono centri con competenze chirurgiche specifiche. Nel futuro l'apertura dell'Ospedale del Mare, con annesso centro stroke hub, potrebbe attrarre l'utenza della ASL NA3 al momento indirizzata verso l'ospedale di Nocera Inferiore, che quindi ridimensionerebbe il proprio bacino di attrazione e il ruolo nell'ambito della rete stroke pur rimanendo centro hub.

Il piano prevede di mettere a punto una griglia di indicatori che permetta di valutare il funzionamento della rete stroke. Allo stato attuale sono disponibili i soli dati dei ricoveri ospedalieri (flusso SDO) che sarà necessario integrare con poche e mirate informazioni. I dati di specialistica ambulatoriale, farmaceutica, assistenza territoriale ed attività residenziali, anagrafe e mortalità non sono per il momento utilizzabili allo scopo. Le Aziende sanitarie aderiscono ad uno specifico gruppo di lavoro regionale che monitora i seguenti indicatori: • Ora esecuzione esame strumentale dopo arrivo paziente in ospedale: • Percentuale di casi trattati con trombolisi sistemica: • Percentuale di interventi chirurgici sia per quadri emorragici che trombotici: • Trasferimenti spoke-hub: • Tempo fra la dimissione dal reparto per acuti al ricovero in riabilitazione: Recidiva ictus - recidiva tia / ictus • Mortalità intraospedaliera a 7 giorni

La rete per il trauma

Il trauma nei Paesi occidentali è la terza causa di morte dopo le malattie cardiovascolari ed i tumori e la prima causa nella popolazione al di sotto dei 45 anni. Riguarda prevalentemente fasce di popolazione attiva, costituisce un enorme costo sociale, con residue condizioni invalidanti. La rilevanza del tema è stata evidenziata anche per l'interessamento della Sezione I del Consiglio Superiore di Sanità su indicazione del Ministro della Salute con la produzione di un documento del luglio 2004. In esso si affronta la problematica dell'assistenza al trauma maggiore, individuando le seguenti condizioni al fine di garantire un'assistenza adeguata durante tutte le fasi del soccorso:

- la necessità di un primo inquadramento generale dell'infortunato sul campo con riconoscimento preliminare delle lesioni e delle priorità terapeutiche;
- la capacità di istituire sul campo e durante il trasporto le eventuali manovre di supporto di base ed avanzato della funzione respiratoria e circolatoria;
- l'avvio del paziente alla struttura ospedaliera più adeguata, in grado di offrire un trattamento efficace e definitivo delle lesioni (che non è necessariamente quella più vicina al luogo dell'incidente);
- la connessione operativa dei servizi per la gestione in fase acuta con le strutture riabilitative allo scopo di assicurare, secondo un principio di continuità terapeutica, la presa in carico precoce del paziente da parte dei sanitari deputati alla riabilitazione.

Questi aspetti sono stati affrontati anche nell'ambito dell'accordo Stato Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano del 4 aprile 2002 sulle "Linee guida per l'organizzazione di un sistema integrato di assistenza ai pazienti traumatizzati da mielolesioni e/o cerebrolesioni", che ha individuato la necessità di sistemi integrati extraintraospedalieri di assistenza ai soggetti colpiti da traumatismo (detti Sistemi Integrati per l'Assistenza al Trauma Maggiore, SIAT) imperniati su strutture ospedaliere specificamente competenti nella cura del trauma definite "Centri Trauma" o "Trauma Centers" e sui Centri di Riabilitazione. Più recentemente il Regolamento "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'Assistenza ospedaliera", approvato con Intesa Stato Regioni n. 95 del 5 agosto 2014, ha esplicitamente previsto la necessità di costituire sistemi integrati extra-intraospedalieri di assistenza ai soggetti colpiti da traumatismo detti SIAT. Il Centro Traumi è organizzato secondo il modello di un'unità operativa funzionale ed interdisciplinare all'interno di un Dipartimento di Emergenza Accettazione (DEA) di un Ospedale ("Trauma Team"), con funzioni di coordinamento delle varie competenze specialistiche che, pur mantenendo l'appartenenza alle singole unità operative, quando necessario, convergono e vengono finalizzate alla gestione del traumatizzato secondo protocolli prestabiliti e condivisi. La vittima di un trauma maggiore si giova non solo di una gestione multidisciplinare in urgenza/emergenza volta al trattamento delle lesioni prodotte dal trauma, ma anche di una tempestiva presa in carico da parte degli Specialisti di Riabilitazione che deve iniziare già in fase acuta con la formulazione di un progetto riabilitativo individuale, finalizzato al recupero del grado di funzione il più elevato possibile. L'introduzione nel Trauma Team degli specialisti di riabilitazione consente la valutazione precoce dei pazienti destinati ad un percorso riabilitativo e la messa in atto immediata di provvedimenti che favoriscono il successivo recupero funzionale.

Sistema Integrato per Assistenza al Trauma (SIAT)

L'istituzione di sistemi integrati di assistenza ai soggetti colpiti da trauma denominati "Trauma System" o Sistema integrato per l'assistenza al trauma (SIAT) consente una riduzione dei decessi evitabili per trauma. La finalità di un SIAT è quella di assicurare la cura definitiva del paziente con trauma maggiore nel minor tempo possibile e nel luogo più adatto. I traumi cosiddetti minori, che cioè non soddisfano i criteri pre-ospedalieri di severità, possono afferire all'Ospedale più vicino dotato di un Pronto Soccorso, indipendentemente dalla sua appartenenza e dal suo livello nell'ambito del SIAT. Se a seguito della valutazione medica tali pazienti vengono considerati affetti da lesioni potenzialmente a rischio per la sopravvivenza, deve essere possibile attivare un trasferimento presso i centri trauma del SIAT (trasporti secondari urgenti a carico del 118). Si identifica quindi un modello di rete ospedaliera che si dota, tra le altre funzioni, di un'organizzazione specifica per la cura del trauma maggiore con la partecipazione degli altri Ospedali non compresi nella rete ma deputati alla cura dei traumi minori. Secondo il modello SIAT tutti i traumi con criteri di triage indicativi di

trauma maggiore devono essere trasportati al centro trauma in relazione alla tipologia delle lesioni e alla necessità di eventuali alte specialità al fine di rispettare il più possibile il principio di centralizzazione primaria, cioè del trasporto immediato al luogo di cura definitiva. In caso di impossibilità al controllo e al trattamento in sede extraospedaliera dell'instabilità respiratoria o circolatoria da parte del personale sanitario, il paziente deve essere trasportato, indipendentemente dal tipo di lesioni, al più vicino centro trauma per la stabilizzazione iniziale per poi essere trasferito, se necessario, alla struttura di livello superiore, una volta ottenuto il controllo della funzione cardio, avvalendosi di tecnologie per la trasmissione di immagini e dati. Il principio operativo di centralizzazione permette non solo di ottenere la concentrazione della patologia maggiore in poche sedi ove vengono predisposte le risorse specifiche, ma anche di consentire un addestramento adeguato e continuativo delle équipes di sanitari. Il CTS (Centro Traumi ad alta Specializzazione) funge da ospedale di riferimento per i traumi della sua area di competenza e deve essere in grado di accogliere pazienti provenienti dal resto del SIAT con problematiche polidistrettuali o che necessitino di alte specialità, qualora non presenti presso gli altri Ospedali della rete: CTZ (Centro Traumi di Zona), PST (Presidi di Pronto Soccorso per Traumi). Il CTS, per il suo ruolo specialistico, deve sempre avere a disposizione letti in area critica per accettare i pazienti provenienti da tutto il SIAT, che richiedano le sue attrezzature e competenze. La Regione predisporrà adeguati protocolli operativi e formativi per il buon funzionamento della rete. Nella maggior parte dei casi i pazienti traumatizzati gravi hanno un trauma cerebrale e/o midollare, motivo per il quale la neurochirurgia entra nella rete del SIAT. L'intero sistema è costituito da una rete di strutture ospedaliere tra loro funzionalmente connesse e classificate sulla base delle risorse e delle competenze disponibili in: - Centri Traumi di alta Specializzazione (CTS): afferenti a DEA di II livello con Trauma Team del Dipartimento di Emergenza dedicato alla gestione del Trauma maggiore, in grado di accogliere pazienti con problematiche polidistrettuali o che necessitino di alte specialità, qualora non presenti presso gli altri Ospedali della Rete (CTZ, PST). Tali centri identificano e trattano 24 ore su 24, in modo definitivo, qualsiasi tipo di lesione mono o poli-distrettuale e garantiscono le cure intensive necessarie, salvo alcune funzioni particolarmente specifiche svolte in centri regionali (Centro Grandi Ustionati, Unità Spinale Unipolare e Riabilitazione del cranioleso, Camera Iperbarica, Centro Antiveneni). **Il CTS Campania Sud - AO S. Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona di Salerno, per il bacino d'utenza afferente alla macro-area di Salerno è individuato presso l'AOU Ruggi di Salerno. I CTZ ,per la provincia di Salerno sono individuati presso il PO Umberto I di Nocera e il PO S. Luca di Vallo della Lucania della ASL di Salerno afferenti al CTS Campania Sud.**

Presidi di Pronto Soccorso per Traumi (PST)

Sono individuati in tutti gli altri DEA di I livello e presso gli ospedali pubblici e privati accreditati dotati di Pronto Soccorso generale, che garantiscono il trattamento immediato, anche chirurgico, delle lesioni con instabilità cardio-respiratoria prima di un eventuale trasferimento ad una struttura di livello superiore. Per garantire la massima ricettività possibile da parte del CTZ, devono essere previsti protocolli concordati per la precoce presa in carico da parte del PST dei pazienti che hanno risolto presso il CTZ la fase acuta e non richiedono più trattamento specialistico. Il modello così configurato assicura l'integrazione con le Strutture di riabilitazione post-acuta (Unità spinali, U.O. Medicina riabilitativa), in modo da garantire la presa in carico del paziente ed ogni azione finalizzata ad una riabilitazione efficace.

Requisiti dei nodi della rete

I nodi della rete del Sistema Integrato di assistenza al Trauma devono avere i seguenti requisiti: - Presidio di Pronto soccorso per traumi (PST): devono essere disponibili le risorse sufficienti a garantire il trattamento immediato delle lesioni determinanti instabilità cardio-respiratoria prima di un eventuale trasferimento ad una struttura di livello superiore. Tale struttura si identifica con un Pronto soccorso generale. - Centro traumi di zona (CTZ), deve essere collocato in una struttura sede di DEA di I o di II livello e avere: • disponibilità 24 ore su 24 delle specialità di Chirurgia generale, Anestesia e Rianimazione, Medicina d'urgenza, Ortopedia; • una logistica e una dotazione tecnologica appropriate alla gestione delle emergenze-urgenze; • un laboratorio d'urgenza e un Centro trasfusionale attivi 24 ore su 24; • due sale operatorie contigue multifunzionali, dove poter svolgere interventi di Chirurgia generale d'urgenza e Chirurgia ortopedica più eventuali specialità connesse con il trattamento del traumatizzato. - Centro traumi ad alta specializzazione (CTS): oltre alle caratteristiche di minima definite per i CTZ devono essere disponibili tutte le risorse necessarie ad identificare e trattare 24 ore su 24 in modo definitivo qualsiasi tipo di lesione, e a garantire le cure intensive ai pazienti con problematiche poli-distrettuali. Tali centri devono registrare un volume di attività per trauma non inferiore ai 400-500 casi/anno e con una quota di traumi gravi superiore al 60% dell'intera casistica trattata. Nell'attuale ordinamento il CTS è collocabile presso un DEA di II livello in cui siano presenti anche specialità quali neurochirurgia, chirurgia maxillo-facciale, chirurgia plastica.

I nodi della Rete del Sistema Integrato per l'Assistenza al Trauma (SIAT), in provincia di Salerno, sono individuati nell' AOU Ruggi di Salerno e nei PO di Vallo della Lucania e PO di Nocera Inferiore.

La Rete per l'emergenza-urgenza traumatologica pediatrica

Il trauma rappresenta la principale causa di morte e di gravi sequele nella popolazione pediatrica dopo il primo anno di vita. In particolare il 44% dei decessi tra 1-4 anni è dovuto a un trauma. L'ipossia, il trauma cranico severo e l'emorragia massiva costituiscono le più frequenti cause di decesso. La prognosi di un bambino politraumatizzato può essere favorevolmente influenzata da un adeguato e tempestivo trattamento attuato nei primi minuti dall'evento. La disponibilità di un efficiente sistema di emergenza territoriale che sia in grado di stabilizzare la vittima sul luogo dell'evento, ove possibile, e di trasportarlo rapidamente ed in "sicurezza" ad un centro ad alta specializzazione può risultare quindi decisivo per migliorare la prognosi finale del paziente. Al di là dei necessari progetti di prevenzione, le conseguenze dei traumi sono riducibili attraverso l'istituzione di modelli di assistenza integrata tra territorio ed ospedale (Sistema Integrato per l'Assistenza al Trauma o SIAT), finalizzati a garantire l'arrivo del paziente nel tempo più rapido possibile all'ospedale in grado di erogare la cura definitiva. La gestione del trauma maggiore pediatrico (0-14 anni) richiede conoscenze ed abilità specifiche. Poiché il numero di traumi maggiori nel bambino è molto esiguo, tali competenze si acquisiscono solo attraverso elevate casistiche d'interventi e trattamenti intensivi anche non traumatologici. Si ritiene pertanto necessario centralizzare il più possibile la gestione di questi casi. La presenza nella struttura di una terapia intensiva pediatrica è ritenuta condizione essenziale ai fini del buon trattamento del bambino critico. Il C.T.S. a valenza pediatrica, si avvale della stessa tipologia di risorse dedicate all'adulto. Per rendere ottimale la gestione del bambino traumatizzato è necessaria la condivisione di percorsi diagnostico assistenziali che dal territorio all'ospedale pediatrico ai centri di riabilitazione indichino con chiarezza come gestire questi pazienti. In Campania il CTS pediatrico per l'intera Regione è individuato nell'AO Santobono-Pausilipon.

Le strutture assistenziali dedicate della rete sono dislocate sul territorio in modo da ottimizzare le connessioni funzionali tra ospedali periferici e centri di riferimento e condividono protocolli di

trasferimento e percorsi clinico-assistenziali. Al fine di poter governare le relazioni funzionali tra i nodi della rete, la Direzione Generale Tutela della Salute e Coordinamento del SSR, attraverso la propria struttura di staff tecnico-operativo che svolge compiti di Coordinamento Operativo Regionale del Sistema Integrato dell'Emergenza-Urgenza, nell'ambito dei compiti ad esso assegnati, coordinerà i tavoli territoriale ed ospedaliero per concordare procedure/protocolli interaziendali di gestione del trauma grave e neurotrauma in emergenza; tali protocolli devono essere sottoposti ad aggiornamento e verifica periodica e, in particolare, in essi, i centri hub devono definire, in accordo con gli spoke, le modalità di selezione dei pazienti da trattare nel centro di alta specialità per evitare l'inappropriatezza dei trasferimenti interospedalieri. Per Trasporto Secondario Protetto si intende il trasferimento assistito di un paziente critico da un ospedale ad un altro per ricovero o esecuzione di accertamenti diagnostici e/o trattamenti terapeutici urgenti che non possono essere effettuati nell'ospedale richiedente. Al fine di rendere operativi i presenti indirizzi regionali verrà emanato un Decreto Commissariale di nomina di uno specifico Gruppo di lavoro per il Trauma afferente al Coordinamento Regionale del Sistema di Emergenza-Urgenza; a quest'ultimo sono assegnati i seguenti compiti: - definizione del protocollo clinico-organizzativo per la gestione del paziente con trauma grave. - definizione di programmi regionali di formazione; - programmazione degli interventi per l'uso della telemedicina, al fine di consentire la rapidità di trasferimento delle immagini tra strutture per formulare la diagnosi precisa e decidere il percorso assistenziale migliore; - conduzione di audit clinici per l'implementazione ed il periodico aggiornamento di tale protocollo. - verifica dell'attività svolta. Presso l'Osservatorio Epidemiologico Regionale, è istituito il Registro Regionale Trauma in accordo con i flussi informativi ministeriali, con il compito di definire, popolare ed aggiornare gli indicatori utili alla Direzione Generale per le attività di audit del Comitato Trauma, in raccordo funzionale con il Programma Nazionale Esiti.

La rete per l'emergenza pediatrica

Il DM 70/2015 avvia la fase applicativa del processo di qualificazione e riorganizzazione della rete ospedaliera che, insieme a quella delle cure primarie, costituisce la fondamentale linea di programmazione sanitaria per la sostenibilità del SSN. Tale qualificazione e riorganizzazione è assolutamente indispensabile in Campania per la pediatria: infatti, pur essendo la regione Campania una regione caratterizzata da classi di età molto giovani, manca ancora di un sistema organizzato ed integrato di assistenza pediatrica. A tal fine occorre procedere: • alla definizione di una rete dell'emergenza pediatrica attraverso un modello hub-spoke (oggetto di questa sezione) con la definizione dei ruoli e delle competenze che ogni singola struttura deve svolgere tenendo conto che, nella fase acuta l'organizzazione deve avvenire per livelli diversificati di intensità di cure; • alla definizione di reti per le sub-specialità pediatriche e per la post-acuzie pediatrica, valorizzando le diverse eccellenze presenti sul territorio, attraverso un modello "poli-antenne", con la possibilità per un ospedale di essere "polo" per alcune specialità o "antenna" per altre; sono già preliminarmente definite in questo documento, nelle specifiche sezioni, la rete post-acuzie, la rete oncologica, la rete delle malattie rare, la rete della terapia del dolore e delle cure palliative; • alla definizione del modello di integrazione ospedale- territorio per le cure pediatriche, anche alla luce delle nuove forme di organizzazione delle cure primarie, finalizzate alla riduzione dell'ospedalizzazione del bambino, del ricorso inappropriato al pronto soccorso, della continuità e coerenza dei percorsi assistenziali.

10.1.2 La riorganizzazione del sistema dell'emergenza pediatrica

La rete dell'emergenza pediatrica è strutturata attraverso il modello "hub e spoke". Il DM 70/2015 prevede che i posti letto della disciplina di Pediatria (codice 39) siano allocati solo in DEA di primo o secondo livello. Pur tuttavia, tenendo conto della numerosità della popolazione pediatrica e della distribuzione territoriale di tale popolazione, si decide, in deroga, di allocare la disciplina Pediatria anche presso alcuni ospedali sedi di P.S., articolando in due diversi livelli di complessità assistenziale la funzione spoke, come appresso

specificato. livelli sono pertanto così definiti: A. Livello Hub: Centro della Grande Emergenza e dell'Emergenza Specialistica presso l'AO Santobono- Pausilipon Nell'HUB Unico Regionale Campano sono presenti le seguenti attività di emergenza pediatrica a bacino regionale: • Terapia Intensiva Pediatrica • Neurochirurgia pediatrica (anche come parte della rete trauma di cui al capitolo 9.3.4) • Ortotraumatologia complessa (anche come parte della rete trauma di cui al capitolo 9.3.4) • Emergenze nefrologiche, dialisi pediatrica e neonatale; • Chirurgia neonatale e malformativa complessa • Emergenze cardio-pneumologiche complesse; • Emergenze oculistiche ed orl complesse; • Emergenze neurologiche complesse; • Emergenze ematologiche ed oncologiche; • Emergenze neuropsichiatriche infantili (di nuova istituzione); • Inalazione di corpi estranei con rischio immediato per le funzioni vitali; • Ingestione di corpi estranei con rischio immediato per le funzioni vitali (anche come parte della rete emergenze gastroenteriche); • Per le grandi ustioni ed i gravi avvelenamenti l'A.O. Santobono-Pausilipon si configura come centro spoke dell'Hub Regionale dell'A.O. Cardarelli; • Per le emergenze infettivologiche complesse e neuro-infettivologiche l'A.O. Santobono-Pausilipon si configura come spoke dell'Hub Regionale del P.O. Cotugno (A.O. dei Colli). Dove sono presenti UU.OO. di Malattie infettive per adulti e dove è possibile isolare e trattare anche pazienti pediatriche (ad es. A.O. Moscati di Avellino, A.O. San Sebastiano di Caserta e A.O.U. Ruggi di Salerno) l'assistenza infettivologica pediatrica è garantita mediante l'identificazione di posti letto dedicati, sorretti in forma integrata dalle specialità pediatriche e infettivologiche presenti, e collegate all'Hub Regionale del P.O. Cotugno (A.O. dei Colli) Il Centro Hub, oltre a svolgere le precipue attività ad esso assegnate, funge da coordinamento per la redazione dei protocolli e dei percorsi diagnostico terapeutici che garantiscono l'efficienza e la sicurezza del funzionamento della rete. B. Livello Spoke II: pediatria (posti letto codice 39) ubicata negli Ospedali sedi di DEA. Gli spoke di II livello devono essere stabilmente inseriti nel percorso dell'emergenza e devono avere risorse strutturali e tecnologiche adeguate. Caratteristiche Spoke di II livello: • Devono essere ubicate in Ospedali sedi di DEA; • Devono essere in rete con l'hub di riferimento; • Devono disporre di P.S. pediatrico con guardia attiva ed Osservazione Breve Intensiva; C. Livello Spoke I: Spoke di I Livello ubicati negli Ospedali sedi di PS. In questo livello vengono inserite strutture di pediatria che pur non essendo inserite in Ospedali sedi di DEA sono indispensabili per assicurare assistenza pediatrica a pazienti acuti in aree ad alta densità abitativa o lontani da DEA o particolarmente disagiate. Caratteristiche Spoke di II livello: • Possono essere ubicati presso ospedali sedi di Pronto Soccorso • Fanno capo al DEA più vicino • Devono essere dotati di P.S. pediatrico e guardia pediatrica attiva In sede di redazione dei protocolli e delle regole di funzionamento della rete andranno inseriti i seguenti criteri generali: • ove necessario, il trasferimento fra centro Spoke e centro Hub va effettuato sempre dopo la stabilizzazione del bambino; • all'interno della rete va raccomandato il back-transport verso l'ospedale trasferente o di prossimità, nel caso in cui il bambino, una volta conclusi i trattamenti di esclusiva competenza dell'Hub, debba completare, in regime di ricovero ordinario, il percorso assistenziale; • per ridurre la durata della degenza vanno individuate modalità concordate per la dimissione protetta al domicilio e per l'affidamento in continuità assistenziale al Pediatra di Famiglia; • per ridurre l'accesso al pronto soccorso vanno attivati tutti gli strumenti previsti dalle nuove norme sulla pediatria di famiglia; • va incentivato l'utilizzo dell'OBI pediatrica per le patologie acute che possono essere rapidamente stabilizzate (esempio asma bronchiale, laringospasmo, vomito incoercibile, diarree acute con modica disidratazione, etc.); per le patologie di media gravità o non chiaramente definite ma che necessitano di ripetute valutazioni (sospetta appendicite, dolore toracico, trauma cranico moderato/politrauma lieve nel bambino).

Distribuzione dei nodi della rete delle Emergenze Pediatriche AREA Salerno

SPOKE II AOU Ruggi - P.O. di Nocera Inferiore - P.O. di Vallo della Lucania

SPOKE I P.O. Villa Malta di Sarno - P.O. di Polla - P.O. di Battipaglia - P.O. Immacolata di Sapri***La Rete Neonatologica e i Punti Nascita***

Con deliberazione della Giunta Regionale n.532 del 29.10.2011, la Regione Campania ha recepito l'accordo in conferenza unificata sul documento concernente le linee di indirizzo per la promozione e il miglioramento della quantità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo. In tale accordo si è convenuto di procedere alla razionalizzazione/riduzione progressiva dei punti nascita con numero di parti inferiore a 1.000 / anno. Per tale settore di intervento viene programmato un percorso tendente a realizzare entro il 31.12.2018 una rete di offerta costituita da punti parto che assicurano almeno 1.000 parti/anno fatte salve specifiche deroghe. Considerato che le chiusure già intervenute e quelle programmate determineranno un migliore afflusso nelle restanti strutture, il percorso nel settore pubblico non potrà che avere un carattere graduale partendo, salvo le deroghe (zone difficilmente accessibili e isole), dal limite inferiore dei 500 parti. Per quanto riguarda, in particolare, le strutture private, attesi i requisiti per l'accreditamento, i punti parto che non raggiungono lo standard di 500 parti sono stati già disaccreditati con decorrenza dal 01.01.2015. Una programmazione specifica è da prevedersi nella città di Napoli. In tale area è stato già soppresso il punto nascita del presidio S. Gennaro (457 parti nel 2013) dall'1.1.2015; il punto nascita del PO Incurabili (605 parti nel 2013) è stato chiuso nel mese di dicembre 2015 per sopravvenuta problematica strutturale; viene programmata in tale sede una importante struttura territoriale di accoglienza e monitoraggio per le gravidanze fisiologiche assieme ad un potenziamento della funzione consultoriale ("Punto Mamma"). Nella Città di Napoli vengono, inoltre, ricostituite le funzioni di Ostetricia, Ginecologia e Pediatria presso il Presidio Loreto Mare. In sintesi, nel 2017 si dovrà valutare la redistribuzione della domanda in precedenza orientata verso i punti nascita soppressi ed aggiornare la programmazione in relazione al nuovo standard di 1.000 parti e in funzione del DM del 11.11.2015 relativo alle indicazioni per le richieste di deroghe per il mantenimento in attività di punti nascita con volumi di soglie inferiori al previsto. Al tema dei punti nascita è strettamente collegato quello della assistenza neonatale e connesso servizio di trasporto neonatale. Infatti la scarsa concentrazione dei punti nascita è causa di non compatibilità della presenza di neonatologie e terapie intensive neonatali nonché dell'eccesso di trasporti neonatali. In Campania sono attivi tre Servizi di Trasporto di Emergenza Neonatale (STEN) che connettono i punti nascita di primo livello con le Terapie Intensive Neonatali (TIN) della Regione lavorando in modo non uniforme. Nel settore occorre intervenire integrando il personale oggi carente per numero e molto spesso precario e avviando programmi di adeguamento delle dotazioni tecniche già esistenti (ambulanze, ventilatori) o per l'acquisizione delle nuove tecnologie ormai disponibili (ipotermia, ossido nitrico, ecc). Anche le TIN sono numerose e sottodimensionate. La concentrazione dei punti nascita e delle unità neonatali e di terapia intensiva contribuirà efficacemente a contrastare la morbilità e mortalità neonatale. A tal fine col presente piano vengono ridotti i punti di accesso per neonatologia e T.I.N. ma aumentati i posti letto. Il DM 70/2015 avvia la fase applicativa del processo di qualificazione e riorganizzazione della rete ospedaliera che, insieme a quella delle cure primarie, costituisce la fondamentale linea di programmazione sanitaria per la sostenibilità del SSN. Tale qualificazione e riorganizzazione è assolutamente indispensabile in Campania per la pediatria e la neonatologia. Infatti, pur essendo la regione Campania una regione ancora caratterizzata da classi di età molto giovani, manca ancora di un sistema organizzato ed integrato di assistenza pediatrica e neonatale. Non esiste nemmeno in embrione un modello di integrazione ospedale-territorio per le cure pediatriche, né una rete ospedaliera pediatrica e neonatale con la definizione dei ruoli e delle competenze che ogni singola struttura deve svolgere tenendo conto che, nella fase acuta l'organizzazione deve avvenire per livelli diversificati di intensità di cure e che, per la fase post-acuzie

deve essere invece sviluppata un'ampia e agile articolazione tra ospedale e territorio, il tutto sempre ispirato a moderni principi di appropriatezza clinica e organizzativa. L'elaborazione di nuovi schemi organizzativi in grado di rispondere in modo più adeguato a specifici bisogni dell'area neonatologica e pediatrica si basa sul cosiddetto "Sistema a rete" con lo schema hub & spoke. Tale sistema si pone l'obiettivo di:

- garantire la centralità del bambino e della sua famiglia nel sistema;
- garantire la libertà di scelta nella ricerca delle diagnosi e cure;
- favorire l'erogazione delle prestazioni sanitarie di base e di maggiore frequenza in maniera diffusa sul territorio regionale, facilitando l'accesso degli utenti presso la sede di residenza;
- individuare le Strutture di alta complessità e le Strutture di media complessità per l'erogazione delle prestazioni secondo criteri di qualificazione e grado di specializzazione delle stesse;
- promuovere un razionale utilizzo delle tecnologie più complesse e costose;
- promuovere la crescita culturale allo scopo di migliorare l'assistenza pediatrica delle strutture sanitarie regionali per ottenere una omogeneità di prestazione.

Il modello prevede la concentrazione dell'assistenza di maggiore complessità in "centri di riferimento" (hub) e l'organizzazione dell'invio a questi "hub" da parte dei centri periferici dei piccoli pazienti che superano la soglia di complessità degli interventi effettuabili a livello periferico. È anche possibile che una struttura possa essere hub per una specialità e spoke per un'altra, integrandosi nel sistema a rete. Nel prosieguo del processo di adeguamento della rete dei Punti Nascita in Regione Campania si sta procedendo all'applicazione della normativa vigente con l'obiettivo di raggiungere il nuovo standard volumi/esiti pari ad almeno 1000 parti/annui entro il 31/12/2017. Come già descritto in altre parti del presente documento, sono stati disattivati tutti i punti nascita del privato accreditato al di sotto della soglia dei 500 parti. Nella rete pubblica, invece, restano attivi ancora dei punti nascita sotto soglia così come viene dettagliatamente riportato negli assetti dei singoli presidi. Richiesta in deroga, con conservazione del punto nascita, riguarda i presidi ospedalieri di Vallo della Lucania, Polla e Sapri.

Nell'attuale situazione della Regione Campania, si registrano diverse discrasie in merito all'efficacia della rete neonatologica e delle Terapie Intensive Neonatali (TIN), quali quelle relative alla elevata percentuale di trasferimenti di neonati pari a più di 1.600 all'anno (circa il 2,5% vs una media nazionale dell' 1,5%), l'assenza di un Sistema di Trasporto Assistito Materno (STAM), il cosiddetto "trasporto in utero" e la scarsa capacità delle neonatologie a trattare neonati che necessitano di cure intermedie, con trasferimento alle TIN anche di neonati che non richiedono cure intensive. Il piano prevede una riorganizzazione della rete assistenziale neonatale che integra quanto previsto dalle Linee guida dell'accordo Stato-Regioni del 2010 "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo" con le disposizioni del DM 70/2015. Il piano, pertanto, prevede due livelli di assistenza neonatale:

- Livello 1: Neonatologia (cod. 62): che di norma prevede assistenza ai neonati fisiologici con problemi di adattamento alla vita extrauterina e neonati affetti da patologie (circa il 10% dei parti) che necessitano di cure intermedie e non richiedono cure intensive (ipoglicemia o tachipnea transitoria) e neonati prematuri > 34 settimane.
- Livello 2: TIN (cod. 73): in grado di assistere neonati patologici, quali quelli bisognosi di terapia intensiva e ad alta complessità. Si riporta nella sottostante tabella l'attuale situazione come da flussi HSP 201. Il piano prevede la identificazione di TIN di Alta Specialità ovvero di posti letto dedicati ad alta specialità con bacino di utenza regionale ed extraregionale e che escono dal computo totale dei posti letto TIN con punti nascita. Essi sono previsti presso: • l'AO Ospedale dei Colli presso la UO di Patologia Fetale di III livello • AO Santobono Pausilipon: assistenza al

neonato chirurgico e patologie neonatali ultra-specialistiche presso le strutture Neurochirurgiche, Oculistiche e Nefro-Urologiche.

Il sistema dei trasporti nella rete neonatologica ovvero lo STEN e lo STAM devono essere inseriti nel percorso dell'emergenza e coordinati dal Sistema 118 (poi Azienda Unica Regionale). In particolare, le ubicazioni dello STEN sono previste presso: • A.O.U. Federico II (per l'Area metropolitana Napoli) e A.O. Santobono (per l'Area metropolitana Napoli); • A.O. San Anna e San Sebastiano (per l'Area Caserta, Benevento e Avellino) • A.O.U. Ruggi d'Aragona di Salerno (per l'Area di Salerno). In particolare, per quanto riguarda lo STAM ("trasporto in utero") che è la modalità di trasferimento di una paziente con gravidanza a rischio che necessita di cure a maggior livello di complessità per patologie materne o fetali o entrambe è opportuno chiarire quanto segue. L'attuazione del Servizio di Trasporto Assistito Materno è assicurata dalla rete dell'emergenza-urgenza 118 (poi Azienda Unica Regionale), che viene attivata dalla U.O. di Ostetricia e Ginecologia dove è stata accolta la gravida. Il trasferimento viene operato sotto la responsabilità di tale U.O. che lo richiede verso il centro ospedaliero dotato di TIN. La Regione si impegna a ridefinire in modo ancor più preciso i criteri di attivazione dello STAM, la gestione dell'assistenza e le modalità di trasporto della gravida attraverso percorsi specifici a cura del Sistema della Rete di emergenza-Urgenza. I centri di accoglienza per lo STAM devono essere ubicati in ospedale sedi di DEA e multispecialistici dotati di TIN in modo da assistere la gravida con eventuali patologie. Il trasporto dello STAM può avvenire in regime: • di emergenza (cioè in continuità di soccorso): ne usufruiscono la gestante e il feto in condizioni critiche che necessitano di trasferimento urgente per necessità diagnostiche e/o terapeutiche non disponibili nell'ospedale che li hanno accolti; • non di emergenza (cioè non in continuità di soccorso): ne usufruiscono la gestante e il feto che, stabilizzati, necessitano di trasferimento in ambiente specialistico per il completamento delle cure. Le situazioni che impongono l'attivazione dello STAM sono: • elevato rischio di parto prematuro (considerando anche il sanguinamento da placenta previa); • feto con grave ritardo di crescita (< 3° centile); • elevato rischio materno (rischio materno dominante rispetto a quello fetale) con necessità di cure alla madre o per patologie complesse che necessitino la presenza di particolari competenze specialistiche. Vengono identificati come destinatari per il trasporto STAM le Ostetricie delle seguenti strutture: • A.O.U. Federico II e l'A.O. Cardarelli (per l'Area metropolitana Napoli); • A.O.U. Ruggi d'Aragona di Salerno (per l'Area di Salerno). • A.O. Moscati (per l'Area di Avellino); • A.O. San Anna e San Sebastiano (per l'Area di Caserta) • A.O. Rummo (per l'Area di Benevento).

La rete per le emergenze gastroenteriche

Con oltre 878.000 ricoveri nel 2014 le malattie dell'apparato digerente rappresentano la seconda causa di ospedalizzazione in Italia e il 10% di tutti i motivi di ricovero, con un trend in aumento. La Campania è al secondo posto in Italia, dopo l'Abruzzo, per ricoveri a causa di patologie gastroenterologiche. Nella regione, infatti, queste malattie sono responsabili di oltre 135.800 ricoveri, di cui 89.600 ordinari e 46.100 in day hospital. Rappresentano l'8,7% di tutti i ricoveri ogni anno. Queste patologie, inoltre, sono causa della morte di più di 5 uomini ogni 10.000 ogni anno mentre tra le donne il dato scende a circa 3,5 su 10.000. Le malattie gastroenterologiche sono dunque responsabili di una quota rilevante di prestazioni assistenziali e di consumo di farmaci, implicando anche problemi di appropriatezza clinica ed organizzativa, ed impattano fortemente anche sull'organizzazione della rete dell'emergenza/urgenza. L'emorragia digestiva è la più grave delle emergenze gastroenterologiche: essa risulta essere più frequente al sud Italia: le Regioni del Sud Italia mostrano per questa patologia una mortalità superiore (8,1%) rispetto ad altre zone della nazione:

Nord (6,6%) e Centro (4,1%). Risulta evidente la necessità di creare una rete regionale per le urgenze gastroenterologiche per consentire a tutti i pazienti una prestazione appropriata, sia per il setting assistenziale, sia per la garanzia dell'accesso alla rete nella adeguata tempistica. È anche oggettivo rilevare che un livello di cura ospedaliero non specialistico aumenta la mortalità intraospedaliera e allunga le giornate di degenza.

Le emergenze/urgenze in gastroenterologia presentano un percorso complesso che combina aspetti gestionali clinici e strumentali, in particolare endoscopici. Il Decreto 70/2015 non fornisce indicazioni in merito ai requisiti per gli Hub e Spoke di una rete per le emergenze gastroenterologiche. Pertanto, si individuano i seguenti criteri: - Nei punti Hub, cui devono afferire soltanto casi selezionati per la loro complessità, sono presenti: • un DEA di II o I livello, con copertura della emergenza/urgenza h24 con tutte le specialità correlate; • tutte le funzioni diagnostiche e terapeutiche che permettano una presa in carico completa del paziente con emorragia digestiva; • la partecipazione alle attività di ricerca e di didattica, - Nei punti Spoke, cui devono afferire i pazienti che hanno bisogno comunque di una assistenza specialistica, sono presenti le seguenti funzioni: • un Pronto Soccorso con servizio di pronta disponibilità endoscopica nei notturni e festivi; • almeno una funzione di gastroenterologia dedicata o all'interno dell'AFO di Medicina. Una Rete territoriale di presa in carico del paziente per la prevenzione e la gestione delle patologie correlate sarà ugualmente necessaria nella definizione del Piano Territoriale dell'assistenza. Una forte correlazione con la Medicina Generale sarà la base per una buona integrazione Ospedale-Territorio. È rilevante provvedere alla costruzione della Rete per la risposta alle emergenze gastroenteriche. Questa sarà improntata sul modello di integrazione dei servizi di tipo "orizzontale", con il fine di garantire il miglioramento della gestione di prestazioni ad elevata complessità, soprattutto se erogate in un contesto di emergenza e urgenza, in centri qualificati sia dal punto di vista strutturale e tecnologico sia da quello delle professionalità presenti. La rete per le emorragie digestive sarà composta dalle unità di gastroenterologia con endoscopia digestiva organizzate secondo il sistema Hub (presenti di norma nei presidi DEA di II° livello) & Spoke (presenti di norma nei presidi DEA di I° livello). Il prospetto riepilogativo della rete è illustrato di seguito: • Area Salerno Hub: AOU Ruggi d'Aragona Spoke: Ospedale di Nocera Inferiore Spoke: Ospedale di Vallo della Lucania Previo adeguamento degli organici e delle tecnologie necessarie, la rete sarà messa a regime entro 6 mesi dall'adozione del presente piano. Essa sarà necessariamente inserita nei percorsi di Emergenza/urgenza e si collegherà alle altre attività necessarie per il completamento dei percorsi assistenziali. La produzione di PDTA regionali in merito perfezionerà la qualità del processo con la necessità nel tempo di mettere in campo le opportune revisioni.

La rete nefrologica

La malattia renale cronica (MRC) è uno dei maggiori problemi di salute pubblica rappresentando un peso clinico rilevante e di notevole impatto sociale. Secondo l'OMS è una pandemia a livello mondiale. Istituzioni internazionali come il "Center for Disease Control and Prevention" indicano la MRC come una delle priorità in ambito epidemiologico. L'attenzione globale alla MRC è attribuibile a 5 fattori: - il rapido incremento nella sua prevalenza; - è la punta di un iceberg di malattia nascosta; - il suo riconosciuto ruolo nell'aumentare il rischio di malattia cardiovascolare; - la scoperta di efficaci misure di prevenzione della sua progressione. - l'enorme costo del trattamento. Dalle valutazioni effettuate dal Ministero della Salute nel 2010-2012 il costo per l'erogazione delle attività ambulatoriali nefrologiche è al 4° posto per significatività, rappresentando il 9.3% dei costi totali. La stima della prevalenza dei primi stadi di MRC e il trend evolutivo sono centrali per il management della malattia e la programmazione della prevenzione. Da qui la necessità della creazione di una rete nefrologica Campana. Attualmente in Campania abbiamo una popolazione dialitica di circa 5000 pazienti, di

questi circa il 2% pratica dialisi peritoneale; la restante popolazione pratica emodialisi per un totale in percentuale 863/pmp. Mediamente ogni anno abbiamo un incremento pari al 2% della popolazione dialitica, con un'età media superiore ai 65 anni e di questi il 60% è costituito da uomini. 10.4.2 – La riorganizzazione della rete L'attività della Nefrologia in Campania è così strutturata: - Strutture operative: 27 strutture pubbliche di Nefrologia e/o Dialisi e 114 strutture private per un totale di 141 strutture con un rapporto medio di 24 centri per milione di popolazione (pmp).

Prendendo in esame la totalità dei pazienti in dialisi, risulta che le 114 strutture private effettuano l'85% del numero di dialisi complessivo. La rete deve necessariamente essere estesa tra Ospedale e Territorio. Anche in questo caso, le attività di diagnosi e cura ad elevata complessità possono giovare dell'organizzazione in rete delle strutture e dei servizi al fine di • favorire la diffusione di conoscenze e competenze tra i professionisti • consentire loro di indirizzarsi verso le opzioni terapeutiche più appropriate • facilitare l'accesso e la tracciabilità del paziente, permettendo al malato di orientarsi in modo più consapevole all'interno di percorsi assistenziali di elevata complessità. Per far ciò ed assicurare la continuità dei percorsi degli assistiti nella rete devono essere coinvolti i Medici di Medicina Generale i quali dovranno condividere i percorsi di prevenzione, diagnosi e cura delle patologie con i medici specialisti delle strutture pubbliche e private accreditate del territorio. La necessità di creare questa rete di conoscenze e di supporto al settore nefrologico campano, tra i vari soggetti interessati, dovrà svilupparsi per diversi motivi sia di ordine economico che gestionale: • decongestionare e diminuire le problematiche relative a situazioni di urgenza e ricovero presso le strutture pubbliche, dato che i pazienti con problematiche nefrologiche una volta seguiti e tenuti sotto controllo, verranno automaticamente e preventivamente indirizzati verso il percorso più idoneo, sia per quanto concerne un percorso di cura e prevenzione sia in caso di dialisi. • Allungare i tempi di ingresso del paziente in dialisi, che comporta un notevole risparmio economico, tenuto conto che la vita media del paziente nefropatico ha una durata nettamente maggiore rispetto al passato. • La scelta di cure appropriate e tempestive, con una diminuzione di esami a volte inutili ed un notevole risparmio relativamente alla spesa farmaceutica. • Un miglioramento della qualità di vita del paziente dialitico che ha una elevata disabilità. • Un aumento delle dialisi peritoneale. • Un maggior coordinamento e sviluppo dell'attività dei trapianti • Raccogliere una serie di informazioni strutturate al fine di descrivere l'epidemiologia della malattia renale nei suoi vari stadi iniziando dai pazienti in trattamento sostitutivo e di trapianto.

La rete per la terapia del dolore

Per rete di Terapia del dolore si intende una aggregazione funzionale ed integrata delle attività di terapia del dolore erogate nei diversi setting assistenziali, che ha l'obiettivo di migliorare la qualità della vita delle persone adulte affette da dolore indipendentemente dalla sua eziopatogenesi, riducendone il grado di disabilità e favorendone la reintegrazione nel contesto sociale e lavorativo. I nodi della rete sono le strutture declinate, come da accordo sancito dalla Conferenza Stato Regioni 16 dicembre 2010, nelle Linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali Legge 15 marzo 2010 n. 38, Art. 3: • ambulatori dei Medici di Medicina Generale/Pediatri di libera scelta, forme di aggregazione funzionale previste dagli accordi collettivi con la Medicina Generale-AFT-UCCP; • centri SPOKE/centri ambulatoriali di terapia del dolore; • centro di Terapia del dolore HUB/centro ospedaliero di terapia del dolore. La rete include tutte le attività specialistiche orientate alla diagnosi, terapia, riabilitazione di patologie dolorose specifiche (compresa fisiatria, geriatria, neurologia, oncologia, radioterapia) e unifica il trattamento del dolore oncologico e non oncologico. Il DCA 22/2015 stabilisce standard e fabbisogni e definisce la rete

come segue: Centri Hub: • Ospedale dei Colli (territori Na1, Na3, Av, Sa) • IRCCS Pascale - Territorio Salerno • Terapia antalgica AOU Ruggi d'Aragona • Medicina del dolore P.O. Oliveto Citra Centri Spoke di I livello Territorio Salerno • PO Pagani

La rete oncologica

In Campania, sulla base dei dati epidemiologici forniti dalla Banca dati "I tumori in Italia", portale dell'epidemiologia oncologica nato dalla collaborazione tra Istituto Nazionale Tumori e Istituto Superiore di Sanità, si stima un'incidenza di neoplasie maligne per l'anno 2010 (dato più recente) di 398/100.000 nuovi casi per il sesso maschile, a fronte di una media nazionale di 336/100.000 e 265/100.000 per il sesso femminile, dato in linea con la media nazionale. Il tasso di mortalità si discosta decisamente dalla media nazionale di 173/100.000 per gli uomini e 94/100.000 per le donne, attestandosi su 231/100.000 per i primi e 103/100.000 per le seconde. Come di recente pubblicato da Fusco M. et al.3 per il sesso maschile, si stima che i siti maggiormente colpiti da neoplasie maligne siano stati nel 2012 (dato più recente) polmone e prostata, rispettivamente con 2811 e 2773 nuovi casi, seguiti da colon e retto, con 2275 nuovi casi totali. Nel sesso femminile il tumore della mammella è risultato essere il più frequente con 3675 nuovi casi, seguito da colon-retto (1694) e polmone (818). Il tasso di mortalità più elevato per il sesso femminile si è riscontrato per il tumore mammario (31/100.000), invece per il sesso maschile il tumore al polmone ha fatto registrare il maggiore tasso di mortalità (80/100.000). Nelle donne il tumore a maggiore prevalenza è il carcinoma della mammella (34.000 casi con precedente diagnosi viventi nel 2012), seguito dal cancro del colon-retto. Per gli uomini la maggiore prevalenza si riscontra per il tumore alla prostata (18.000 casi con precedente diagnosi viventi nel 2012), seguito dai tumori del colon-retto (22.000 casi totali viventi fra entrambi i sessi nel 2012). I tumori maligni di mammella, colon-retto e cervice uterina, ad oggi, rappresentano le uniche patologie neoplastiche che possono beneficiare di prevenzione secondaria mediante screening validati a livello nazionale ed internazionale. La sopravvivenza relativa a 5 anni è una stima della percentuale di pazienti che ci si aspetta che sopravviva a 5 anni dalla diagnosi di tumore rispetto alla popolazione non colpita dal tumore comparabile per età e per sesso. Da un'analisi dettagliata dei tassi di sopravvivenza relativa standardizzata a 5 anni dalla diagnosi effettuata da AIOM ed AIRTUM nel 2012 per tumori maligni di mammella, cervice uterina e colon-retto, emerge chiaramente come il Sud Italia sia gravato dai tassi di sopravvivenza più bassi (81% per tumore della mammella, 56% per tumore del colon-retto maschile e femminile, 65% per il tumore della cervice) rispetto alle macro regioni del Nord Est, Nord Ovest ed Italia Centrale. In Campania, questo rilevante dato negativo trova una sua spiegazione nell'ancora troppo scarsa partecipazione della popolazione ai programmi regionali di screening, attualmente in fase di potenziamento, con conseguente riduzione delle diagnosi precoci e delle possibilità di cura. Un'altra fondamentale spiegazione va ricercata nell'eccessiva dispersione territoriale dell'assistenza in Chirurgia Oncologica. Sono sufficienti questi due paragrafi per evidenziare come sia diventato non più procrastinabile costruire per questa Regione la Rete Oncologica, in tutto il suo sistema di rete complessa, multidisciplinare, multipresidiale, a più livelli e con forti integrazioni, basato sul concetto ormai universale della presa in carico globale del paziente, finalmente tutelato nel percorso di diagnosi e cura da PDTA regionali, sostenuti da Evidenze Scientifiche, e assistito in setting di cura predeterminati che consentano il massimo dell'appropriatezza ed il massimo della qualità. La rete deve necessariamente dunque essere trasversale, deve richiamare i forti principi dell'integrazione Ospedale-Territorio, deve riferirsi con fiducia ad un polo chirurgico di comprovata qualità, all'assistenza terminale e palliativa ben organizzata ed accogliente, ad una rete diffusa di terapia del dolore. Per la numerosità delle tipologie neoplastiche non sarà facile definire i percorsi ed i nodi della rete. Allo stato è in corso di valutazione un documento di programmazione relativo alla rete chirurgica oncologica che costituirà la base fondante per la definizione nei PDTA e nelle reti del

setting chirurgico. Il documento, oltre ad una analisi epidemiologica e di offerta, procederà alla ricognizione della domanda, compresa quella espressa in mobilità passiva, e ad elaborare una proposta di network regionale di Chirurgia Oncologica. Tutto dovrà necessariamente passare attraverso una valutazione di volumi/esiti anche in adesione ai risultati prodotti dal Piano Nazionale Esiti 2014. La struttura Commissariale si impegna ad adottare questo primo documento tecnico per l'avvio della costruzione delle reti oncologiche. Queste saranno anche oggetto di specifica progettualità, come previsto dagli Obiettivi di Piano, annualità 2014 e 2015 in corso di adozione. La sinergia progettuale e quella tecnica permetteranno una visione complessiva e la possibilità di realizzare finalmente l'inizio del disegno delle reti Oncologiche in Regione Campania, superando autoreferenzialità e individualismi, attenendosi al metodo scientifico di progettazione, monitoraggio e valutazione.

La rete oncologica pediatrica

Sono prima di tutto da mettere in evidenza i seguenti elementi di contesto: • In regione Campania, a fronte di circa 1.4 milioni di individui in età pediatrica, vi è una incidenza di patologia neoplastica infantile pari a 150-180 nuovi casi/anno dei quali circa il 50% sono rappresentati da neoplasie liquide (leucemie e linfomi), circa il 20% da neoplasie del Sistema Nervoso Centrale e circa il 30% da altre neoplasie solide; • i Centri di oncologia pediatrica di III livello operanti in Campania sono il Dipartimento di Oncologia della A.O. Santobono-Pausillipon e la Unità Operativa di Oncologia Pediatrica in seno al Dipartimento di Pediatria della II Università di Napoli; • circa il 25% dei pazienti oncologici pediatrici campani ricevono diagnosi fuori regione, e la migrazione extra regionale complessiva per le patologie oncologiche pediatriche è superiore al 30%. Devono essere messi in evidenza anche le seguenti criticità: • L'allocazione delle risorse umane e tecnologiche in due diversi Hub, rende problematico, dal punto di vista organizzativo, gestionale e dei necessari investimenti, non solo il recupero della migrazione, ma il mantenimento stesso degli attuali livelli assistenziali; • la stessa dispersione delle attività in due Hub, ed il numero complessivo relativamente piccolo dei casi da trattare, non consente la sostenibilità dei servizi di supporto necessari al mantenimento in autonomia e sicurezza di servizi oncologici pediatrici dedicati; • i servizi oncologici pediatrici sono sostanzialmente concentrati nella città di Napoli, imponendo alla grande maggioranza dell'utenza una migrazione intraregionale, ove pure l'iter diagnostico e terapeutico della maggior parte delle patologie oncologiche pediatriche prevede anche fasi potenzialmente gestibili in Centri non specialistici ma esperti, decentrati, anche non dotati della organizzazione diagnostico-assistenziale e della tecnologia tipici dei Centri di III livello. Queste sono le azioni che il piano programma: 1. Costituire, entro dodici mesi, un Hub unico regionale per l'oncologia pediatrica, con la unificazione funzionale dei Centri regionali di riferimento per la Oncologia Pediatrica della SUN e della AORN SantobonoPausillipon; 2. Garantire tale unificazione, con il coordinamento degli Uffici regionali e l'azione delle aziende interessate, ricorrendo a forme innovative di integrazione organizzativa e gestionale, tra i quali anche la eventuale istituzione di un dipartimento interaziendale; 3. Costituire, entro ventiquattro mesi, attraverso azioni di formazione, organizzazione ed integrazione dei percorsi assistenziali, con la direzione del neo-istituito Hub unico regionale, di articolazioni spoke in ciascuno dei capoluoghi di provincia; 4. Integrare nella logica di rete altre funzioni relative all'iter diagnostico terapeutico, anche appartenenti ad altri ambiti assistenziali (Pediatria di Libera Scelta, funzione di salvaguardia della fertilità, funzione di Assistenza Domiciliare, funzione di Terapia del Dolore e cure Palliative/Hospice, funzione di sorveglianza dei "fuori terapia", attività del volontariato). 5. Tutte le azioni possono essere sviluppate con il supporto delle risorse già allocate per il progetto NETCOP, già finanziato per gli scorsi anni dall'Amministrazione regionale

La rete delle malattie rare

Con DM 18 maggio 2001, n. 279 il Ministero della Salute ha approvato il “Regolamento di istituzione della rete nazionale delle malattie rare e di esenzione dalla partecipazione al costo delle relative prestazioni sanitarie, ai sensi dell’articolo 5, comma 1, lettera b), del decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124”, che prevede, all’art. 2, comma 1 l’istituzione di una Rete nazionale mediante la quale sviluppare azioni di prevenzione, attivare la sorveglianza, migliorare gli interventi volti alla diagnosi e alla terapia delle malattie rare, promuovere l’informazione e la formazione, ridurre l’onere che grava sui malati e sulle famiglie. Tale Rete deve essere costituita da presidi accreditati, preferibilmente ospedalieri, appositamente individuati dalle Regioni per erogare prestazioni diagnostiche e terapeutiche. La Giunta Regionale, pertanto, con D.G.R. n. 2751 del 14/6/2002 ha approvato l’istituzione di un Gruppo Tecnico di Lavoro costituito da esperti in Malattie Rare con il compito di individuare sul territorio regionale i Presidi di Riferimento specifici per le malattie o per gruppi di malattie rare sulla base dei criteri proposti dal Ministero e di definire e organizzare il flusso informativo per il Registro Nazionale delle Malattie Rare, i componenti del Gruppo sono stati nominati con DPGR 561 del 1/8/2003 su proposta dell’Assessore alla Sanità. Attraverso un’analisi preliminare sui ricoveri dei cittadini campani si è giunti all’identificazione delle seguenti strutture sanitarie che presentano la maggior casistica compatibile con Malattie Rare: • A.O. Cardarelli di Napoli • A.O. Monaldi di Napoli • A.O. Santobono – Pausillipon di Napoli • A.O. S. Sebastiano di Caserta • A.O. S. Giovanni di Dio di Salerno • A.O. Rummo di Benevento • A.O. Moscati di Avellino • Azienda Policlinico “Federico II” • Azienda Policlinico Secondo Ateneo • Fondazione Pascale di Napoli • ASL Napoli 1 Con vari atti deliberativi sono stati individuati i presidi di riferimento regionale, istituendo il Centro di Coordinamento Regionale per le MR e Registro Regionale Malattie Rare presso il Dipartimento Clinico di Pediatria dell’AOU Federico II. Nell’ambito delle attività relative al Registro Malattie Rare è stata stipulata, in data 7 aprile 2010, una Convenzione tra l’Istituto Superiore di Sanità e la Regione Campania per garantire il flusso attivo dei dati epidemiologici dai Registri Regionali a quello centrale.

La Giunta Regionale, pertanto, con D.G.R. n. 2751 del 14/6/2002 ha approvato l’istituzione di un Gruppo Tecnico di Lavoro costituito da esperti in Malattie Rare con il compito di individuare sul territorio regionale i Presidi di Riferimento specifici per le malattie o per gruppi di malattie rare sulla base dei criteri proposti dal Ministero e di definire e organizzare il flusso informativo per il Registro Nazionale delle Malattie Rare, i componenti del Gruppo sono stati nominati con DPGR 561 del 1/8/2003 su proposta dell’Assessore alla Sanità. Attraverso un’analisi preliminare sui ricoveri dei cittadini campani si è giunti all’identificazione delle seguenti strutture sanitarie che presentano la maggior casistica compatibile con Malattie Rare: • A.O. Cardarelli di Napoli • A.O. Monaldi di Napoli • A.O. Santobono – Pausillipon di Napoli • A.O. S. Sebastiano di Caserta • A.O. S. Giovanni di Dio di Salerno • A.O. Rummo di Benevento • A.O. Moscati di Avellino • Azienda Policlinico “Federico II” • Azienda Policlinico Secondo Ateneo • Fondazione Pascale di Napoli • ASL Napoli 1 Con vari atti deliberativi sono stati individuati i presidi di riferimento regionale, istituendo il Centro di Coordinamento Regionale per le MR e Registro Regionale Malattie Rare presso il Dipartimento Clinico di Pediatria dell’AOU Federico II. Nell’ambito delle attività relative al Registro Malattie Rare è stata stipulata, in data 7 aprile 2010, una Convenzione tra l’Istituto Superiore di Sanità e la Regione Campania per garantire il flusso attivo dei dati epidemiologici dai Registri Regionali al Registro Nazionale Malattie Rare mediante la collaborazione tra Regioni e Province Autonome con l’Istituto Superiore di Sanità. È in atto anche una convenzione con il Registro Malattie Rare del Veneto, per implementare in Campania un sistema informativo delle Malattie Rare. La Regione Campania ha provveduto alla realizzazione di un software per la gestione di una Banca Dati Malattie Rare in collaborazione con il Centro di Coordinamento Malattie Rare presso l’Università “Federico II”. Nell’ambito delle varie progettualità è stato attivato il Registro Regionale delle Malattie Rare ed è

stato realizzato il portale regionale sulle malattie rare collegato ad un numero verde. Altre progettualità sono in atto per predisporre modalità operative condivise per definire protocolli, modalità amministrative, creare ed implementare l'infrastruttura informativa ed informatica a supporto della messa a regime di tali protocolli, al loro monitoraggio e alla loro verifica; definire le modalità di formazione ed aggiornamento del personale, creazione di consorzi interregionali per gruppi di malattie rare per la definizione di protocolli diagnostico – terapeutici-assistenziali condivisi, stabilire interventi per l'implementazione della rete per le malattie rare e per la promozione della rete nazionale dei tumori rari.

La rete dei trapianti

L'attività di donazione e trapianto di organi e tessuti è il risultato di un complesso ed articolato percorso che coinvolge in maniera strettamente interdipendente diverse Strutture sanitarie che costituiscono la rete regionale dei trapianti: • Coordinamenti Ospedalieri per la donazione • Centri trapianto e Banche dei tessuti • Coordinamento Regionale • Laboratori di supporto. Tali strutture svolgono i compiti e le funzioni loro assegnati come dalla normativa nazionale di riferimento, costituita dalla legge 91 del 1999 e da vari atti di indirizzo e linee guida della Conferenza Stato-Regioni. Nella nostra regione, per meglio rispondere alle esigenze di integrazione dell'attività delle varie strutture sanitarie, con i Decreti del Commissario ad Acta n.30 del 18/03/2013 e n.103 del 25/10/2013, è stata previsto un modello organizzativo della rete trapiantologica innovativo con l'istituzione di un Dipartimento Interaziendale Trapianti (DIT) di cui fanno attualmente parte: 1. il coordinamento regionale delle attività di donazione e trapianto dell'AORN Cardarelli di Napoli, che è anche la sede della Direzione del Dipartimento e che svolge tutte le funzioni che la Legge 91/99 assegna al Centro Regionale Trapianti; 2. i coordinamenti ospedalieri presenti in tutte le strutture ospedaliere dotate di rianimazione; 3. il centro trapianti cuore dell'AORN dei Colli di Napoli; 4. il centro trapianti fegato dell'AORN Cardarelli di Napoli; 5. il centro trapianti di rene dell'AOU Federico II di Napoli; 6. il centro trapianti di rene dell'AOU S. Giovanni e Ruggi d'Aragona di Salerno 7. il laboratorio di immunologia dei trapianti della AOU SUN di Napoli. Altre strutture sanitarie forniscono supporto alla rete trapiantologica per effetto di convenzioni ed accordi sottoscritti con il DIT: • Laboratorio di patologia clinica del P.O. S. Paolo della ASL Napoli1centro; • Servizio di Anatomia patologica dell'AORN Cardarelli di Napoli; • Cattedra di Anatomia Patologica della AOU Federico II di Napoli. Il DIT, inoltre, mantiene stretti rapporti funzionali con le Banche dei Tessuti (Banca degli Occhi con sede presso il P.O. Pellegrini Vecchio della ASL Napoli1centro, Banca del Sangue cordonale con sede presso l'AORN Santobono Pausillipon di Napoli) e il Registro Donatori di Midollo Osseo con sede presso l'AOU Federico II di Napoli. Il DIT opera su 3 diversi livelli: a) Programmatorio, recependo dalle Istituzioni regionali le linee di indirizzo e pianificando con gli Uffici preposti l'utilizzo delle risorse disponibili, b) Gestionale/Amministrativo, concordando l'attuazione della programmazione e degli indirizzi gestionali con le Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie sede delle strutture afferenti al Dipartimento, c) Operativo, garantendo il coordinamento operativo h24 di tutte le strutture coinvolte nel processo di donazione-trapianto, la gestione delle liste di attesa dei pazienti, il supporto dell'attività di *procurement* (mediante l'attività di un Coordinatore Attività di Prelievo –CAP- e di un pool di coordinatori ospedalieri), la formazione degli operatori della rete e la diffusione della cultura della donazione nella popolazione. Nelle more della piena attuazione di tale modello organizzativo ed al fine di garantire l'operatività della rete trapiantologica regionale secondo elevati standard qualitativi, il DIT si avvale dell'affiancamento del Centro Nazionale Trapianti. La progressiva implementazione del modello organizzativo del Dipartimento Interaziendale ha favorito la risoluzione di alcune delle principali criticità della rete trapiantologica regionale, che continua, però, a soffrire soprattutto della carenza e precarietà del personale delle strutture. Ciò nonostante, nel 2015 sono stati conseguiti buoni risultati, tanto che i principali indici

dell'attività di donazione e trapianto evidenziano un netto incremento rispetto agli anni precedenti. Il numero dei donatori (n.74), infatti, è stato il più alto mai raggiunto, e corrisponde a 14 per milione di popolazione (p.m.p.), che, seppur ancora inferiore, si avvicina alla media nazionale, pari a circa 19 p.m.p. Rispetto al 2014 i donatori sono aumentati di più del 40%. Questo risultato è dovuto sia all'aumento del numero degli accertamenti di morte con criteri neurologici segnalati presso le Rianimazioni che alla diminuzione delle opposizioni dei familiari alla donazione, che dal 46% del 2014 si sono ridotte al 36% nell'anno appena trascorso. L'attività dei centri trapianto ha ovviamente beneficiato dell'aumento dei donatori, registrando l'aumento del 40% dei trapianti di cuore (da 14 eseguiti nel 2014 a 20 nel 2015), del 60% dei trapianti di fegato (da 25 nel 2014 a 41 nel 2015) e del 50% dei trapianti di rene (da 52 nel 2014 a 79 nel 2015). Il consolidamento e l'ulteriore miglioramento dei risultati ottenuti dalla rete trapiantologica regionale rappresentano un obiettivo perseguibile mediante ulteriori interventi migliorativi da realizzare a vari livelli:

- Coordinamenti Ospedalieri per la donazione - Istituzione, per altro già prevista e finanziata, di "Uffici di coordinamento" presso le strutture ospedaliere sede di neurochirurgia e, pertanto, dotate di maggiori potenzialità;
- Inquadramento del profilo professionale del coordinatore aziendale e del personale dell'ufficio
- Inserimento dell'attività di donazione tra gli obiettivi strategici di valutazione delle Direzioni Generali delle Aziende
- Centri trapianto - Potenziamento delle piante organiche sia nella componente medica, chirurgica e clinica, che tecnico-sanitaria
- Istituzione di un centro trapianti di rene pediatrico
- Ripresa del programma di trapianto di rene da donatore vivente
- Coordinamento Regionale - Completa definizione ed implementazione del modello gestionale del Dipartimento interaziendale
- Potenziamento della pianta organica e stabilizzazione del personale già operante
- Strutture per il follow-up - Individuazione di strutture periferiche di follow-up dei pazienti trapiantati da integrare con i centri trapianto in un modello funzionale di tipo Hub e Spoke.

Affidamento degli incarichi

Conferimento degli incarichi dirigenziali

Il sistema rivolto all'individuazione, conferimento e revoca degli incarichi dirigenziali, conformemente agli artt. 15 e 15-ter del D. Lgs. 502/92 e sue modifiche e integrazioni, troverà completa ed esaustiva rappresentazione in sede di concertazione con i rappresentanti aziendali delle OO.SS. firmatarie dei CCCCNLL per le aree della Dirigenza. L'attribuzione degli incarichi avverrà, compatibilmente con le risorse finanziarie disponibili, nei limiti di recupero e riduzione individuati nel Piano di Rientro e tenendo conto degli standard regionali in materia di determinazione delle strutture complesse, delle strutture semplici dipartimentali e delle strutture semplici, disciplinando i criteri e procedure ai sensi del D.L. 13.9.2012, n. 158, convertito con modificazioni dalla legge 8.11.2012, n. 189. Non potranno essere previsti incarichi dirigenziali, incarichi di posizioni organizzative e di coordinamento finanziati con risorse a carico del bilancio aziendale e non a carico dei fondi contrattuali. Sulla base di quanto indicato dai CCCCNLL, a ciascun dirigente dell'Azienda verrà comunque garantito l'attribuzione di un incarico dirigenziale. A ciascun incarico dirigenziale sarà correlata una funzione dirigenziale ed a ciascuna funzione, quindi a ciascun incarico dirigenziale, sarà correlato un valore economico determinato negli importi fissati in sede di contrattazione e concertazione aziendale. Con questo sistema, l'Azienda, nel rispetto del quadro normativo intervenuto in materia, intende rendere trasparente lo scenario complessivo delle funzioni dirigenziali svolte, valorizzare l'assunzione condivisa di un diverso grado di responsabilità, stimolare la dirigenza, anche nella prospettiva di una rinnovata visione del concetto di carriera, ad un sempre maggior impegno professionale, che contribuisca alla crescita anche qualitativa dell'intero servizio reso.

Il conferimento dell'incarico è presupposto per generare il processo valutativo.

Nel formulare i criteri per l'affidamento degli incarichi dirigenziali, l'Azienda valorizzerà quegli aspetti che consentono di connotare ciascun incarico da conferire. Per gli incarichi di unità operativa saranno valutate, in particolare, le componenti che caratterizzano la capacità gestionale. Per l'affidamento, invece, degli incarichi professionali, saranno valutate le componenti che caratterizzano la competenza specialistica. Gli incarichi dirigenziali sono conferiti con apposito atto formale che definisce, tra l'altro, la tipologia dell'incarico, la durata, il mandato assegnato, gli ambiti di responsabilità ed i limiti alla stessa, gli obiettivi e le risorse assegnati, i risultati attesi, le modalità di valutazione e di revoca dell'incarico, nonché le attribuzioni del dirigente.

I dirigenti sono sottoposti a una verifica annuale correlata alla retribuzione di risultato che tiene conto dei principi del titolo II del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, e successive modificazioni, nonché ad una valutazione al termine dell'incarico, attinente alle attività professionali, ai risultati raggiunti e al livello di partecipazione ai programmi di formazione continua, effettuata dal Collegio tecnico, nominato dal direttore generale e presieduto dal direttore di dipartimento, con le modalità definite dalla contrattazione nazionale. Gli strumenti per la verifica annuale dei dirigenti medici e sanitari con incarico di responsabile di struttura semplice, di direzione di struttura complessa e dei direttori di dipartimento rilevano la quantità e la qualità delle prestazioni sanitarie erogate in relazione agli obiettivi assistenziali assegnati, concordati preventivamente in sede di discussione di *budget*, in base alle risorse professionali, tecnologiche e finanziarie messe a disposizione, registrano gli indici di soddisfazione degli utenti e provvedono alla valutazione delle strategie adottate per il contenimento dei costi tramite l'uso appropriato delle risorse. Degli esiti positivi di tali verifiche si tiene conto nella valutazione professionale allo scadere dell'incarico. L'esito positivo della valutazione professionale determina la conferma nell'incarico o il conferimento di altro incarico di pari rilievo, senza nuovi o maggiori oneri per l'azienda, fermo restando quanto previsto dall'articolo 9, comma

32, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122.

Per i dirigenti amministrativi, tecnici e professionali, le indicazioni di cui innanzi saranno applicate per quanto non incompatibile con le intervenute normative in materia di dirigenza pubblica e per effetto del CCNL Quadro per la definizione dei comparti e delle aree di contrattazione collettiva nazionale (2016-2018), approvato in data 13 luglio 2016.

Con appositi Regolamenti, saranno disciplinati il conferimento degli incarichi, la loro valutazione, la eventuale revoca e la graduazione economica della posizione e della funzione.

Si fa presente inoltre che l'art. 40 del D.Lgs. 150/2009 ha modificato l'art. 19 del D.Lgs. 165/2001, introducendo il comma 1-ter il quale dispone quanto segue: "L'amministrazione che, in dipendenza dei processi di riorganizzazione ovvero alla scadenza, in assenza di una valutazione negativa, non intende confermare l'incarico conferito al dirigente, è tenuta a darne idonea e motivata comunicazione al dirigente stesso con un preavviso congruo, prospettando i posti disponibili per un nuovo incarico". Pertanto, stante la norma di cui innanzi e considerata l'opportunità di procedere con gradualità alla riduzione delle strutture in esubero, si ritiene che l'adeguamento agli standard in oggetto sarà garantito entro il cronoprogramma definito nel presente Atto. Ai fini del monitoraggio periodico delle strutture organizzative delle Aziende ed Enti del SSR, occorre infine adottare il prospetto standard per la ricognizione annuale delle predette strutture organizzative e dei relativi costi, allegato al presente schema di provvedimento per farne parte integrante e sostanziale. Il suddetto prospetto standard dovrà essere compilato annualmente, entro e non oltre il 31 gennaio di ogni anno con riferimento all'anno precedente, dalle Aziende ed Enti del SSR, le quali dovranno trasmetterlo al Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica dell'Assessorato alle Politiche della Salute per le verifiche di competenza.

Sulla base, peraltro, delle linee guida per l'Atto Aziendale (decreto n. 18/2013 - punto 19), che prevedono la individuazione programmatica delle strutture complesse, semplici dipartimentali e semplici sulla base dei parametri e dei criteri indicati con lo stesso decreto, garantendo il progressivo adeguamento agli standard, saranno individuate le strutture secondo i parametri e i criteri indicati, procedendo ad un adeguamento progressivo della nuova organizzazione e mantenendo, quindi, in vita la precedente strutturazione fino a scadenza dei contratti individuali, con eccezione di quelli conferiti a dirigenti il cui pensionamento è previsto entro il 31.12.2016, per i quali l'incarico sarà mantenuto fino alla data di collocamento a riposo, obbligandosi a definire comunque l'applicazione integrale della nuova organizzazione entro 18 mesi dall'approvazione definitiva dell'Atto aziendale da parte degli Uffici e degli Organi regionali, e, comunque, non oltre il 31 dicembre 2017. Ovviamente, tale situazione dovrà comunque rispondere al principio sostanziale che tutti gli incarichi affidati, anche per la fase transitoria, dovranno trovare idonea copertura economica nelle risorse dedicate ai fondi contrattuali così come rideterminati annualmente, fondi che non potranno essere, in alcun caso, superati.

I Coordinamenti del personale infermieristico, tecnico sanitario e di riabilitazione e sociale

Tenuto conto delle linee guida regionali e dei provvedimenti commissariali, l'Azienda avvia, quindi, l'adeguamento della propria organizzazione, attraverso la previsione nell'Atto aziendale della propria articolazione organizzativa, nel rispetto dei criteri e dei parametri standard definiti dalla Struttura Commissariale per l'individuazione delle strutture semplici, semplici dipartimentali e complesse. E' evidente che la determinazione delle posizioni organizzative e di coordinamento, in ottemperanza al

disposto dell' art. 12 del Patto per la Salute 2010-2012, successivamente confluito nell'art. 2, co. 71 e 72, della L. 191/2009, in coerenza con la spesa derivante dall'articolazione organizzativa con i vincoli previsti dalla norme nazionali e regionali in materia di patto di stabilità, spesa sanitaria e costi del personale del SSR - Patto per la Salute 2010-2012, non può che essere coerente con il piano organizzativo delineato. L'obiettivo è, quindi, quello di pervenire all'individuazione di parametri standard - ed al conseguente contenimento dei costi - nel rispetto degli assetti organizzativi delineati dalla Regione nonché dell'autonomia programmatica ed organizzativa aziendale. Si ritiene, pertanto, fatte salve eventuali disposizioni regionali successive, anche generali rispetto alle indicazioni parametriche, di dover provvedere, allo stato, alla definizione dei parametri aziendali relativi ai coordinamenti e alle posizioni organizzative, individuando uno standard che sia funzionale all'assetto generale dell'Azienda e consenta la sostenibilità sia organizzativa che economico-finanziaria del Sistema Sanitario Regionale.

Le posizioni di coordinamento del personale delle professioni sanitarie previste dalla vigente normativa contrattuale del personale del comparto, in questi ultimi tempi sono oggetto di particolare attenzione delle varie aziende sanitarie, come fulcro essenziale di un sistema organizzativo nevralgico, perchè di risposta immediata ai bisogni dei cittadini e con ciò di visibilità diretta della performance e della reputazione dell'azienda. Tali funzioni di coordinamento possono assumere a un'importante funzione di valorizzazione delle risorse umane coinvolte nei processi assistenziali, ciò in ragione soprattutto delle risorse umane addette all'assistenza, caratterizzate da una professionalità in senso allargato, comprensiva quindi non solo delle capacità tecniche in senso stretto, ma anche degli aspetti riferiti alla capacità di interazione con l'utenza e di collaborazione nell'ambito di un sistema organizzativo. Le figure di coordinamento dovranno, pertanto, sviluppare capacità non solo di tipo tecnico-assistenziale ma anche doti di comunicazione, motivazione e capacità di far partecipare gli operatori professionali ai processi decisionali. In sintesi, potremo dire che alla funzione di coordinamento si chiede:

- a) di produrre e realizzare schemi organizzativi innovativi per la gestione dei servizi sanitari;
- b) di gestire un sistema di sviluppo delle risorse umane, identificandone le necessità e i bisogni;
- c) di coordinare le risorse professionali, tecnologiche ed economiche;
- d) di progettare e gestire i processi di miglioramento della qualità;
- e) di sviluppare e controllare il sistema informativo e informatico;
- f) di diffondere la cultura e le competenze tipiche di coloro che ricoprono ruoli di responsabilità e che operano in contesti multiprofessionali ad alto tasso di innovazione;
- g) di migliorare il livello di complessità organizzativa e di conseguenza la fluidità dei processi assistenziali;
- h) di supervisionare specifici settori dell'organizzazione sanitaria;
- i) di utilizzare metodi e strumenti della ricerca nell'area dell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari;
- l) di valutare l'impatto di differenti modelli teorici nell'operatività dell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari;
- m) di sviluppare la capacità d'insegnamento per la specifica figura professionale nell'ambito delle attività tutoriali e di coordinamento del tirocinio nella formazione di base, complementare e permanente;
- n) di comunicare con chiarezza su problematiche di tipo organizzativo e sanitario con i propri collaboratori e con gli utenti;
- o) di analizzare criticamente gli aspetti etici e deontologici delle professioni dell'area sanitaria anche in una prospettiva di integrazioni multiprofessionali.

Le funzioni di coordinamento riguardano essenzialmente l'attività assistenziale e trovano la loro collocazione nell'ambito delle unità operative sanitarie nelle quali è organizzata l'Azienda Sanitaria. E'

prevedibile la presenza del Coordinatore nell'ambito delle unità operative complesse, nonché nelle funzioni di gestione delle risorse umane in ambito dipartimentale o nei servizi infermieristici e tecnico-sanitari centrali e dovunque vi sia la necessità di affidare un congruo numero di figure professionali ad un momento di gestione secondo gli obiettivi indicati.

Tenuti presenti i parametri indicati, a livello regionale, per la determinazione delle strutture complesse e di quelle semplici, nonché degli altri assetti organizzativi individuati per alcuni servizi o funzioni, nonché delle rappresentate funzioni effettive del "coordinamento", si ritiene di dover provvedere alla presenza di un "coordinatore" delle attività infermieristiche-sanitarie per ciascuna unità operativa complessa e per ciascuna unità operativa semplice dipartimentale, nonché per ogni dipartimento, ovvero per particolari funzioni collegate a presenze importanti di governo e coordinamento di risorse umane, tecnologiche ed economiche, su proposta del Direttore Sanitario Aziendale. Il tutto, comunque, nei limiti del fondo aziendale di riferimento e con una riduzione non inferiore al 10% del numero dei coordinamenti complessivamente previsti presso le tre Aziende Sanitarie Locali confluite.

Le posizioni organizzative

Le posizioni organizzative sono state introdotte come istituto contrattuale nell'ambito della ridefinizione complessiva delle funzioni ex coordinamento ed ex dirigenziali avvenuta con il C.C.N.L. 1999 e in seguito alla privatizzazione del lavoro pubblico. Per il comparto sanità, si fa riferimento all'art. 20, in cui è specificato che le aziende ed enti, sulla base dei propri ordinamenti e delle leggi regionali di organizzazione ed in relazione alle esigenze di servizio, istituiscono posizioni organizzative che richiedono lo svolgimento di funzioni con assunzione diretta di elevata responsabilità che, a titolo esemplificativo, possono riguardare settori che richiedono lo svolgimento di funzioni di direzione di servizi, dipartimenti, uffici o unità organizzative di particolare complessità, "caratterizzate da un elevato grado di esperienza e autonomia gestionale ed organizzativa o lo svolgimento di attività con contenuti di alta professionalità e specializzazione", quali per esempio i processi assistenziali, oppure lo svolgimento di attività di staff e/o studio, di ricerca e di coordinamento di attività didattica. La graduazione delle funzioni è definita da ciascun'azienda in base a criteri adottati per la valutazione delle posizioni individuate. L'istituto della posizione organizzativa s'inserisce nel processo di graduale e tendenziale superamento del modello classico del pubblico impiego e di trasformazione del modello organizzativo della pubblica amministrazione. L'istituto nasce dalla consapevolezza che per alcune funzioni più innovative, pur non rientranti tra quelle dirigenziali, ai fini del processo di trasformazione delle pubbliche amministrazioni, sempre maggiormente *knowledge based*, in cui il requisito della conoscenza ha un ruolo strategico, fosse necessario introdurre elementi di maggiore flessibilità nello svolgimento delle attività e di predominante orientamento al risultato.

L'istituzione delle posizioni deriva dall'art. 45 del D.lgs. n. 29/93 modificato dai D.lgs. n. 396/97, n. 80/98, n. 387/98, il quale recitava testualmente "per le figure professionali che, in posizione di elevata responsabilità, svolgono compiti di direzione o che comportano iscrizione ad albi oppure tecnico scientifici, sono stabilite discipline separate nell'ambito dei contratti collettivi di comparto". Tale norma, oltre a riconoscere la necessità di disciplinare in modo separato dall'ordinamento del personale delle aree i "professionisti dipendenti", in altri termini le categorie di dipendenti pubblici che svolgono le funzioni che richiedono iscrizione ad albi professionali e quelle professionalità, necessarie all'amministrazione, di rilevante contenuto professionale per lo svolgimento di funzioni

specifiche, si riferisce anche alla necessità di distinguere dal sistema della classificazione del personale per aree quei funzionari che svolgono attività di rilevante responsabilità ai quali sono imputabili una serie d'attività sia pure non autonome, ma di rilevante contenuto professionale.

Occorre tener conto che il conferimento di tali incarichi è previsto per:

- a. la direzione di unità organizzative, con elevata autonomia organizzativo-funzionale;
- b. attività con contenuti di alta professionalità correlate al possesso di titoli di studio universitari;
- c. attività di studio, ricerca, staff, di vigilanza, di controllo.

Il conferimento di incarico di posizione organizzativa presuppone inoltre – *conditio sine qua non* –, così dispongono i contratti dei singoli comparti, che le amministrazioni abbiano realizzato effettive innovazioni organizzative strutturali, cioè che abbiano:

1. istituito e attivato dei servizi di controllo interno;
2. ridefinito le strutture organizzative e le dotazioni organiche (ad esempio, istituzione del Servizio infermieristico all'interno di un'azienda sanitaria);
3. attuato i principi di razionalizzazione previsti dal D.lgs. n.29/93, le determinazioni organizzative aventi obiettivo di assicurare l'attuazione dei principi di funzionalità, efficienza, efficacia, economicità, flessibilità, imparzialità, trasparenza (artt. 4, 2), la parità di trattamento nella gestione delle risorse umane (art. 7), il controllo della spesa economica (art. 9).

Il dovere da parte delle amministrazioni di prevedere tali condizioni di attribuzione risponde all'esigenza fondamentale di favorire la funzionalità effettiva dell'istituto e l'operabilità pratica del medesimo, all'interno di un sistema organizzativo che deve presentarsi radicalmente innovato e posto in conformità con i principi generali di razionalizzazione delle attività e delle strutture delle pubbliche amministrazioni. L'incarico oggetto di posizione organizzativa è funzionale alle strategie gestionali del management e, dunque, sottratto a qualsiasi forma di contrattazione: la definizione dei criteri di conferimento e sistemi di valutazione sono solamente oggetto di consultazione sindacale. L'atto di conferimento, infatti, può essere classificato come una delle determinazioni per l'organizzazione degli uffici e le misure inerenti alla gestione del personale assunte dal dirigente "con la capacità e i poteri del privato datore di lavoro" (art. 4, comma 2, del D.lgs. 29/93) ed è riferita alla capacità organizzativa conferita ai dirigenti nell'allocazione delle risorse e nella gestione dei rapporti di lavoro e al potere di scelta della strategia imprenditoriale più idonea. Di tale scelta, pertanto, il dirigente assume in pieno la responsabilità e ne risponde in sede di valutazione dei risultati. All'interno dei criteri e delle procedure per il conferimento degli incarichi, preventivamente determinati, la norma prevede implicitamente una sorta di valutazione di idoneità preventiva, rimessa all'esclusiva discrezionalità del dirigente, sulle capacità del dipendente da scegliere tra le risorse umane a sua disposizione, per svolgere l'incarico che forma oggetto di posizione organizzativa.

Tenuto conto di quanto sopra, è evidente che la determinazione di tali incarichi dovrà passare attraverso la organizzazione che questa Azienda attuerà con l'approvazione dell'Atto Aziendale. In via prioritaria, comunque, si ritiene che le posizioni in questione siano destinate alle funzioni di direzione soprattutto nei servizi centralizzati o comunque di servizi a forte impatto sull'assistenza sanitaria e socio-sanitaria erogata, ovvero per l'organizzazione di più strutture (dipartimenti, servizi infermieristici, funzioni di direzione centrali, distrettuali, ospedaliere, di ricerca, di studio, cc.), con una riduzione del 10% rispetto al numero degli incarichi in essere alla data di trasferimento delle Aziende confluite e, comunque, nell'ambito della disponibilità dei relativi fondi.

Determinazione dell'organico aziendale

L'Azienda si riserva di rideterminare l'organico aziendale secondo i principi di cui al DCA 67 del 14.7.2016, da definire dopo l'approvazione dell'organigramma e della organizzazione previste nell'Atto Aziendale.

Rapporti con Altre Aziende, Istituzioni ed Enti

L'Azienda Sanitaria Locale Salerno, oltre ad attuare una stretta integrazione funzionale con le altre Aziende Sanitarie regionali e con gli Enti Locali di riferimento, ricerca e sviluppa relazioni con tutte le altre aziende accreditate ed istituzioni pubbliche e private che operano in ambito regionale od extraregionale al fine di garantire, alle migliori condizioni, i migliori servizi per la popolazione.

Al fine di promuovere e realizzare un sistema per la salute integrato a livello provinciale e regionale, l'Azienda ricerca ogni sinergia possibile con i servizi e le risorse del contesto sociale in cui agisce nel rispetto degli indicazioni contenute nel Piano Sanitario Regionale.

In particolare, la programmazione aziendale tende a realizzare la cooperazione tra tutti i soggetti interni ed esterni al servizio sanitario, a orientare l'attività in funzione degli effettivi bisogni della popolazione di riferimento e a favorire la partecipazione dei cittadini e degli operatori coinvolti.

Volumi ed esiti

È ormai nozione diffusa e di evidenza scientifica come la qualità delle prestazioni sanitarie sia correlata ai volumi delle procedure effettuate dalle singole equipe e come l'individuazione di standard di riferimento ponga obiettivi concreti e misurabili a cui l'intero SSR deve tendere. Il dettato normativo identifica le soglie minime di volume di attività e le soglie di esito ed assegna quali misure e stime di riferimento i dati prodotti dal Piano Nazionale Esiti, come previsto dal comma 25 bis, dell'articolo 15 del Decreto legge n. 95/2012 convertito con modificazioni dalla legge 135/2012. Stante, dunque, la presente programmazione, basata sui dati tecnici di popolazione pesata, mobilità, posti letto territoriali equivalenti, si dovrà tener conto della necessità di raggiungere gli obiettivi di volume e di esito per una serie di Procedure chirurgiche e PDTA afferenti all'area ospedaliera. Nell'area regionale campana si evidenziano forti criticità e grandi disomogeneità sia nell'offerta che nell'accesso ai servizi sanitari ospedalieri nonché una grande variabilità delle cure offerte. La programmazione attuale tiene conto di questi punti di criticità ed ha perciò inteso ridistribuire in maniera sicuramente più omogenea l'offerta sanitaria ospedaliera, senza dimenticare le condizioni di partenza, più volte già descritte, quali eccessiva frammentarietà dei punti di erogazione, strutture pubbliche e private mediamente piccole e a ridotta capacità di incremento strutturale, disseminazione territoriale disomogenea, derivante dalla semplice fusione per sommatoria delle strutture delle precedenti più piccole ASL. Tuttavia uno sforzo parallelo in termini di programmazione edilizia permetterà di riassorbire quelle che in prima battuta sembrano eccedenze incollocabili, con la programmata rivalutazione di efficacia entro il primo biennio di vigenza del Piano, nella prospettiva necessaria di programmare nuovi plessi a corredo o in sostituzione di quelli ora disponibili. Una rimodulazione dell'offerta non è di per sé esaustiva nella risoluzione di tematiche di equità, ma va necessariamente preordinata al successivo impianto di valutazione che terrà conto dell'attuale

valutazione derivante dai risultati del PNE 2014 per la Campania. Le strutture ospedaliere campane dovranno anzitutto tener conto della soglia di volumi indicati come standard di riferimento, in particolare per l'area oncologica, verso la quale si stanno dirigendo notevoli sforzi organizzativi. Si citano ad esempio i seguenti ambiti in cui si avvierà il monitoraggio e su cui verranno adottati entro 12 mesi decreti commissariali ad hoc:

- Intervento chirurgico per tumore maligno della mammella: volumi di attività Sia le Linee Guida internazionali che il Regolamento ministeriale sugli standard prevedono una soglia minima di 150 interventi annui. In Campania nel 2014 si sono registrate: - 27 strutture che effettuano meno di 5 interventi; - 21 strutture che effettuano tra 5 e 10 interventi; - delle altre 45 strutture, solo 9 presentano un volume superiore ai 150.
- Intervento chirurgico per tumore maligno del colon: 50/70 interventi annui sono considerati la soglia di attività per una riduzione della mortalità a 30 giorni. Secondo i dati PNE. In Campania nel 2014 si sono registrate: - 25 strutture eseguono meno di 5 interventi; - 19 strutture eseguono tra 6 e 10 interventi; - 15 strutture eseguono tra 11 e 15 interventi; - delle rimanenti 29 solo 8 presentano un volume di attività pari o superiore a 50.
- Intervento chirurgico per tumore maligno del polmone: la mortalità a 30 giorni per l'intervento è inversamente proporzionale al numero di interventi annui della struttura. Il rapporto più equilibrato si raggiunge per almeno 50/70 interventi annui. Per un numero maggiore di interventi il rapporto si inverte con minore evidenza fino a stabilizzarsi. In Campania su 7 strutture che eseguono l'intervento, solo 3 esprimono un volume di attività superiore a 50 interventi annui.
- Frattura collo femore: intervento entro 2 giorni. A livello nazionale il 49,9% delle strutture effettua l'intervento entro 48 ore, in Campania ciò accade solo nel 20%. Solo 1 struttura campana supera la media nazionale. Su 57 strutture regionali che eseguono più di 10 ricoveri annui solo 38 raggiungono o superano il volume di attività fissato dal ministero a 75 ricoveri/annui
- Proporzioni di tagli cesarei primari - proporzione fissata da OMS pari a 15%. Il Ministero Salute fissa come standard al 25% i TC nelle strutture con più di 1000 parti e 15% in quelle con meno di 1000 parti. Il dato Italia si attesta al 25,7%, in Campania al 50%. Su 62 strutture regionali, solo 6 sono sotto la media nazionale.
- Mortalità per infarto a 30 giorni: in Italia il dato si attesta al 9,2%, in Campania il dato è inferiore alla media nazionale. In 10 strutture campane il dato è superiore a quello atteso, senza che vi sia alcuna relazione con i volumi di attività che risultano molto variabili tra loro.
- Garanzia di PTCA entro 60/90' nel 60% dei casi di IMA-STEMI: in Campania l'indicatore si attesta poco oltre il 35%, solo 4 sono le strutture campane che superano il valore del 60% e rispettivi volumi di attività, altre 7 strutture si attestano tra 45% e 60%. La relazione indicatore/volumi evidenzia che gli 11 migliori risultati si ottengono nei primi 17 presidi con maggior volume di attività.

Le evidenze sopra riportate rendono non più rinviabile un sistema di monitoraggio che, in pari alle azioni di verifica, permetta un progressivo miglioramento degli esiti, nella garanzia della qualità delle prestazioni erogate. I percorsi di audit finora avviati non hanno evidenziato miglioramenti sostanziali per cui si programma una sostanziale rivisitazione del processo e della sua applicazione. A regime, il processo di valutazione permetterà anche di riorganizzare i punti di erogazione dell'assistenza ospedaliera e funzione del raggiungimento degli standard attesi, dei volumi ed esiti, indicatori di una buona sanità.



EV-
6/02/17

Regione Campania

Delibera del Consiglio dei Ministri dell'11.12.2015
per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi
del settore sanitario della Regione Campania
Il Commissario ad acta
Dott. Joseph Polimeni
Il Sub Commissario
Dott. Claudio D'Amario

ASL SALERNO	
DIREZIONE GENERALE	
Protocollo N.	33073
del	6 FEB. 2017

Prot no 631 del 6-2-2017

Al Direttore Generale
ASL Salerno
Dott. A. Giordano

SEDE

Oggetto: DCA n. 1 del 11.1.2017. Approvazione Atto Aziendale. Prescrizioni UOC Igiene degli
alimenti e nutrizione.

In merito alla nota di cui all'oggetto ricevuta in data 02/02/2017 con prot. n. 560/C,
questa Struttura Commissariale ritiene ragionevole l'interpretazione data.

Cordiali saluti

Il Sub Commissario ad Acta
Dott. Claudio D'Amario

Il Commissario ad Acta
Dott. Joseph Polimeni



Direzione Generale

Via Nizza, 146 - 84124 Salerno - Tel. 089.693647/48 - Fax 089.251629

Prot. 28074

01 FEB. 2017

Alla Regione Campania
Struttura Commissariale per il settore sanitario

E,p.c. Al sig. Presidente Giunta Regionale

Alla Direzione Generale per la Tutela della Salute

DCA n. 1 del 11.1.2017. Approvazione Atto Aziendale. Prescrizioni. UOC Igiene degli alimenti e nutrizione".

In esecuzione di quanto previsto dal DCA n. 1 del 11 gennaio 2017, con il quale è stato approvato l'Atto Aziendale di questa nuova realtà sanitaria, questa Direzione, come già comunicato, ha recepito le prescrizioni in esso contenute, disponendo, con effetto immediato, la collocazione della UOC "Igiene degli alimenti e nutrizione", individuata nell'ambito del Dipartimento di Prevenzione, nell'Area Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare, con contestuale eliminazione della stessa dall'Area Sanità Pubblica.

In merito, comunque, si ritiene di far presente che è pervenuta nota del Direttore del Dipartimento di sanità Pubblica della Università degli Studi "Federico II" di Napoli, prof.ssa Maria Triassi, diretta anche alle SS.LL., con la quale si rappresenta l'anomalia di tale previsione, in relazione a quanto previsto dall'art. 4 bis del D.L. 158/2012, per effetto del quale alla struttura in questione va riconosciuta un'autonomia rispetto a qualsiasi area di attività nell'ambito del Dipartimento di Prevenzione, atteso che, all'attività di prevenzione in materia di sicurezza alimentare, propria delle funzioni veterinarie, vanno a collegarsi principi di nutrizione e stili di vita, propri di una funzione medica.

Il Servizio di Igiene degli alimenti e della nutrizione, secondo le indicazioni riportate nella predetta nota, storicamente appartenente storicamente alla disciplina di Igiene e Medicina Preventiva, infatti, oltre a svolgere un'attività nel campo della sicurezza alimentare, è strettamente coinvolto, poichè si occupa di alimentazione e nutrizione quali stili di vita, in una collaborazione altrettanto decisiva con gli altri servizi del Dipartimento di Prevenzione, quali l'Epidemiologia, l'Igiene Pubblica e la Medicina preventiva dei Lavoratori.

Volendo condividere tale impostazione, questa Direzione ritiene di poter proporre una modifica del previsto organigramma del Dipartimento di Prevenzione, stralciando la Unità

effe

Operativa di "Igiene degli alimenti e nutrizione" da entrambe le Aree individuate (Area di Sanità Pubblica e Area Veterinaria) e ponendola al di sopra delle stesse, in piena autonomia, con un contenuto che dovrà richiamare sia le attività di sanità pubblica veterinaria che quelle connesse con i principi medici di alimentazione e nutrizione.

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	
U.O.C. Igiene degli Alimenti e della Nutrizione	
UOS Allerta rapida di controllo degli alimenti e bevande	
AREA SANITA' PUBBLICA	
UU.OO.CC.	UU.OO.SS.
Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro	
Igiene e Medicina del Lavoro	<i>Stress da lavoro correlato</i> <i>2 u.o.s. territoriali interdistrettuali "Ambienti di lavoro"</i>
Igiene Pubblica	<i>Valutazione impatto sanitario e gestione sostanze chimiche (HLA e REACH)</i>
Epidemiologia e Prevenzione	<i>Medicina dello Sport</i> <i>Vaccinazioni internazionali e migranti</i> <i>Prevenzione malattie dei migranti</i>
AREA SANITA' VETERINARIA	
Sanità Animale	
Igiene e sicurezza alimenti di origine animale	
Igiene degli allevamenti e produzioni zootecniche	
UNITA' OPERATIVE SEMPLICI DIPARTIMENTALI	
Strutture Sanitarie	
Promozione della Salute	
Randagi e benessere animali da affezione	



Direzione Generale

Via Nizza, 146 - 84124 Salerno - Tel. 089.693647/48 - Fax 089.251629

Flussi ed epidemiologia veterinaria

N. 6 strutture territoriali interdistrettuali
"Prevenzione Collettiva" (UOPC)

N. 6 strutture territoriali interdistrettuali di
"veterinaria" (UOV)

La presente proposta, qualora ritenuta ammissibile, va, quindi, a modificare la precedente nota relativa al recepimento della prescrizione, la quale deve invece ritenersi confermata per quanto attiene la proposta di modifica della organizzazione del presidio ospedaliero di Polla, con la individuazione della UOC di Geriatria (indicata, nell'atto aziendale, come UOSD) e della contestuale previsione di una UOSD di Oculistica (indicata, invece, nell'atto aziendale come UOC), nonché della individuazione della disciplina di Genetica dell'Ospedale di Pagani quale UOSD (piuttosto che UOS, come in atto aziendale), modifiche che non alterano i rapporti strutture/posti letto ma costituiscono, soltanto, una più opportuna valutazione funzionale, tenuto conto dell'intero organigramma ospedaliero.

Distinti saluti

Il Direttore Generale
(dr. Antonio Giordano)



Direzione Generale

Via Nizza, 146 - 84124 Salerno - Tel. 089.693647/48 - Fax 089.251629

Prot. 12433

16 GEN. 2017

Alla Regione Campania
Struttura Commissariale per il settore sanitario

E,p.c. Al sig. Presidente Giunta Regionale

Alla Direzione Generale per la Tutela della Salute

DCA n. 1 del 11.1.2017. Approvazione Atto Aziendale. Prescrizioni. Recepimento.

In esecuzione di quanto previsto dal DCA n. 1 del 11 gennaio 2017, con il quale è stato approvato l'Atto Aziendale di questa nuova realtà sanitaria, si comunica di aver recepito le prescrizioni in esso contenute, disponendo, con effetto immediato, la collocazione della UOC "Igiene degli alimenti e nutrizione", individuata nell'ambito del Dipartimento di Prevenzione, nell'Area Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare, con contestuale eliminazione della stessa dall'Area Sanità Pubblica.

Si assicurano, nei termini assegnati, gli altri adempimenti previsti per l'adeguamento delle attività e della organizzazione dell'assistenza territoriale al DCA n. 99 del 2016.

In relazione a specifiche valutazioni organizzative, senza alcuna alterazione nel rispetto dei parametri di cui ai DDCCAA 18/2013 e 33/2016, si propone, con l'occasione, una inversione di tipologia di struttura presso l'Ospedale di Polla (Oculistica-6 posti letto-da UOC a UOSD e Geriatria-15 posti letto-da UOSD a UOC), nonché la modifica dell'unità operativa semplice (UOS) di Genetica, prevista presso l'Ospedale di Pagani, in unità operativa semplice dipartimentale (UOSD).

Il Direttore Generale
(dr. Antonio Giordano)